

ALLEGATO
DETERMINAZIONE 631X
DEL 02 FEB. 2018

“Protocollo di presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria”: attivazione dell’unità senologica multidisciplinare (Breast Unit) in AV3

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo
Direttore Sanitario ASUR o suo delegato
Direttore Medico del Presidio Unico ospedaliero AV3
Direttore UOC Anatomia Patologica AV3
Direttore UOC o delegato Chirurgia AV3
Direttore UOC o delegato Oncologia AV3
Direttore UOC o delegato Radiologia AV3
Direttore UOC Radioterapia AV3
Dirigente UOSD Fisica Medica AV3
Direttore UOC o delegato Medicina Fisica e Riabilitazione AV3
Direttore UOC o delegato Medicina Nucleare AV3
Dirigente Professioni Sanitarie ASUR – AV3 (Area Infermieristica-Ostetrica)
Dirigente Professioni Sanitarie (area Tecnico-diagnostica) ASUR
Dirigente Professioni Sanitarie (area Prevenzione) ASUR
Dirigente Professioni Sanitarie (area Riabilitazione) ASUR

Applicazione Normativa

ASUR
<p>DGRM 115 del 24/01/2000 “Linee guida per l’effettuazione dei programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili”;</p> <p>DGRM 1906 del 22/72/2008 “Linee guida per la organizzazione del programma “prevenire è volersi bene”;</p> <p>DGRM 1345 del 30/09/2013 “Riordino delle reti cliniche nelle Regione Marche”;</p> <p>EUSOMA- Guideline and publication breast unit 2013;</p> <p>AIRO-Gruppo di lavoro AIRO per la Patologia Mammaria: “La radioterapia dei Tumori della mammella – Indicazioni e Criteri Guida” 2013;</p> <p>Ministero della salute “Linee guida sulle modalità organizzative ed assistenziali delle reti dei centri di senologia” Giugno 2014;</p> <p>Presidenza Consiglio dei Ministri Recepimento Linee guida CSR del 18 Dicembre 2014;</p> <p>Atto di Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 18.12.2014 sul documento recante “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia”, Rep. Atti n. 185/CSR;</p> <p>Ministero della salute 2014 “Articolazione e requisiti quali/quantitativi delle reti dei centri di senologia”;</p> <p>DGRM 846 del 12/07/2014 2014 “Linee di indirizzo per la definizione della Rete Regionale di Cure palliative”;</p> <p>DGRM 1012 del 8/09/2014 “Definizione del raggruppamento d’attesa omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale”;</p> <p>DGRM 1219 del 27/10/2014 “modifiche della deliberazione n.1345 del 30/09/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n.551 del 17/04/2013 concernente la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR”;</p> <p>DGRM 1286 del 17/11/2014 “Linee di indirizzo per la predisposizione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e piano integrati di cura (PIC) delle Regione Marche”;</p> <p>Decreto Ministeriale n° 70/15 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;</p>

AIRO- Gruppo di lavoro AIRO per la Patologia Mammaria: "Consensus per l'irradiazione delle stazioni linfonodali mammarie", 2015;

DGRM 808 del 29/09/2015 "Piano Regionale per il governo delle liste di attese (PRGLA) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016;

DGRM 159 del 29/02/2016 "Provvedimenti di attuazione del DM 70/2015 concernente la riduzione del pl ospedalieri, ai sensi dell'art.1 comma 5-41 della legge n.2018/2015";

DG ASUR 361/17 del 23/06/2017 "Adempimento dell'assetto organizzativo definito con determinazione Asur DG n.481/2016";

DRGM 459 del 9.05.2016 "Recepimento Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014 recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" (Rep. Atti n. 185/CS). Approvazione del documento tecnico "Linee guida per l'implementazione della Rete Regionale Marchigiana dei Centri di Senologia – Breast Unit".

DGASUR 797 del 29/12/2016 "Recepimento protocollo di presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria: attivazione dell'Unità mammaria multidisciplinare (breast unit) in AV2";

DGASUR 798 del 28 dicembre 2017 "Protocollo di presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria" attivazione dell'unità senologica multidisciplinare (Breast Unit in AV5);

DGRM 14 del 23/01/2017 "Percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) del carcinoma mammario nella Regione Marche".

Determina AV3 1123 dell'11/8/2017 "Determina ASURDG n.481/16 Ridefinizione assetto organizzativo aziendale" Attribuzione incarico UOSD "Chirurgia senologica Breast Unit nell'ambito del dipartimento area chirurgica".

Obiettivi

- Avviare un percorso di presa in carico multidisciplinare della paziente affette da neoplasia mammaria attraverso specifiche unità mammarie interdisciplinari (Breast Unit);
- Definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali delle reti dei centri di senologia;
- Istituire una Breast Unit di Area Vasta 3.

Documentazione prodotta	Barrare la casella corrispondente
1. Documento (protocollo)	
2. Allegato	

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome
Medico U.O. Chirurgia AV3	Giambattista	Catalini
Medico U.O. Chirurgia AV3	Stefano	Deluca
Medico U.O. Chirurgia AV3	Paolo	Decembrini
Medico U.O. Chirurgia AV3	Massimo	Sartelli
Medico U.O. Oncologia AV3	Nicola	Battelli
Medico U.O. Radiologia AV3	Marco	Capponi
Medico U.O. Med. Fisica e Riabilitazione	Fabiola	Mari
Medico U.O. Anatomia Patologica AV3	Gerardo	Ferrara
Medico U.O. Radioterapia	Massimo	Giannini
Fisico U.O. Fisica Medica	Sara	Fattori
Medico U.O. Medicina Nucleare	Francesca	Capocchetti
Dirigente Prof. Sanitarie Infermieristica Ostetrica	Mara	Buccolini
Dirigente Prof. Sanitarie (Area Riabilitazione)	Giovanna	Diotallevi
Dirigente Prof. Sanitarie (Area Prevenzione)	Elena	Bartolucci
Dirigente Prof. Sanitarie (Area Tecnico-diagnostica)	Massimo	Mazzieri
Data Manager	Simonetta	Barucca
DMPOU AV3	Massimo	Palazzo
Direzione Sanitaria Asur	Elisa	Draghi

Introduzione

Nell'ambito dell'organizzazione delle reti cliniche a livello Regionale ed ASUR, in particolare del percorso senologico, quale recepimento delle direttive EUSOMA e con la finalità di ottemperare al Documento del Gruppo di lavoro del Ministero della Salute (maggio 2014) per la "definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di Senologia", si rende necessaria avviare una Breast Unit (Unità Operativa Senologica pluridisciplinare) di AV.

Criteri base per un centro di senologia secondo Eusoma (recepiti dal documento ministeriale) sono:

- Essere un'unica entità integrata;
- Avere un numero sufficiente di nuovi casi di carcinoma all'anno, almeno 150, a garanzia dell'efficacia del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team;
- garantire la presenza di esperti in tutte le discipline necessarie;
- avere un approccio multidisciplinare;
- fornire tutti i servizi necessari, dalla genetica alla prevenzione, dal trattamento del tumore primario, al trattamento del tumore avanzato sino alle cure palliative;
- offrire alle pazienti supporto psicologico;
- raccogliere i dati di ogni singolo caso;
- organizzare annualmente almeno un incontro tra gli specialisti per valutare i risultati ottenuti, nel rispetto degli indicatori di qualità.

La multidisciplinarietà può essere garantita solo dalla presenza di un core team dedicato del quale fanno parte tutte le figure professionali afferenti a quelle discipline che sono sempre coinvolte nella diagnosi e cura delle pazienti: radiologia, anatomia patologica, chirurgia, oncologia medica, radioterapia, fisica medica, casemanager, data manager.

A seconda del caso, possono aver un ruolo nella presa in carico della paziente la genetica clinica, la fisioterapia, la psico-oncologia, la medicina nucleare, la chirurgia plastica.

Tutte queste professionalità sono presenti in Area Vasta 3 o collaborano in cessione di servizio o in convenzione (chirurgia plastica, Genetica Clinica).

Il numero di casi attesi per l'Area Vasta 3 di neoplasia mammarie è di circa 200 che consentono di rientrare agevolmente nei parametri dettati dal Ministero e dall'Eusoma.

Modalità di accesso al percorso

Le pazienti possono entrare nel percorso della Breast Unit attraverso lo screening secondo quanto definito dalla DGRM 1906/08 oppure direttamente rivolgendosi agli Ambulatori dedicati. All'ambulatorio si accede previa prenotazione CUP o direttamente mediante impegnativa del Medico Curante con motivazione di richiesta "visita senologica urgente".

Gli ambulatori saranno dislocati in AV3 nel territorio distrettuale di Civitanova, di Macerata, di Camerino e l'organizzazione degli stessi sarà tale da garantire almeno tre aperture ambulatoriali settimanali in AV.

Personale

Il personale coinvolto nel percorso è rappresentato da chirurghi, radiologi, oncologi, anatomo-patologi, radioterapisti, medici nucleari, fisici sanitari, TSRM, fisiatristi, infermieri, fisioterapisti, psiconcologi che oltre a garantire la normale attività si organizzeranno per assicurare il rispetto dell'attività prevista da tale percorso. I professionisti dedicati saranno coloro che mostreranno di aver acquisito nel percorso lavorativo un'esperienza significativa nel settore e che si impegneranno a mantenere i requisiti formativi come da normativa.

E' previsto un Coordinatore Clinico ed un Case Manager (background infermieristico) con funzione di coordinamento della presa in carico nella BU.

Per alcuni interventi di chirurgia ricostruttiva e per la consulenza genetica si fa riferimento dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona (cessioni di servizio).

Case Management

Il concetto di Case Management - letteralmente "gestione del caso" - alla base del progetto breast unit si ispira alle linee guida della società Americana di Case Management (CMSA, 2010). Secondo tale interpretazione il *Case Management* può essere definito "un processo, percorso, di pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi che agevolino i bisogni sanitari generali della donna, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costi-efficacia". Il Case Management ha l'obiettivo di orientare la diade paziente-caregiver nella complessità della rete dei servizi. Ciò rappresenta un modo di operare efficiente per raggiungere gli obiettivi dell'assistenza individuale, ovvero l'intervento coordinato in cui il Case Manager -"si fa carico" delle esigenze della persona assistita e interviene nei rapporti con la donna ed il personale sanitario nella rete clinico assistenziale della breast unit. L'intervento sulla donna ha, così, un riferimento preciso; viene perciò evitato un percorso disaggregato, che risulta non olistico con il rischio che l'assistita rimanga sola con i suoi problemi.

Nell'ambito del progetto breast unit la figura del Case Manager deve garantire la presa in carico della donna in particolare garantisce gli aspetti:

- accoglienza/informazione;
- coordinamento e raccordo nelle varie fasi: preparazione all'intervento, partecipazione e predisposizione delle liste operatorie;
- coordinamento delle figure professionali nel decorso post chirurgico;
- programmazione nella fase di dimissione dei follow up anche telefonici;
- direttamente di attività assistenziale se necessario;
- erogazione di prestazioni di segretariato sociale (informazioni sulle prestazioni/ ausili/ certificazioni/ sussidi offerte dal SSR, dalle organizzazioni di volontariato locali);
- informazioni sui servizi sanitari, supporto al raccordo con il MMG e specialisti.

Oltre alla multidisciplinarietà, l'attività della BU sarà caratterizzata anche dalla collaborazione con i portatori di interesse operanti nel territorio dell'AV3:

- associazioni di volontariato che si occupano della tematica;
- enti istituzionali pubblici che promuovono iniziative relative alla prevenzione del carcinoma mammario;
- imprenditoria privata che dimostra sensibilità nei confronti della tutela della salute della donna.

La presenza delle associazioni di volontariato non solo viene riconosciuto come indispensabile, ma è ritenuto di rilevanza in quanto generato dall'esperienza umana ed arricchita della competenza sempre più professionale dei volontari. Sono considerati utili non solo per i servizi alla paziente ma anche perché contribuiscono a migliorare i rapporti tra lo staff curante e le pazienti, aumentando la gratificazione e la capacità di lavorare insieme ed ottimizzando costi-benefici dei servizi stessi anche mediante l'indicazione di criticità del sistema di cura e assistenza e delle relative, possibili soluzioni.

Di seguito i principali compiti delle associazioni all'interno del centro di senologia, così come enunciati nelle linee di indirizzo ministeriale:

- informazioni sulle attività del centro, sulle modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni, collaborazione a progetti che prevedono la partecipazione delle pazienti al fine di migliorare l'accessibilità al sistema;
- supporto nella rilevazione del gradimento delle utenti rispetto alle prestazioni offerte, al fine di valutare la qualità percepita;
- centro di ascolto per migliorare la presa in carico delle pazienti;
- programmi di supporto per le pazienti, atti al recupero psicofisico durante e dopo malattia (corsi di yoga, nuoto, laboratorio teatrale, pittura, corsi di alimentazione, programmi controllati di attività fisica, ecc);
- supporto nel periodo di cura con specifica assistenza per quanto riguarda informazioni e consigli (parrucca per alopecia da farmaci, camouflage per gli inestetismi da alopecia, biancheria intima da inserimento di protesi per donne mastectomizzate senza possibilità di ricostruzione);
- offerta informativa tramite sportello, volantini, opuscoli, video, siti web, etc;
- partecipazione ai team di esperti per la valutazione delle strutture e verifiche di qualità dei percorsi e delle tecnologie a tutela e garanzia delle pazienti attraverso la definizione di opportuni indicatori di valutazione.

Presa in carico

Accesso: può essere diretto con impegnativa del MMG per "visita senologica urgente" o tramite prenotazione CUP con impegnativa del MMG per visita senologica e priorità da erogarsi presso le sedi ambulatoriali previste. In entrambe i casi la donna dovrà pagare il ticket previsto per la prestazione erogata salvo nei casi in cui è prevista l'esenzione alla compartecipazione della spesa.

La donna che accede al servizio viene visitata dal professionista e può:

- essere rinviata con lettera al Medico di Medicina Generale;

- essere presa in carico qualora il professionista ritiene necessario avviare un approfondimento diagnostico.

Nel caso in cui la donna necessiti di approfondimento diagnostico:

- Il medico che l'ha visitata nell'ambulatorio dedicato compila la cartella informatizzata e prescrive gli esami successivi su ricettario SSR/dematerializzata;
- Il casemanager/infermiere dell'ambulatorio periferico prenota l'esame prescritto e comunica alla donna data ora e luogo di erogazione della prestazione;
- La donna si sottoporrà all'esame prescritto secondo le indicazioni del casemanager/infermiere e provvederà al pagamento del ticket previsto per la prestazione erogata.

Al termine del percorso diagnostico:

Se alla donna viene diagnosticata una neoplasia della mammella:

- proseguirà la presa in carico da parte delle equipe dell'unità senologica multidisciplinare;
- si richiederà alla donna, residente in AV3, l'autorizzazione per effettuare la pratica per l'esenzione per patologia (cod. 048) con validità 5 anni, al Distretto di appartenenza; il modello correttamente compilato dal medico dell' USM verrà inviato all'ufficio predisposto per ciascuna zona territoriale da parte del case manager; il distretto provvederà a formalizzare la pratica e ad inviare via mail al casemanager il tesserino dell'esenzione che verrà consegnato alla donna in sede di successiva visita; sarà cura del case manager informare la donna durante il percorso della presa in carico in merito alle modalità del rinnovo del codice di esenzione qualora fosse necessario; se la donna non è residente nell'AV3 verrà informata sul corretto percorso per l'esenzione da effettuare nel distretto di appartenenza.
- verranno emesse le impegnative necessarie agli approfondimenti diagnostici- terapeutici da parte del personale medico dell'equipe con codice di esenzione correlato;
- il casemanager prenoterà e comunicherà alla donna luogo data e sede di esami/intervento.

Discussione Collegiale dei casi

Ogni nuova diagnosi citologica e/o istopatologia di neoplasia maligna dovrà essere discussa alla riunione multidisciplinare di Area Vasta.

La discussione collegiale, organizzata dal case manager, su segnalazione dell'oncologo, radiologo o chirurgo, avviene preferibilmente presso la struttura ospedaliera di Macerata o in casi eccezionali in modalità web conference, una volta alla settimana (indicativamente il mercoledì) e si articolerà attraverso:

- l'elencazione dei nuovi casi presi in carico;
- la discussione dei casi clinici con l'equipe della BU (Radiologi, Citologi/Anatomo-Patologi, Chirurghi, Oncologi, Radioterapista, Psico-oncologo, Case Manger) eventualmente integrata con gli altri specialisti qualora il caso lo preveda, nel momento in cui la diagnosi è stata posta anche se l'iter diagnostico non è stato completato;
- la condivisione del percorso diagnostico terapeutico di ciascun caso, sulla base di protocolli condivisi, verrà verbalizzato nella cartella clinica da parte del casemanager.

Comunicazione della diagnosi e del piano terapeutico a seguito della discussione collegiale

Il medico al termine del percorso diagnostico:

- comunica la diagnosi;
- propone alla paziente di rivolgersi all'ambulatorio Breast Unit dove l'equipe multidisciplinare dedicata, comunica e discute con la paziente il piano terapeutico;
- spiega l'iter per la presa in carico da parte della BU;
- Consegna alla paziente una brochure esplicativa del percorso della breast unit dell'Area Vasta 3.

Classificazione tipologia di pazienti

- 1 Pazienti con indicazione a intervento chirurgico in prima istanza
- 2 Pazienti con indicazione a terapia neo adjuvante in prima istanza
- 3 Pazienti in fase avanzata

1 Pazienti con indicazione a intervento chirurgico in prima istanza

Vengono riportati di seguito gli step previsti:

- **Stadiazione:** questa fase prevede la programmazione a carico della BU (con posti dedicati in Radiologia/Medicina Nucleare);
- **Prericovero:** in questa fase vengono programmate le visite anestesiologicalhe (esami di laboratorio, ecg, visita cardiologica, pneumologica e quanto ritenuto opportuno dall'anestesista), chirurgica con compilazione della cartella per la parte di competenza e quando ritenuto opportuno dal radioterapista e/o dal medico nucleare; colloquio con la donna in merito all'intervento a cui sarà sottoposta ed acquisizione del consenso informato scritto (la paziente può procrastinare fino al giorno precedente l'intervento);
- compilazione della cartella informatizzata da parte del chirurgo.

1.1. Intervento Chirurgico entro 30 giorni dal completamento dell'iter diagnostico

L'intervento chirurgico verrà effettuato nella struttura ospedaliera di Macerata dall'equipe di Breast Unit di Area Vasta composta da Chirurghi dedicati ed un coordinatore BU con sedute dedicate.

Prestazioni e percorso clinico effettuato dalla Breast Unit:

- *interventi demolitivi e ricostruttivi secondo le linee guida;*
- *Eventuale localizzazione preoperatoria in collaborazione con la radiologia e la medicina nucleare;*
- *Linfonodo sentinella secondo le linee guida;*
- *Eventuale IORT in collaborazione con la Radioterapia e la Fisica Medica;*
- Eventuale esame istologico estemporaneo (concordato in sede di riunione collegiale con l'anatomo patologo), esame istologico e caratterizzazione biologica;
- Prima della dimissione consegna dell'opuscolo informativo per la riabilitazione delle donne operate al seno da parte del fisioterapista identificato che ne illustra il contenuto spiegando

le strategie motorie da adottare subito nel post intervento e dopo la dimissione. Comunicazione dei contatti di riferimento sul territorio e valutazione fisiatrica su richiesta del chirurgo/oncologo per casi selezionati;

- Offerta alla paziente di supporto psico oncologico;
- Controlli dopo la dimissione in ambulatorio dedicato ed eventuali consulenze specialistiche;
- Aggiornamento della cartella informatizzata;
- eventuali ulteriori interventi ricostruttivi con successivi ricoveri.

1.2 Dimissione e successiva comunicazione del referto istologico definitivo:

Nella lettera di dimissione vengono forniti tutti i dati riguardanti la patologia e l'iter diagnostico - terapeutico eseguito, indicata la data del primo controllo clinico e quella della visita prenotata dal Chirurgo con l' Oncologo della Breast-Unit di riferimento con eventuale valutazione del Radioterapista per sottoporre la donna a terapia adiuvante e concordare la tipologia e il timing. Sarà cura dello specialista aggiornare la cartella clinica informatizzata.

1.3 Follow up:

Il Follow up è svolto dall'Oncologo su slot di prenotazione dedicati secondo le linee guida AIOM ed ha una durata di 10 anni. Superato questo arco temporale la paziente sarà seguita dal solo MMG. Gli oncologi assumono l'impegno di definire un protocollo scritto sulla base delle linee guida AIOM.

Possibile valutazione da parte dell'Onco-Genetista per le Pazienti che rientrano in categorie a rischio di mutazione genetica (BRCA1 BRCA2), con prenotazione a carico dell'Oncologo, che avrà cura di aggiornare la cartella clinica informatizzata.

2. Pazienti con indicazione a terapia neo adiuvante in prima istanza

Vengono riportati di seguito gli step previsti:

- Stadiazione (Linee Guida) – questa fase prevede la programmazione a carico dell'U.O Oncologia di destinazione con ausilio di Laboratorio e Radiologia (posti dedicati);
- Valutazione oncologica: compilazione cartella (prescrizione esami di laboratorio, ECG, ecocardiogramma, visita cardiologica, pneumologica e quanto ritenuto opportuno dall'Oncologo). Colloquio con la donna in merito alla terapia proposta (sec. Linee guida) ed acquisizione del consenso informato scritto (la paziente può procrastinare fino al giorno precedente all'inizio del trattamento);
- Valutazione Radioterapista: eventuale coinvolgimento del professionista da parte dell'Oncologo per programmare radioterapia neo-adiuvante o adiuvante;
- Coordinamento della terapia neoadiuvante da eseguirsi entro 15 giorni dal completamento dell'Iter diagnostico da parte dell'Oncologo;
- Eventuale indicazione a valutazione Onco-Genetista per le pazienti che rientrano in categorie a rischio di mutazione genetica (BRCA1, BRCA2), prenotazione a carico dell'Oncologo;
- Compilazione della cartella clinica informatizzata;
- Coinvolgimento a seconda dei casi del chirurgo dedicato per condividere iter terapeutico, Psico-Oncologo.

2.1 Fase successive al trattamento neo adiuvante

- ristadiazione se necessaria (programmata da Oncologo) secondo Linee Guida;
- nuova valutazione chirurgica (prenotazione a carico del Case manager).

2.2 Intervento Chirurgico

Entro 20-30 giorni dal termine della terapia neo-adiuvante (in base anche ad eventuale tossicità cardiaca e/o midollare) programmare intervento chirurgico primario (vedi §1).

Nel caso la paziente abbia ricevuto indicazione a radioterapia adiuvante, visita con Radioterapista per programmare trattamento entro 40 giorni dall'intervento.

3. Pazienti in fase avanzata

Per i malati in stadio avanzato e per i quali non vi sono più indicazioni a trattamento chirurgico/Oncologico possono essere intraprese le seguenti azioni da parte dell'oncologo:

- cure palliative mediante coinvolgimento di Palliativisti;
- attivazione dell'ospedalizzazione domiciliare o verifica e/o disponibilità di posti letto in hospice.

4. Conservazione della fertilità

La possibile comparsa di sterilità e di infertilità secondaria al trattamento chemioterapico è un tema di grande importanza, anche in considerazione dello spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza.

Da dati della letteratura, non è stata evidenziata alcuna associazione statisticamente significativa tra le malattie genetiche del feto e i pregressi trattamenti antiproliferativi, inoltre le donne che hanno avuto una gravidanza dopo un tumore mammario non hanno una prognosi peggiore.

Prima di una gravidanza è consuetudine attendere almeno 2 anni, tenendo comunque presente che i tempi di attesa potrebbero essere diversi in funzione delle caratteristiche della neoplasia, dell'età della paziente ecc, in ogni caso, nelle pazienti sottoposte a chemioterapia adiuvante un periodo di sicurezza minimo prima del concepimento, dovrebbe essere 6 mesi.

Il counseling riproduttivo dovrebbe essere proposto alle pazienti al momento della diagnosi, così da avere il tempo necessario per condividere la migliore strategia di preservazione della fertilità.

Le principali tecniche di preservazione della fertilità sono:

- criopreservazione degli oociti;
- criopreservazione del tessuto ovarico;
- soppressione gonadica con LHRH analogo.

La somministrazione di LHRH analogo può essere eseguita contestualmente alla chemioterapia e sulla base dei dati della letteratura, dovrebbe essere proposta a tutte le donne desiderose di preservare la funzionalità ovarica.

Un centro extraregionale di riferimento è la Unità fertilità e procreazione in oncologia dell'ospedale S.Orsola di Bologna.

5. Cartella clinica informatizzata

Tra gli strumenti organizzativi della BU svolge un ruolo di fondamentale importanza l'utilizzo della cartella clinica informatizzata ASUR alla quale potranno accedere, ognuno per la propria sezione di competenza, gli specialisti coinvolti. I percorsi assistenziali condivisi nell'ambito delle riunioni multidisciplinari verranno registrati in un'area dedicata della cartella. La cartella permetterà a ciascun professionista di visualizzare tutta la storia clinica delle pazienti trattate. I singoli record costituiranno un database esportabile ed analizzabile a fini epidemiologici, statistici e organizzativi.

6. Indicatori di esito e di qualità

A fine anno in collaborazione con il data manager dovrà essere redatta una relazione dalla quale si evince l'attività che ha erogato l'U.O.S.D. breast unit AV3 che, oltre a contenere i dati di attività, dovrà dar riscontro anche agli indicatori di qualità e di esito previsti dal documento del Ministero della Salute del 2014 e dalla DGRM 14/2017. I risultati verranno successivamente confrontati ed integrati con quelli derivanti dall'attività delle altre BU Asur al fine di produrre una relazione complessiva aziendale. Ciascun documento dovrà inoltre contenere, sulla base dei risultati, anche le azioni correttive e preventive che ciascuna BU dover intraprendere al fine di mantenere i risultati raggiunti e migliorare la performance del servizio.

Azioni da intraprendere

1. Tecnologie

- Prevedere nel tempo un'uniformità delle caratteristiche tecnologiche degli apparecchi mammografici e degli ecografi presenti nei servizi del percorso dell'AV3;
- Sostituzione della sonda Gamma Probe;
- Sostituzione dell'apparecchio per agobiopsia mammaria stereotassica;
- adeguamento dell'acceleratore lineare portatile per IORT;
- Installazione delle telecamere necessarie alla web conferenze settimanale;
- Posizionamento di stazione di osservazione macroscopica anatomo patologica.

2. Organizzazione

- Organizzare degli incontri con la Medicina Generale per la presentazione del documento e diffusione della rete;

- Valutazione dell'implementazione di eventuali altre figure professionali tra quelle previste nel percorso dedicato.

Cronoprogramma attività

AZIONI	Dic 2017	Genn 2018	Febb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Magg 2018	Giu 2018	Lug 2018	Ago 2018	Sett 2018
Identificazione personale medico da dedicare alla breast unit										
Formazione per l'avvio della sperimentazione della cartella										
Sperimentazione cartella clinica										
Utilizzo a regime della cartella informatizzata										
Installazioni webcam										

Allegato 1: organigramma Breast Unit AV3

ORGANIGRAMMA BREAST UNIT IN AREA VASTA 3

Allegato 1

