

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
Servizio 4 "Programmazione Ospedaliera"

Prot./n. 6469

Palermo, 20/1/2019

Oggetto: Indagine conoscitiva nell'ambito della patologia mammaria. Richiesta informazioni.

Ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Provinciali

Ai Commissari Straordinari delle Aziende Ospedaliere

Ai Commissari Straordinari delle Aziende Ospedaliero-  
Universitarie Policlinici di Catania, Messina e Palermo

Ai Commissari Straordinari delle Aziende di Rilievo  
Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS)

Al Presidente della Fondazione Giglio di Cefalù

Al Rappresentante Legale dell'Ospedale Classificato  
Buccheri La Ferla di Palermo

All'AIOP Regionale

LORO SEDI

Com'è noto con il D.A. n. 1124 del 18 giugno 2018 è stata istituita la Commissione Regionale per l'individuazione di correttivi volti al superamento del fenomeno della mobilità extraregionale nell'ambito della patologia mammaria.

Pervengono notizie circa l'adozione da parte di singole Aziende Sanitarie di Percorsi Diagnostico Terapeutici aziendali per le pazienti con tumore al seno.

Considerato che questa Commissione ha in itinere l'approvazione di un PDTA Regionale sulla patologia mammaria, onde evitare situazioni che possono generare difformità di azioni e procedure nell'ambito della stessa regione, si invitano tutte le Aziende Sanitarie in indirizzo a sospendere eventuali lavori in corso di approvazione e, contestualmente, a comunicare l'esistenza di PDTA aziendali già operativi.

La Commissione inoltre sta avviando una indagine conoscitiva volta a rilevare una serie di informazioni utili alla definizione della Rete dei Centri di Senologia.

Alla luce di quanto sopra si trasmettono, allegate alla presente, n. 6 schede in formato editabile che le SS.LL. avranno cura di far compilare alle strutture della propria Azienda, per l'AIOP si chiede di diffonderlo alle strutture private accreditate della Regione.

Nello specifico:

- le schede n. 1 e n. 2 dovranno essere compilate da tutte quelle Unità Operative che a qualsiasi titolo hanno effettuato trattamenti chirurgici nell'ambito della patologia mammaria;
- la scheda n. 3 dovrà essere compilata da tutte le U.O. di Radiologia (con o senza posti letto) e i Centri di Diagnostica Clinica pubblici e privati accreditati esistenti presso le strutture della propria Azienda/Struttura;
- la scheda n. 4 dovrà essere compilata dai Servizi di Anatomia Patologica della propria Azienda/Struttura;
- la scheda n. 5 dovrà essere compilata dalle U.O. di Radioterapia, laddove presenti nella propria Azienda/Struttura;
- la scheda n. 6 dovrà essere compilata dalle U.O. di Oncologia Medica, laddove presenti nella propria Azienda/Struttura

Ciascuna scheda dovrà riportare la firma e il timbro del Responsabile della U.O. o del Servizio.

La Direzione Generale dovrà farsi carico di raccogliere tutte le schede compilate e inviarle a questo Assessorato con lettera di accompagnamento firmata dal Direttore Generale al seguente indirizzo di posta elettronica: [dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it](mailto:dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it).

Le strutture private accreditate dovranno trasmettere al medesimo indirizzo di posta elettronica le schede debitamente compilate con lettera di accompagnamento del rappresentante legale della struttura.

Si chiede di far pervenire le schede compilate entro 15 giorni dal ricevimento della presente nota.

Il Responsabile del Servizio

Dr.ssa Lucia Li Sacchi

Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca



*Mario La Rocca*

Il Funzionario Direttivo

Stefano Campo

*Stefano Campo*

Azienda/Struttura \_\_\_\_\_  
 U.O. \_\_\_\_\_

REQUISITI				
1	Quanti nuovi casi/anno di carcinoma mammario sono stati trattati?	N. CASI 2017 _____ N. CASI 2018 _____		
2	Viene adottato un protocollo diagnostico terapeutico multidisciplinare condiviso?	SI	NO	
3	Si svolgono discussioni multidisciplinare dei casi clinici pre e post operatori almeno settimanale alla presenza di chirurgo senologo, radiologo, radioterapista, oncologo medico, anatomopatologo, infermiere di senologia e fisiatra?	SI	NO	
4	Si è in possesso di un Database per la gestione della documentazione clinica, possibilmente con cartella elettronica?	SI	NO	
5	Nella struttura c'è la presenza del Data manager, responsabile della gestione del database clinico (gestione dei dati, misurazione di indicatori, audit)?	SI	NO	
6	Nella struttura viene svolta attività formativa?	SI	NO	
7	La struttura collabora con progetti di ricerca e/o protocolli clinico-sperimentali nazionali ed internazionali?	SI	NO	
8	C'è la presenza o la possibilità di avvalersi del Servizio di oncogenetica?	SI	NO	
9	C'è la presenza o possibilità di avvalersi del Servizio di psico-oncologia?	SI	NO	
10	C'è la presenza o possibilità di avvalersi del Fisiatra e del Fisioterapista?	SI	NO	

Timbro e firma del Responsabile della Struttura

Azienda/Struttura \_\_\_\_\_  
 U.O. \_\_\_\_\_

REQUISITI del PERSONALE				
1	La struttura è completamente o prevalentemente dedicato alla cura dei tumori della mammella ?	SI	NO	
2	Il Responsabile è un chirurgo di comprovata esperienza in campo senologico che dedichi almeno il 50% del debito orario alla chirurgia senologica ed il restante 50% al altre attività cliniche in ambito senologico? <i>(se la risposta è no, indicare la percentuale di debito orario dedicata)</i>	SI	NO	% _____
3	Disponibilità di almeno due chirurghi senologi con formazione specifica nella patologia della mammella	SI	NO	
4	Ogni chirurgo quanti nuovi interventi ha effettuato come primo operatore per tumore della mammella?	Chirurgo 1) n. interv. 2017 _____ Chirurgo 1) n. interv. 2018 _____ Chirurgo 2) n. interv. 2017 _____ Chirurgo 2) n. interv. 2018 _____		
5	Ogni chirurgo effettua almeno una volta alla settimana ambulatorio diagnostico, di follow-up clinico e valuta i casi afferenti dallo screening?	SI	NO	
6	C'è la disponibilità di almeno un chirurgo oncoplastico o chirurgo plastico (anche con convenzione interaziendale) con comprovata competenza ricostruttiva mammaria? <i>(specificare eventuale convenzione interaziendale)</i>	SI	NO	Specificare
7	Partecipa al meeting multidisciplinare?	SI	NO	
ALTRI REQUISITI				
1	C'è la presenza di un Servizio di Medicina Nucleare per metodiche di localizzazione pre-operatoria delle lesioni non palpabili mediante tecnica roll, identificazione del linfonodo sentinella nonché scintigrafia ossea se richiesta?	SI	NO	
2	Si effettua ambulatorio settimanale di follow-up, prime diagnosi e valutazione dei casi afferenti allo screening? <i>(se la risposta è no, specificare quante volte si effettua attività ambulatoriale)</i>	SI	NO	Specificare
3	Si effettuano almeno due sedute operatorie a settimana? <i>(se la risposta è no, specificare la programmazione delle sedute operatorie)</i>	SI	NO	Specificare
4	C'è la presenza in sala operatoria di apparecchiatura idonea per l'identificazione del linfonodo sentinella?	SI	NO	
5	Nel reparto ci sono spazi di degenza separati dalla normale casistica di un reparto di chirurgia generale per le pazienti con patologia della mammella?	SI	NO	

Timbro e firma del Responsabile della Struttura

Azienda/Struttura \_\_\_\_\_  
 U.O. RADIOLOGIA/DIAGNOSTICA CLINICA \_\_\_\_\_

REQUISITI del PERSONALE				
1	Il Servizio è autonomo o dipende da un reparto di Diagnostica per Immagini?	SI	NO	
1	Il Responsabile della struttura è un medico radiologo con esperienza specifica in campo senologico?	SI	NO	
2	Il personale medico e tecnico dedica almeno il 50% del debito orario alla diagnostica senologica? <i>(se la risposta è no, indicare la percentuale di debito orario dedicata)</i>	SI	NO	% _____
3	Il personale medico e tecnico è dedicato alla diagnostica senologica per almeno 20 ore di attività settimanali e dedica almeno il 50% del suo debito formativo (ECM), valutato nell'ultimo anno di attività, a corsi di aggiornamento o eventi di formazione in campo senologico? <i>(se la risposta è no o parziale specificare il numero di ore settimanali e la percentuale di ore dedicate alla formazione)</i>	SI	NO	N. _____ % _____
4	Il personale medico e tecnico è in possesso di adeguata formazione. <i>(La formazione in senologia deve essere certificata o comunque oggettivamente provata ed ottenuta mediante un periodo di attività senologica dedicata di almeno 6 mesi o mediante un corso strutturato di almeno 60 ore effettive da svolgersi in una struttura ad elevata complessità che soddisfi i requisiti minimi)</i>	SI	NO	
5	La struttura svolge attività scientifica, didattica e di formazione, anche in singole aree di interesse scientifico? <i>(La produzione scientifica dovrebbe corrispondere ad almeno un lavoro scientifico peer-reviewed anno, valutato nell'ultimo anno di attività)</i>	SI	NO	
6	Quante RM mammarie per specialista radiologo vengono effettuate all'anno?	n. RM 2017 _____ n. RM 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni specialista radiologo)</i>		
7	Quante mammografie per specialista vengono <u>eseguite</u> all'anno?	n. mammografie 2017 _____ n. mammografie 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni specialista)</i>		
8	Quante mammografie per specialista vengono <u>lette</u> all'anno?	n. letture 2017 _____ n. letture 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni specialista)</i>		
9	Quante ecografie mammarie per specialista vengono eseguite all'anno?	n. ecografie 2017 _____ n. ecografie 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni specialista)</i>		
10	Quante procedure tra citologia e microistologia per specialista vengono eseguite?	n. procedure 2017 _____ n. procedure 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni specialista)</i>		

11	Quante VABB per specialista vengono eseguite?	n. VABB 2017 _____ n. VABB 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni specialista)</i>		
12	Quante CB per specialista vengono eseguite?	n. CB 2017 _____ n. CB 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni specialista)</i>		
13	Partecipa al meeting multidisciplinare?	SI	NO	
<b>REQUISITI ATTREZZATURE</b>				
1	C'è la disponibilità di Stereotactic Vacuum Assisted Biopsy?	SI	NO	
2	C'è la disponibilità di biopsia ecoguidata con sistema Core Biopsy o FNAC?	SI	NO	
3	La struttura dispone di RMN mammaria? <i>(se la risposta è sì, specificare il tipo di apparecchiatura di cui dispone)</i>	SI	NO	Specificare
4	C'è la disponibilità di mammografi digitali a doppia postazione con monitor ad alta definizione, per il tecnico e per la refertazione? <i>(Le apparecchiature devono comprendere i dispositivi necessari per permettere la corretta esecuzione degli esami standard e degli approfondimenti mammografici)</i>	SI	NO	
5	C'è la disponibilità di ecografi dedicati con sonde lineari ad alta frequenza, di sistemi mammografici dedicati per la stereotassi e di dispositivi per prelievi biotici citologici e microistologici?	SI	NO	
6	Le strutture in cui si eseguono procedure agobiottiche dispongono di apparecchiatura per i prelievi biotici vuoto-assistiti preferibilmente con tavolo digitale stereotassico per posizione prona, aghi di calibro 7-14 G per le procedure stereotassiche con metodica VABB, dispositivi per il posizionamento di clip di reperaggio al termine della procedura? <i>(se la risposta è parziale, specificare le attrezzature di cui dispone)</i>	SI	NO	Specificare
7	Dispone di un sistema di archiviazione dati informatizzato per la registrazione degli esiti delle indagini radiologiche e delle procedure interventistiche?	SI	NO	
<b>REQUISITI APPROPRIATEZZA CLINICA</b>				
1	Possiede protocolli interni condivisi e scritti per la gestione delle pazienti asintomatiche e sintomatiche che afferiscono alla struttura? <i>(Le pazienti sintomatiche devono seguire un iter diagnostico organico secondo lo schema del "triplo esame": clinica, imaging e prelievo biotico)</i>	SI	NO	
2	Sono definiti percorsi separati per le indagini di routine, gli accertamenti in urgenza e i controlli di follow-up nelle donne operate?	SI	NO	

Timbro e firma del Responsabile della Struttura

Azienda/Struttura \_\_\_\_\_  
 ANATOMIA PATOLOGICA \_\_\_\_\_

REQUISITI del PERSONALE				
1	C'è la disponibilità del Servizio in sede o in Service? <i>(se in Service specificare)</i>	SI	NO	Specificare
2	Il Responsabile è un patologo che dedica almeno il 50% del debito orario alla patologia mammaria? <i>(se la risposta è no, indicare la percentuale di debito orario dedicata)</i>	SI	NO	% _____
3	Presenza di un altro patologo che dedichi almeno il 25% del suo tempo lavorativo alla patologia mammaria <i>(se la risposta è no, indicare la percentuale di debito orario dedicata)</i>	SI	NO	% _____
4	Quante resezioni primarie per carcinoma referta ogni patologo?	n. referti 2017 _____ n. referti 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni patologo)</i>		
5	Quanti esami citologici da FNAC referta ogni patologo?	n. referti 2017 _____ n. referti 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni patologo)</i>		
6	Quanti esami istologici da core biopsy referta ogni patologo?	n. referti 2017 _____ n. referti 2018 _____ <i>(ripetere il dato per ogni patologo)</i>		
7	Partecipa al meeting multidisciplinare?	SI	NO	

ALTRI REQUISITI				
1	Si possono eseguire diagnosi su campioni citologici eseguiti con tecnica FNAC?	SI	NO	
2	Si possono eseguire diagnosi istologiche su biopsia percutanea o su VABB?	SI	NO	
3	Si possono eseguire diagnosi istologiche su pezzo operatorio (nodulectomia, quadrantectomia, mastectomia, etc..) con o senza escissione linfonodale?	SI	NO	
4	Si possono eseguire diagnosi sul linfonodo sentinella, anche in corso di intervento chirurgico?	SI	NO	
5	Si possono eseguire esami immunoistochimici o immunocitochimici per definizione dello stato dei recettori ormonali e di HER2, dell'indice di proliferazione e indicatori che dovessero essere formalmente riconosciuti di valore prognostico e/o predittivo?	SI	NO	

6	Si possono eseguire, anche attraverso consulenza con altre strutture che partecipano a controlli di qualità esterni certificati, esami di biologia molecolare con metodiche opportune dell'amplificazione genica di HER2 o valutazione di altri indicatori che dovessero rivelarsi formalmente utili per la prescrivibilità dei farmaci?	SI	NO	
7	Si è in possesso delle seguenti risorse strumentali minime: criostato per esami intraoperatori, processatore di biopsia/pezzi operatori, inclusore, microtomi, coloratore automatico, montavetrini automatico, immunocoloratori automatici, microscopi ottici, computer? (se non si possiedono tutte, specificare quali si possiedono)	SI	NO	Specificare

Timbro e firma del Responsabile della Struttura

Azienda/Struttura \_\_\_\_\_  
 U.O. RADIOTERAPIA \_\_\_\_\_

REQUISITI del PERSONALE				
1	C'è disponibilità del Servizio in sede o attraverso convenzione con altro erogatore sede di radioterapia? <i>(specificare eventualmente l'altro erogatore)</i>	SI	NO	Specificare
2	Sono presenti almeno due radioterapisti che dedichino almeno il 40% del proprio tempo lavorativo alla gestione della patologia della mammella <i>(se la risposta è no specificare il numero di radioterapisti e la percentuale di ore dedicate alla patologia della mammella)</i>	SI	NO	N. _____ % _____
3	C'è la possibilità di collegamento con uno specialista dermatologo al fine di prevenire e trattare adeguatamente possibili lesioni cutanee da radioterapia?	SI	NO	
4	Partecipa al meeting multidisciplinare?	SI	NO	

REQUISITI STRUMENTALI				
1	Presenza di due acceleratori lineari (LINAC) anche attraverso convenzione con altro erogatore sede di radioterapia <i>(specificare l'altro erogatore in caso di convenzione)</i>	SI	NO	Specificare
2	Presenza di TC e simulatore o TC simulatore	SI	NO	
3	Presenza di sistemi di immobilizzazione a garanzia di un posizionamento corretto e riproducibile	SI	NO	
4	Sistema di pianificazione (TPS) per trattamento conformazionale 3D	SI	NO	
5	Sistema di recording e reporting dei trattamenti radianti effettuati	SI	NO	
6	Sistema di verifica del posizionamento mediante acquisizione di immagini in corso di trattamento	SI	NO	
7	Possibilità tecnica di eseguire trattamenti radianti in IMRT e PBI	SI	NO	
8	Controlli di qualità su tutte le apparecchiature e sull'intero processo radioterapico secondo le direttive nazionali e regionali	SI	NO	

Timbro e firma del Responsabile della Struttura

Azienda/Struttura \_\_\_\_\_  
 U.O. ONCOLOGIA MEDICA

REQUISITI del PERSONALE				
1	C'è disponibilità del Servizio in sede o attraverso accordi di collaborazione con altre Unità Operative? <i>(specificare eventualmente l'altro erogatore)</i>	SI	NO	Specificare
2	Sono preseti almeno due oncologi medici, con esperienza clinica nel trattamento del carcinoma mammario, che dedichino almeno il 50% del proprio tempo lavorativo alla gestione della patologia della mammella? <i>(se la risposta è no specificare il numero di oncologi e la percentuale di ore dedicate alla patologia della mammella)</i>	SI	NO	N. _____ % _____
3	Partecipa al meeting multidisciplinare?	SI	NO	

ALTRI REQUISITI				
1	E' garantito l'accesso alle prestazioni in regime di ricovero ordinario, day-hospital, day-service e ambulatoriale e la programmazione degli accertamenti laboratoristico e strumentali necessari, eventualmente anche con anche con PET/TC per eventuale staging in caso di malattia localmente avanzata? <i>(se la risposta è parziale specificare cosa è garantito)</i>	SI	NO	Specificare
2	Sono garantite eventuali emergenze/urgenze legate a complicanze del trattamento o della malattia attraverso percorsi codificati che consentano l'accesso rapido della paziente alla valutazione oncologica, eventualemte anche attraverso il Pronto Soccorso dell'Ospedale o il Pronto Soccorso di ospedali del territorio?	SI	NO	Specificare
3	Partecipa a sperimentazioni cliniche?	SI	NO	

Timbro e firma del Responsabile della Struttura