



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

Evento Formativo Residenziale

PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA PREVENZIONE SERENA – WORKSHOP 2017

ECM REGIONE
PIEMONTE

CODICE : 300 - 28660

Crediti: 5

AREA DEL DOSSIER
FORMATIVO

Obiettivi formativi

DATA/E

06 dicembre 2017

SEDE

Aula Magna Dogliotti - Presidio Molinette

Corso Bramante.88 - TORINO

RESPONSABILE/I
SCIENTIFICO/I

Alfonso Frigerio
Livia Giordano
Maria Piera Mano
Antonio Ponti

PROGETTISTA o

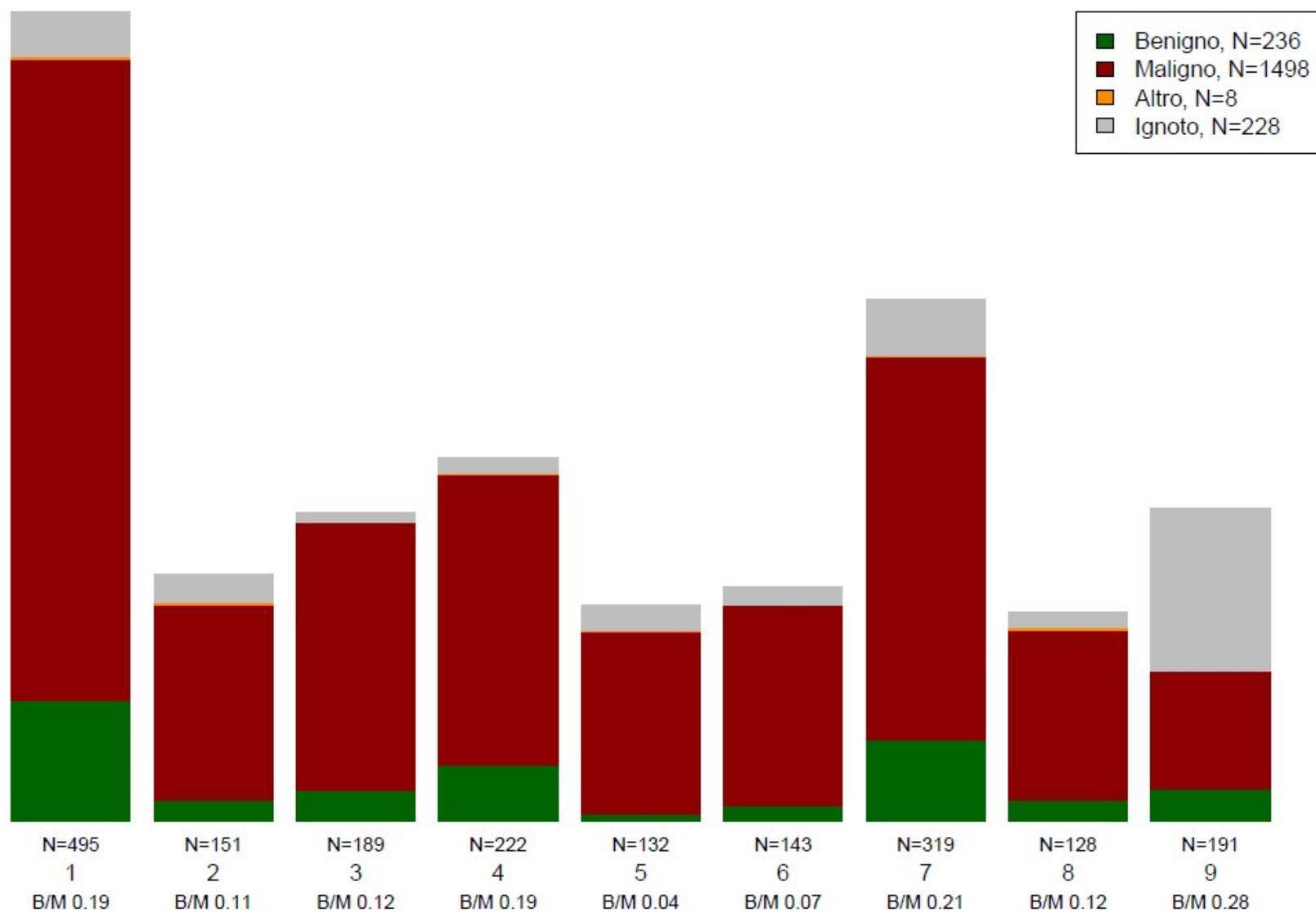
2° sessione Il trattamento ed i suoi dati

moderatori: N. Segnan, O. Bertetto

- Ore 11.45 Indicatori chirurgici e dintorni
(M. P. Mano)
- Ore 12.05 Un key article per un chirurgo
(A. Surace)
- Ore 12.15 Un key article per un anatomo patologo
(D. Balmativola)
- Ore 12.25 Integrazione tra screening e Beast Unit: un aggiornamento
(O. Bertetto, R. Boldorini, A. Ponti)
- Ore 12.55 Discussione
(O. Bertetto, N. Segnan)

Ore 13.10 Pausa pranzo

N. lesioni trattate e rapporto B/M



2016



ASSOCIAZIONE SENONETWORK ITALIA ONLUS
IL NETWORK DEI CENTRI ITALIANI DI SENOLOGIA



Autori: Maria Piera Mano, Antonio Ponti, Catia Angiolini, Luigi Cataliotti, Giacomo Datta, Livia Giordano, Pietro Panizza, Francesca Pietribiasi, Mario Taffurelli, Paolo Rovea, Donatella Santini, Mariano Tomatis e Marco Rosselli Del Turco.

Titolo: *Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nelle Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa- Senonetwork.*

EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 46 (2010) 2344–2356



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.ejconline.com



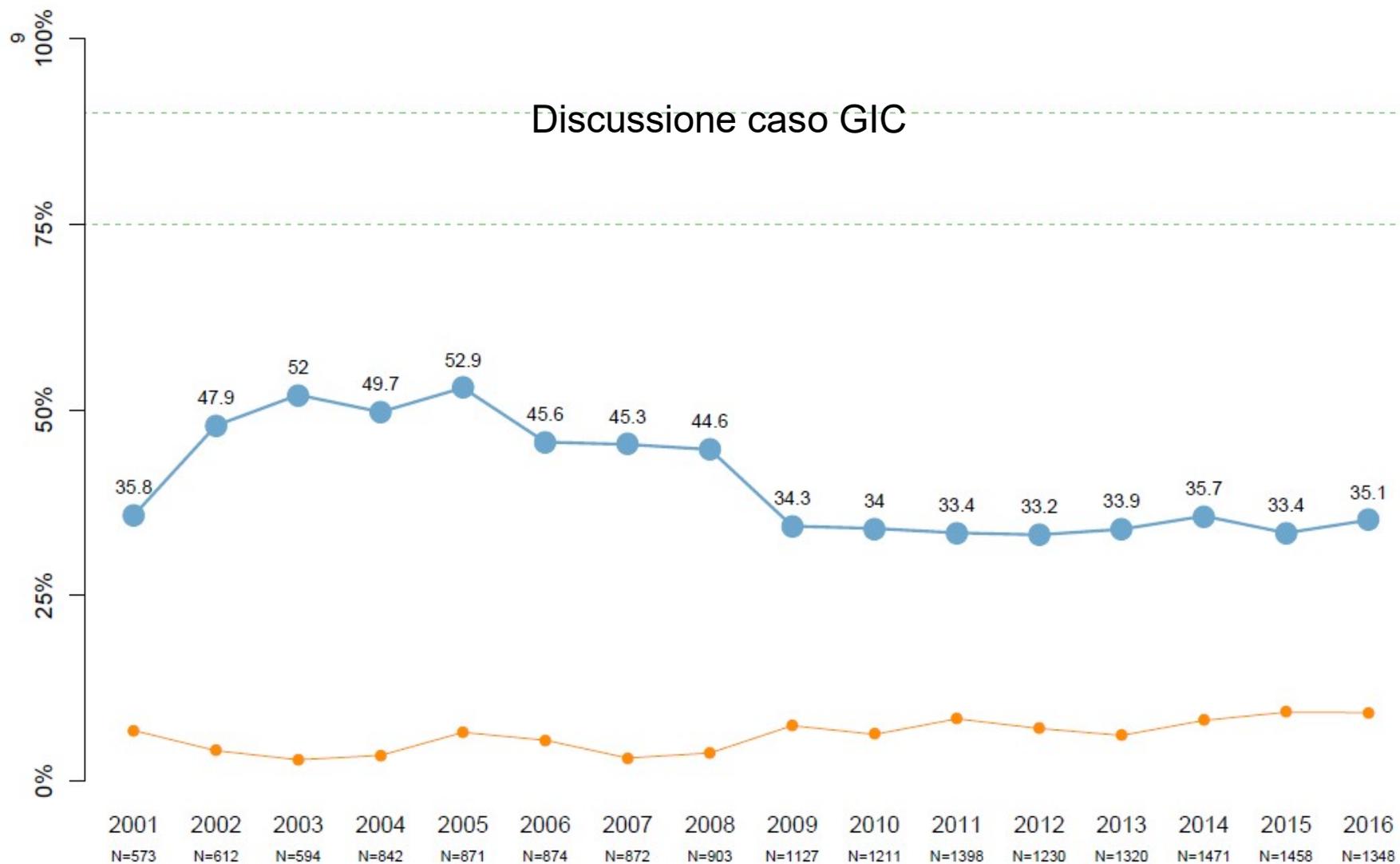
Position Paper

Quality indicators in breast cancer care

M. Rosselli Del Turco ^{a,*}, A. Ponti ^b, U. Bick ^c, L. Biganzoli ^d, G. Cserni ^e, B. Cutuli ^f,
T. Decker ^g, M. Dietel ^c, O. Gentilini ^h, T. Kuehn ^k, M.P. Mano ^j, P. Mantellini ⁱ, L. Marotti ^a,
P. Poortmans ^l, F. Rank ^m, H. Roe ⁿ, E. Scaffidi ^h, J.A. van der Hage ^o, G. Viale ^p, C. Wells ^q,
M. Welnicka-Jaskiewicz ^r, Y. Wengstöm ^s, L. Cataliotti ^t

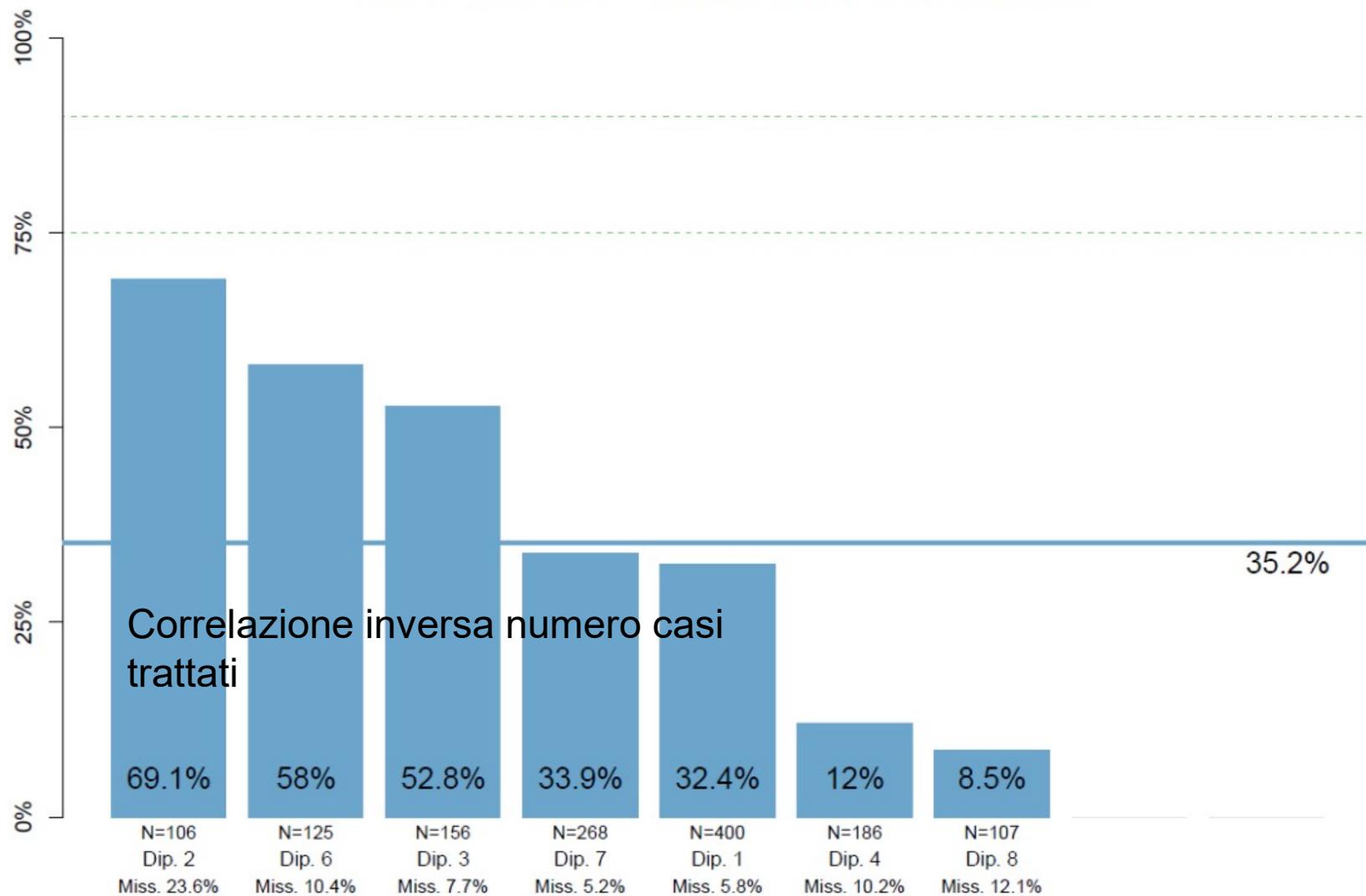
B. TEMPI DI ATTESA			
5.a Inizio trattamento entro 30 giorni dalla indicazione terapeutica. 5.b Inizio trattamento entro 42 giorni dal primo esame diagnostico. 5.c Inizio trattamento entro 60 giorni dalla mammografia di screening	IV	≥ 75	≥ 90
C. CHIRURGIA			
6.a Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma invasivo (escludendo eventuali interventi ricostruttivi)	III	≥ 80	≥ 90
6.b Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma non invasivo (escludendo eventuali interventi ricostruttivi)	II	≥ 80	≥ 90
7. Almeno 10 linfonodi asportati nella dissezione ascellare (escluso sampling)	III	≥ 80	≥ 90
8. Esame solo del linfonodo/i sentinella nei casi che poi risulteranno pNO	II	≥ 80	≥ 90
9. Non esecuzione della dissezione ascellare (di qualsiasi livello, sampling incluso) nei carcinomi non invasivi	II	≥ 90	≥ 95
10. Asportazione di non più di 3 linfonodi nella procedura di esame dell'ascella con linfonodo sentinella	IV	≥ 80	≥ 90
11. Intervento conservativo in carcinomi invasivi fino a 3 cm (inclusa eventuale componente non invasiva)	II	≥ 70	≥ 90

5a. Trattamento entro 30 giorni dalla indicazione terapeutica



N=16704 – Trend temporale 2001–2016

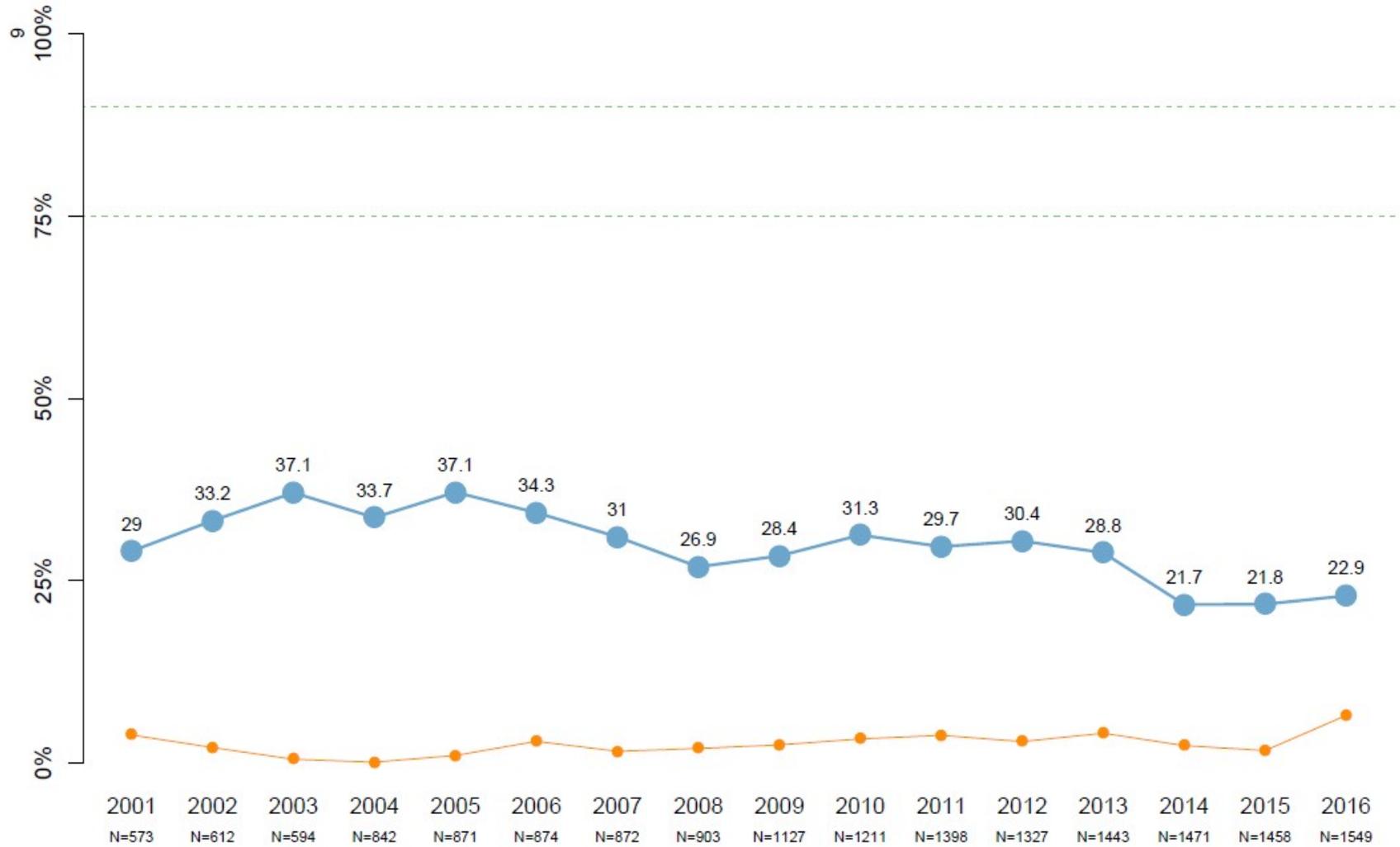
5a. Trattamento entro 30 giorni dalla indicazione terapeutica



Correlazione inversa numero casi trattati

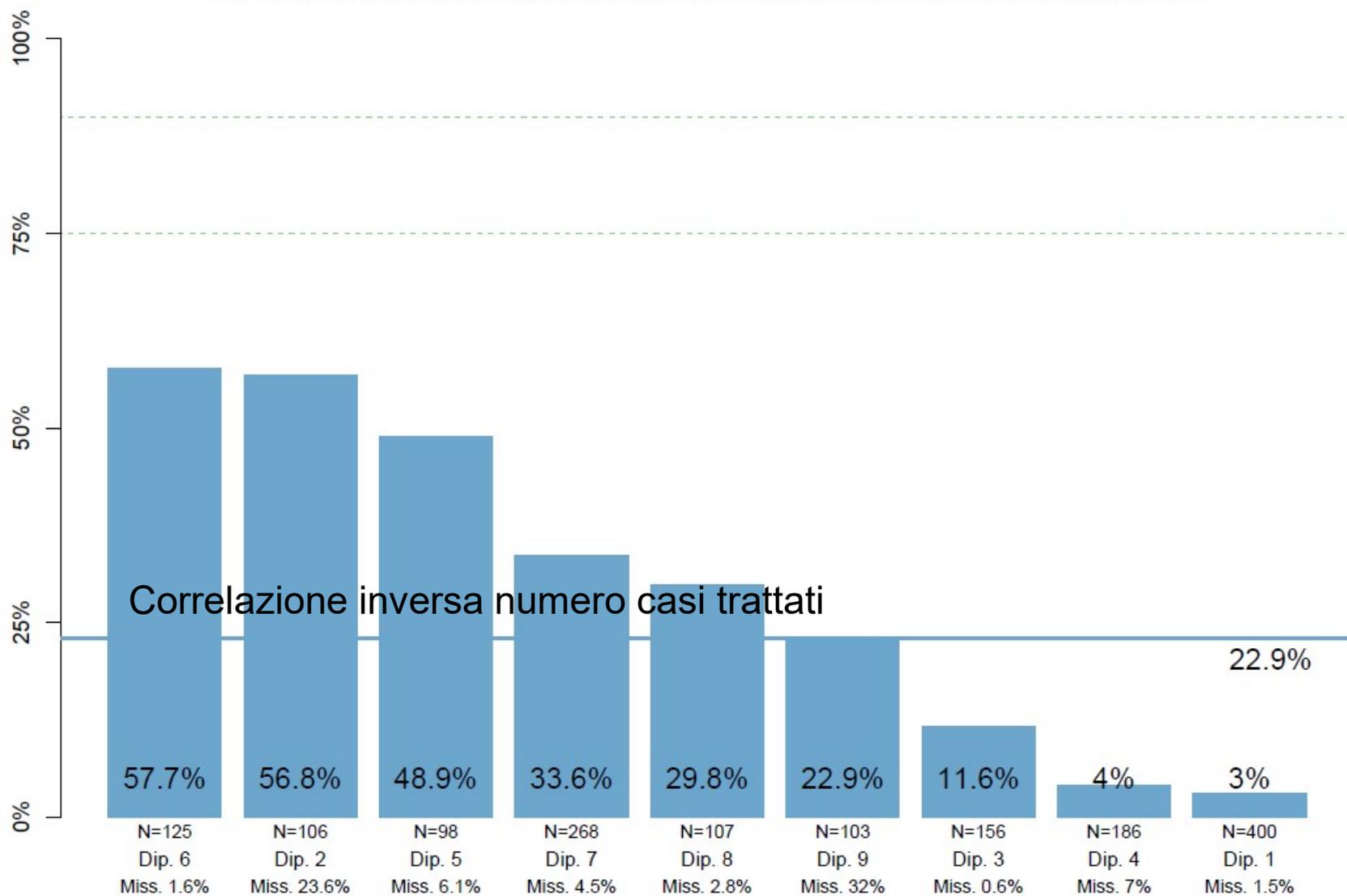
Risultato 35.2%, 7 dipartimenti, N=1348, 8.8% missing

5b. Trattamento entro 42 giorni dal primo esame di approfondimento diagnostico



N=17125 – Trend temporale 2001–2016

5b. Trattamento entro 42 giorni dal primo esame di approfondimento diagnostico



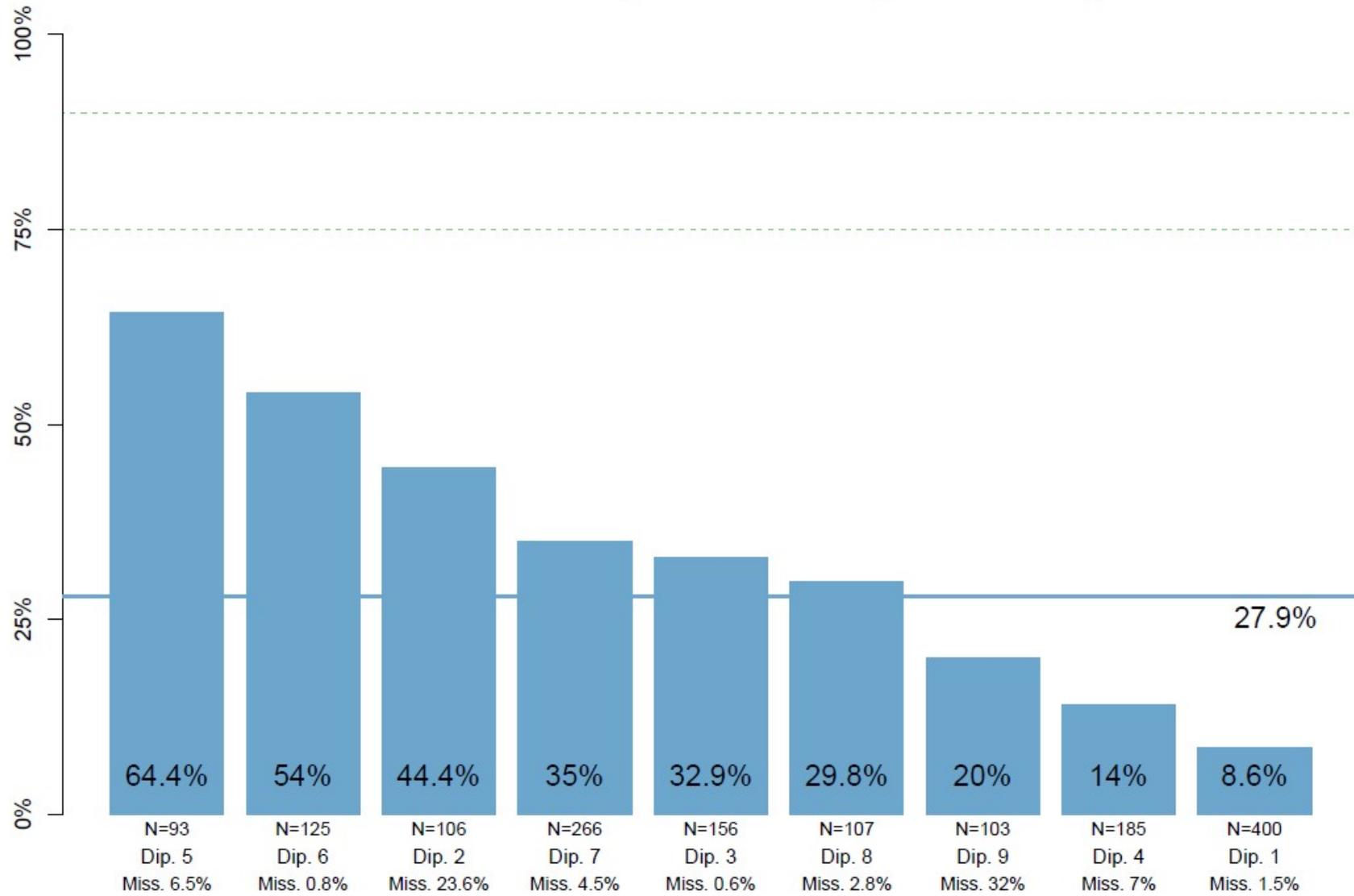
Risultato 22.9%, 9 dipartimenti, N=1549, 6.5% missing

5c. Trattamento entro 60 giorni dalla mammografia di screening



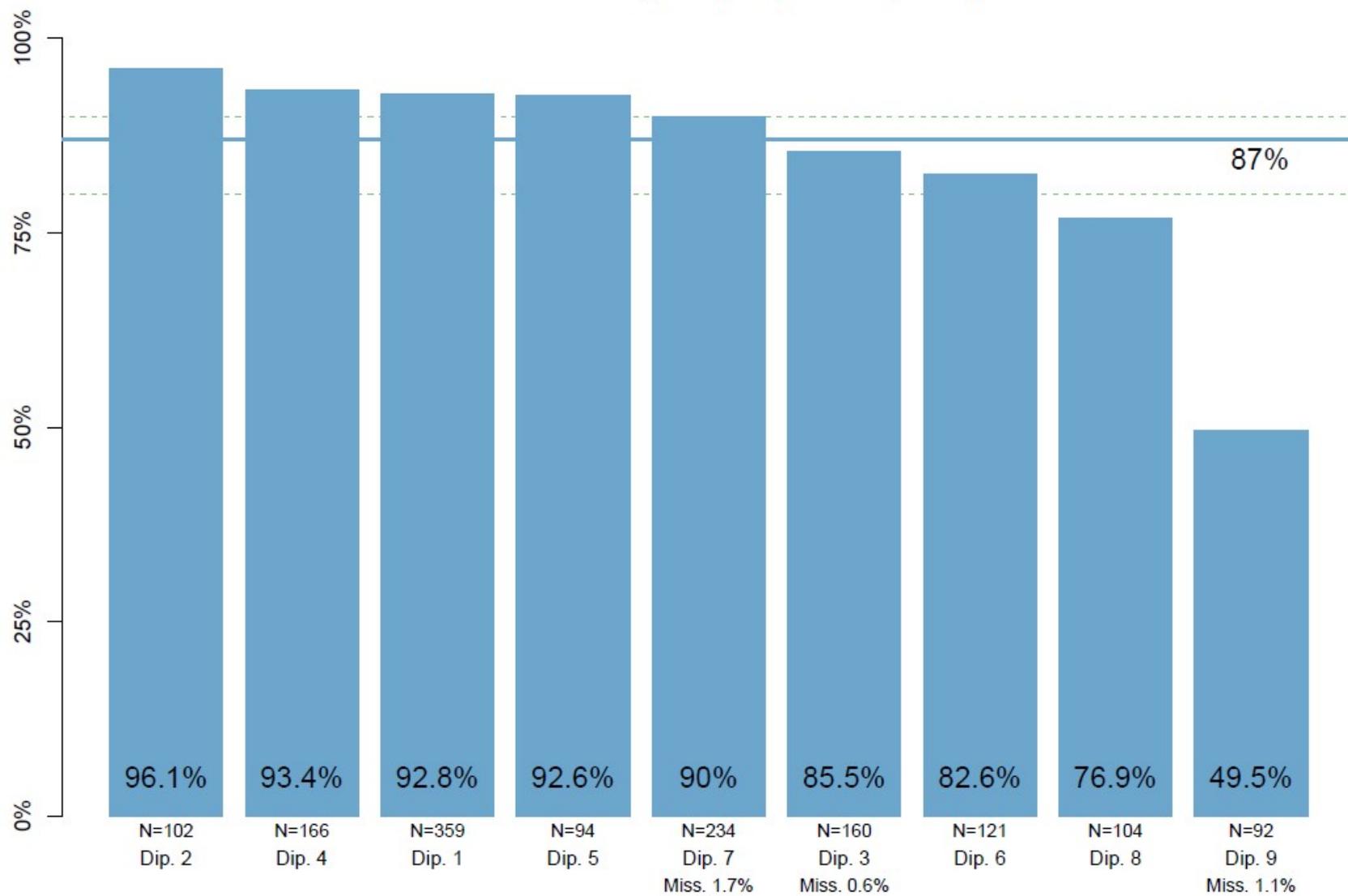
N=16621 – Trend temporale 2001–2016

5c. Trattamento entro 60 giorni dalla mammografia di screening



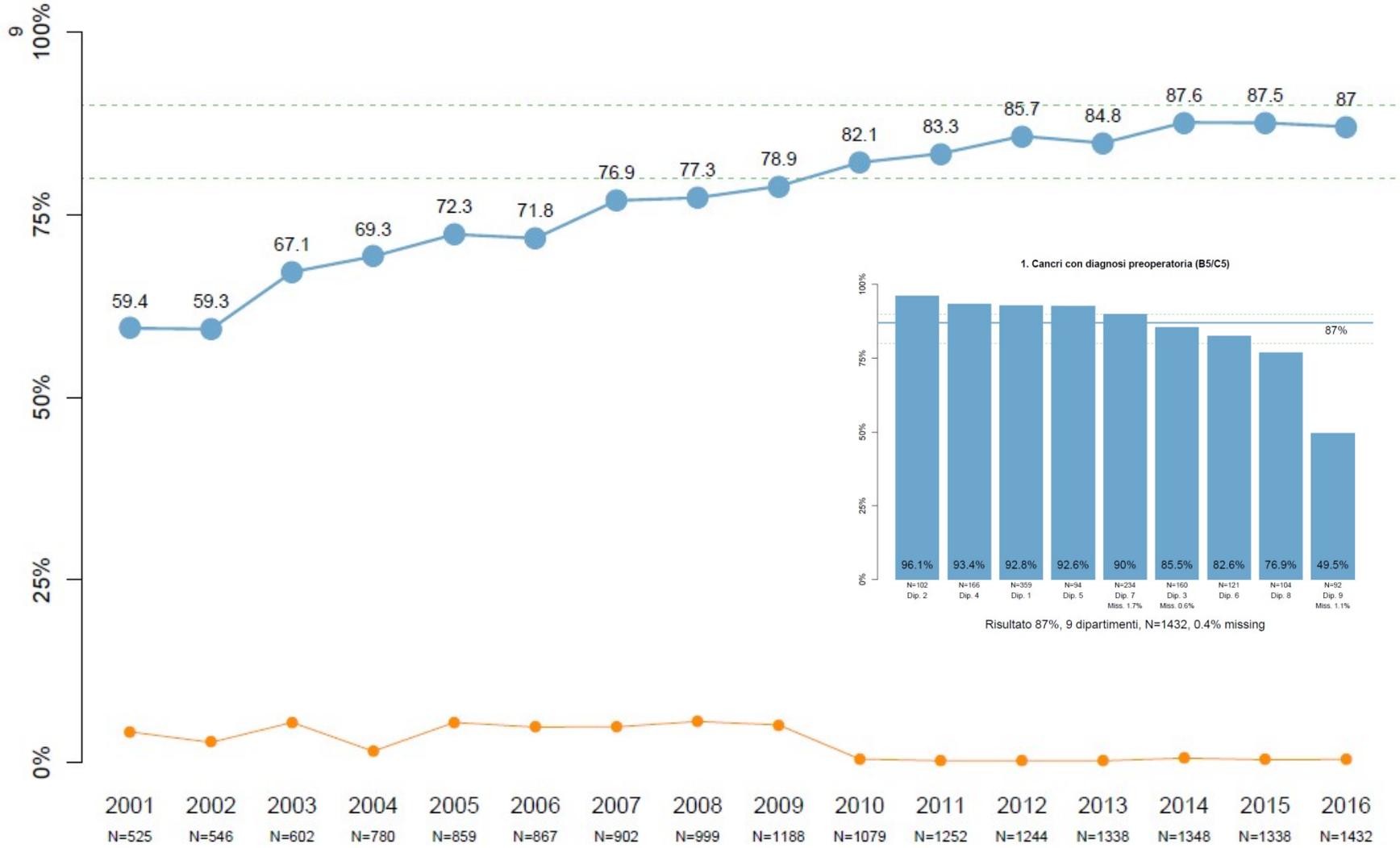
Risultato 27.9%, 9 dipartimenti, N=1541, 6.5% missing

1. Cancri con diagnosi preoperatoria (B5/C5)



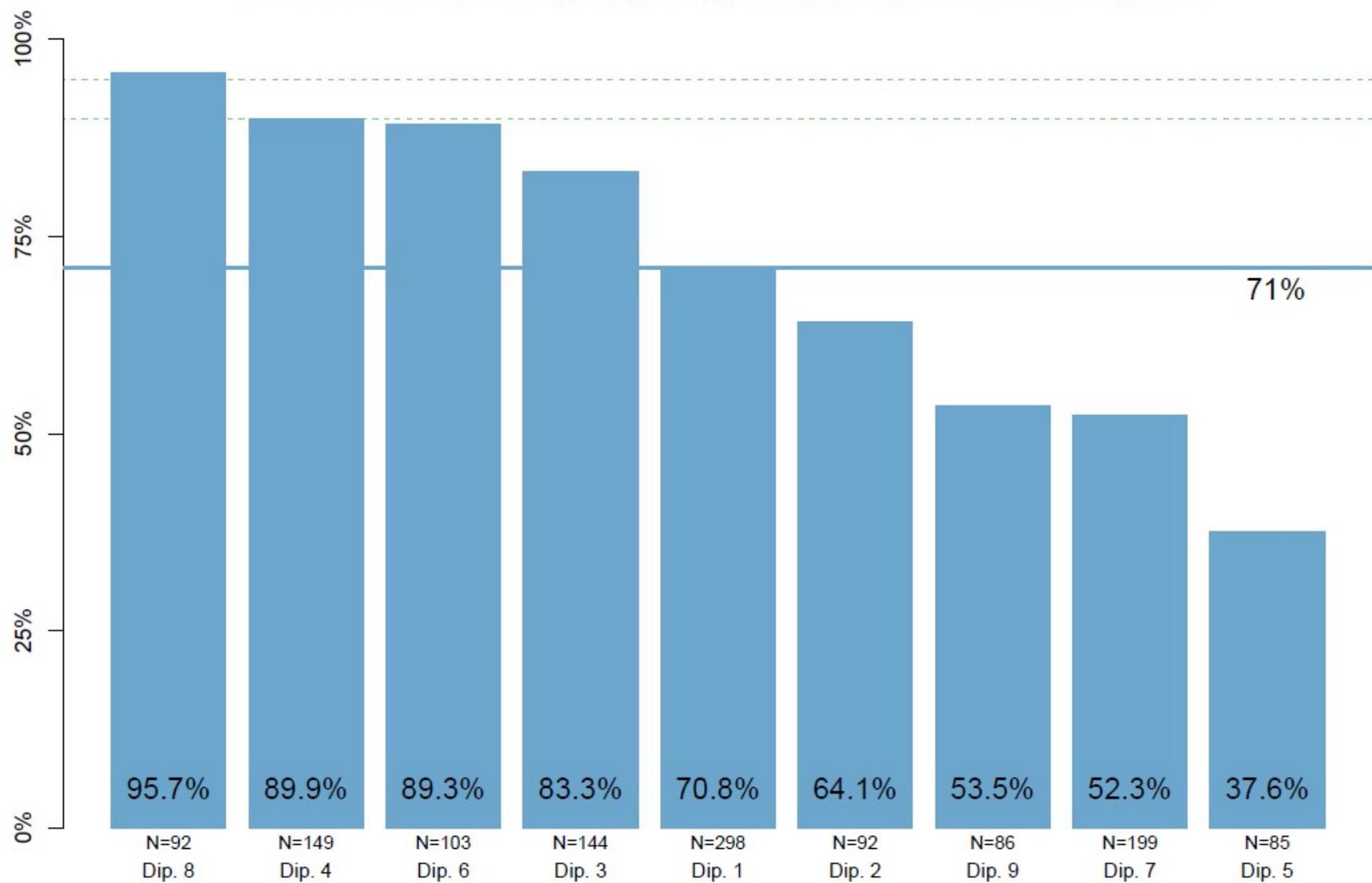
Risultato 87%, 9 dipartimenti, N=1432, 0.4% missing

1. Cancri con diagnosi preoperatoria (B5/C5)



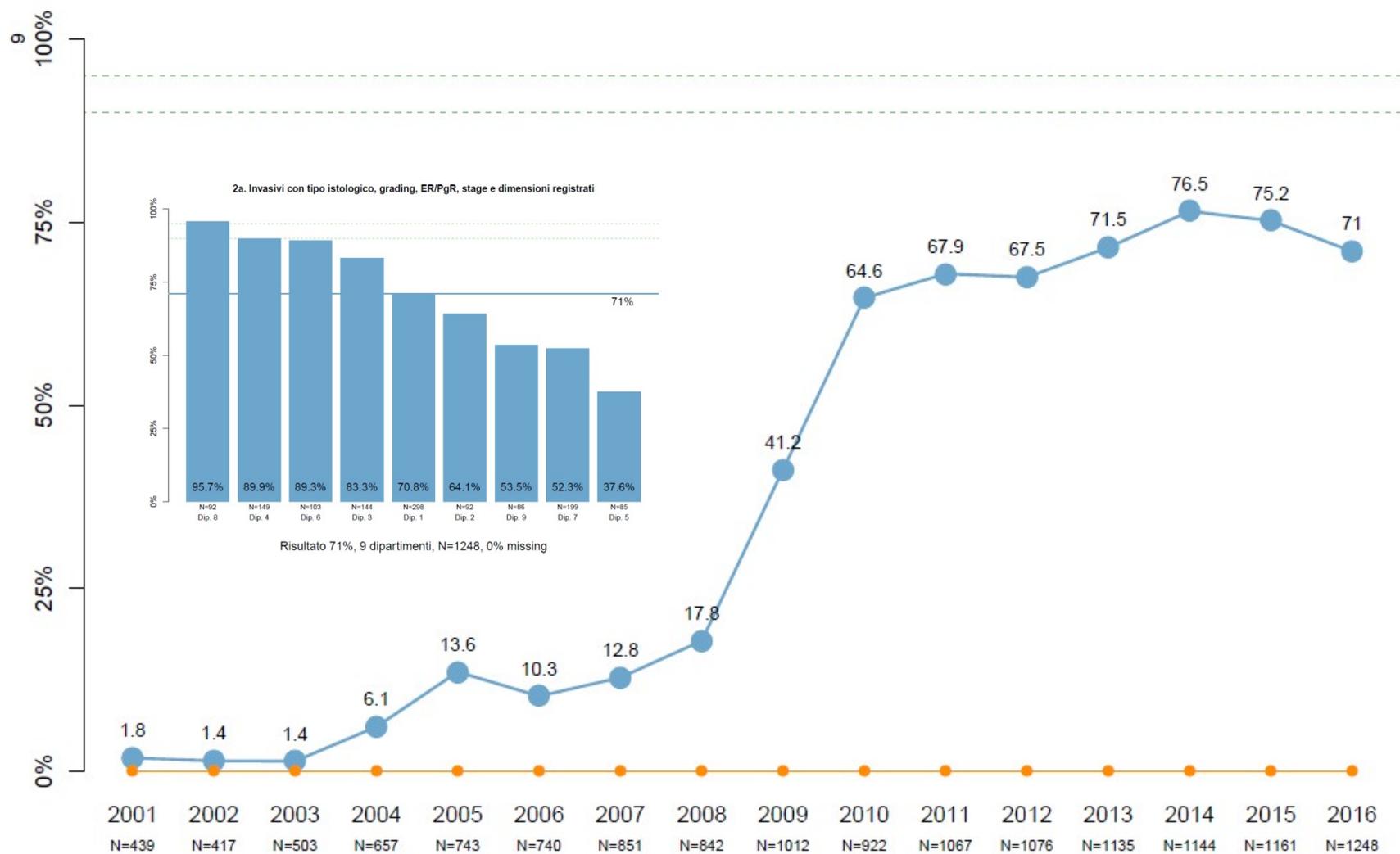
N=16299 – Trend temporale 2001–2016

2a. Invasivi con tipo istologico, grading, ER/PgR, stage e dimensioni registrati



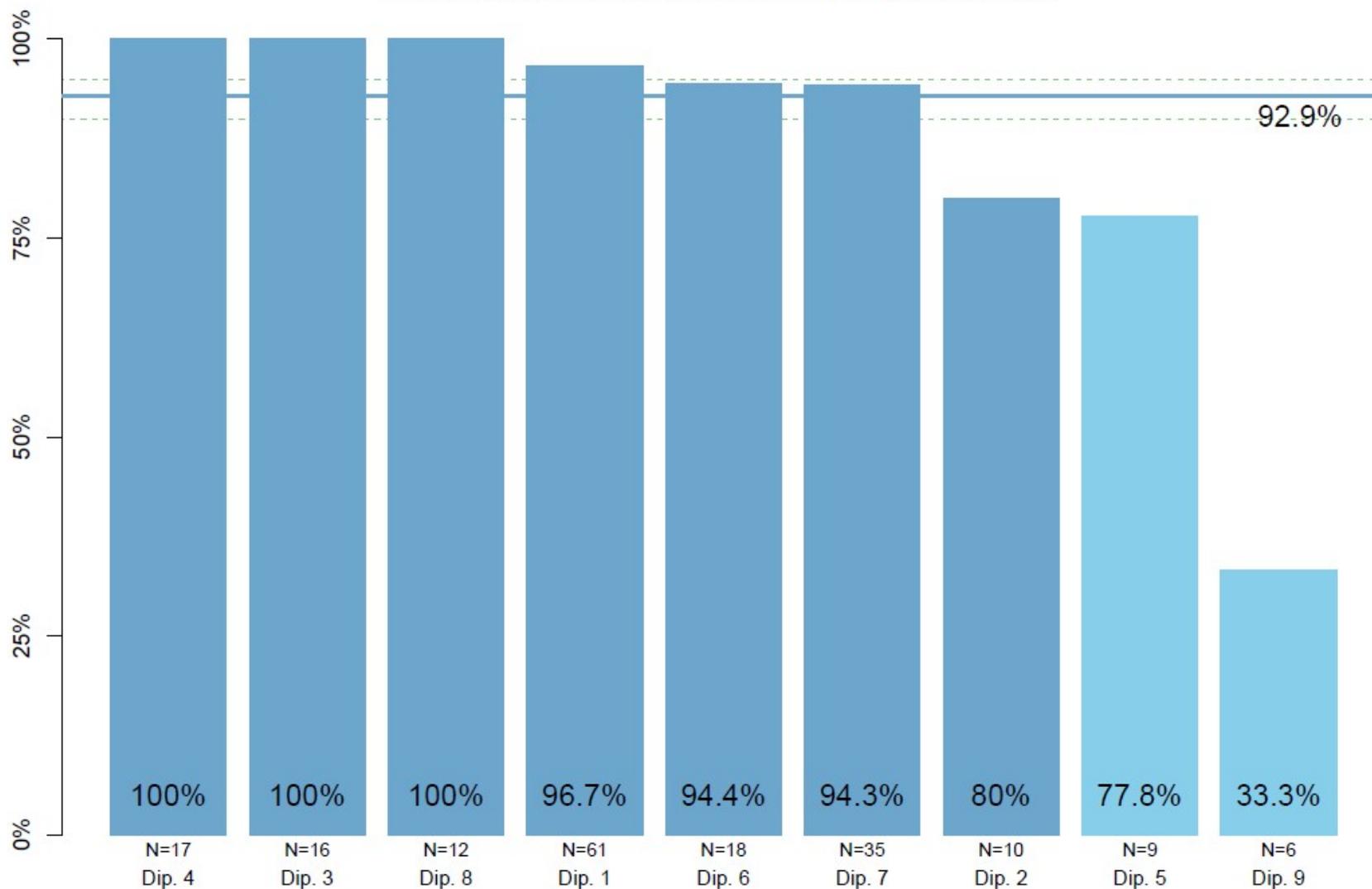
Risultato 71%, 9 dipartimenti, N=1248, 0% missing

2a. Invasivi con tipo istologico, grading, ER/PgR, stage e dimensioni registrati



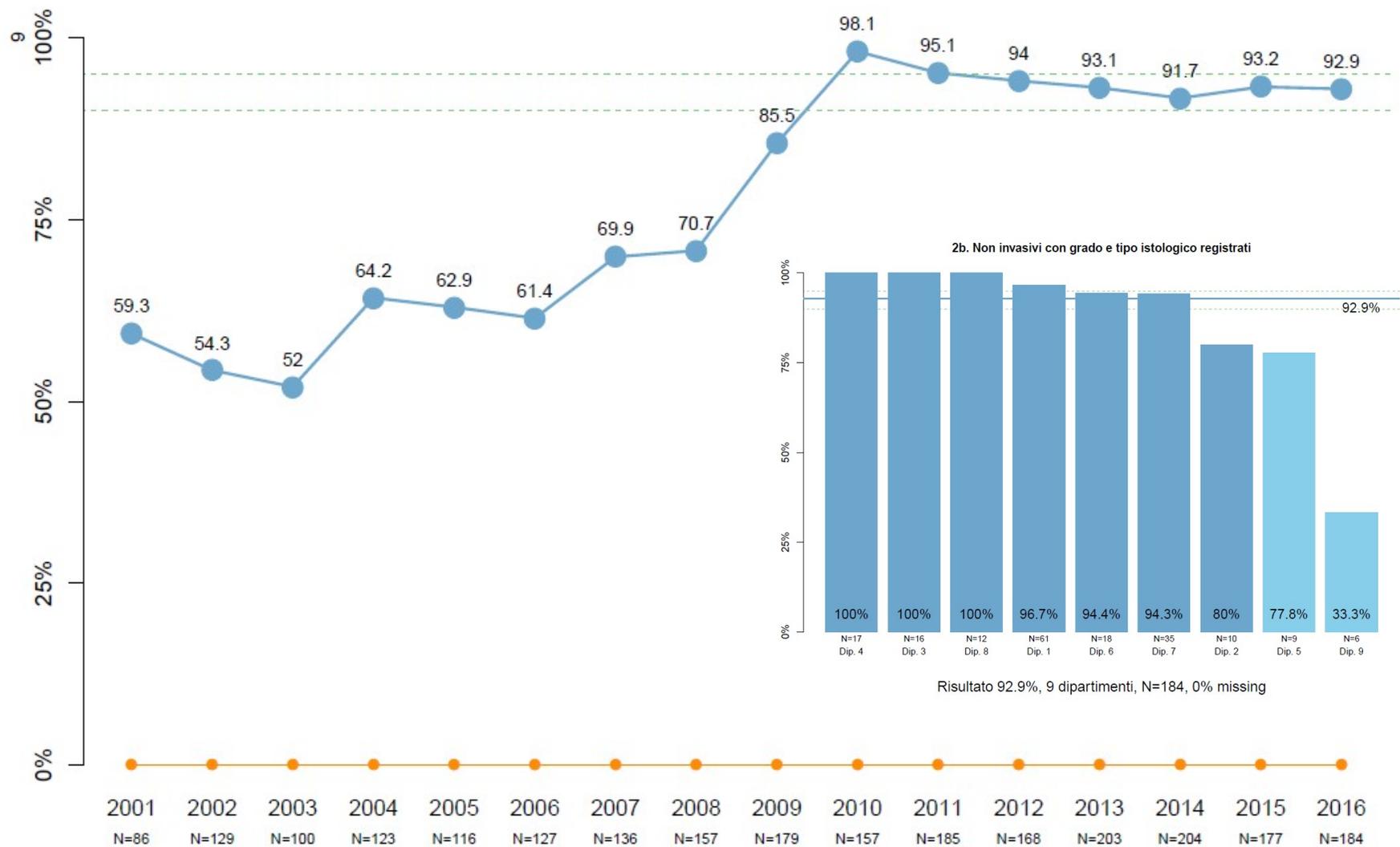
N=13957 – Trend temporale 2001-2016

2b. Non invasivi con grado e tipo istologico registrati



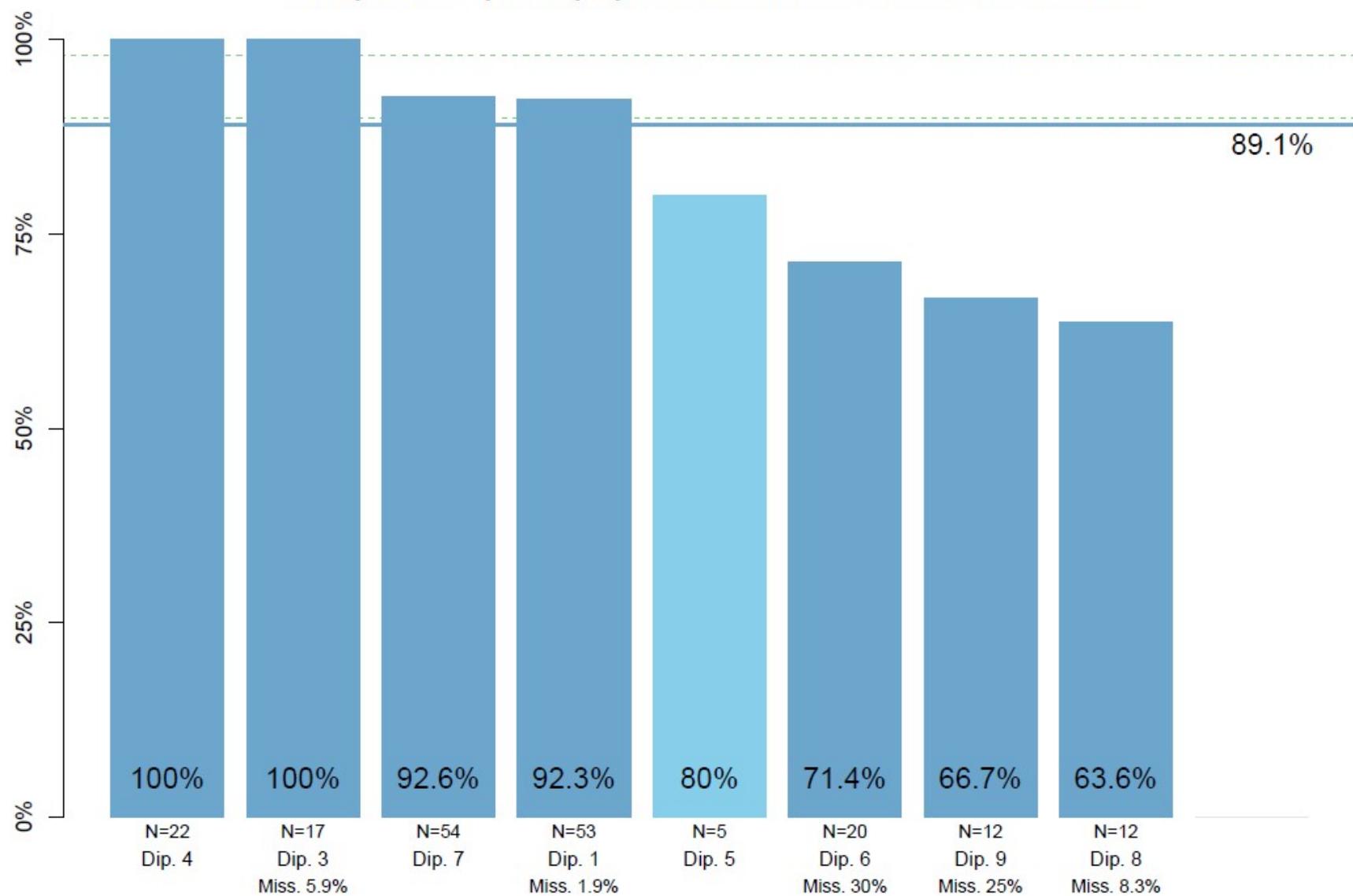
Risultato 92.9%, 9 dipartimenti, N=184, 0% missing

2b. Non invasivi con grado e tipo istologico registrati



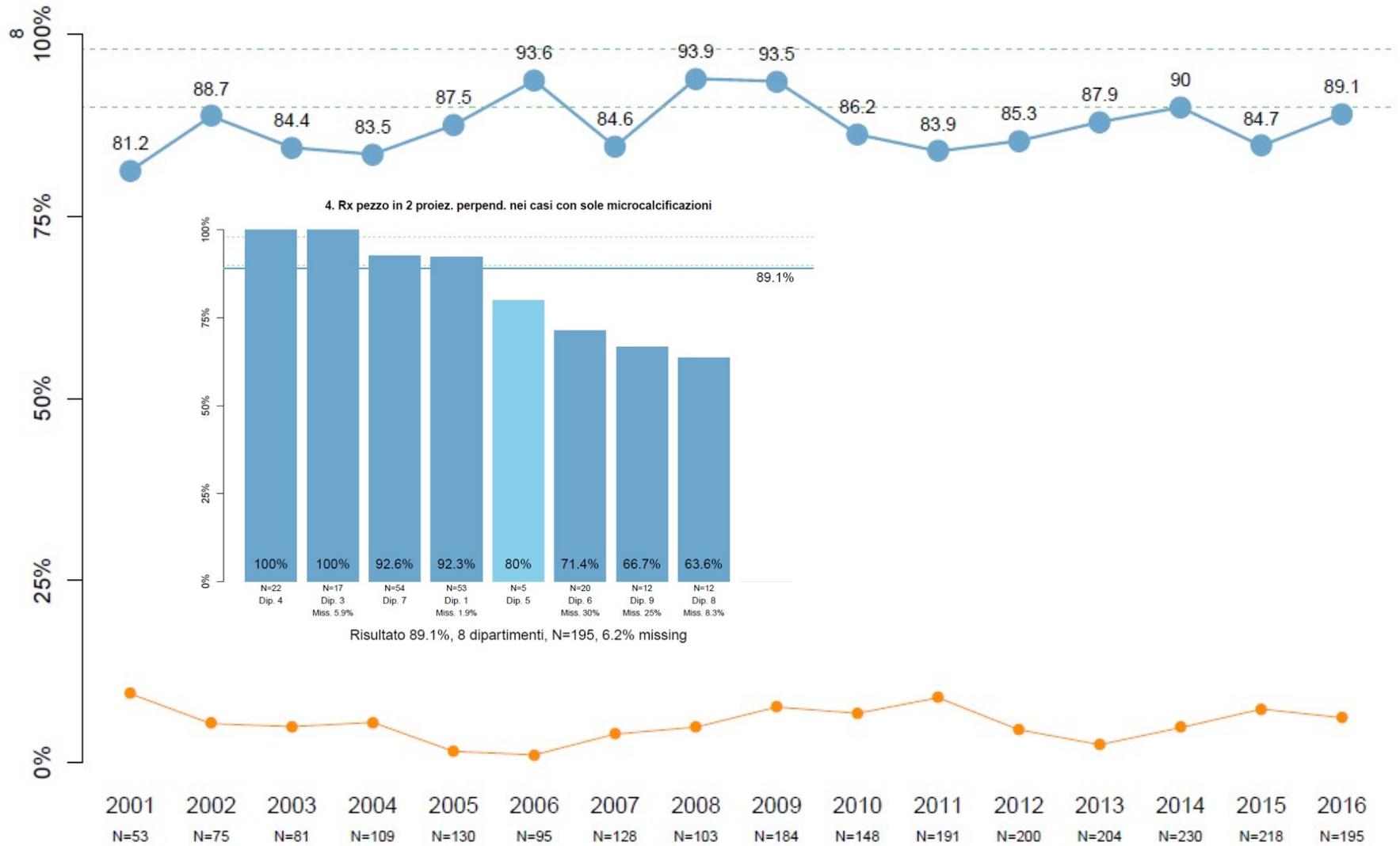
N=2431 – Trend temporale 2001–2016

4. Rx pezzo in 2 proiez. perpend. nei casi con sole microcalcificazioni



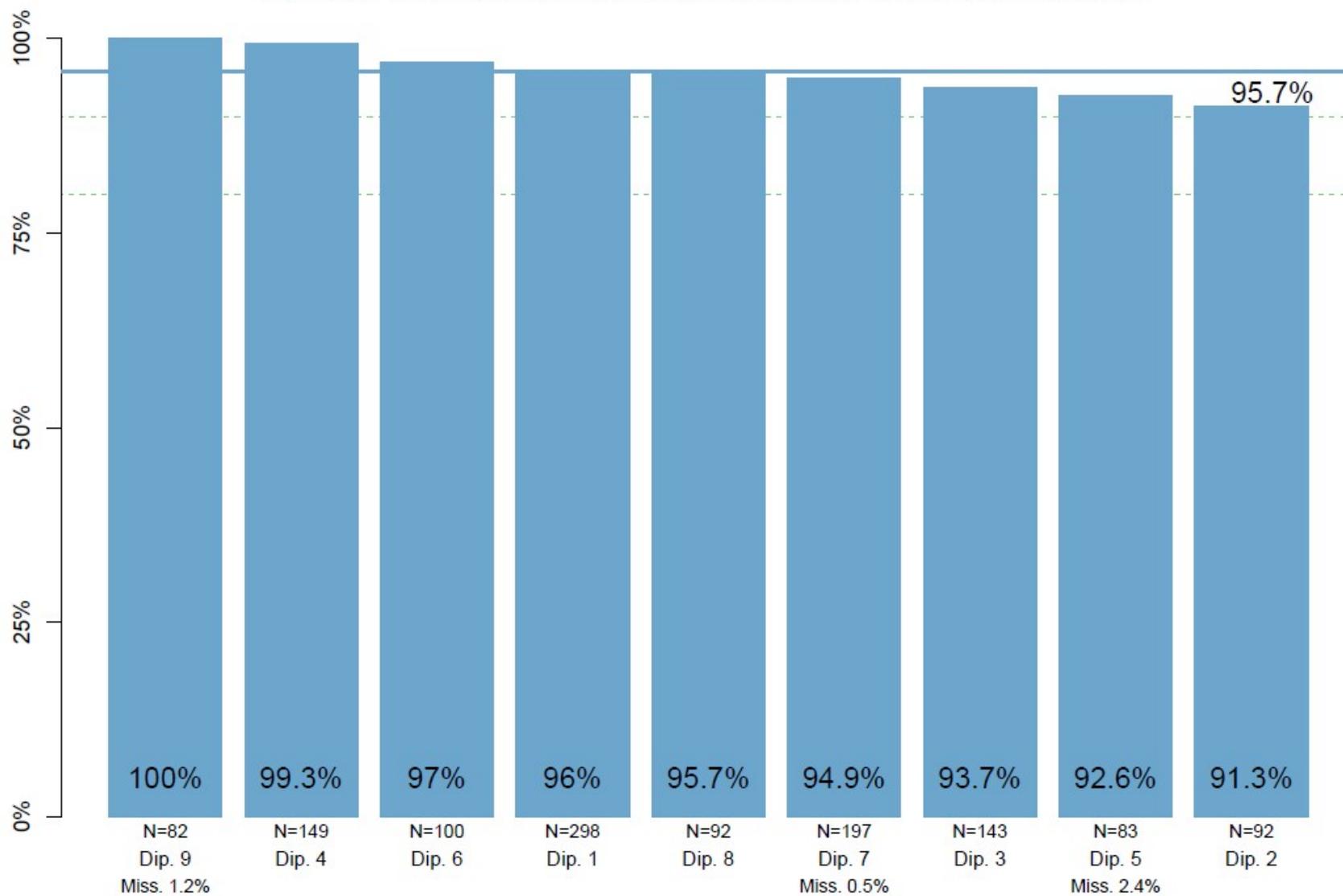
Risultato 89.1%, 8 dipartimenti, N=195, 6.2% missing

4. Rx pezzo in 2 proiez. perpend. nei casi con sole microcalcificazioni



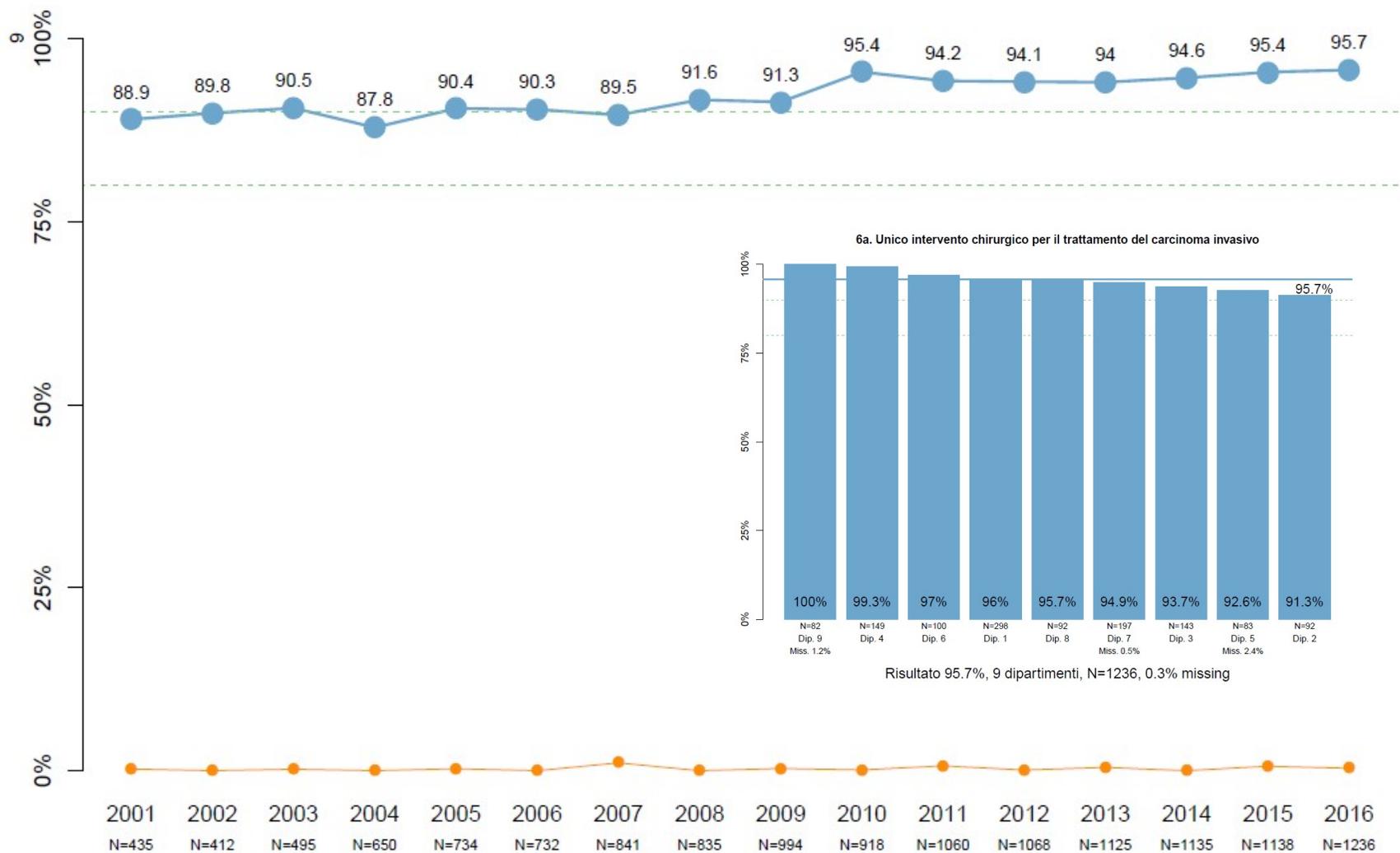
N=2344 – Trend temporale 2001-2016

6a. Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma invasivo



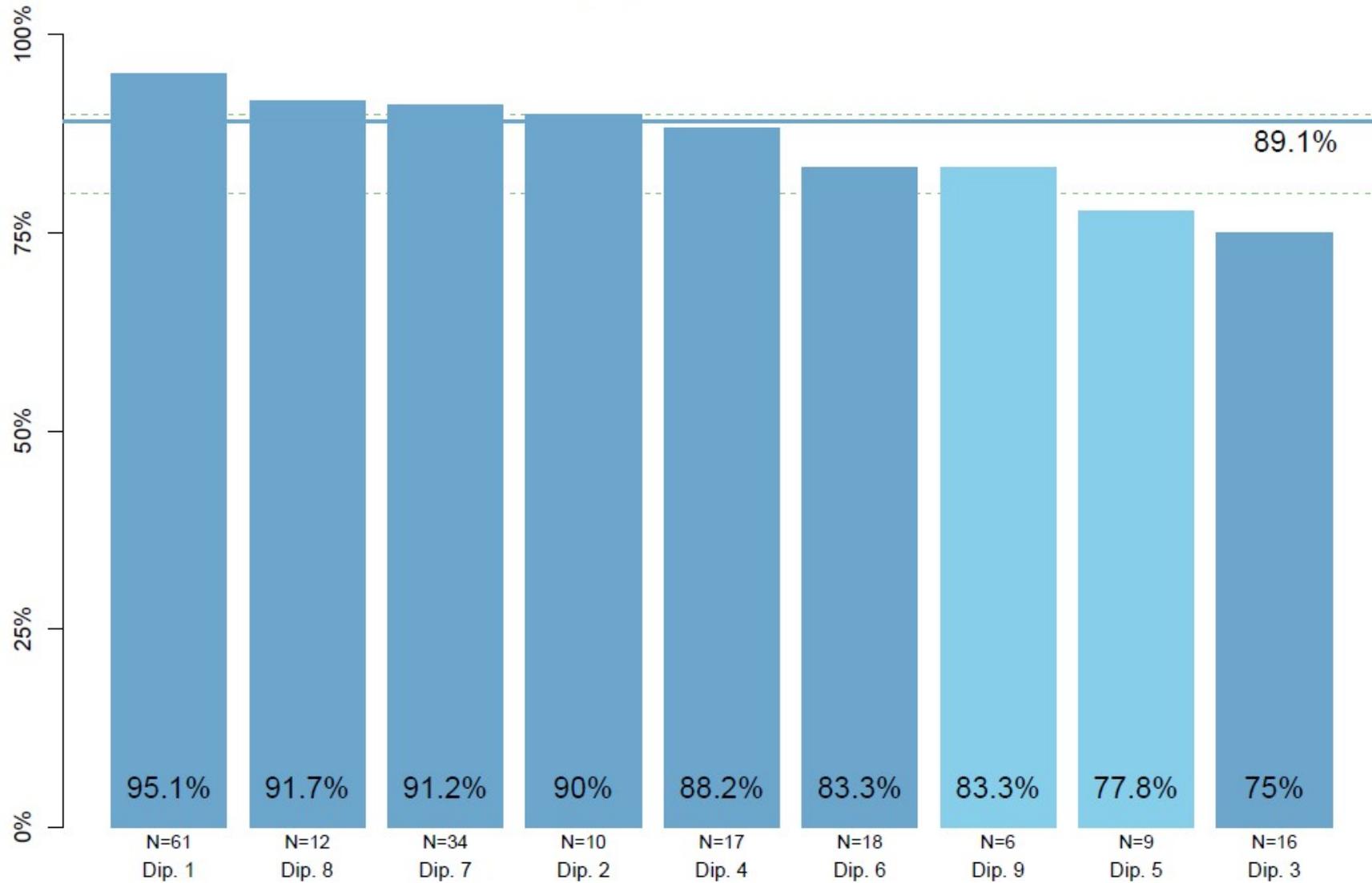
Risultato 95.7%, 9 dipartimenti, N=1236, 0.3% missing

6a. Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma invasivo



N=13808 – Trend temporale 2001–2016

6b. Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma non invasivo



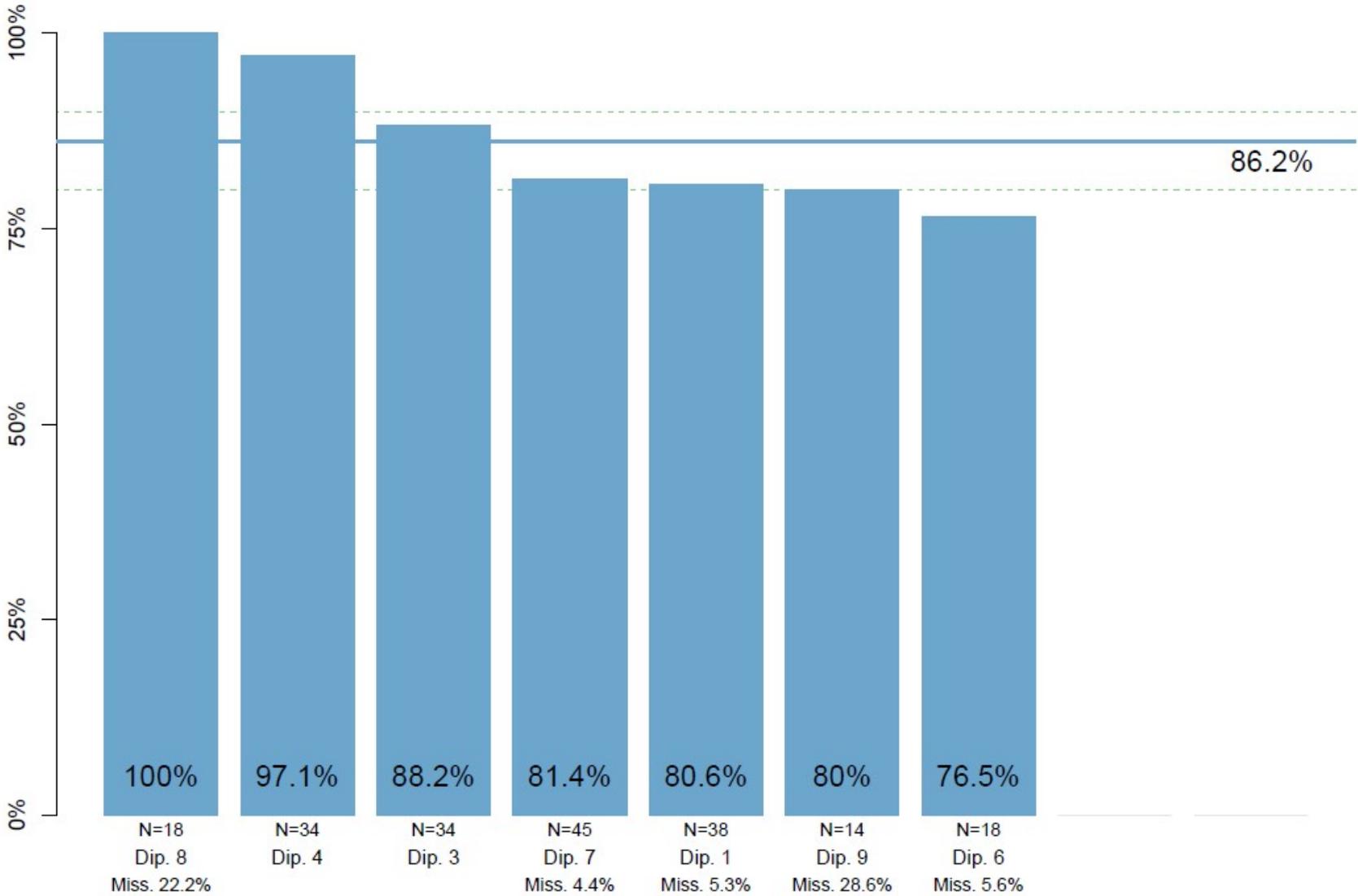
Risultato 89.1%, 9 dipartimenti, N=183, 0% missing

6b. Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma non invasivo



N=2408 – Trend temporale 2001–2016

7. Almeno 10 linfonodi asportati nella dissezione ascellare (escluso sampling)



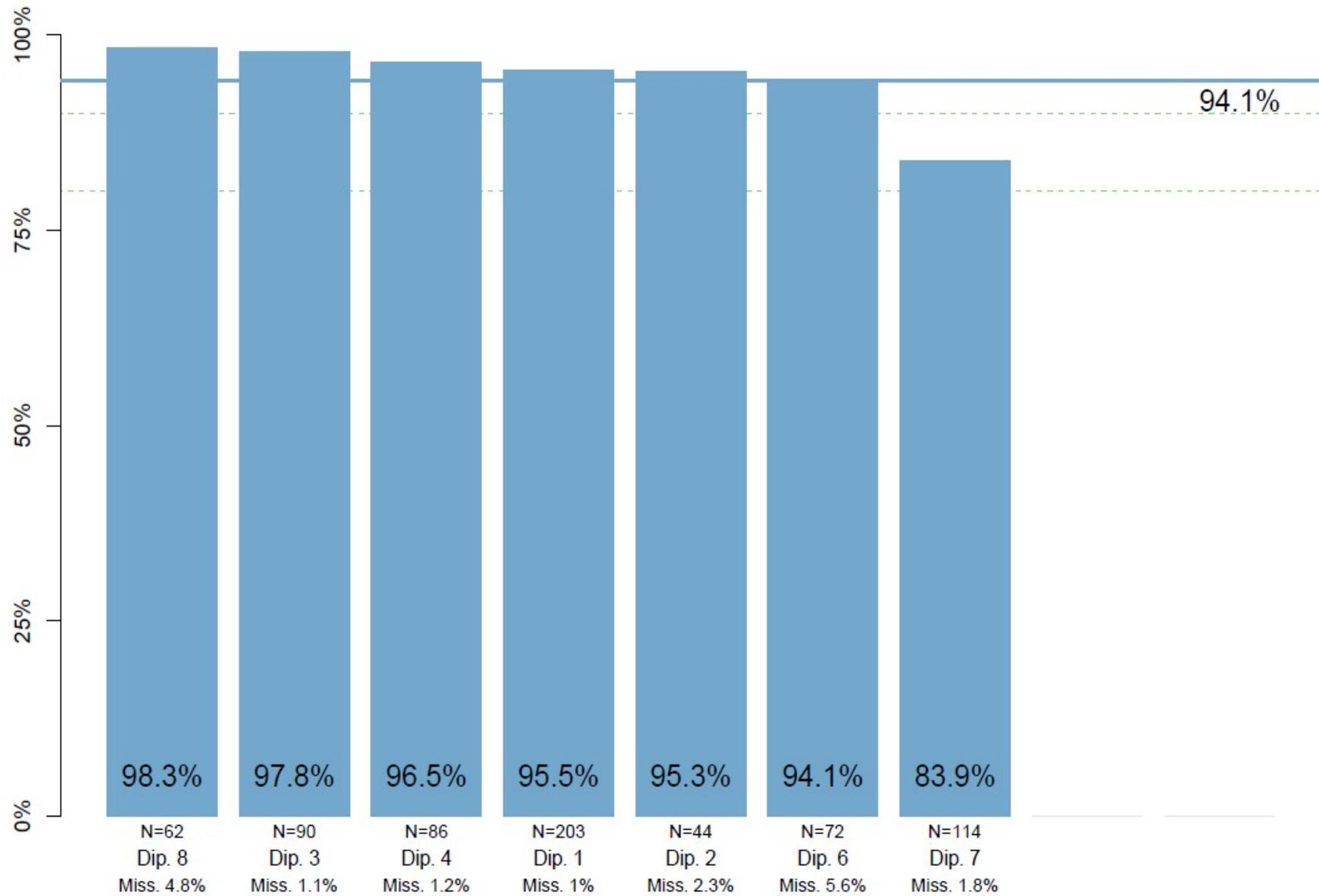
Risultato 86.2%, 7 dipartimenti, N=201, 6.5% missing

7. Almeno 10 linfonodi asportati nella dissezione ascellare (escluso sampling)



N=4630 – Trend temporale 2001–2016

8. Esame solo del linfonodo/i sentinella nei casi che poi risulteranno pN0



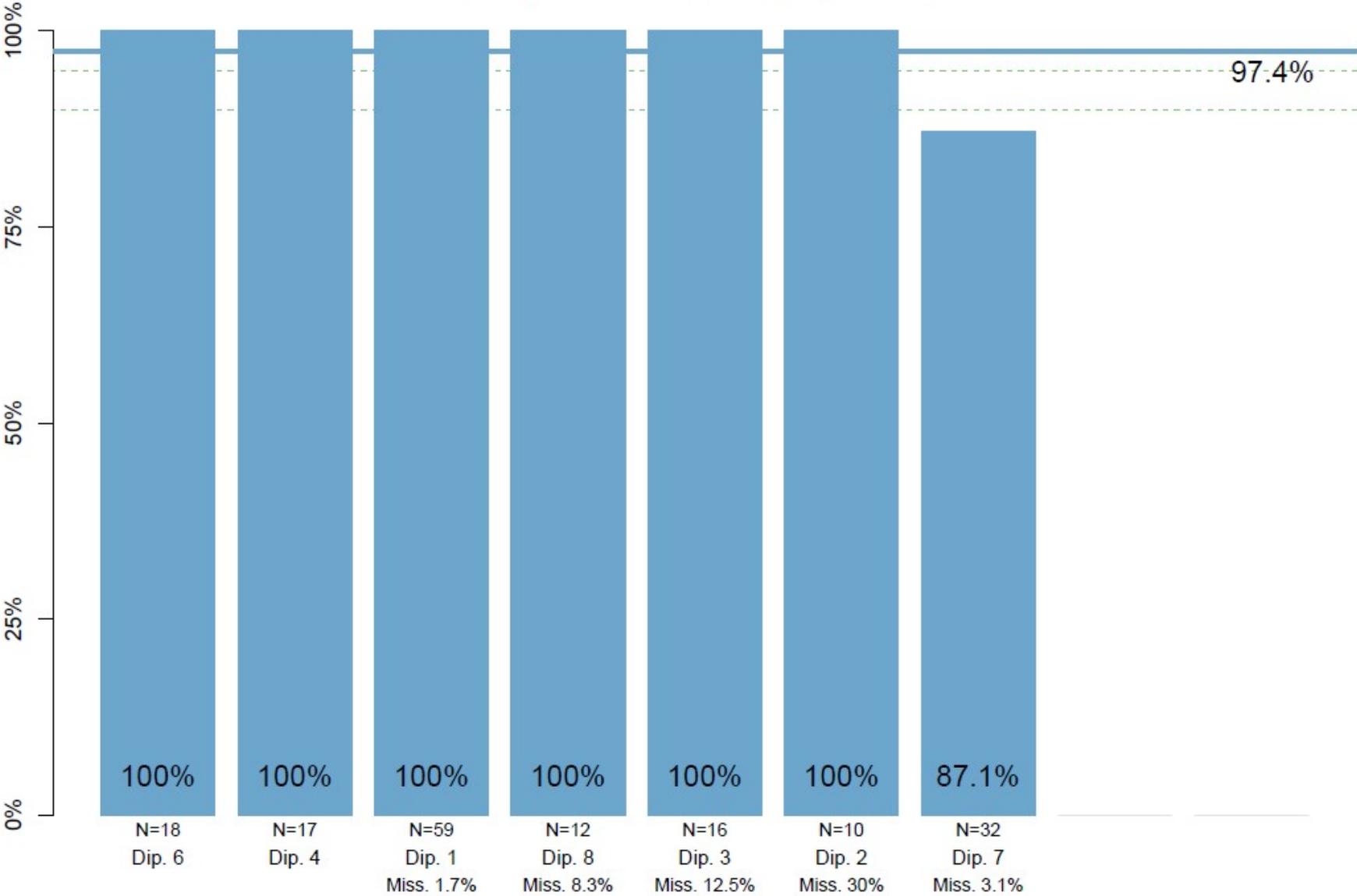
Risultato 94.1%, 7 dipartimenti, N=671, 2.1% missing

8. Esame solo del linfonodo/i sentinella nei casi che poi risulteranno pN0



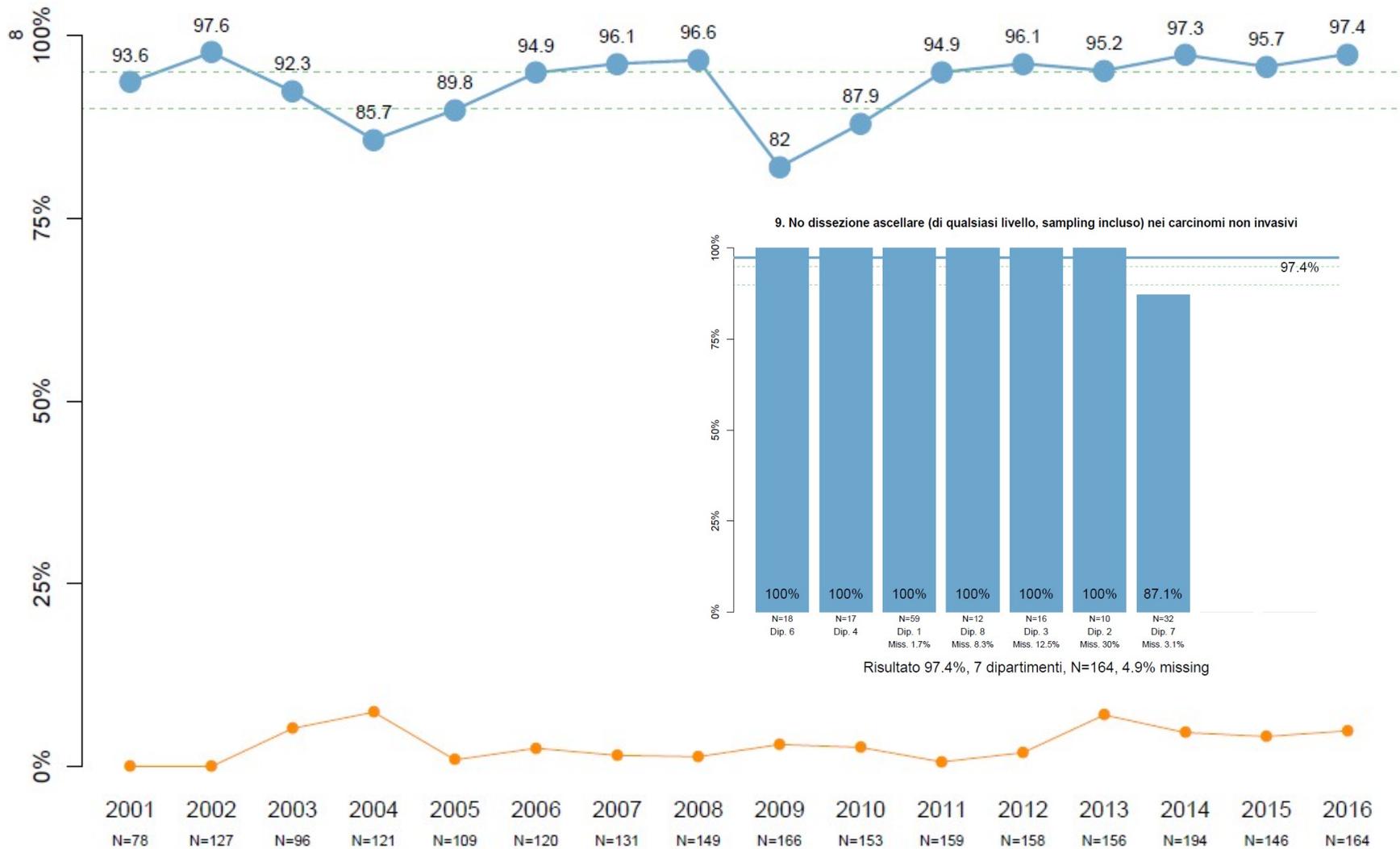
N=8170 - Trend temporale 2001-2016

9. No dissezione ascellare (di qualsiasi livello, sampling incluso) nei carcinomi non invasivi



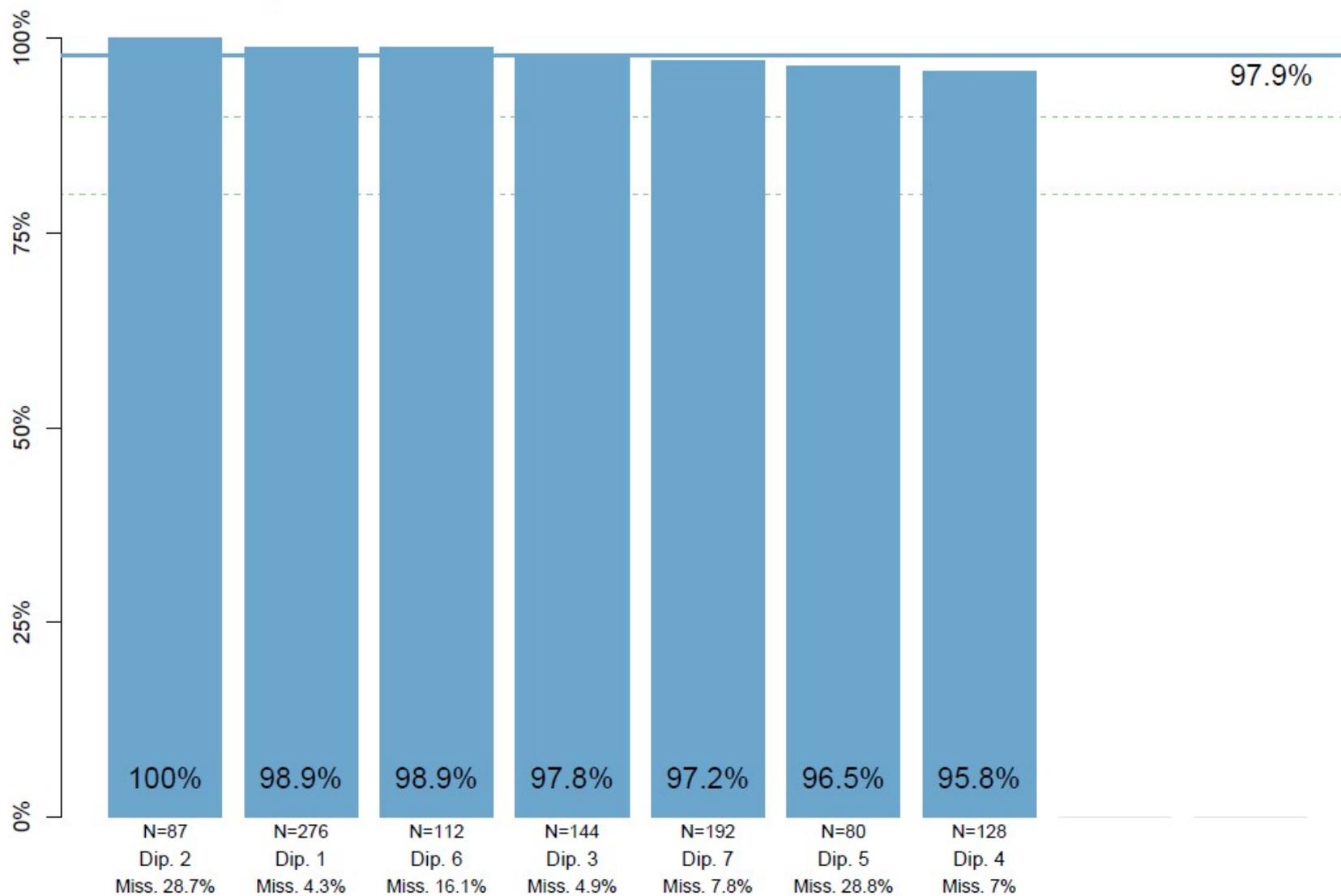
Risultato 97.4%, 7 dipartimenti, N=164, 4.9% missing

9. No dissezione ascellare (di qualsiasi livello, sampling incluso) nei carcinomi non invasivi



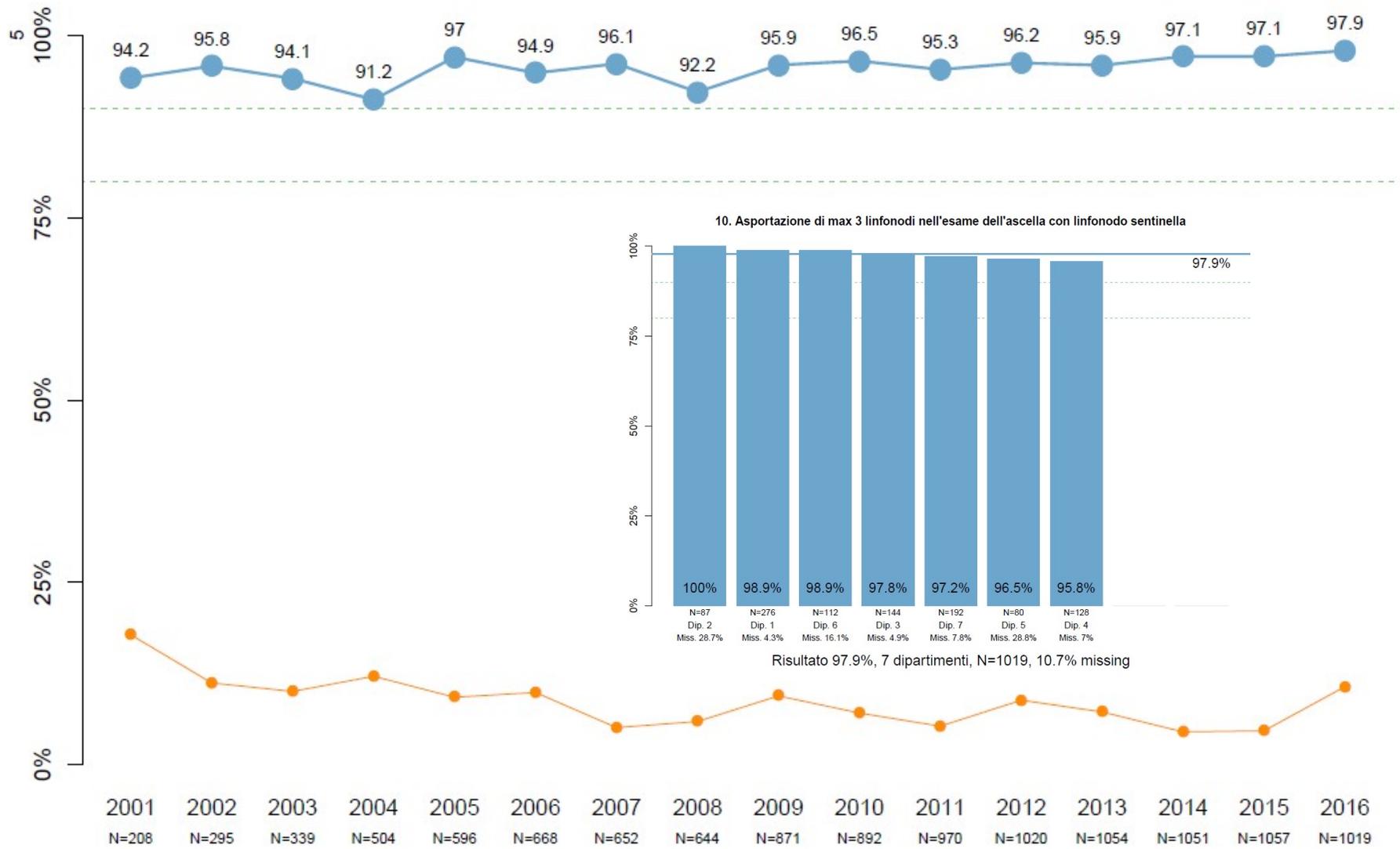
N=2227 – Trend temporale 2001–2016

10. Asportazione di max 3 linfonodi nell'esame dell'ascella con linfonodo sentinella



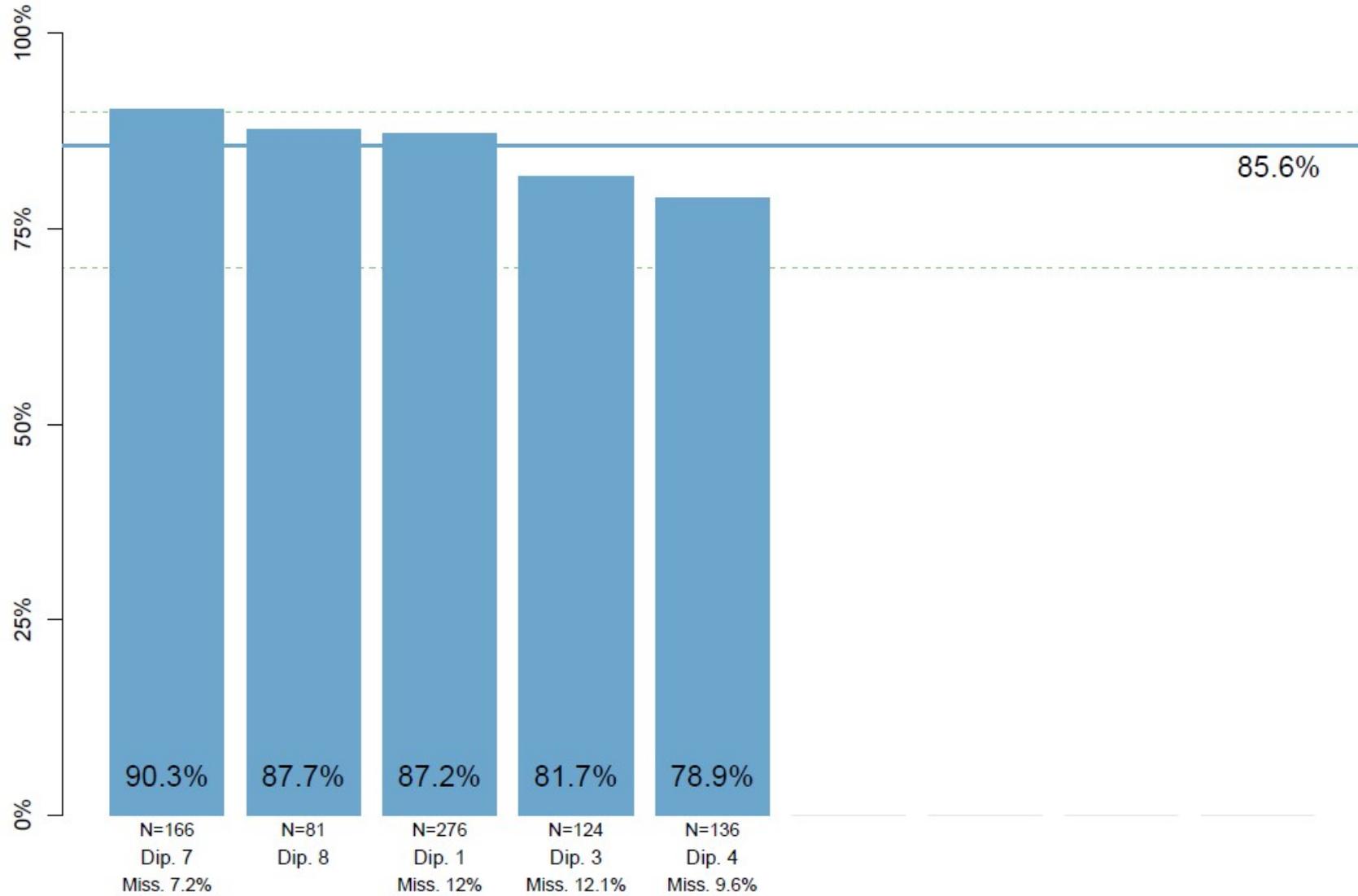
Risultato 97.9%, 7 dipartimenti, N=1019, 10.7% missing

10. Asportazione di max 3 linfonodi nell'esame dell'ascella con linfonodo sentinella



N=11840 – Trend temporale 2001–2016

11. Int. conservativo in carcinomi invasivi fino a 3 cm (inclusa componente non invasiva)



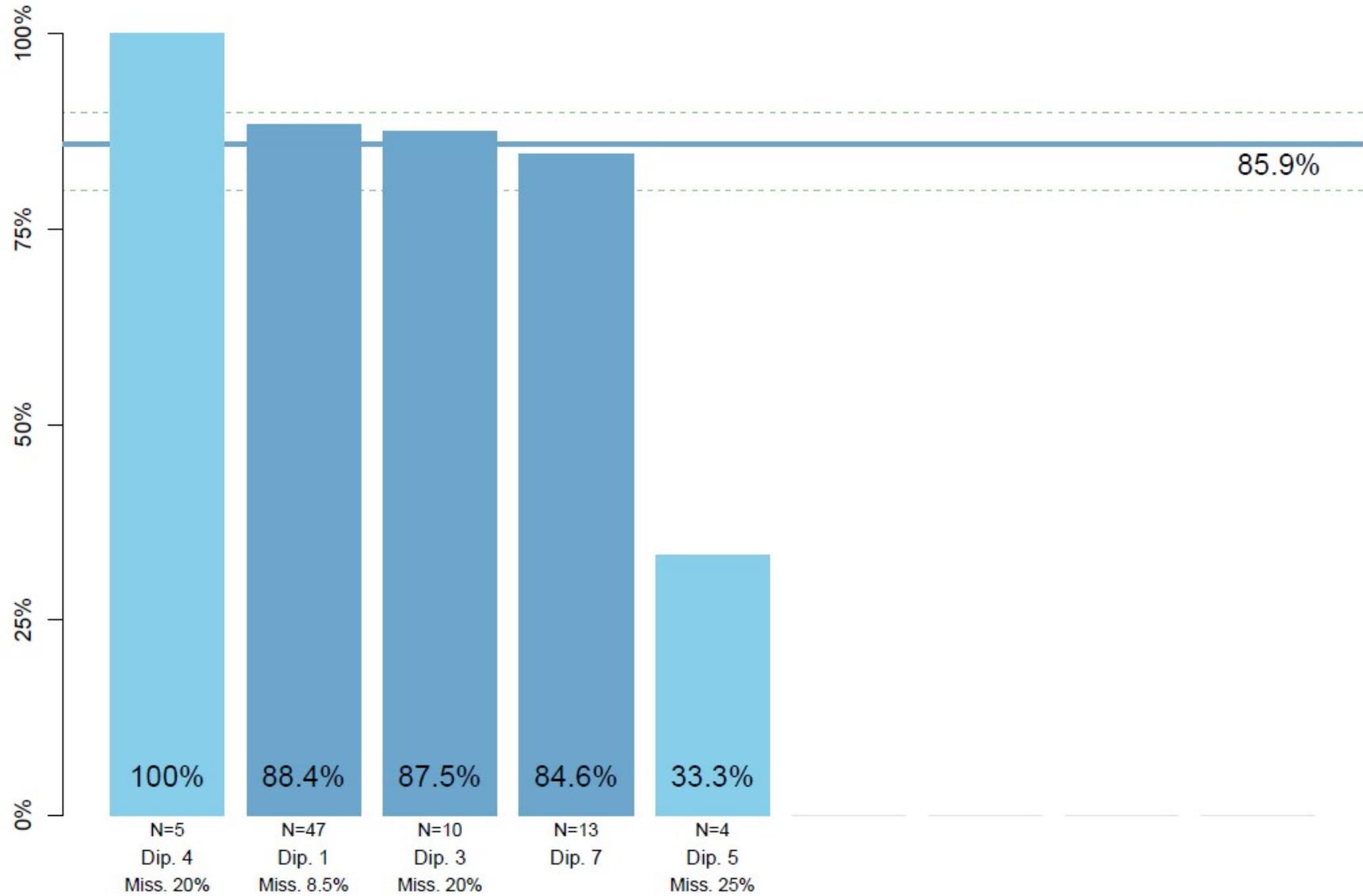
Risultato 85.6%, 5 dipartimenti, N=783, 9.3% missing

11. Int. conservativo in carcinomi invasivi fino a 3 cm (inclusa componente non invasiva)



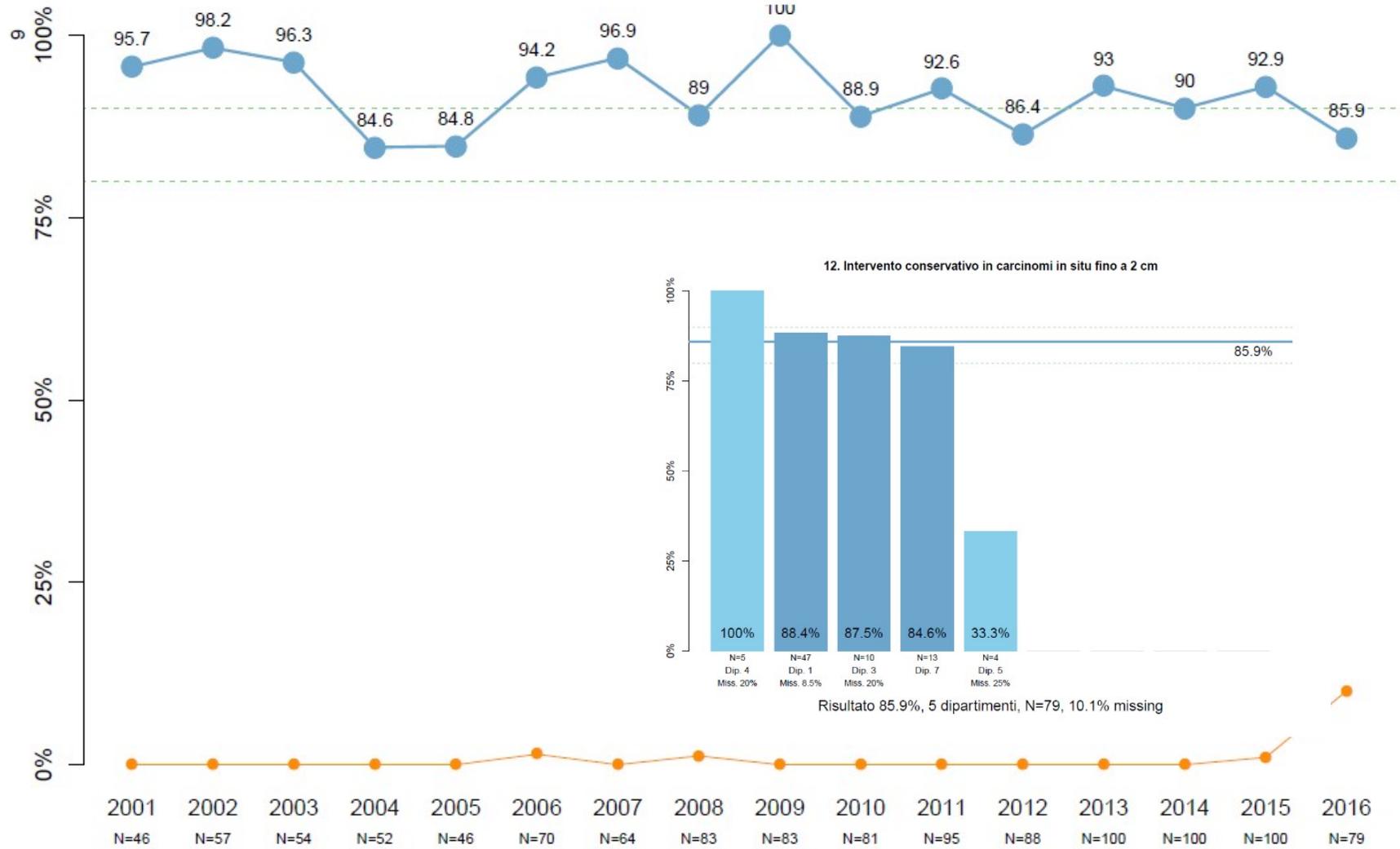
N=12111 – Trend temporale 2001-2016

12. Intervento conservativo in carcinomi in situ fino a 2 cm



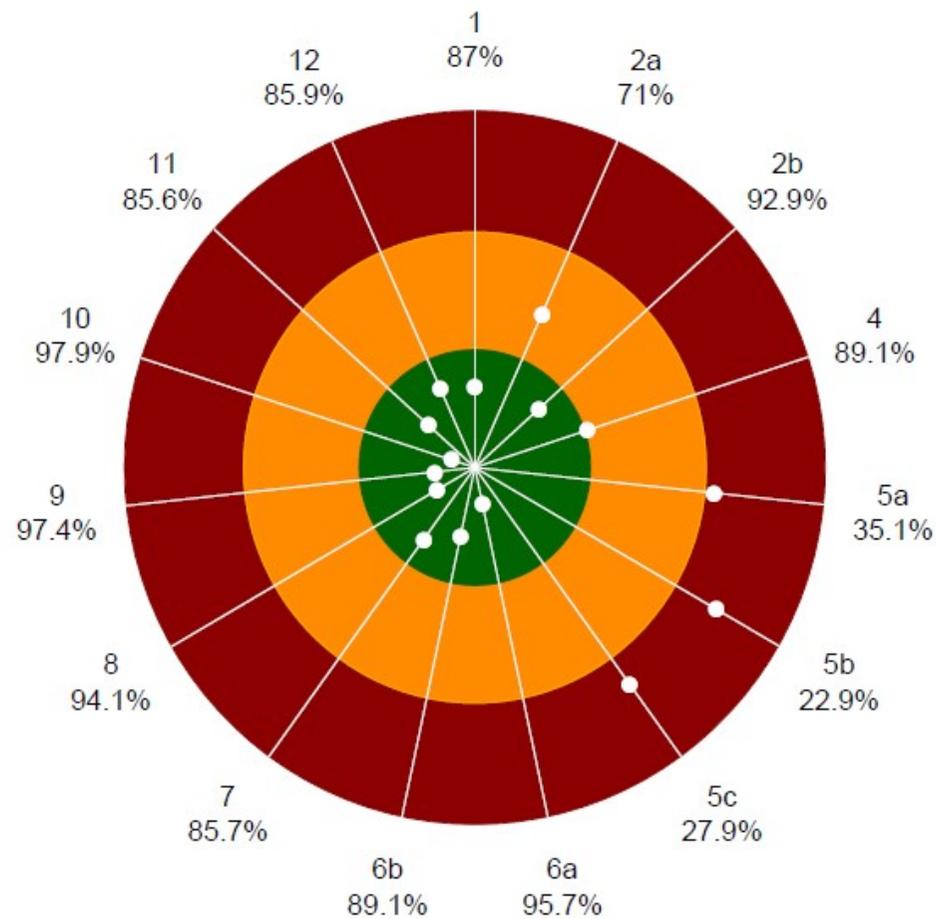
Risultato 85.9%, 5 dipartimenti, N=79, 10.1% missing

12. Intervento conservativo in carcinomi in situ fino a 2 cm



N=1198 – Trend temporale 2001–2016

Gli indicatori rilevati vanno bene.....



Il ritardo di trattamento

Misura l'efficienza della struttura ma....

**È meglio eseguire le procedure diagnostiche
con accuratezza**

e fare

tutti gli approfondimenti necessari

che richiedono tempo ...

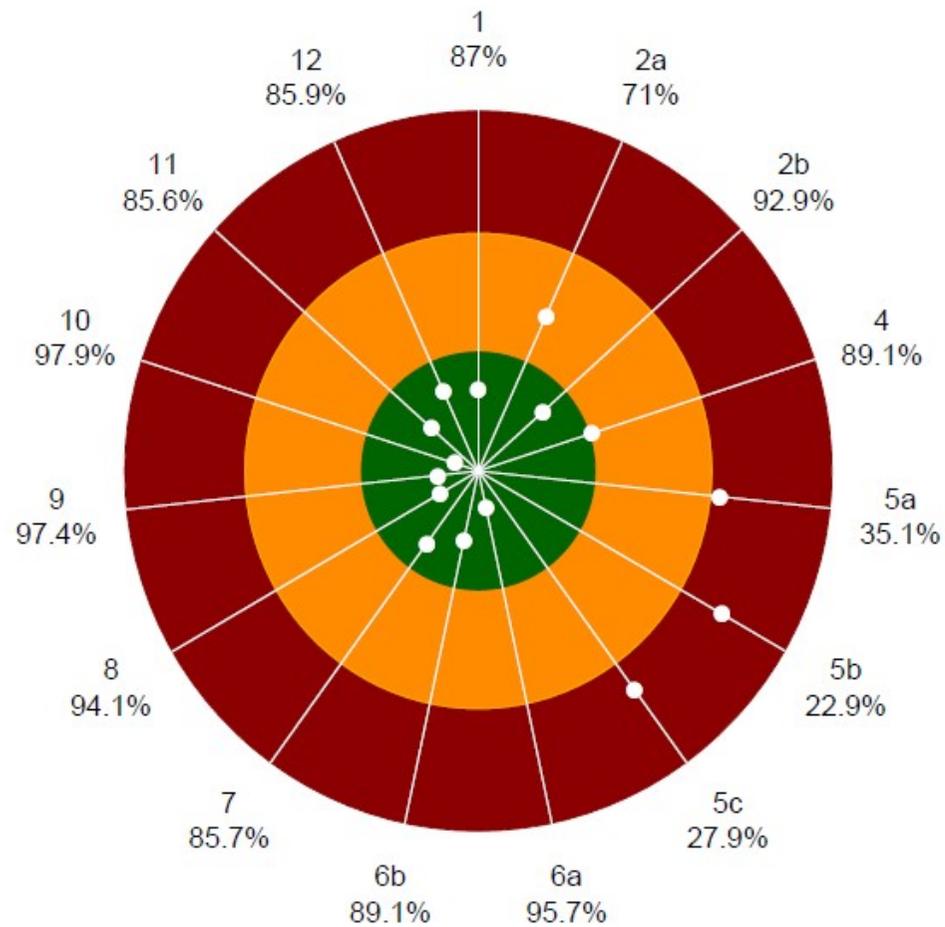
**NESSUNO RISPETTA (ANCHE DATI
EUROPEI DA EUSOMA) QUESTO
INDICATORE...**

Il ritardo di trattamento DALL'INDICAZIONE non impatta sulla prognosi

ECCEZIONE:

- superi i 90 gg
- donne molto giovani
- casi avanzati (che usualmete iniziano con la CT)

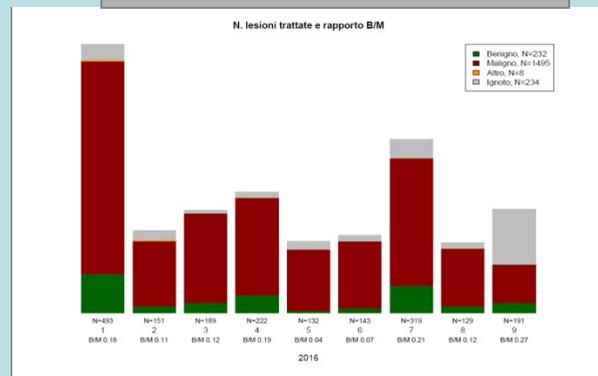
Gli indicatori rilevati vanno bene ma...



Criticità...

Incompletezza dati

Missing



Incompletezza dati

Non tutte le pazienti trattate sono registrate

.. perché trattate al di fuori del Centri
Senologia

Incompletezza dati

Non tutte le pazienti trattate sono registrate

Non tutti i Centri di Senologia hanno un monitoraggio attivo
secondo le raccomandazioni

Criticità...

I dati sono stati raccolti
retrospettivamente

da cartelle cliniche ed istologici

I dati sono stati raccolti dal
dipartimento

Rappresentano un sentinella
dell'andamento regionale

Dipartimenti piemontesi di screening

Torino città

Moncalieri, Chieri, Carmagnola, Nichelino

Rivoli, Collegno, Venaria, Orbassano, Giaveno, Susa, Pinerolo, Torre Pellice, Perosa Argentina

Cirié, Lanzo, Ivrea, Cuorné, Caluso, Settimo, Gassino, Chivasso

Biella, Vercelli, Santhiá, Borgosesia, Gattinara, Cossato

Novara, Galliate, Arona, Verbania, Domodossola, Omegna

Cuneo, Dronero, Borgo San Dalmazzo, Mondoví, Ceva, Savigliano, Saluzzo, Fossano, Bra, Alba

Asti, Nizza Monferrato

Alessandria, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Acqui Terme, Tortona, Valenza



**DURANTE LA DISCUSSIONE OCCORRE
INSERIRE DATI
(CHE FORNIRA' REFERTI E AGGIORNAMENTI
STORIA CLINICA PAZIENTI)**

Raccolta dati



I dati clinici, inseriti in tempo reale, e disponibili per le sessioni periodiche di audit, devono essere raccolti nel database del Centro di Senologia da un data manager responsabile della raccolta, registrazione ed analisi sotto la supervisione di un membro del core team.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
EX UFFICIO III DG PROG

Criticità...

Incompletezza dati

- **Manca il monitoraggio di alcuni indicatori**

Incompletezza dati

Manca il monitoraggio di alcuni indicatori relativi al trattamento

-corretta esecuzione delle **terapie adiuvanti e radioterapia**

Criticità...

Manca il monitoraggio di alcuni indicatori relativi alla struttura

- Completezza del Gic
- Tasso casi discussi
- documentazione casi

DISCUSSIONE CASI (MDM-GIC)



TUTTI I CASI DEVONO ESSERE DISCUSSI AD OGNI NUOVO EVENTO (PRE E POST, RECIDIVA, COMPLICANZA E INSODDISFAZIONE PER ESITI ESTETICI NON BUONI)

ALLA DISCUSSIONE CASI DEVONO PARTECIPARE SEMPRE TUTTI GLI SPECIALISTI

I CASI DEVONO ESSERE DISCUSSI CON LE FOTO PAZIENTI IN PRE E "POST " (NUOVO INDICATORE SENONETWORK)

RADIOLOGO E PATOLOGO DEVONO FORNIRE ICONOGRAFIA NECESSARIA ALLA DISCUSSIONE E PER DIDATTICA

(ECM E Specializzandi..)

DISCUSSIONE CASI (MDM-GIC)



**INFORMAZIONI (GIRO VITA) PER
RILEVAZIONE SINDROME
METABOLICA**

Codice Europeo Contro Il Cancro

12 MODI PER RIDURRE IL TUO RISCHIO DI CANCRO

Stampare il codice

EUROPEAN CODE AGAINST CANCER

12 ways to reduce your cancer risk

- 1 Do not smoke. Do not use any form of tobacco.
- 2 Make your home smoke free. Support smoke-free policies in your workplace.
- 3 Take action to be a healthy body weight.
- 4 Be physically active in everyday life. Limit the time you spend sitting.
- 5 Have a healthy diet:
 - Eat plenty of whole grains, pulses, vegetables and fruits.
 - Limit high-calorie foods (foods high in sugar or fat) and avoid sugary drinks.
 - Avoid processed meat; limit red meat and foods high in salt.
- 6 If you drink alcohol of any type, limit your intake. Not drinking alcohol is better for cancer prevention.
- 7 Avoid too much sun, especially for children. Use sun protection. Do not use sunbeds.
- 8 In the workplace, protect yourself against cancer-causing substances by following health and safety instructions.
- 9 Find out if you are exposed to radiation from naturally high radon levels in your home. Take action to reduce high radon levels.
- 10 For women:
 - Breastfeeding reduces the mother's cancer risk. If you can, breastfeed your baby.
 - Hormone replacement therapy (HRT) increases the risk of certain cancers. Limit use of HRT.
- 11 Ensure your children take part in vaccination programmes for:
 - Hepatitis B (for newborns)
 - Human papillomavirus (HPV) (for girls).
- 12 Take part in organized cancer screening programmes for:
 - Bowel cancer (men and women)
 - Breast cancer (women)
 - Cervical cancer (women).

The European Code Against Cancer focuses on actions that individual citizens can take to help prevent cancer. Successful cancer prevention requires these individual actions to be supported by governmental policies and actions.

Find out more about the European Code Against Cancer at: <http://cancer-code-europe.iarc.fr>

International Agency for Research on Cancer



These recommendations are the result of a project coordinated by the International Agency for Research on Cancer and co-financed by the



peso sano



12 MODI PER RIDURRE IL TUO RISCHIO DI CANCRO

Peso corporeo sano

Attivi per mantenere un peso sano.

È ampiamente dimostrato che le persone possono ridurre il loro rischio di cancro adottando abitudini alimentari sane e praticando attività fisica. Nelle popolazioni europee, le persone che seguono uno stile di vita sano in linea con le raccomandazioni per la prevenzione del cancro hanno un rischio stimato di ammalarsi di cancro inferiore del 18 % rispetto a quelle con uno stile di vita e un peso corporeo non conformi a tali raccomandazioni. È stato stimato che tale riduzione del rischio deriva da uno stile di vita sano che include: avere un peso corporeo normale (indice di massa corporea [IMC] compreso tra 18,5 e 24,9 kg/m²) ed evitare gli alimenti che favoriscono l'aumento di peso, come le bevande zuccherate e i prodotti da fast food; praticare un'attività fisica moderata per almeno 30 minuti al giorno; allattare al seno (per le donne); mangiare per lo più alimenti di origine vegetale; limitare l'assunzione di carni rosse; evitare gli alimenti trasformati a base di carne; limitare il consumo di bevande alcoliche.

Adjuvant Diet and Exercise

199. Independent of any lifestyle recommendations that may be offered for rehabilitation, symptom control and/or general health, would you ALSO recommend the following with the goal of reducing risk of recurrence and/or death from breast cancer?

That patients should receive dietary advice in keeping with national guidelines?

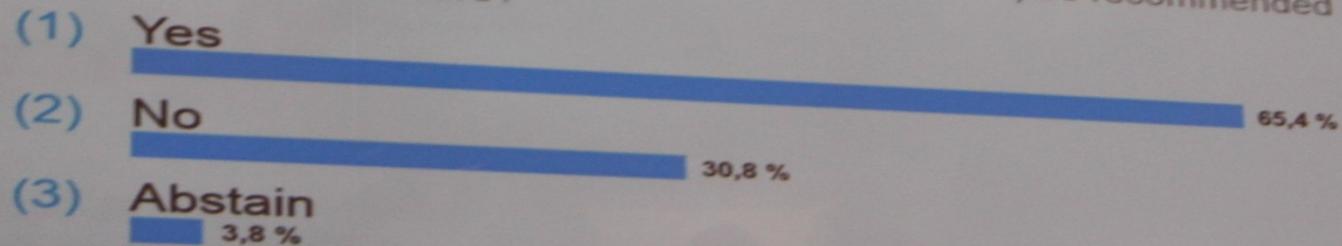


15th St.Gallen International Breast Cancer Conference 2017 Consensus

Adjuvant Diet and Exercise

200. Independent of any lifestyle recommendations that may be offered for rehabilitation, symptom control and/or general health, would you ALSO recommend the following with the goal of reducing risk of recurrence and/or death from breast cancer?

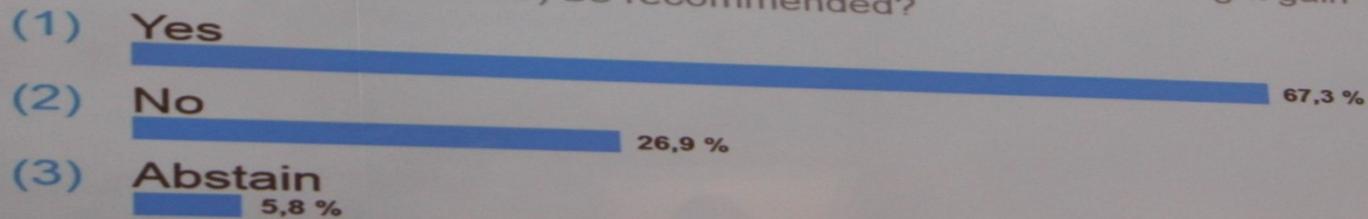
That physical activity (at least 150 minutes per week) be recommended as part of standard care?



Adjuvant Diet and Exercise

201. Independent of any lifestyle recommendations that may be offered for rehabilitation, symptom control and/or general health, would you ALSO recommend the following with the goal of reducing risk of recurrence and/or death from breast cancer?

That weight loss to a normal BMI (20-25) and avoidance of weight gain (providing BMI at least 20) be recommended?



15th St.Gallen International Breast Cancer Conference 2017 Consensus

Criticità...

Incompletezza dati

Dati relativi ad esiti che impattano

Qol

- Esiti estetici e funzionali
- Trattamento effetti collaterali





ASSOCIAZIONE SENONETWORK ITALIA ONLUS
IL NETWORK DEI CENTRI ITALIANI DI SENOLOGIA



Autori: Maria Piera Mano, Antonio Ponti, Catia Angiolini, Luigi Cataliotti, Giacomo Datta, Livia Giordano, Pietro Panizza, Francesca Pietribiasi, Mario Taffurelli, Paolo Rovea, Donatella Santini, Mariano Tomatis e Marco Rosselli Del Turco.

Titolo: *Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nelle Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa- Senonetwork.*



ASSOCIAZIONE SENONETWORK ITALIA ONLUS
IL NETWORK DEI CENTRI ITALIANI DI SENOLOGIA



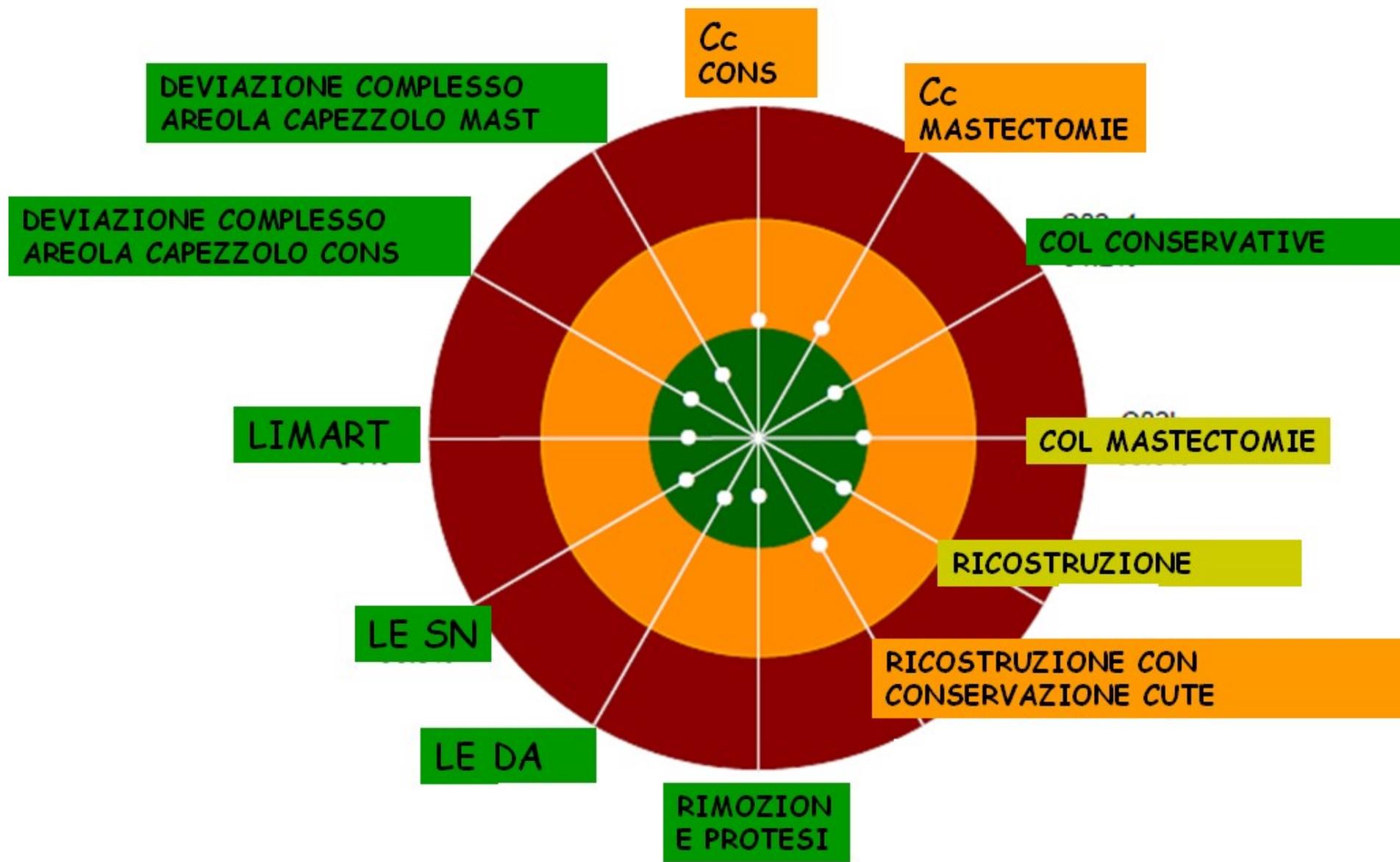
Indicatori di esito estetico e funzionale

Gruppo di lavoro GISMa /Senonetwork: Maria Piera Mano, Massimiliano Bortolini, Giacomo Datta, Pietro Panizza, Francesca Pietribiasi, Antonio Ponti, Paolo Rovea, Mario Taffurelli, Corrado Tinterri, Mariano Tomatis

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI INDICATORI E STANDARD

Definizione	Standard Minimo %	Standard Ottimale %
INDICATORI DI ESITO ESTETICO		
1- Percentuale di pazienti che non presentano cicatrice retraente o diastasata	<= 80	<= 90
2- Proporzioni di pazienti che non presentano discromie cutanee	<= 80	<= 90
3- Proporzioni di pazienti, senza indicazione alla radioterapia, operate di mastectomia, che vengono sottoposte a ricostruzione immediata	>= 70	>= 80
4- Proporzioni di pazienti operate di mastectomia che siano state sottoposte a skin sparing o a nipple skin sparing mastectomy	>= 60	>= 70
5- Proporzioni di pazienti sottoposte a mastectomia che vengano operate con la tecnica della nipple- skin sparing mastectomy	>= 10	
6- Proporzioni di pazienti con ricostruzione immediata che non abbiano materiale protesico a contatto con il sottocute del lembo della mastectomia	>= 95	>= 98
7- Proporzioni di pazienti sottoposte a mastectomia e ricostruzione con l'ausilio di supporti biologici (derma umano o di origine animale) o matrici sintetiche che devono rientrare in studi clinici controllati	>= 95	>= 98
8- Proporzioni di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) discussi al MWD	>= 90	>= 99
9- Percentuale di interventi di chirurgia oncoplastica (chirurgia conservativa, chirurgia demolitiva) nei quali è stata eseguita una fotografia pre e post operatoria	>= 90	>= 99
10- Percentuale di impianti perduti a sei mesi dopo una ricostruzione mammaria immediata	<= 9	<= 3
INDICATORI DI ESITO FUNZIONALE (complicanze tardive)		
1- Proporzioni di pazienti sottoposte a dissezione ascellare che presentano linfedema all'arto superiore omolaterale	<= 20	<= 15
2- Proporzioni di pazienti sottoposte a biopsia del linfonodo sentinella che presentano linfedema all'arto superiore omolaterale	<= 5	<= 2
3- Proporzioni di pazienti trattate chirurgicamente per carcinoma mammario che presentano limitazione articolare a carico della spalla omolaterale superiore al 10% rispetto alla spalla contro laterale	<= 10	<= 5

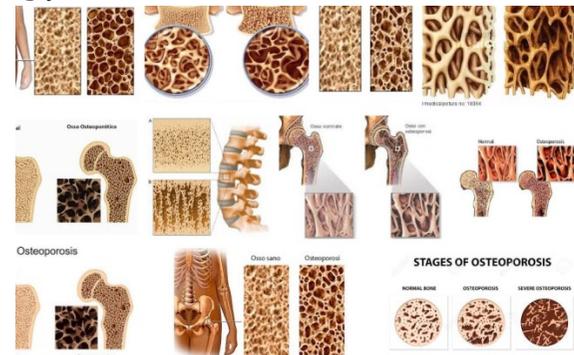
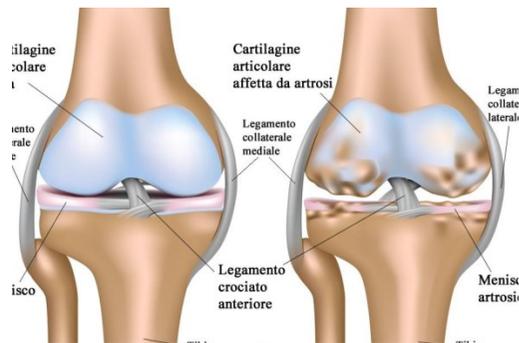




Incompletezza dati

Trattamento effetti collaterali

- Sindrome climaterica
- Malattie osteoarticolari
- infertilità



Preservazione della fertilità in donne affette da carcinoma della mammella

MANO¹ - PECCATORI² - AMUNNI³ - DELMASTRO⁴ - DOLFIN⁵
DONADIO⁶ - FABBRI⁷ - NOCI⁸ - REVELLI⁹ - SIMONCINI¹⁰
TERRIBILE¹¹ - VANDONE¹² - CATALIOTTI¹³

¹ Dipartimento Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università di Torino S.C.Epidemiologia dei Tumori 2 CPO Piemonte, Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni Battista di Torino.

² Dipartimento di Medicina, Divisione di Emato-Oncologia Clinica, Istituto Europeo di Oncologia, Milano.

³ SOD Oncologia Medica Ginecologica, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.

⁴ S.S. Sviluppo Terapie Innovative, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova.

⁵ Ospedale di Ivrea e Cuorgnè, A.S.L.T04.

⁶ S.S.C.V.D. Oncologia Medica Senologica Breast Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni Battista di Torino.

⁷ U.O. di Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana Policlinico S.Orsola-Malpighi, Università di Bologna.

⁸ Dip. di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, Università di Firenze Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.

⁹ SSD Fisiopatologia della Riproduzione e PMA ASO OIRM-S. Anna, Torino Dipartimento Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino.

¹⁰ Breast Unit del Dipartimento ad Attività Integrata Oncologia della Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.

¹¹ Responsabile U.O.S. Terapie Integrate dei Tumori del Seno Policlinico Universitario "A. Gemelli" Roma.

¹² S.S.C.V.D. Oncologia Medica Senologica Breast Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni Battista di Torino.

Raccomandazioni

A tutte le donne con diagnosi di neoplasia maligna della mammella e di età inferiore a 38 anni deve essere data la possibilità, al momento della diagnosi, di effettuare un counseling riproduttivo presso un centro specializzato per la fertilità che sia in collaborazione con una Unità diagnostico-terapeutica di Senologia.

Se la donna, adeguatamente informata, desidera preservare la fertilità per una futura gravidanza deve essere attivato subito il percorso individuato e integrato con il trattamento per la neoplasia.

Indicatore

il 95% delle donne di età inferiore a 35 anni deve avere avuto la possibilità di effettuare un counseling per la preservazione della fertilità.



NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network®



AMERICAN SOCIETY FOR
REPRODUCTIVE MEDICINE

Le pazienti che debbano intraprendere
trattamenti a rischio di danneggiare la loro
funzione riproduttiva dovrebbero ricevere
un **COUNSELLING TEMPESTIVO** riguardo
la preservazione della fertilità ed essere
indirizzate a un **PROGRAMMA DEDICATO**



GOOD SCIENCE
BETTER MEDICINE
BEST PRACTICE



American Society of Clinical Oncology

**DURANTE LA DISCUSSIONE OCCORRE
INSERIRE DATI
(CHE FORNIRA' REFERTI E AGGIORNAMENTI
STORIA CLINICA PAZIENTI)**

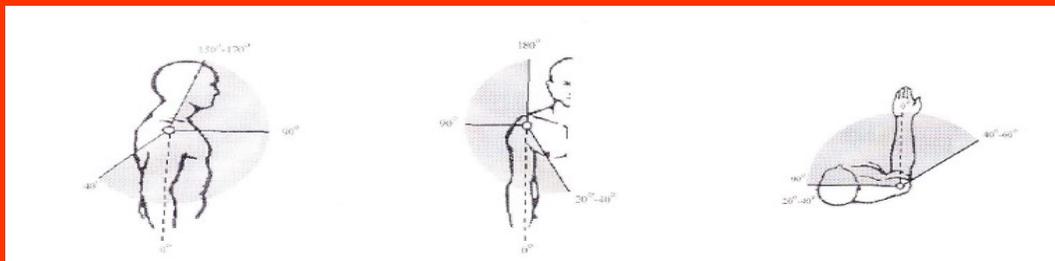
Raccolta dati

I dati clinici, inseriti in tempo reale, e disponibili per le sessioni periodiche di audit, devono essere raccolti nel database del Centro di Senologia da un data manager responsabile della raccolta, registrazione ed analisi sotto la supervisione di un membro del core team.

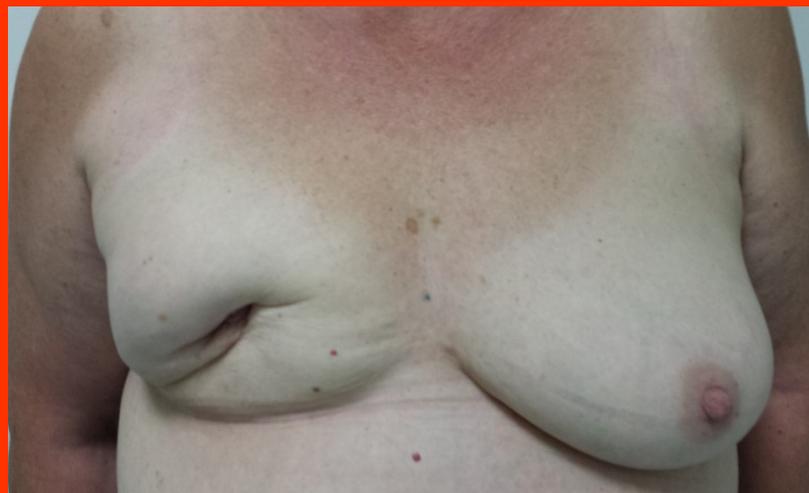
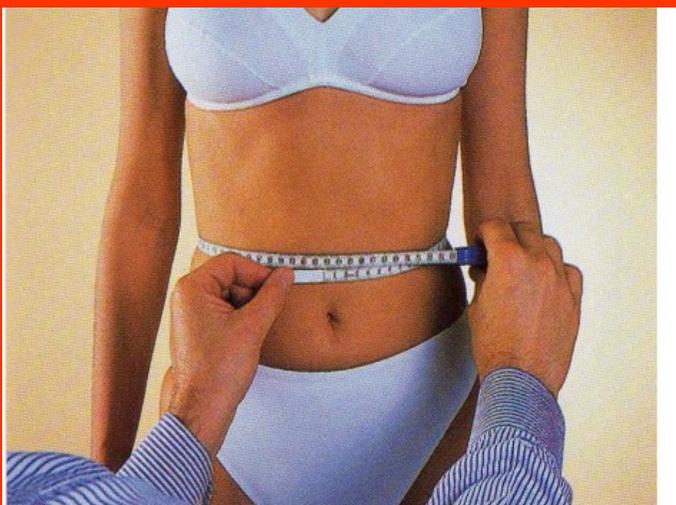


Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
EX UFFICIO III DG PROG



Infermiera di oncologia



Centro Senologia 150 casi

1050 EURO infermiere

890 EURO data manager

1940 EURO

+ 350 per registrazione e rilevazione

dei parametri per calcolare indicatori esito estetico e giro vita/statura

....software