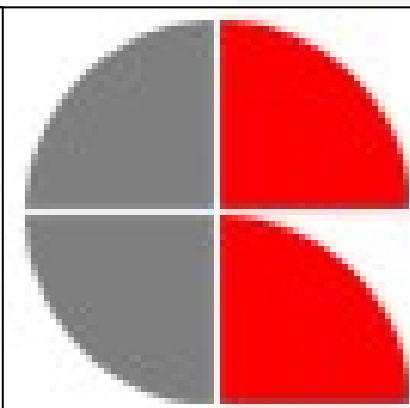




# Analisi dei tempi d'attesa tra le varie fasi di gestione dei carcinomi mammari screening-detected a Trieste nel biennio 2013-2014: come si può migliorare?

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 triestina



Giudici F.<sup>1-4</sup>, Tonutti M.<sup>2-15</sup>, Bortul M.<sup>1-3-15</sup>, Arnež Z.M.<sup>1-7</sup>, Assante M.<sup>2</sup>, Gasparini C.<sup>2</sup>, Ober E.<sup>4</sup>, Martellani F.<sup>4</sup>, Rizzardi C.<sup>1-4</sup>, Biagi C.<sup>4</sup>, Bottin C.<sup>1-4</sup>, Udine S.<sup>4-5</sup>, Bonazza D.<sup>4-5</sup>, Pinamonti M.<sup>4-5</sup>, Makuc E.<sup>2</sup>, Lepre L.<sup>2</sup>, Viviani L.<sup>2</sup>, Cova M.A.<sup>1-2</sup>, Pellis G.<sup>6</sup>, Lizza N.<sup>6</sup>, Dell'Antonio A.<sup>3</sup>, Renzi N.<sup>7</sup>, Manara M.<sup>7</sup>, Urbani M.<sup>3</sup>, Dore F.<sup>8</sup>, Vidali C.<sup>9</sup>, Ceccherini R.<sup>11</sup>, Dellach C.<sup>11</sup>, Malagoli M.<sup>9</sup>, Bonazza T.<sup>7</sup>, Pella A.<sup>3</sup>, Pesavento V.<sup>10</sup>, Gregorich P.<sup>11</sup>, Danieli L.<sup>11</sup>, Matarrese M.<sup>11</sup>, Scaggiante B.<sup>12-15</sup>, Torelli L.<sup>13</sup>, Coppola N.<sup>14</sup>, Franzo A.<sup>14</sup>, Gobbato M.<sup>14</sup>, Clagnan E.<sup>14</sup>, Zanier L.<sup>14</sup>, Zanconati F.<sup>1-4-5-15</sup>

**1.** DUC Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute - Univ. di Trieste; **2.** UCO e SC di Radiologia, DAI di Diagnostica per Immagini Az. Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; **3.** UCO Chirurgia Generale, DAI Chirurgia Generale e Toracica Az. Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; **4.** UCO di Anatomia ed Istologia Patologica Az. Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; **5.** Scuola Specializ. Anatomia Patologica Sede Aggregata di Trieste; **6.** Unità di Chirurgia Casa di Cura Sanatorio Triestino Trieste; **7.** UCO Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, DAI Chirurgie Specialistiche Az. Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; **8.** SC Medicina Nucleare, DAI di Diagnostica per Immagini Az. Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; **9.** DAI di Oncologia Az. Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; **10.** SC di Riabilitazione, DAI di Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del lavoro Az. Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; **11.** Centro Sociale Oncologico AAS1 Triestina; **12.** Dip. di Scienze della Vita-Univ di Trieste; **13.** Dip. di Matematica e Geoscienze-Univ. di Trieste; **14.** Direzione centrale salute, integrazioni socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia della Regione Friuli Venezia Giulia; **15.** Lega Italiana contro i Tumori (LILT) sez. Provinciale di Trieste

## Obiettivi:

Gli indicatori (1) relativi ai tempi di attesa sono difficili da rispettare, come recentemente evidenziato al XIII Convegno ONS 2015 (2). Per questo motivo è fondamentale identificare in quale momento della gestione dei carcinomi screening-detected si concentrino i ritardi e stabilirne le cause (se attribuibili alla paziente o all'organizzazione del programma o intrinseci al tipo di lesione) così da proporre mirate modifiche migliorative.

## Metodi:

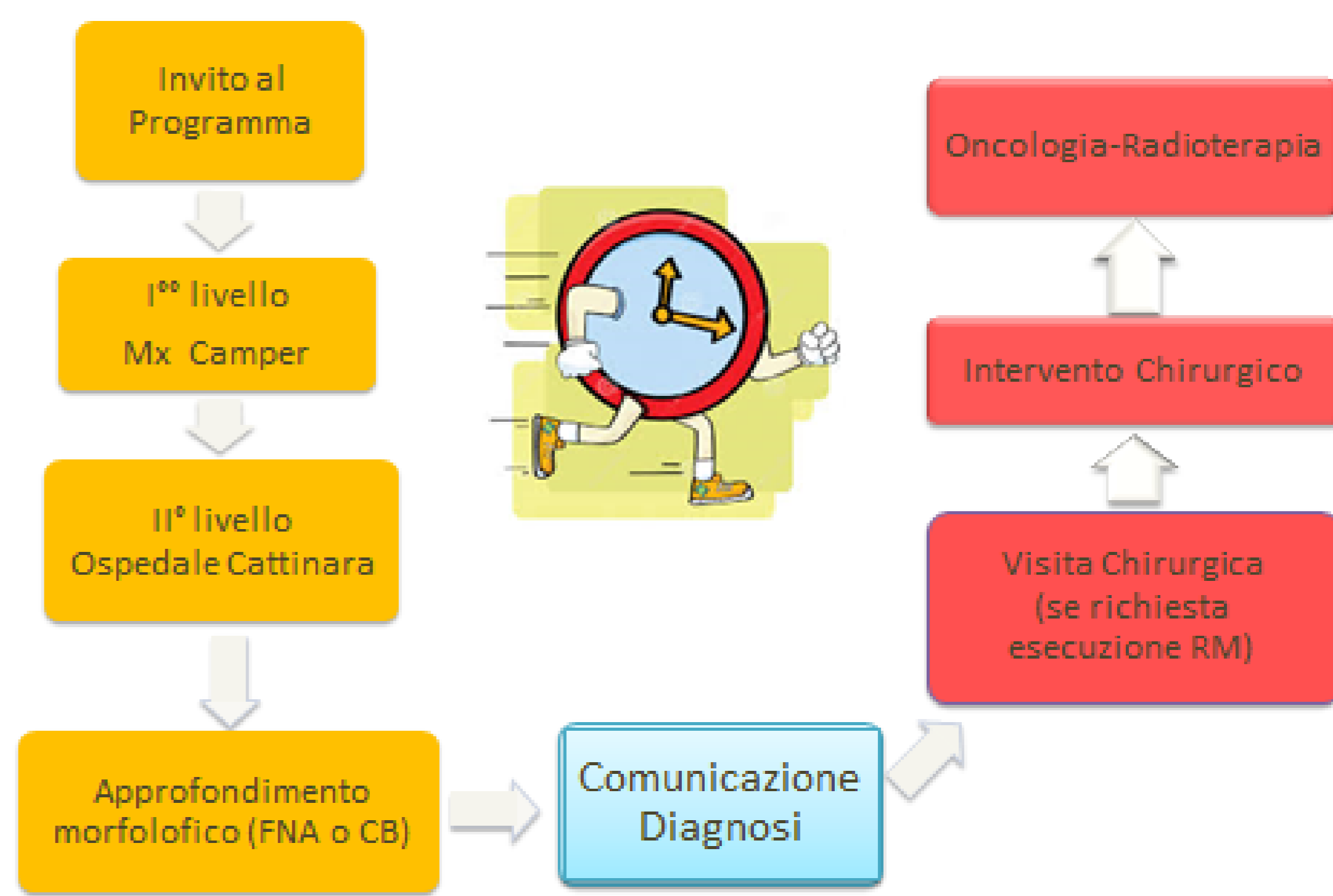
L'analisi riguarda 146 carcinomi screening-detected consecutivi (biennio 2013-2014). Sono stati misurati **i tempi tra le varie fasi diagnostiche** (Mammografia di I° livello, Richiamo II° livello, I° approfondimento cito/microistologico, Comunicazione di diagnosi) e **i tempi chirurgici** (Visita chirurgica, Intervento chirurgico, Referto istologico con marcatori biologici, Visita oncologica). Per ogni fase sono stati calcolati i tempi medi/mediani rappresentati tramite box plot e giustificati gli outliers.

## Risultati:

La latenza nella presa in carico chirurgica è legata alla complessità degli esami preoperatori (3) (tempo mediano tra richiamo al II° livello ed intervento: 53 giorni (se unico esame pre-operatorio) vs 73 (se più di un esame pre-operatorio,  $p < 0.0001$ ), mentre diversamente da quanto riportato recentemente (4), il tempo mediano tra visita chirurgica e intervento non è aumentato per i casi con necessità di RM (28 vs 26 giorni,  $p = 0.13$ ), perché già programmata in fase preoperatoria. Per i casi con mastectomia sempre con ricostruzione, si registra un tempo medio dalla visita chirurgica all'intervento di 7 giorni superiore rispetto alle quadrantectomie. Un'ulteriore criticità è il tempo mediano tra intervento e visita oncologica (44 giorni), attribuibile in parte ad un "ritardo" nella disponibilità dei marcatori biomolecolari (soprattutto HER2/FISH) ed in parte a rinvii dell'appuntamento da parte della paziente stessa.



## Iter per la gestione dei carcinomi Screening Detected

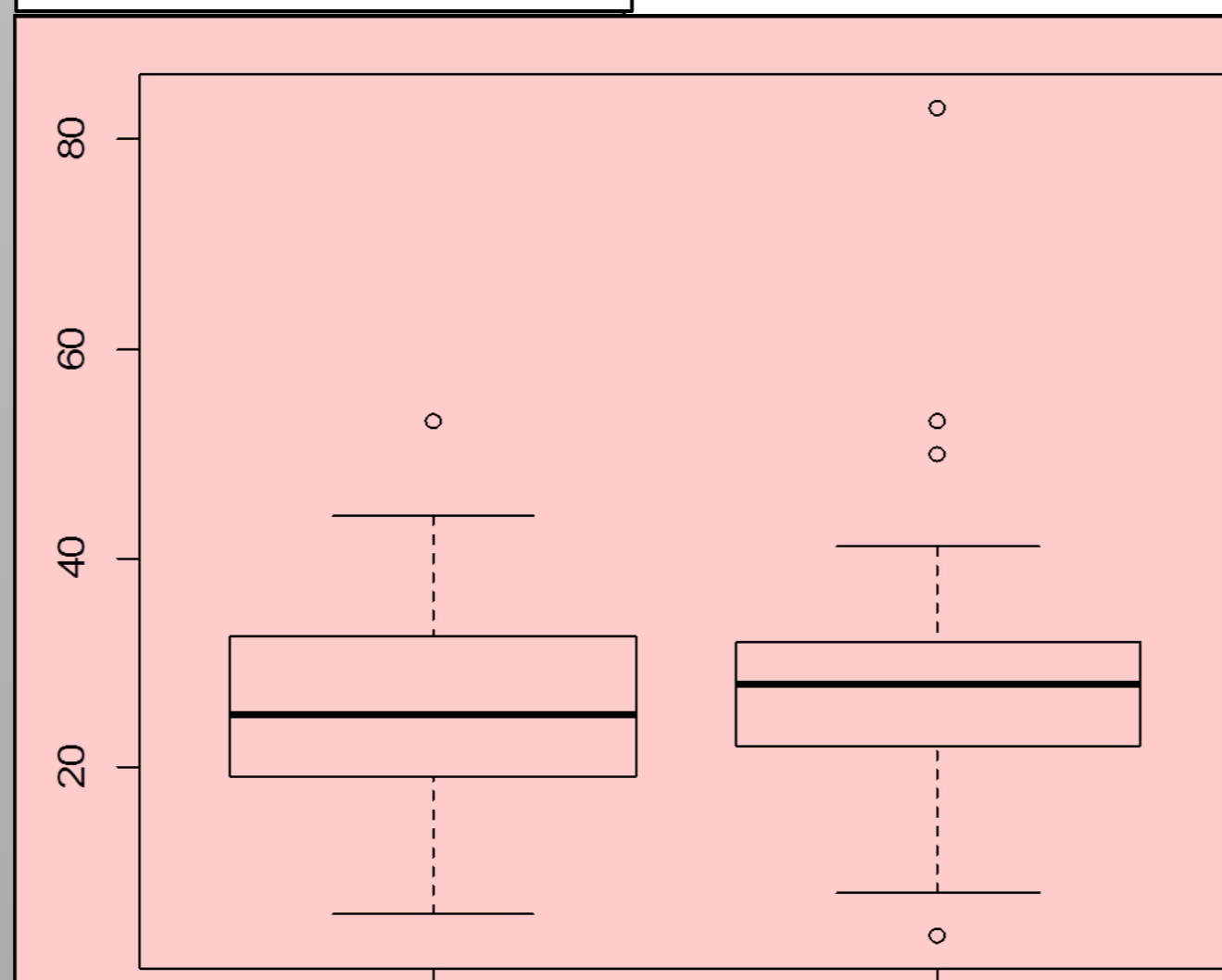
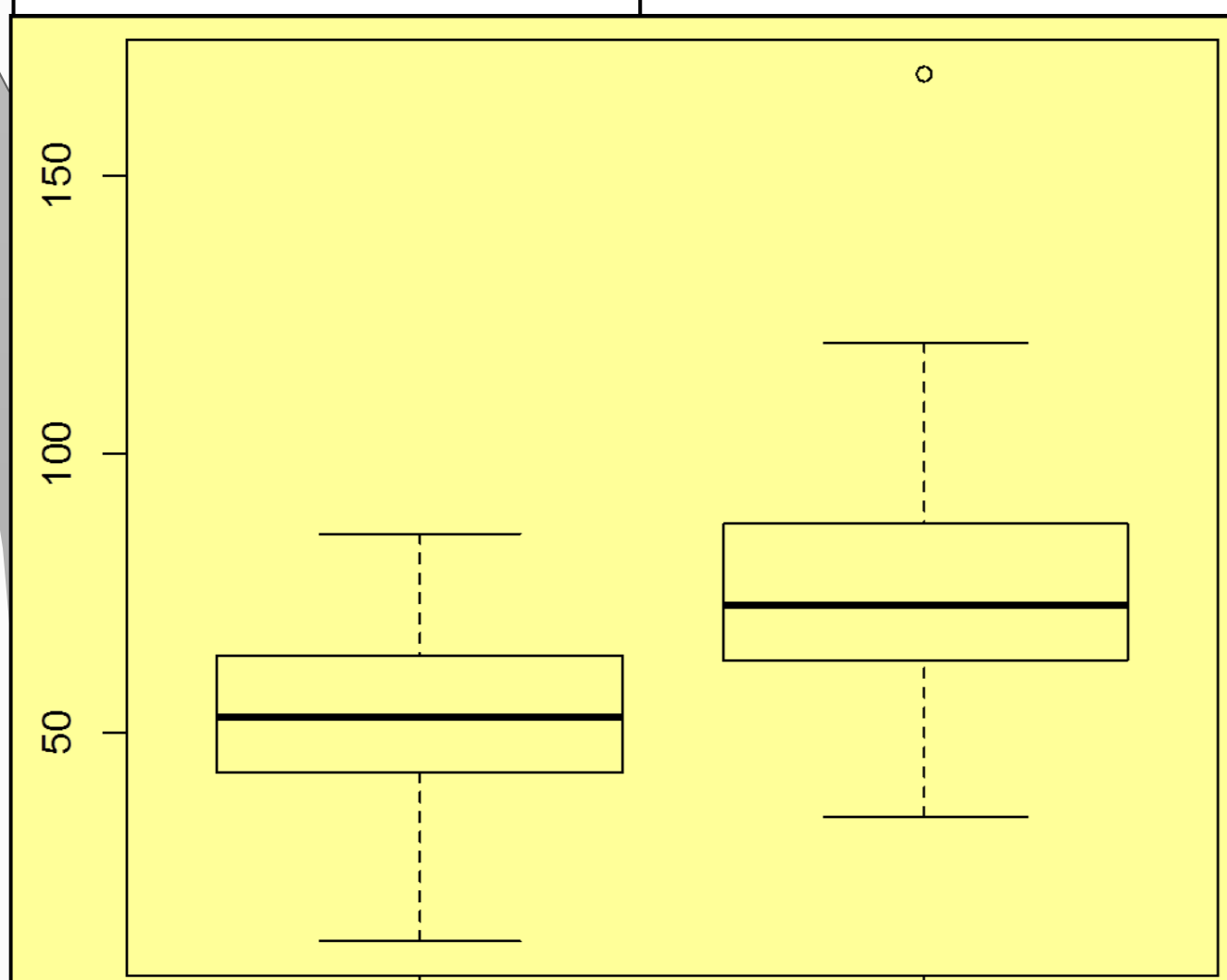


### Giorni tra richiamo al II livello e intervento chirurgico

### Giorni tra la visita chirurgica e l'intervento

**119** donne con 1 esame diagnostico    **27** donne con >1 esame diagnostico

**94** donne NO RM Preoperatoria    **52** donne CON RM Preoperatoria



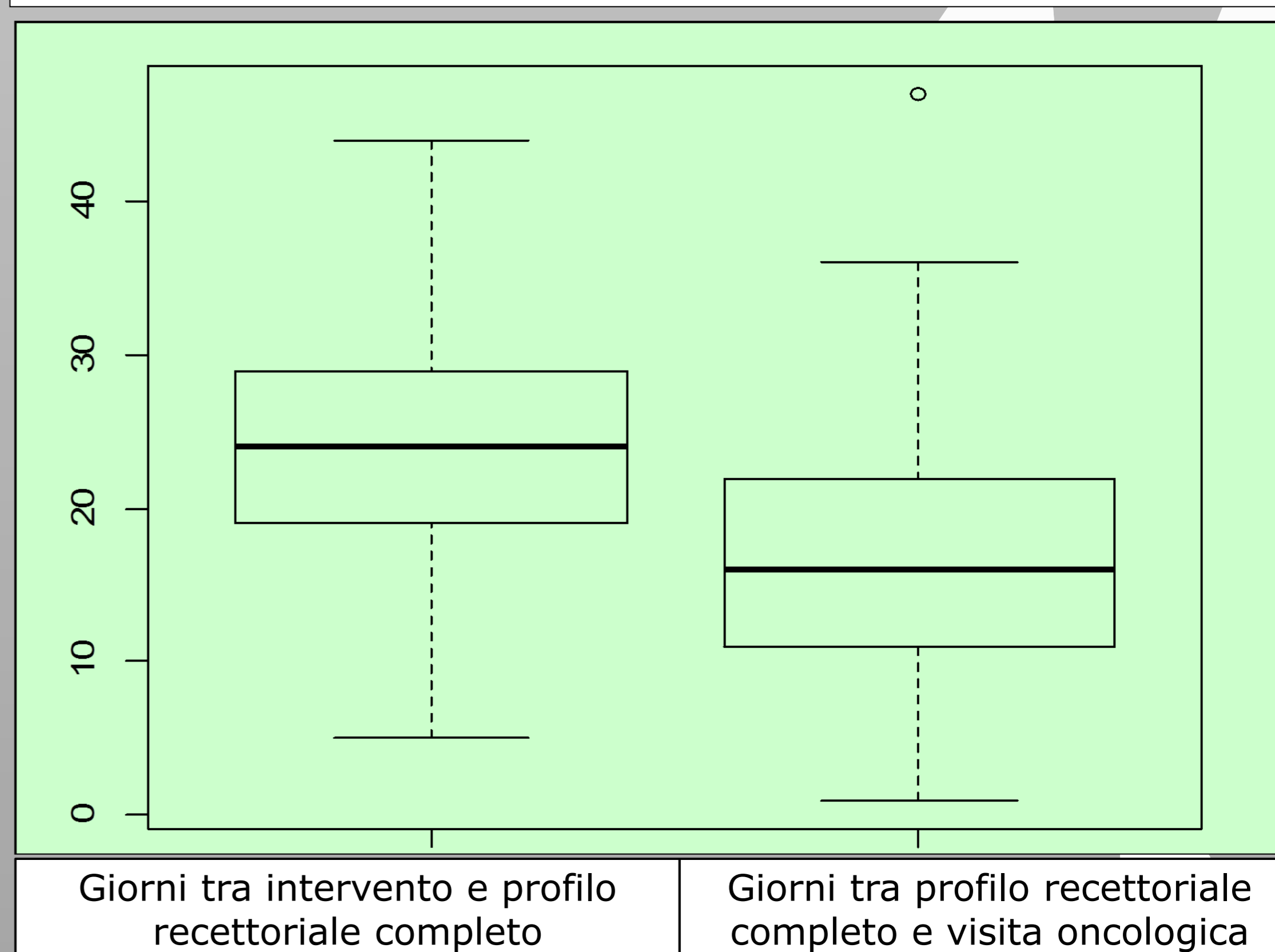
Tempo mediano 53 giorni    Tempo mediano 73 giorni

Tempo mediano 26 giorni    Tempo mediano 28 giorni

È importante inoltre sottolineare come solo il 18% delle donne (27), ha necessitato più di un esame morfologico pre-operatorio

IL 36% delle donne (52) sono state indagate anche con RM pre-operatoria senza però allungare i tempi d'attesa per l'intervento

Un'altra tappa fondamentale è il tempo che passa tra **la comunicazione diagnosi alla paziente e la visita chirurgica**: nella nostra esperienza, il tempo mediano è pari 4 giorni [Range Interquartile: 2-7]: questa fase **non presenta criticità**



Giorni tra intervento e profilo recettoriale completo

Giorni tra profilo recettoriale completo e visita oncologica

Tempi	Media ±Dev.St	Mediana [25°-75°perc]
Intervento chirurgico e profilo recettori completo	23.9±7.7	24 [19-29]
Profilo recettori o ultimo interv e visita oncologica	16.8±8.3	15 [11-22]

## Conclusioni:

L'attento monitoraggio del turnaround time dell'intero percorso delle pazienti con carcinoma screening detected, se fatto in piena sintonia con gli operatori, consente l'identificazione dei punti di debolezza su cui intervenire in maniera più efficace. Ciò dovrebbe favorire il rispetto, nelle diverse tappe dello screening, dei tempi di erogazione delle diverse prestazioni secondo gli standard EUSOMA.

## Bibliografia:

**1)** Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nelle Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork Mano M.P., Pontì A., Angiolini C., Cataliotti L., Datta G., Giordano L., Panizza P., Pietribiasi F., Taffurello M., Rovea P., Santini D., Tomatis M., Rosselli Del Turco M. (2013) **2)** [www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it) (XIII Convegno Annuale Osservatorio Nazionale Screening Perurgia, 27-28 gennaio 2015- 1° Sessione: Le Survey le Criticità) **3)** Waiting time for breast cancer surgery in Quebec: Mayo E.N., Scott C.S., Ningyan S., Hanley J., Goldeberg M. S., MacDonald N., CMAJ 2001; 164(8):1133-8 **4)** Waiting times for breast cancer surgery: effect of magnetic resonance imaging and preoperative investigations on diagnostic pathway: Nessim C., Winocour J., Holloway DP., Saskin R., Holloway CM., J Oncol Practice 2015; 11(2); 131-8