AZIENDA SANITARIA REGIONE VENETO ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA

REGIONE DEL VENETO

Il Sistema rete mammografica:

una nuova opportunità per l'ottimizzazione

delle risorse in sanità

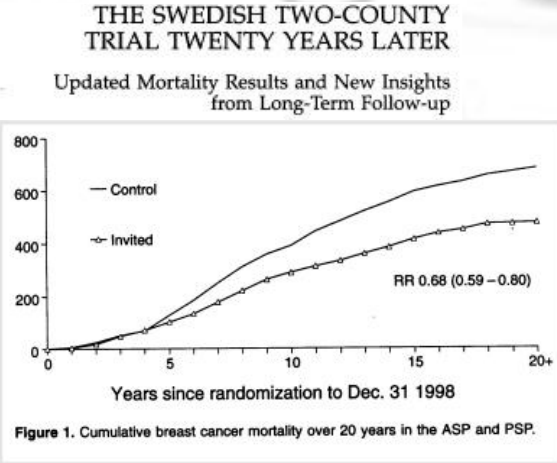
"La rete a supporto di una più efficace sinergia tra funzioni dello screening mammografico ed attività radiologica"

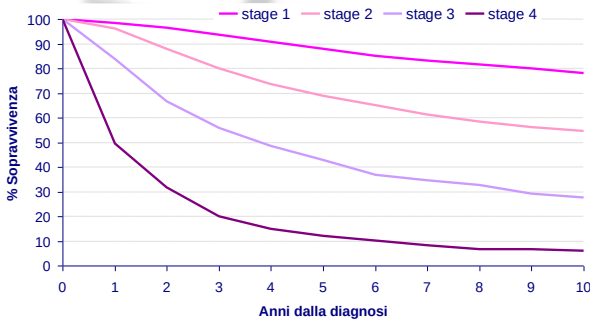
Dr. Alessandro Guarise
Direttore SC di Radiologia ULSS 3

SCREENING MAMMOGRAFICO: I MULTIPLI PUNTI DI VISTA

Gli innumerevoli aspetti correlati

- **Riduzione della mortalità del 30% (o secondo studi più recenti 15-16%): <u>LEA!</u>**
- Efficacia su cancri a crescita lenta-intermedia
- Sviluppo delle tecnologie
- Sovradiagnosi
- Errori
- Training dei lettori
- Richiami ed ansietà: non c'è una misura oggettiva per determinare quale sia il numero ragionevole
- Non c'è modo di ridurre FP senza ridurre anche i FN
- Atteggiamento differente tra chi pianifica (obiettivo: ridurre FP) ed i medici (trovare più cancri possibile)
- Revisione dei dati e dei reperti che portano più frequentemente a richiami FP
- Training programs





SCREENING SPONTANEO O ORGANIZZATO?

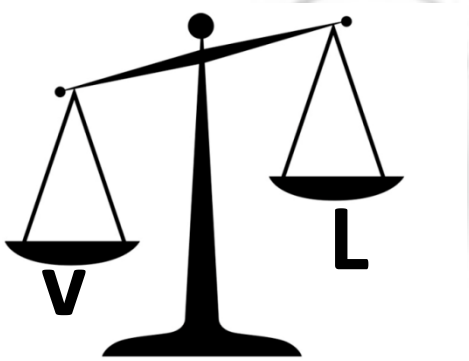
Screening mammografico: confronto programma USA (modello spontaneo) vs UK (programma organizzato)

- Tassi di richiamo doppi in USA (12-14% primi esami) vs UK (7.6% primi esami)
- Detection rate simile (5/8 1000 USA vs 6.3/1000)
- Simile tasso di biopsie , ma più alta percentuale di biopsie chirurgiche in USA
- Biopsie chirurgiche benigne doppie in USA vs UK

Smith-Bindman et al JAMA, 2003

- Il percorso di screening spontaneo risulta di oltre il 50% più costoso del percorso organizzato, a meno che non vengano adottate soluzioni particolari che lo rendono più simile all'organizzato (primo accesso solo per mammografia letta in differita)

FOCUS SULLE OPPORTUNITA' OFFERTE DALLA FRUIBILITA' IN RETE DEGLI ESAMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO



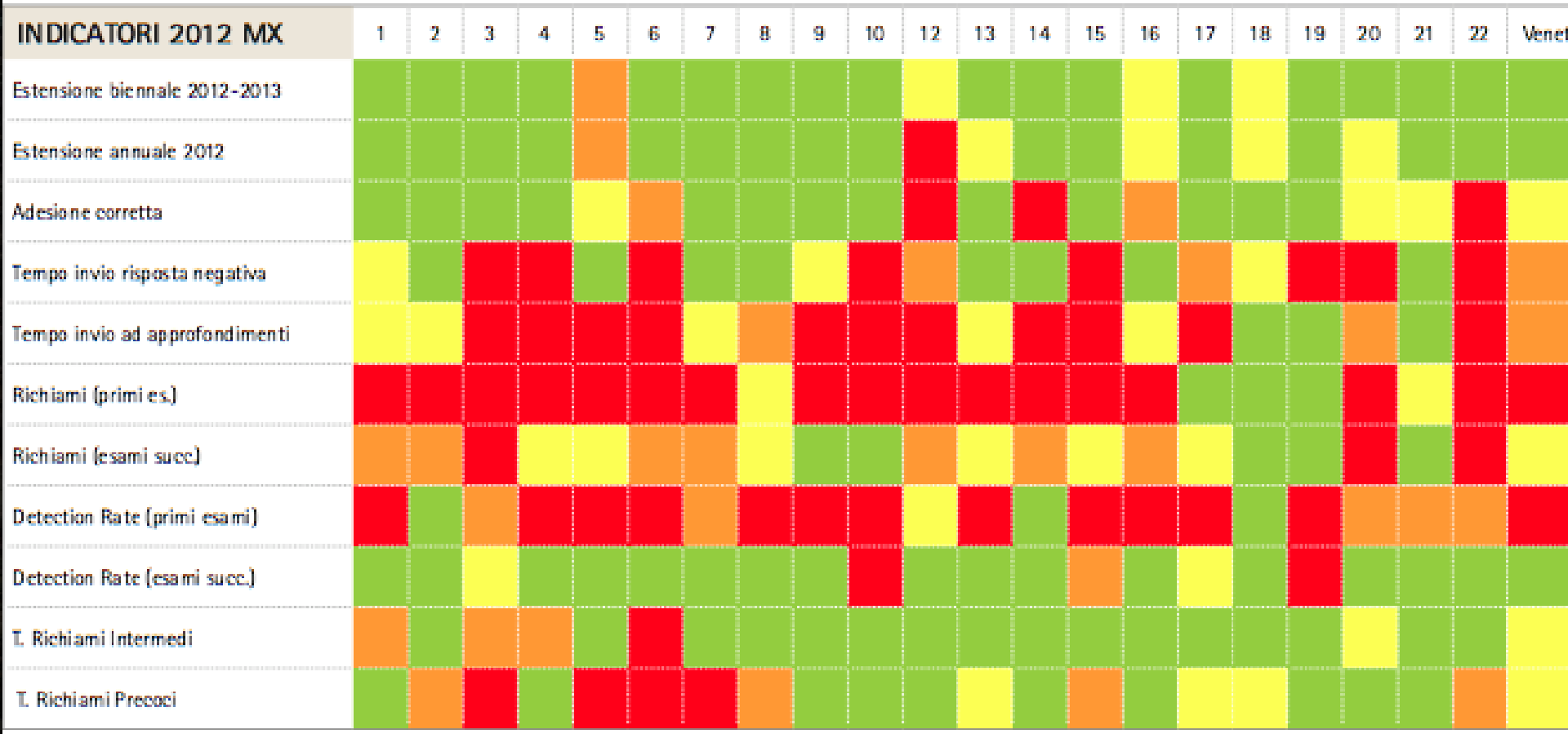
- POTENZIALI **V**ANTAGGI

- POTENZIALI **L**IMITI

… evidenze basate sul progetto e sui **<u>test di prova</u>**!

LA DISOMOGENEA DISTRIBUZIONE DEI RISULTATI …

Tabella 5: Principali indicatori di qualità dello screening mammografico per programma



Legenda

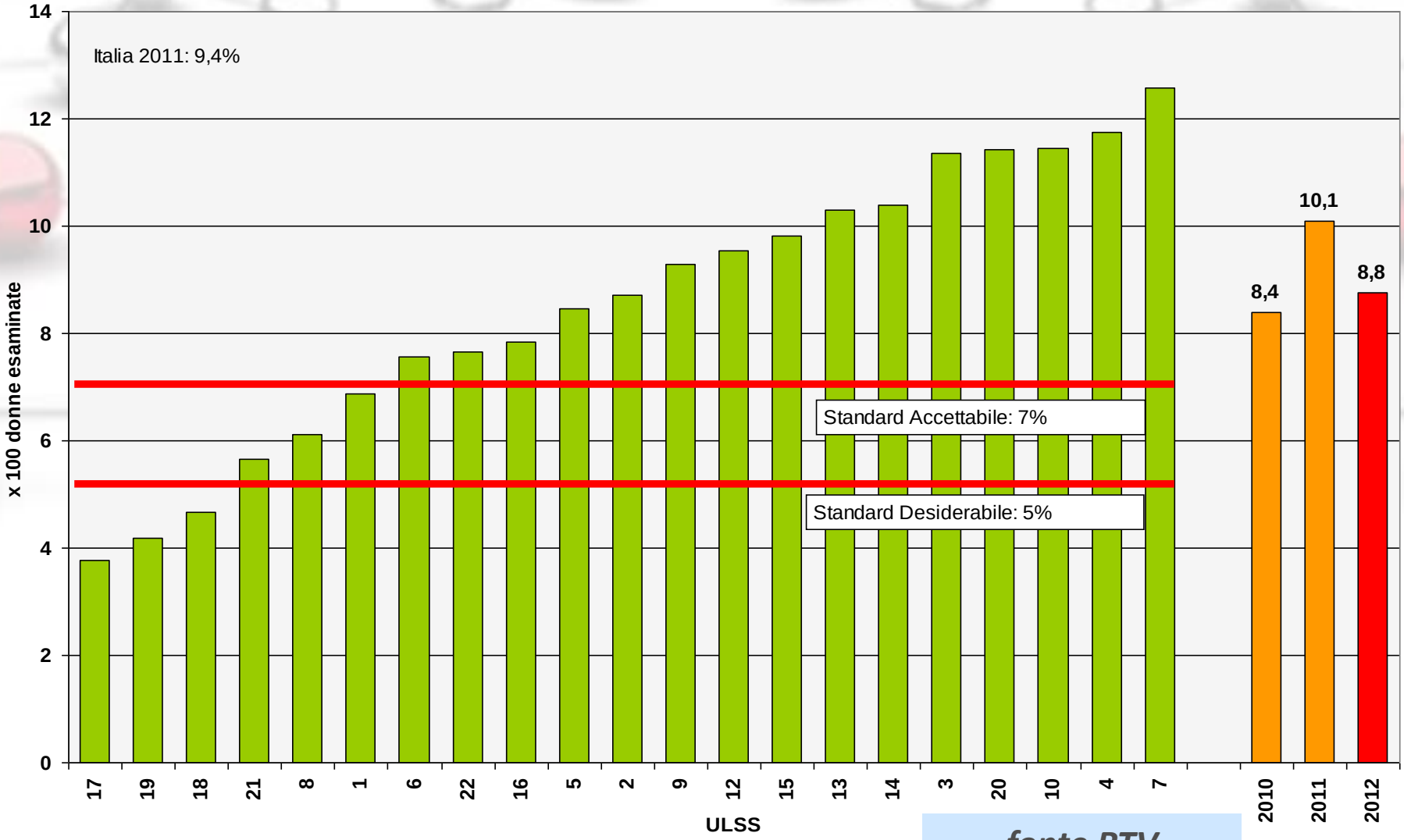
- valori in linea con lo standard desiderabile
- valori accettabili, prossimi allo standard desiderabile
- valori che soddisfano appena lo standard accettabile
- valori non conformi allo standard accettabile
- dato non disponibile o non calcolabile

fonte RTV

ALCUNI DEGLI INDICATORI GISMA DISATTESI…

Indicatori	2012	2011	2010	Standard GISMa[22]	
				Accett.	Desider.
Tempestività della risposta alla mammografia negativa: % entro 15 gg	64,2	63,7	61,6	90% a 15gg	90% a 10gg
Tempo dalla Mx di screening alla sessione di approfondimento: % entro 20 gg	51,6	43,4	47,4	90% a 20gg	90% a 11gg

Veneto 2012 – Mx positive ai primi esami



fonte RTV

AL DI LA' DELLE PERFORMANCE NEGLI INDICATORI ESISTONO MODELLI ORGANIZZATIVI DIVERSI…

La non condivisione di una piattaforma comune di gestione delle attività riduce in modo significativo la possibilità di interazione degli ospedali tra di loro, che tendono a vivere una realtà di screening *"stand alone"…*

LE SEDI DI DI EROGAZIONE

- Outsourcing
- Istituzionale
- Misto
- Convenzioni/ consulenze
- Contratti LP

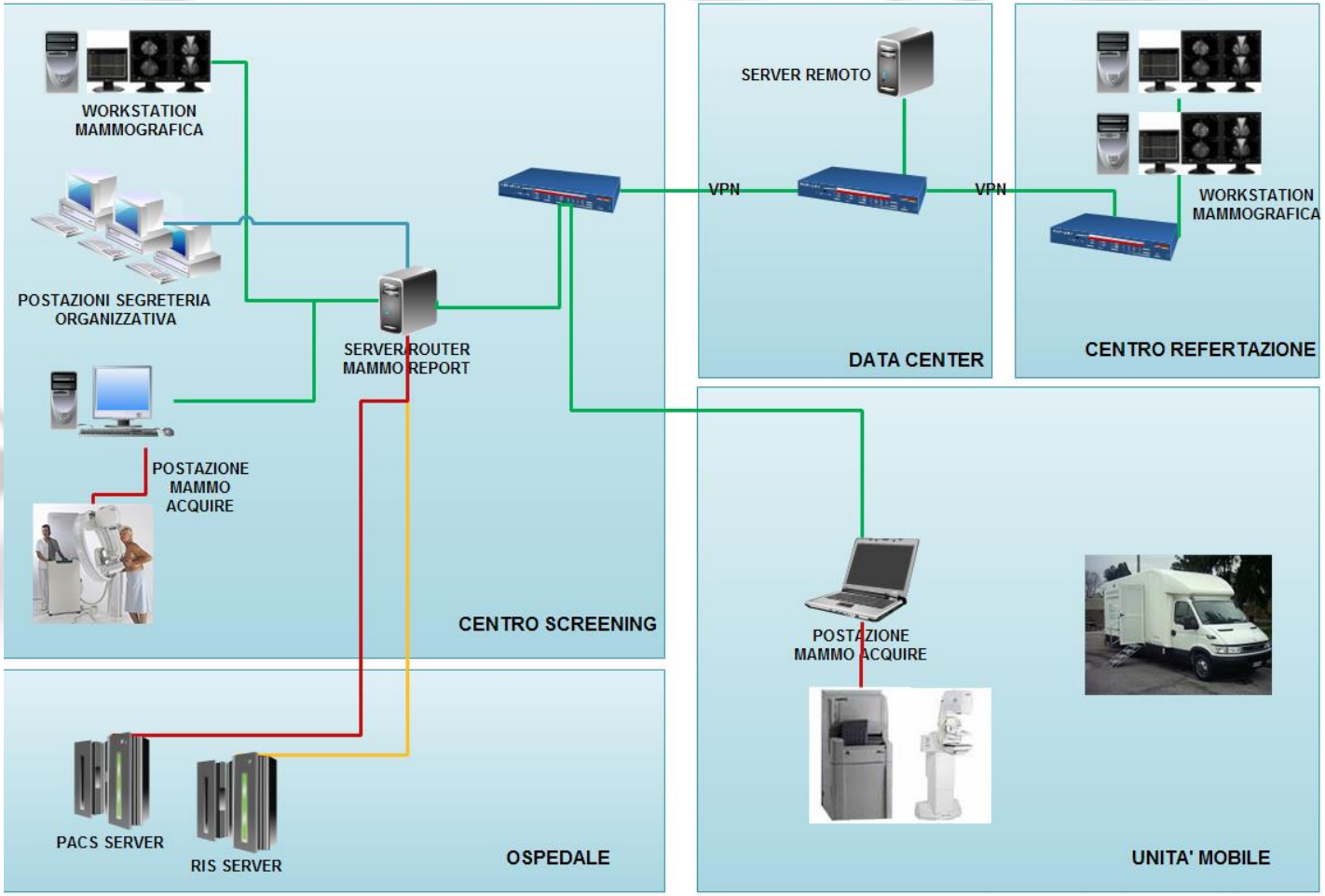
Il coraggio per il cambiamento …

"Follia è fare sempre la stessa cosa e aspettarsi risultati diversi!"

Albert Einstein

GLI INPUT AL PROGETTO …

Stefano Ciatto



PERCHE' LA REFERTAZIONE DA REMOTO SI ADATTA BENE ALLA SCREENING MAMMOGRAFICO ?

- PZ SANI… POSSIBILITA' DI ATTENDERE ESITO
- ESAME CHE PREVEDE PROTOCOLLO STANDARD ESESUIBILE IN AUTONOMIA DA TSRM
- CONTENUTO PESO DELLE IMMAGINI
- IMPIEGO DI TECNOLOGIA DIGITALE PRESSOCHE' UBIQUITARIA NELLE ASL DELL VENETO
- DIFFICOLTA' NEL REPERIRE RADIOLOGI SENOLOGI
- NECESSITA' DI ESEGUIRE ELEVATO NUMERO DI REFERTI ANNO (ALMENO 5000)
- RADIOLOGI DEDICATI (O ALMENO 50% DELLA LORO ATTIVITA')
- DOPPIO LETTORE E SE NECESSARIO TERZO LETTORE

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA SANITARIA ULSS 4

Il Sistema rete mammografica:

una nuova opportunità per l'ottimizzazione

delle risorse in sanità

I LIMITI SUPERATI DI RIS/PACS

Ognuno ha il suo RIS…SI!

I RIS non dialogano tra loro… NO!

Il RIS non dialoga con la modalità e workstation…NO!

Il RIS non dialoga con il programma regionale dello screening…NO!

cartaceo da registrare (autenticazione)…NO!

PACS – Picture Archiving and Communication System
La mammografia digitale è spesso gestita con un proprio (mini)PACS, separato dal PACS della UO di diagnostica
Il peso del database, ad es. in un programma di screening, è elevato (almeno 6 anni di attività in linea) e richiede una gestione di memoria a parte (aumento dei costi, panne se gestito via web)
Per risparmiare spazio le immagini conservate nel PACS non sono quelle sorgenti (raw) ma elaborate, e non consentono l'applicazione *a posteriori* di CAD
I diversi mini PACS fornite delle ditte produttrici dei mammografi digitali possono aver problemi nella gestione di immagini DICOM di altri mammografia digitali (DICOM tags "privati")

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA SANITARIA ULSS 7

Il Sistema rete mammografica:

una nuova opportunità per l'ottimizzazione

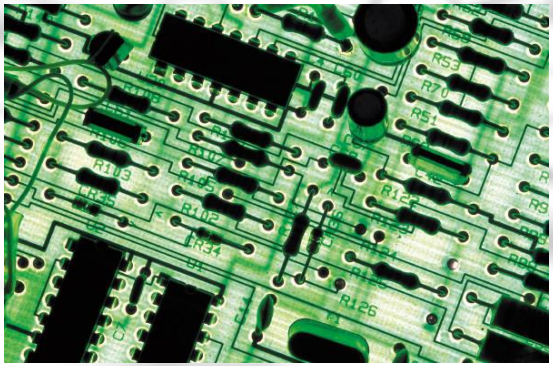
delle risorse in sanità

CD…NO GRAZIE!

Istruzioni per aprire quel maledetto CD
Il CD non si apre
Il CD si apre ma con templi biblici
Ottenuto il display di base non si riesce a richiamare le immagini: ci sono decine di software/viewer, ognuno con modalità diverse
L'immagine compare, ma si ottiene una sola proiezione
Le immagini compaiono ma non è possibile la visione comparativa, passare da un'immagine all'altra comporta molto tempo
Le immagini sono i cattiva qualità, non in origine, ma come esportazione (non sono state verificate)

- **PACS o WS in uso: layout personalizzati!**

LE OPPORTUNITA' DELLA TECNOLOGIA E DELLE *INTEGRAZIONI*



… risulta oltremodo difficile poter procedere a cambiamenti ed innovazioni che vanno in qualche modo a modificare equilibri stabilizzati nel tempo e a mettere in gioco allocazione di risorse a favore di un progetto che non appartiene a nessuno degli Enti coinvolti, ma che vede allo stesso tempo ogni Ente coinvolto attivamente SE NON SI FA GIOCO DI SQUADRA!

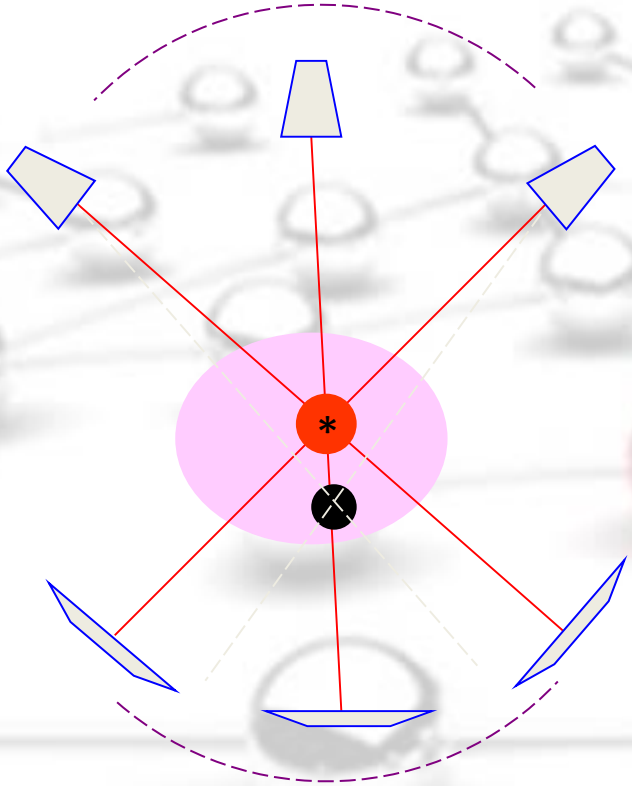
OMOGENEITA' DI STANDARD TECNOLOGICO

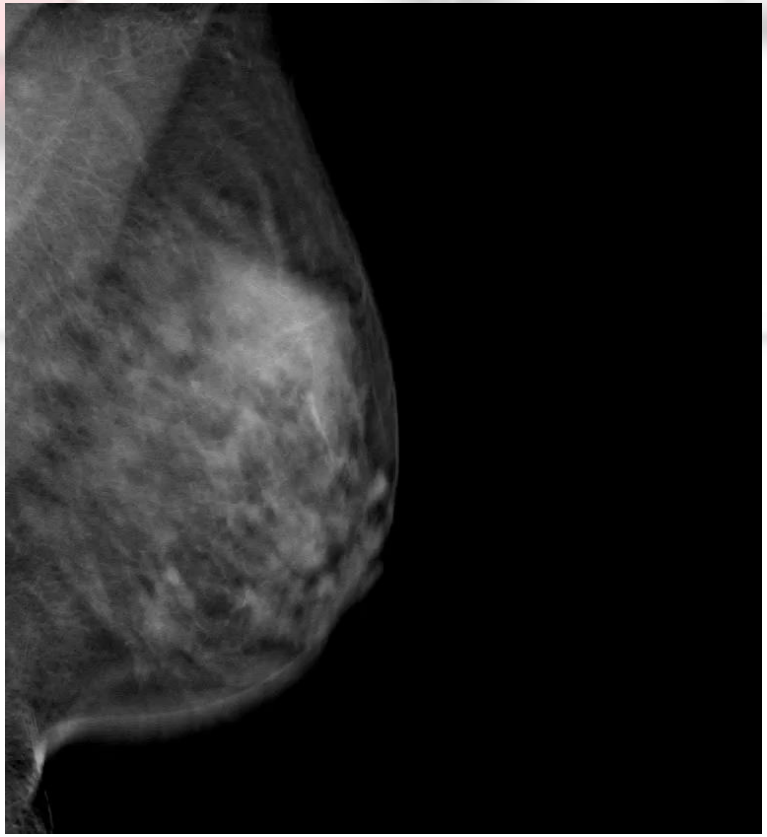
1. mammografi digitali
2. monitors ad elevata risoluzione;
3. archiviazione su sistemi informatici (PACS);
4. potenziamento infrastrutture esistenti: adapter gatway
5. adeguamento a standard delle reti informatiche
6. possibilità di applicare sistemi di lettura computerizzata (CAD): opzionale

LA TOMOSINTESI

Il principio è quello della stratigrafia

Sorgente e detettore agli estremi di un asse pendolante con fulcro su un dato piano (*). Tutti gli oggetti sul piano si proiettano nella stessa sede del detettore e sono evidenziati. Gli oggetti su altri piani si sproiettano e appaiono fuori fuoco





15° di pendolazione tubo: acquisizione di ≈ 60 immagini dello spessore di 1 mm.

LE EVIDENZE DELLA TOMOSINTESI NELLO SCREENING

Screening:

✓ JAMA. 2014;311(24):2499-2507. doi:10.1001/jama.2014.6095

Breast Cancer Screening Using Tomosynthesis in Combination with Digital Mammography

Sarah M. Friedewald, Elizabeth A. Rafferty, Stephen L. Rose, Melissa A. Durand, Donna M. Plecha, Julianne S. Greenberg, Mary K. Hayes, Debra S. Copit, Kara L. Carlson, Thomas M. Cink, Lora D. Barke, Linda N. Greer, Dave P. Miller, Emily F. Conant

	2D	2D+3D	Variazione (2D+3D)vs2D	P-Value
Numero esami	281.187	173.663		
Tasso richiamo	10,7%	9,1%	**-15%**	P<.001
Tasso individuazione lesioni	4.2/10,0	5,4/1000	**+29%**	P<.001
Tasso individuazione lesioni invasive	2,9/1000	4,1/1000	**+41%**	P<.001
Tasso individuazione DCIS	1,4/1.000	1,4/1.000	**0**	
PPV1 (valore predittivo positivo richiami)	4,3%	6,4%	**+49%**	P<.001
PPV3 (valore predittivo positivo biopsie)	24,2%	29,2%	**+21%**	P<.001

AUMENTA DR DA 5/1000 A 8/1000
RIDUCENDO TASSO RICHIAMI DEL 17%

RICADUTE AL PROGETTO DI RETE: work in progress

- **Il peso delle immagini**

Object size:

Tomo reconstruction: object may extremely vary in size depending on the paddle used, breast size (black area outside the breast), tissue and compression thickness.

- BTO image size is about 10 times bigger if uncompressed and 2.5 times bigger if compressed (jpeg .70) compared to SCO; Average size is
  - SCO 60 MB/reconstruction
  - BTO uncompressed 600 MB/reconstruction
  - BTO compressed 150 MB/reconstruction
- CTO size is about the same as BTO size

The British Journal of Radiology, 85 (2012), e1174–e1178

Application of breast tomosynthesis in screening: incremental effect on mammography acquisition and reading time

[1]D BERNARDI, MD, [1]S CIATTO, MD, [1]M PELLEGRINI, MD, [1]V ANESI, TSRM, [1]S BURLON, TSRM, [1]E CAULI, TSRM, [1]M DEPAOLI, TSRM, [1]L LARENTIS, TSRM, [1]V MALESANI, TSRM, [1]L TARGA, TSRM, [1]P BALDO, TSRM and [2]N HOUSSAMI, MB BS, PhD

[1]*U O Senologia Clinica e Screening Mammografico, Dipartimento di Radiodiagnostica, APSS, Trento, Italy, and* [2]*Screening and Test Evaluation Program, School of Public Health, Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia*

- **Il tempo della lettura**

Tempi di acquisizione dal posizionamento per la prima proiezioni al rilascio del compressore. 7 tecnici di radiologia dedicati eseguono in sequenza 20 pazienti:

- ✓2D ➔ 3’13”
- ✓2D+3D ➔ 4’03”

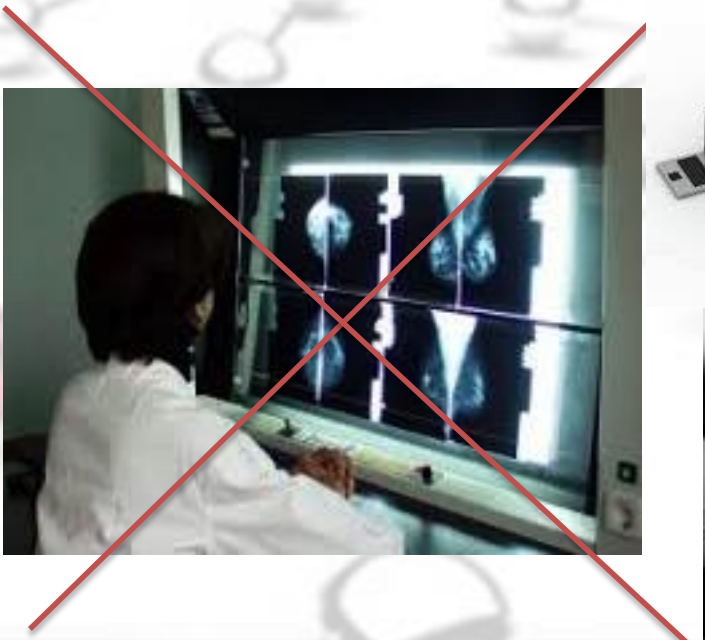
Objective: The aim of this study was to supplement the paucity of information available on logistical aspects of the application of three-dimensional (3D) mammography in breast screening.
Methods: We prospectively examined the effect on radiographers’ and radiologists’ workload of implementing 3D mammography in screening by comparing image acquisition time and screen-reading time for two-dimensional (2D) mammography with that of combined 2D+3D mammography. Radiologists’ accuracy was also calculated.
Results: Average acquisition time (measured from start of first-view breast positioning to compression release at completion of last view) for seven radiographers, based on 20 screening examinations, was longer for 2D+3D (4 min 3 s; range 3 min 53 s–4 min 18 s) than 2D mammography (3 min 13 s; range 3 min 0 s–3 min 26 s; $p<0.01$). Average radiologists’ reading time per screening examination (three radiologists reading case-mix of 100 screens: 10 cancers, 90 controls) was longer for 2D+3D (77 s; range 60–90 s) than for 2D mammography (33 s; range 25–46 s; $p<0.01$). 2D+3D screen-reading was associated with detection of more cancers and with substantially fewer recalls than 2D mammography alone.
Conclusion: Relative to standard 2D mammography, combined 2D+3D mammography prolongs image acquisition time and screen-reading time (at initial implementation), and appears to be associated with improved screening accuracy.
Advances in knowledge: These findings provide relevant information to guide larger trials of integrated 3D mammography (2D+3D) and its potential implementation into screening practice.

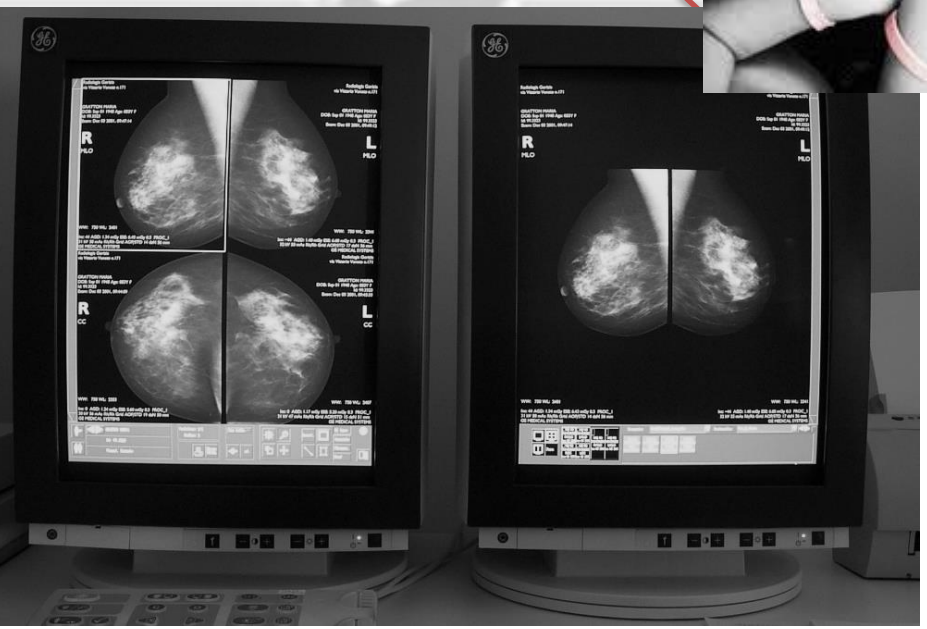
Received 22 December 2011
Revised 23 April 2012
Accepted 21 June 2012

DOI: 10.1259/bjr/19385909

© 2012 The British Institute of Radiology

INTEGRAZIONE INTERAZIENDALE



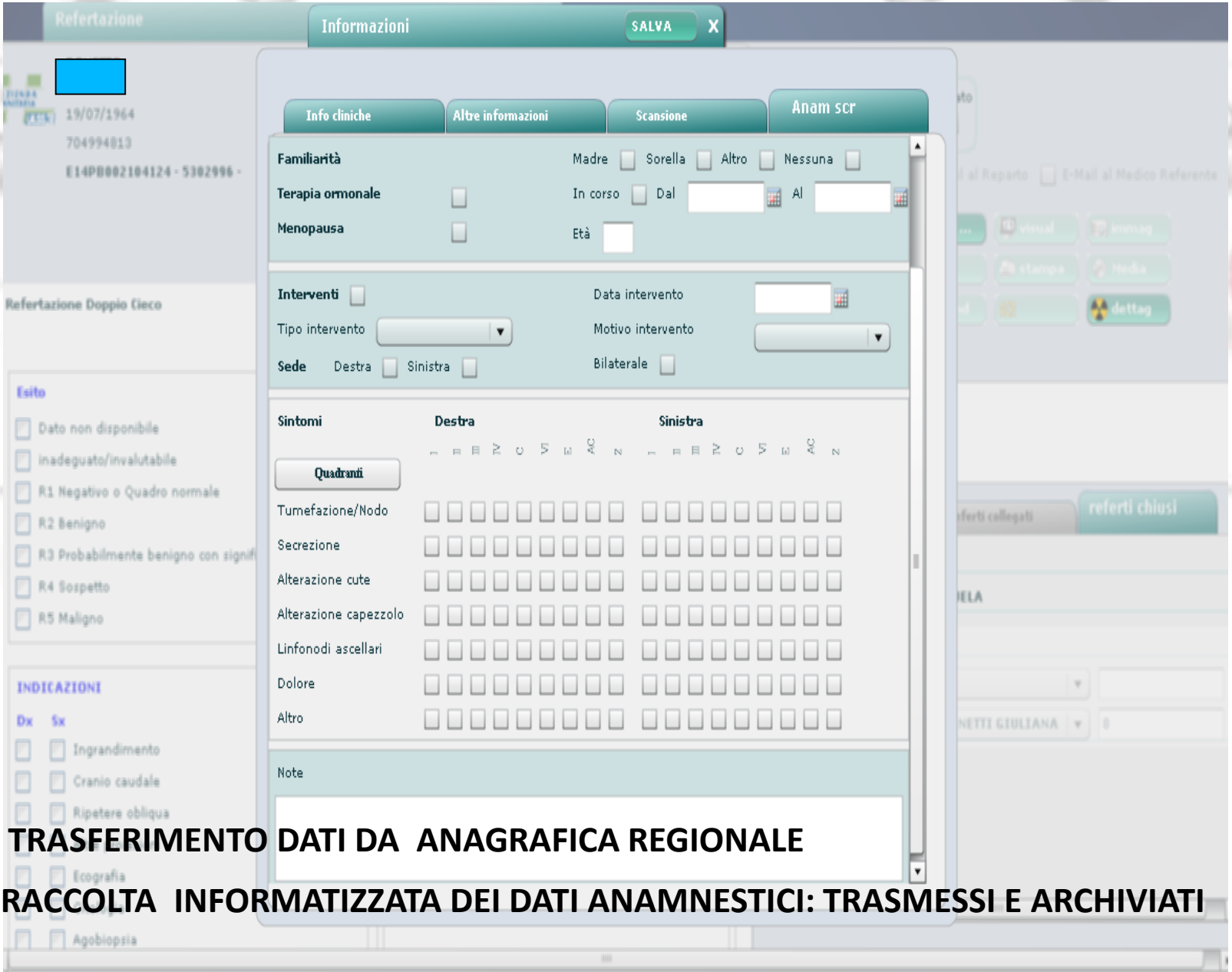


1°

2°

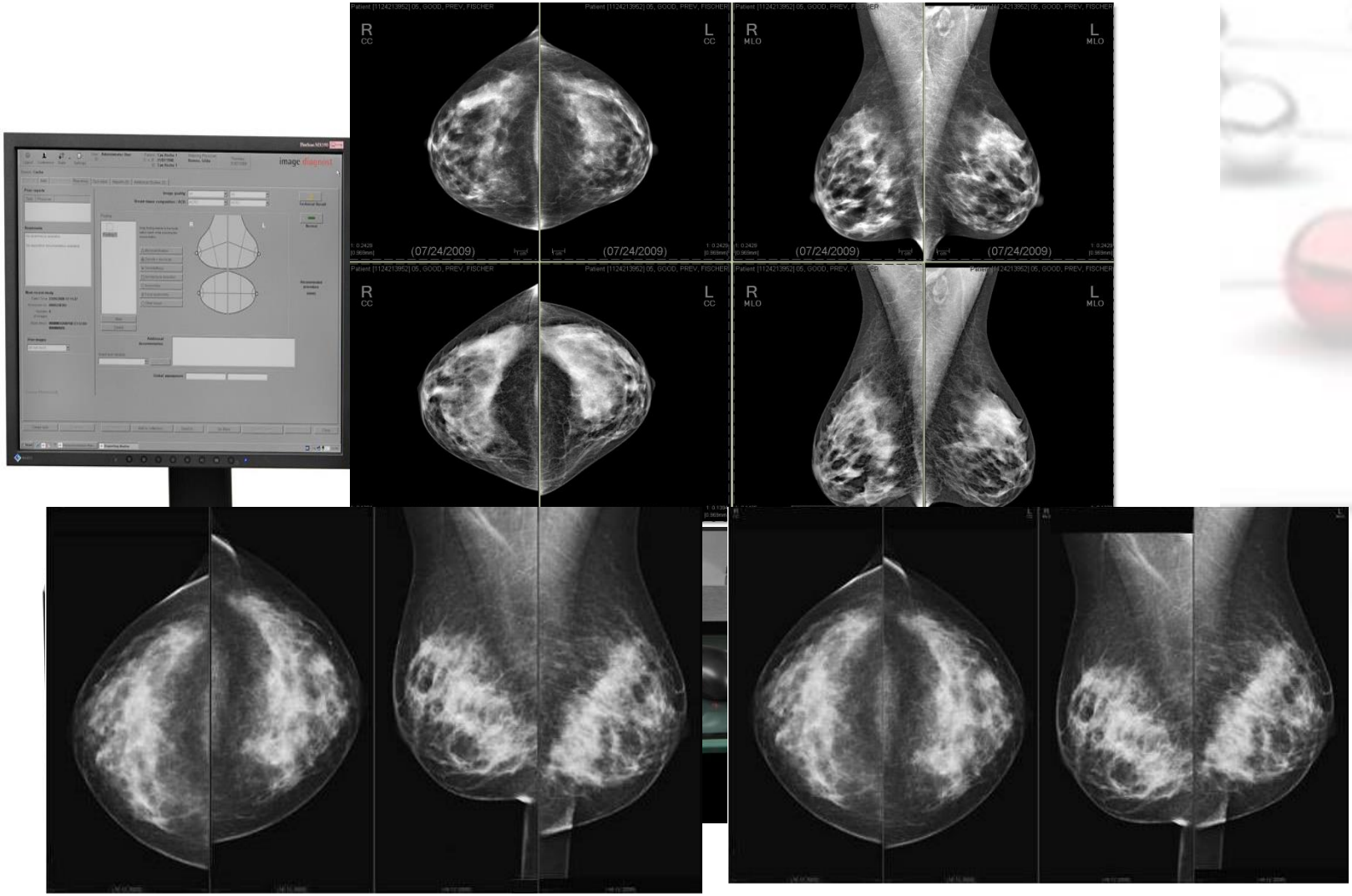
3°

I VANTAGGI NELLA PRATICA…



- **TRASFERIMENTO DATI DA ANAGRAFICA REGIONALE**
- **RACCOLTA INFORMATIZZATA DEI DATI ANAMNESTICI: TRASMESSI E ARCHIVIATI**

I VANTAGGI NELLA PRATICA…



- **DISPONIBILITA' DEI PRECEDENTI: ALMENO ULTIME DUE MAMMOGRAFIE ESEGUITE**

I VANTAGGI NELLA PRATICA…

Refertazione SALVA X

19/07/1964
704994813
E14PB002104124 - 5302996 -

MAMMOGRAFIA BILATERALE

Provvisorio Verificato Firmato

Caso interessante E-Mail al Reparto E-Mail al Medico Referente

storico push ... visual immag
anag... frasi stampa Media
Lab second dettag

Quesito clinico

Personale referti collegati referti chiusi

Personale in esecuzione
Tecnico TROMBETTA MANUELA

Personale in Refertazione
Medico ERCP
Medico GASPARINETTI GIULIANA 8

Refertazione Doppio Cieco

1° Lettore

Esito
- Dato non disponibile
- inadeguato/invalutabile
- R1 Negativo o Quadro normale
- R2 Benigno
- R3 Probabilmente benigno con significato incerto
- R4 Sospetto
- R5 Maligno

Azione Conseguente
- Richiamo al round successivo
- Richiamo ad 1 Anno
- Richiamo per problemi tecnici
- Invio al 2° livello
- Invio al 2° livello per sintomi
- Invio al 2° livello per problemi tecnici
- Invio da FU di 1 livello a Fu di 2 livello

INDICAZIONI

Dx	Sx	
		Ingrandimento
		Cranio caudale
		Ripetere obliqua
		Altre proiezioni
		Ecografia
		Citologia
		Agobiopsia
		Altro

Note

Stampa...

- **LA REFERTAZIONE STRUTTURATA CON AZIONI CONSEGUENTI ED INDICAZIONI**

I VANTAGGI NELLA PRATICA…

I° LETTORE		II° LETTORE	
ESITO		**ESITO**	
Dato non diponibile	☐	Dato non diponibile	☐
Inadeguato/non valutabile	☐	Inadeguato/non valutabile	☐
R1 Negativo o quadro normale	☒	R1 Negativo o quadro normale	☒
R2 Benigno	☐	R2 Benigno	☐
R3 Probabilmente benigno con significato incerto	☐	R3 Probabilmente benigno con significato incerto	☐
R4 Sospetto	☐	R4 Sospetto	☐
R5 Maligno	☐	R5 Maligno	☐
AZIONE CONSEGUENTE		**AZIONE CONSEGUENTE**	
Richiamo al round successivo	☒	Richiamo al round successivo	☒
Richiamo a 1 anno	☐	Richiamo a 1 anno	☐
Richiamo per problemi tecnici	☐	Richiamo per problemi tecnici	☐
Invio al 2° livello	☐	Invio al 2° livello	☐
Invio al 2° livello per sintomi	☐	Invio al 2° livello per sintomi	☐
Invio al 2° livello per problemi tecnici	☐	Invio al 2° livello per problemi tecnici	☐
Invio da FU di 1° livello a FU di 2° livello	☐	Invio da FU di 1° livello a FU di 2° livello	☐
INDICAZIONI	D S	**INDICAZIONI**	D S
Ingrandimento	☐☐	Ingrandimento	☐☐
Cranio caudale	☐☐	Cranio caudale	☐☐
Ripetere obliqua	☐☐	Ripetere obliqua	☐☐
Altre proiezioni	☐☐	Altre proiezioni	☐☐
Ecografia	☐☐	Ecografia	☐☐
Citologia	☐☐	Citologia	☐☐
Agobiopsia	☐☐	Agobiopsia	☐☐
Altro	☐☐	Altro	☐☐
NOTE:		**NOTE:**	

ESITO:
Negativo.

AZIENDA SANITARIA ULSS 3

Regione del Veneto - Azienda ULSS n° 3
Dipartimento di Medicina di Servizi
S.C. RADIOLOGIA
Direttore: Dr. A. GUARISE

Lettore 1: **Dott.ssa Giuliana Gasparinetti**
Lettore 2: **Dot.ssa Francesca Caumo**

Data referto: 12 /05 /2014 12 :47

Staff:
Tecnico TROMBETTA MANUELA

- **LA FIRMA DIGITALE IN DOPPIO CIECO!**

I VANTAGGI NELLA PRATICA…

https://screening.websanita.intra.rve/ - Screening Mammografico - Microsoft Internet Explorer fornito da Servizio Informatico U

REGIONE DEL VENETO
REFERTAZIONE
Screening Mammografico

Menu | Inviti | Soggetto | Accettazioni | Medici | Referti | Agenda | Stampe | Esci

Letture | Referto conclusivo

Prima lettura | Seconda lettura | Revisione

[redacted] nato/a il 24/11/1963
05/05/2014 Primo invito
Raccomandazione: Richiamo al round successivo

Anamnesi

Utente giuliana.gasparinetti, ULSS 050103

Mammografia: prima lettura

Conferma | Annulla | Applica

Recupera lettera

Lettore: Gasparinetti Giuliana
Centro lettura: REF_MAR
Esito: R1 Negativo o quadro normale
Azione conseguente: Richiamo al round successivo
Note:

Densità

Seleziona	Descrizione
◉	Non rilevata
○	B1 -Bassa
○	B2 - Bassa
○	B3 - Alta
○	B4 - Alta

Indicazioni

Descrizione	Dx	Sx
Ingrandimento	☐	☐
Cranio caudale	☐	☐
Ripetere obliqua	☐	☐
Altre proiezioni	☐	☐
Ecografia	☐	☐
Citologia	☐	☐
Agobiopsia	☐	☐
Altro	☐	☐

Altre indicazioni

Conferma | Annulla | Applica

Recupera lettera

Letture | Referto conclusivo | Menu | Inviti | Soggetto | Accettazioni | Medici | Referti | Agenda | Stampe | Esci

info

- **IL TRAFERIMENTO DIRETTO DEL REFERTO E ANAMNESI AL SOFTWARE REGIONALE DI SCREENING!**

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA SANITARIA ULSS

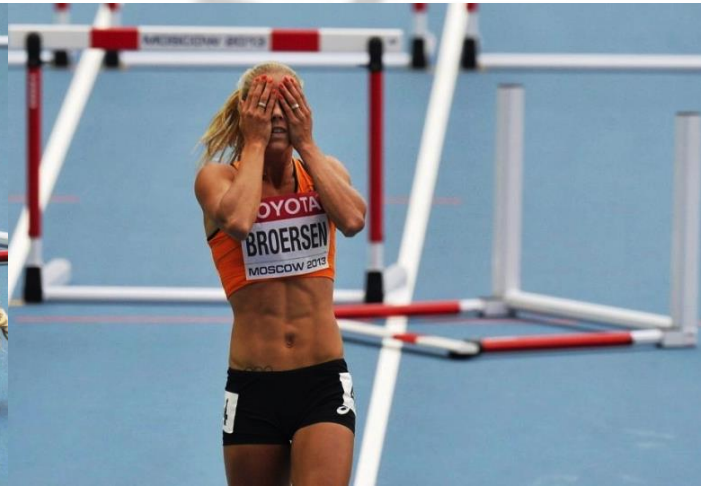
Il Sistema rete mammografica:

una nuova opportunità per l'ottimizzazione

delle risorse in sanità

LA MESSA IN OPERA…

LE FACILITAZIONI TECNOLOGICHE NECESSITANO DI UNA VALIDAZIONE PROFESSIONALE E <u>ORGANIZZAZIONE GENERALE</u> PER ESSERE EFFICACI SUI PROCESSI E AVERE RICADUTE POSITIVE SUI PROGRAMMI DI SCREENING



- **LA TECNOLOGIA E L'INFORMATICA DA SOLE NON BASTANO!**

Ministero della Salute
Direzione Generale della Prevenzione

screening oncologici

Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione
degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro
della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto

I radiologi che operano nel programma di screening devono:

- essere dedicati all'attività senologica per almeno il 50% della loro attività
- leggere almeno 5000 esami di screening ogni anno
- partecipare all'approfondimento delle lesioni identificate mediante screening e alla discussione dei casi clinici nelle periodiche riunioni multidisciplinari
- partecipare alla revisione periodica della propria performance (tasso diagnostico, tasso di richiami, revisione cancri di intervallo).

Gli approfondimenti diagnostici dei casi richiamati dallo screening devono essere effettuati dai medici radiologi che effettuano la lettura di screening. È fortemente raccomandato che radiologi, patologi, chirurghi, oncologi e radioterapisti di riferimento del programma di screening e personale tecnico e infermieristico partecipino periodicamente a una riunione per discutere i casi clinici. Nella riunione si dovrà verificare la completezza della diagnosi preoperatoria e concordare il trattamento più adeguato da offrire. Ogni programma di screening dovrebbe avere una o più unità chirurgiche di riferimento, dove vengano trattati almeno 100 casi di tumore mammario per anno,

Quello che lo screening chiede al radiologo

Quello che il radiologo chiede allo screening

- responsabilità clinica
- formazione
- carico di lavoro
- doppia lettura
- completezza dell' intervento
- strumentazione
- registrazione dei dati
- verifica periodica delle prestazioni
- rapporto di fiducia con gli utenti

Documento SIRM-GISMA

Quello che lo screening chiede al radiologo

Quello che il radiologo chiede allo screening

- responsabilità clinica
- formazione

gisma Gruppo Italiano Screening Mammografico

Società Italiana di Radiologia Medica

EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 43 (2007) 660–675

available at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.ejconline.com

ELSEVIER

EJC

Position Paper

Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer

L. Cataliotti[a,*], C. De Wolf[b], R. Holland[c], L. Marotti[d], N. Perry[e], K. Redmond[f], M. Rosselli Del Turco[g], H. Rijken[c], N. Kearney[h], I.O. Ellis[i], A. Di Leo[j], R. Orecchia[k], A. Noel[l], M. Andersson[m], W. Audretsch[n], N. Bjurstam[o], R.W. Blamey[p], M. Blichert-Toft[m], H. Bosmans[q], A. Burch[r], G. Bussolati[s], M.R. Christiaens[q], M. Colleoni[t], G. Cserni[u], T. Cufer[v], S. Cush[w], J. Damilakis[x], M. Drijkoningen[q], P. Ellis[y], J. Foubert[z], M. Gambaccini[aa], E. Gentile[g], F. Guedea[ab], J. Hendriks[ac,ap], R. Jakesz[ad], J. Jassem[ae], B.A. Jereczek-Fossa[k], O. Laird[af], E. Lartigau[ag], W. Mattheiem[ah], N. O'Higgins[ai], E. Pennery[aj], D. Rainsbury[ak], E. Rutgers[al], M. Smola[am], E. Van Limbergen[q], K. von Smitten[an], C. Wells[ao], R. Wilson[p], on behalf of EUSOMA[aq]

[a]University of Florence, Florence, Italy
[b]Centre Fridourgeois de Dépistage du Cancer du Sein, Fribourg, Switzerland
[c]National Expert and Training Centre for Breast Cancer Screening, Radboud University Medical Centre Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands

Quello che lo screening chiede al radiologo

Quello che il radiologo chiede allo screening

- responsabilità clinica
- formazione
- carico di lavoro

gisma | Gruppo Italiano Screening Mammografico

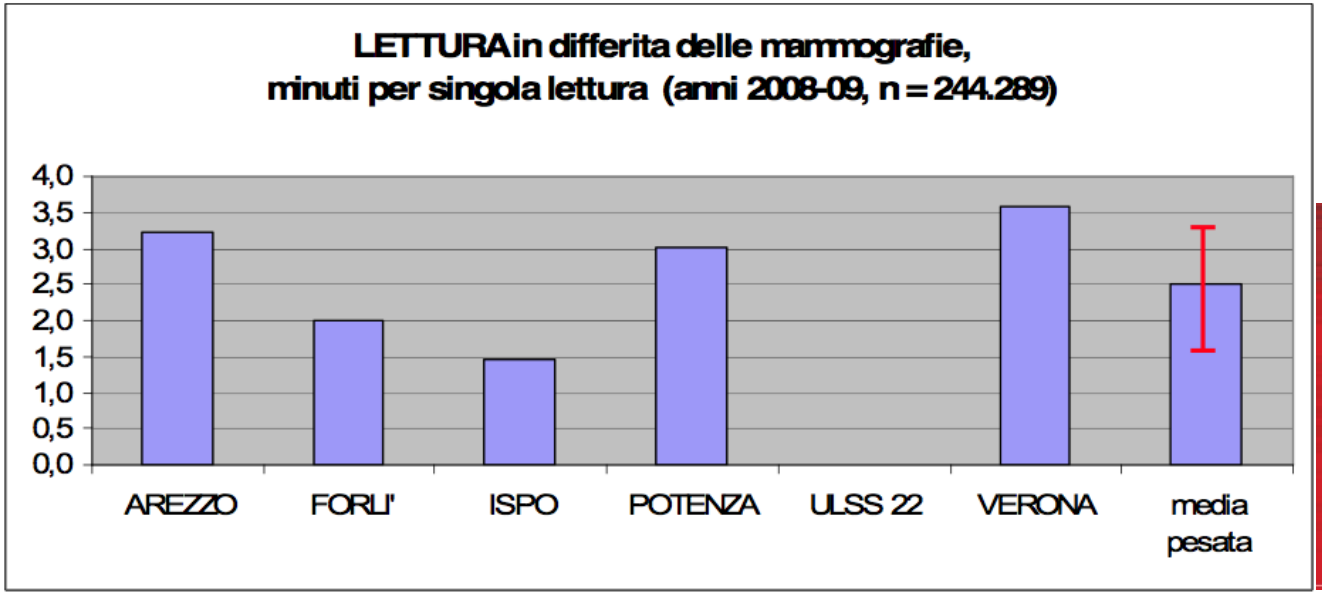
Società Italiana di Radiologia Medica

OBBLIGO DI LEGGERE 5000 MAMMOGRAFIE ANNO MA IN CHE TEMPI? CON QUALE CARICO DI LAVORO MASSIMO?

NECESSITA' DI UN TEMPARIO COMUNE VALIDATO!

LE RISORSE NECESSARIE…

I minuti medi:
LEGGERE UNA MAMMOGRAFIA IN DIFFERITA



2012 Totale 182199

<u>ORE RADIOLOGO</u>: (TEMPO MEDIO LETTURA X **2013 Totale 194484**) X 2 + STIMA TERZA LETTURA

LA DGR 2356…

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2356 del 16 dicembre 2013

Programmi regionali di screening oncologici. Approvazione nuove linee guida riorganizzazione regionale screening e approvazione schema di convenzione con l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) per la conduzione del Coordinamento Regionale Screening Oncologici. Impegno di spesa.

[Sanità e igiene pubblica]

Con DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", le attività di prevenzione rivolte alla collettività e quindi gli screening oncologici, sono state incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, e con la DGR n. 2369 del 29 dicembre 2011 sono stati inseriti tra gli obiettivi dei Direttori Generali.

Le criticità rilevate riguardano alcuni aspetti di ordine generale e altri specifici legati talora a scelte aziendali delle Direzioni strategiche.

Gli aspetti generali riguardano il personale e le risorse coinvolte che, in tempi attuali, risultano in difficoltà per sottodimensionamento, turnover eccessivo con perdita di figure chiave per il proseguimento delle attività in un'ottica di qualità e quantità.

Gli aspetti peculiari riguardano il mancato adeguamento al sistema informatizzato regionale, la scelta di attuare i programmi di screening oncologici in modo difforme ed indipendente rispetto alle Linee Guida Regionali, inoltre per alcune Aziende ULSS non è stato ancora completato l'accreditamento istituzionale così come è determinato da DGR n. 4538 del 28/12/2007.

...

Nella realizzazione dei programmi di screening organizzato sul territorio nazionale i radiologi sono chiamati alla lettura degli esami di screening e/o agli approfondimenti dei richiami o dei casi positivi. In alcune realtà ciò è avvenuto senza una preliminare condivisione, inoltre senza un congruo adeguamento dell'organico e della strumentazione e senza una specifica formazione. Questo approccio, tenuto anche conto del fatto che la senologia è a rischio più di altre specialità di contenziosi medico-legali, ha portato ad un certo disagio tra diversi radiologi coinvolti nei programmi di screening e talora ad una certa resistenza al coinvolgimento.

OGNI ROUND 8/1000 DONNE RI[illegible]TAN[illegible] P[illegible]TAT[illegible] DI TUMORE ALLA MAMMELLA MA NOI RADIOLOGI NE TROVEREMO SO[illegible]5-[illegible]00, 2 L[illegible]OVEREMO AL ROUND SUCCESSIVO O DA SOLE COME CANCRO INTERVALL[illegible]RA[illegible]A MA[illegible]RAFIA E L'ALTRA

IL BOOM DELLE RICHIESTE DI RIS[illegible]IMENTO IN[illegible] + 300% NEL 2010 (DATI AINA) PER RITARDO DIAGNOSTICO E PERDIT[illegible] CHANCE.

SPESSO DISATTESO IL TASSO DI RICHIA[illegible]PER AP[illegible]NDIMENDO ACCETTABILE 5-7%

ASPETTI ORGANIZZATIVI

- Il pool di Radiologi con specifiche competenze ed elevata specializzazione permette, in base alla disponibilità in regime istituzionale, di configurare la regia di distribuzione delle letture tra i Soggetti cooperanti

- Un apposito account per una Figura incaricata permetterà di gestire la configurazione della Regia che potrà essere cambiata in corso d'opera a seconda delle esigenze (ad esempio per l'improvvisa sostituzione di una risorsa)

- A seconda degli accordi tra le diverse ULSS viene configurata un'agenda di distribuzione secondo modalità trasparenti ma governate

- Per l'approfondimento ogni Azienda ULSS si organizzerà internamente.

I PASSAGGI NECESSARI…

1. QUANTIFICARE LE RISORSE DISPONIBILI

2. VALUTARE I CARICHI DI LAVORO PER OGNI ASL IN RAPPORTO ALLA NECESSITA' DI VOLUMI DI INVITI DA EFFETTUARSI IN QUELL'ANNO

3. VALUTARE LA NECESSITA' DI RISORSE AGGIUNTIVE ISTITUZIONALI PER COPRIRE IL FABBISOGNO

4. DEFINIRE LE REGOLE DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO (1 lettura interna?)

5. DEFINIRE MODLITA' APPLICATIVE MODELLO HUB E SPOKE (PROVINCIALE? INTERPROVINCIALE? CENTRALIZZATO?)

6. ATTIVARE UN TAVOLO DI LAVORO REGIONALE PER LA ANALISI E PROGRAMMAZIONE (RADIOLOGI, DIP PREVENZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO REG ….)

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA SANITARIA ULSS 3

Il Sistema rete mammografica:

una nuova opportunità per l'ottimizzazione

delle risorse in sanità

CONCLUSIONI

Un adeguato utilizzo delle tecnologie e una robusta struttura organizzativa, unita all'esperienza degli operatori sanitari coinvolti nelle diverse fasi di questo processo, consentiranno, di portare a una serie di miglioramenti sul piano dell'efficienza, della tracciabilità e della sicurezza di gestione dei flussi informatizzati con positive ricadute di "performance sanitaria" nello screening mammografico .

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Il Sistema rete mammografica:

una nuova opportunità per l'ottimizzazione

delle risorse in sanità

Il Sistema rete mammografica:

una nuova opportunità per l'ottimizzazione

delle risorse in sanità