

Hospital Networks

Perché mettere gli ospedali in
rete

Claudio Zanon

Hospital Networks

- “A **hospital network** is a [network](#) or group of [hospitals](#) that work together to coordinate and deliver a broad spectrum of services to their community. A **hospital system** or [health care system](#) is 2 or more hospitals owned, sponsored, or contract managed by a central organization.”
- “**To avoid financial losses** due to shrinking reimbursements and rising costs **as well as improving quality of care and avoid duplication of services**, hospitals may consolidate certain services at one hospital.”
- [Fast Facts on US Hospitals. American Hospital Association](#). Accessed September 2, 2007

USA

- [Adventist Health System](#) - 36 hospitals
- [Ascension Health](#) - nation's largest catholic and largest non-profit health system; 61 general acute care hospitals, 4 long-term acute care hospitals, 4 rehabilitation hospitals, and 4 psychiatric hospitals; HQ St. Louis, MO
- [Aurora Health Care](#) - The system has 13 hospitals, over 100 clinics, and more than 80 community pharmacies. HQ Milwaukee, WI
- [Carolinas Healthcare System](#) - 19 hospitals
- [Catholic Health East](#) - 35 hospitals; HQ Newtown Square, PA
- [Catholic Health Initiatives](#) - 73 hospitals; 2nd largest catholic health system, 5th largest US health system overall; HQ Denver, CO
- [Catholic Health Partners](#) - founded in 1985; HQ Cincinnati, OH
- [Catholic Healthcare West](#) - 42 hospitals; HQ San Francisco, CA
- [Child Health Corporation of America](#) - 42 [pediatric](#) hospitals
- [CHRISTUS Health](#) - catholic health system of 40 hospitals; HQ Irving, TX
- [Continuum Health Partners](#) 4 hospitals in [New York City](#)
- [Hospital Corporation of America](#) - 173 hospitals and 107 freestanding surgery centers
- [Kaiser Permanente](#) - 37 hospitals
- [Kettering Health Network](#)
- [Los Angeles County Department of Health Services](#) - 4 hospitals
- [McGaw Medical Center](#) of Northwestern University is a consortium of hospitals
- [NewYork-Presbyterian Healthcare System](#) - 30 hospitals
- [Partners HealthCare](#) - 11 member hospitals/organizations
- [Premier Health Partners](#)
- [Prime Healthcare Services](#) - 13 acute-care hospitals
- [ProMedica Health System](#)
- [Providence Health & Services](#) - 29 hospitals of non-for-profit, catholic health system; HQ Seattle, WA
- [Shriners Hospitals for Children](#) - 22 pediatric hospitals
- [SSM Health Care](#) - 20 hospitals of catholic health system; HQ St. Louis, MO
- [Sutter Health](#) - 26 hospitals
- [Tenet Healthcare](#) - 57 hospitals
- [Texas Health Resources](#) - 12 acute-care hospitals and one long-term care hospital; corporate member or partner in six additional hospitals and surgery centers.
- [Trinity Health \(Novi, Michigan\)](#) - 44 hospitals; one of the largest catholic health system; HQ Novi, MI
- [University of Pittsburgh Medical Center](#) - 19 hospitals western Pennsylvania
- [Vanguard Health Systems](#)
- [Wheaton Franciscan Healthcare](#) - 16 hospitals of catholic health system; HQ Glendale, WI

Volumi di attività
Gerarchizzazione H
Intensità di cura
Accreditamento strutture



Poche cose tante volte

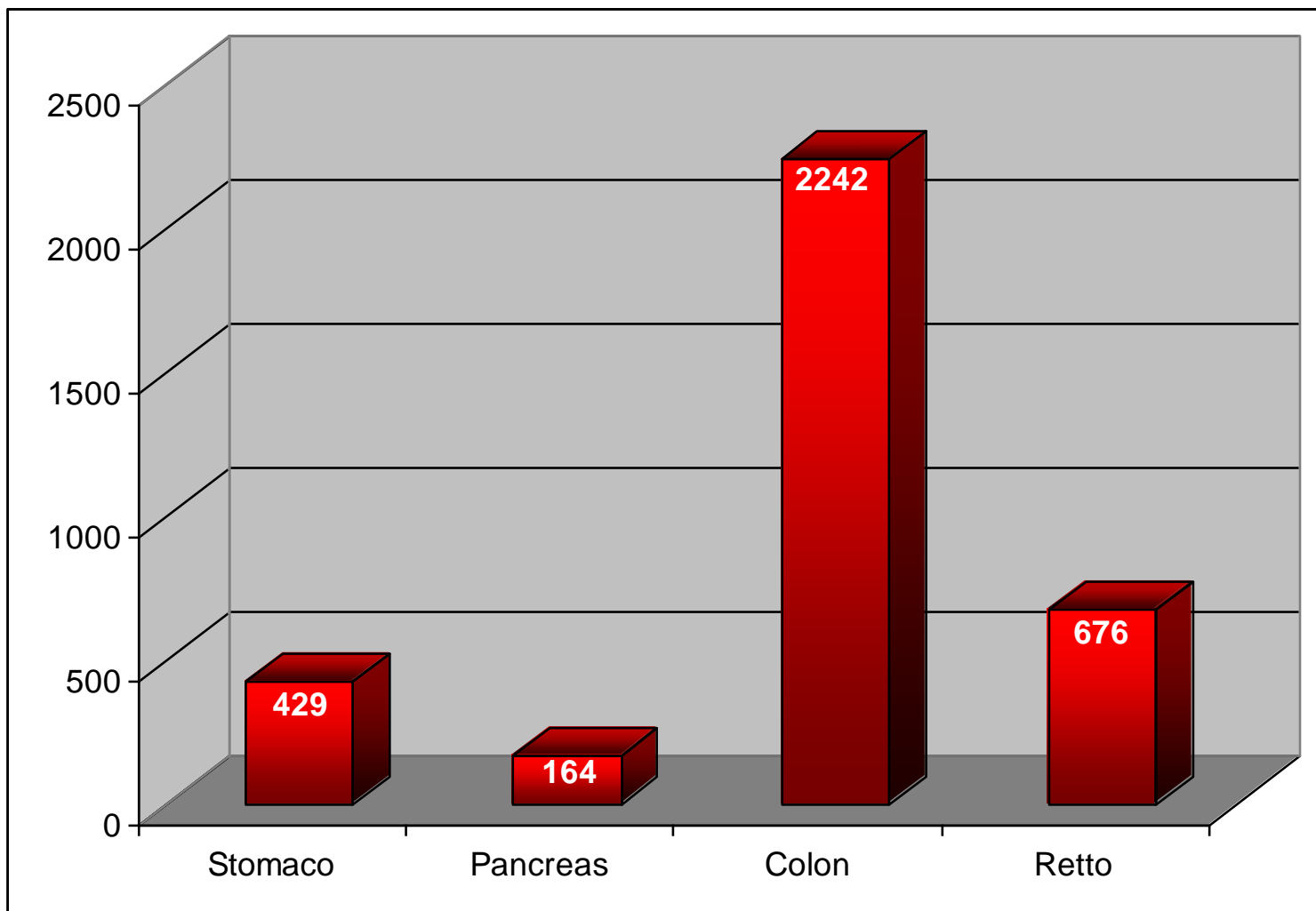


Strutturali
Diminuire le SC
Dipartimenti

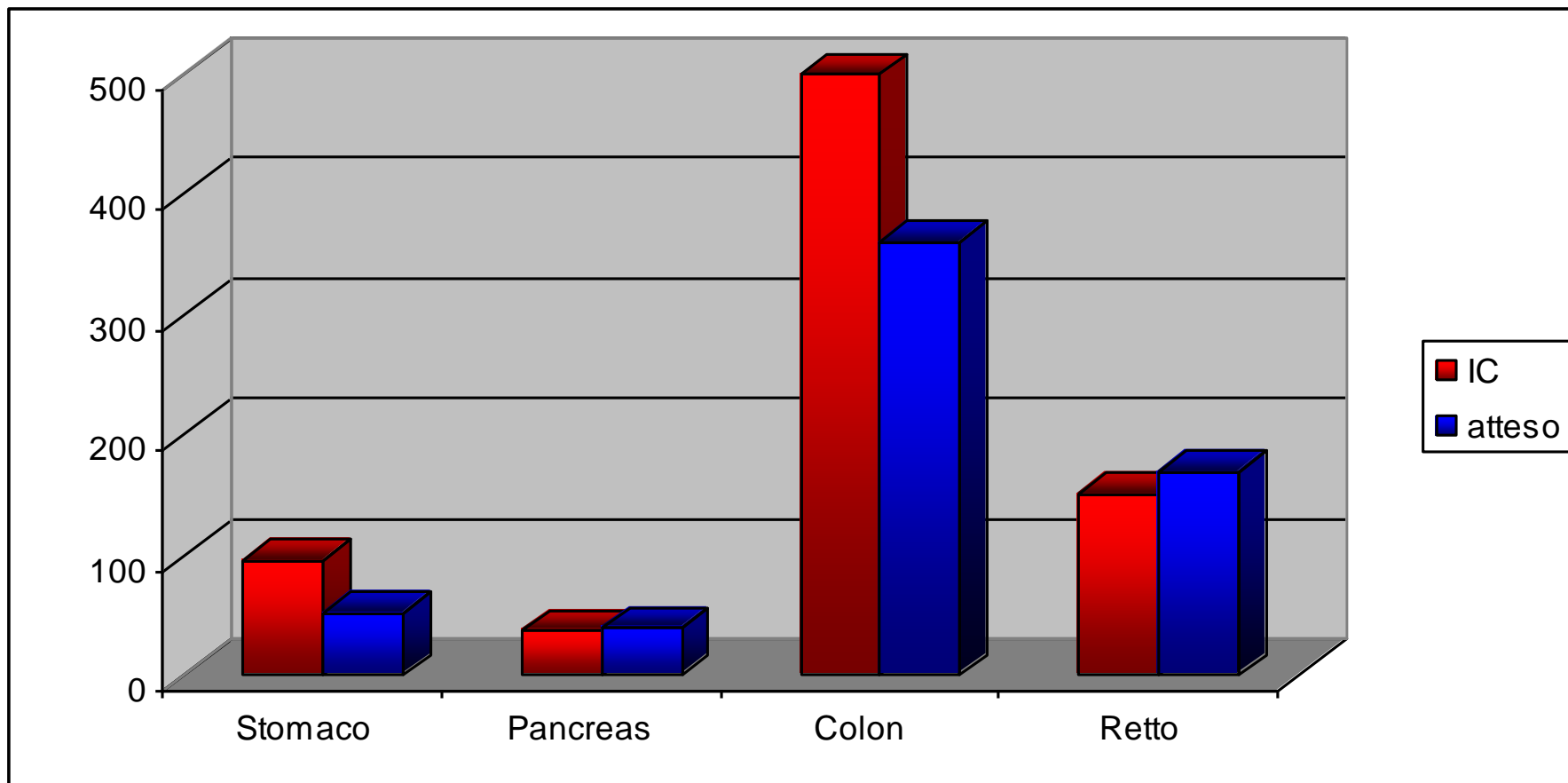
Funzionali
UNIT

- SC accorpate
- Diagnostica centr.
- Aree di intensità
- Dipartimenti veri

- Breast
- Prostatic
- Colon-rectum
- Liver-pancreas
- Hearth and brain

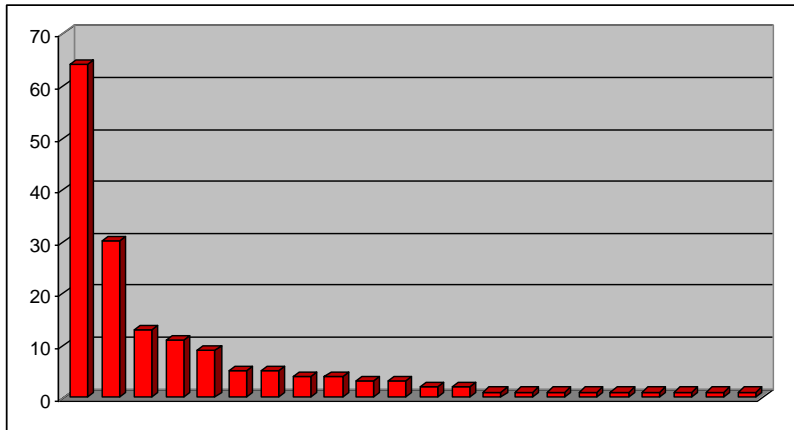


2010, totale interventi chirurgici (resezioni)

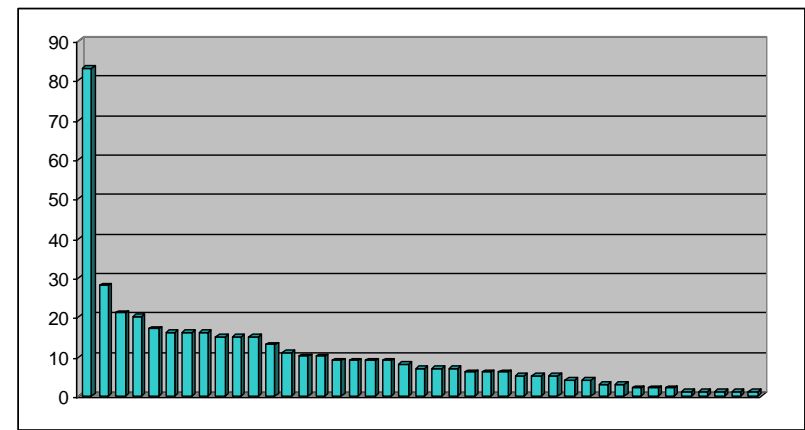


2010, interventi chirurgici / milione abitanti

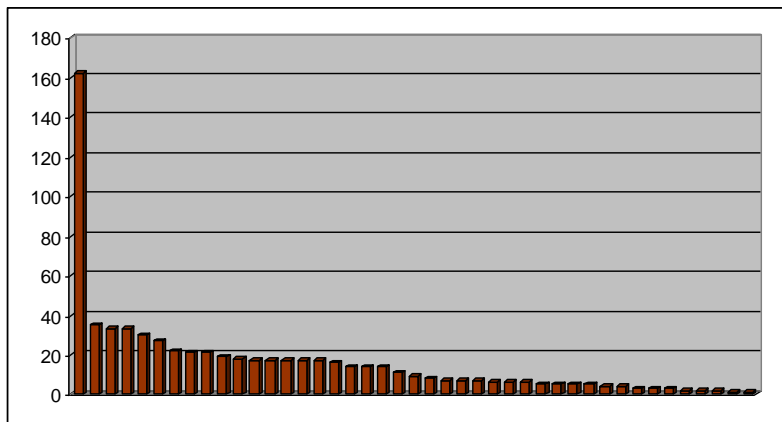
Tumori del Pancreas



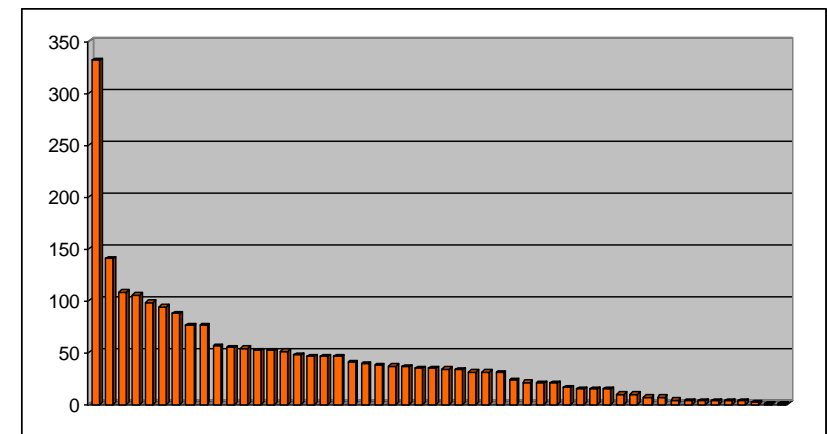
Tumori dello Stomaco

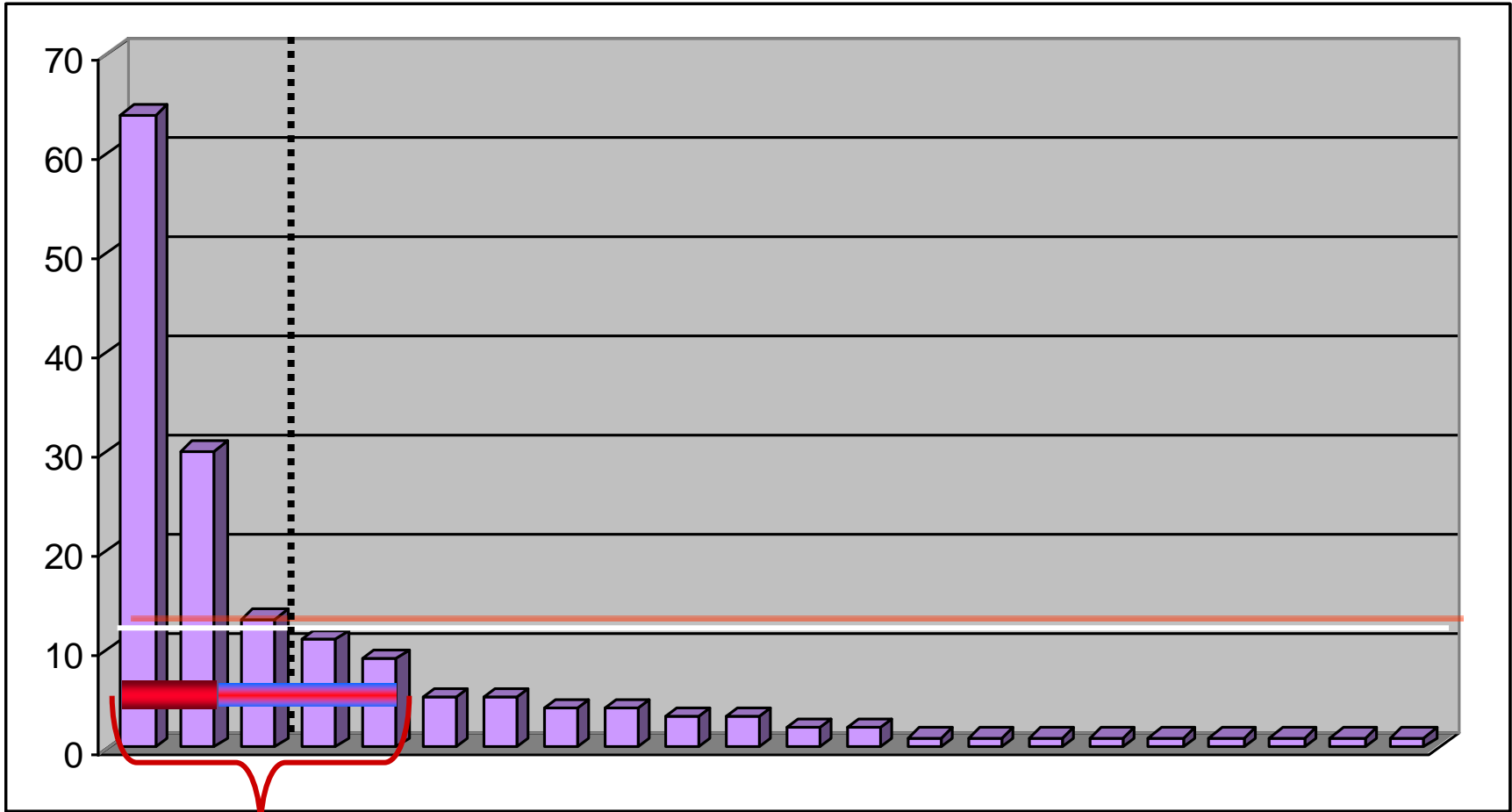


Tumori del Retto



Tumori del Colon

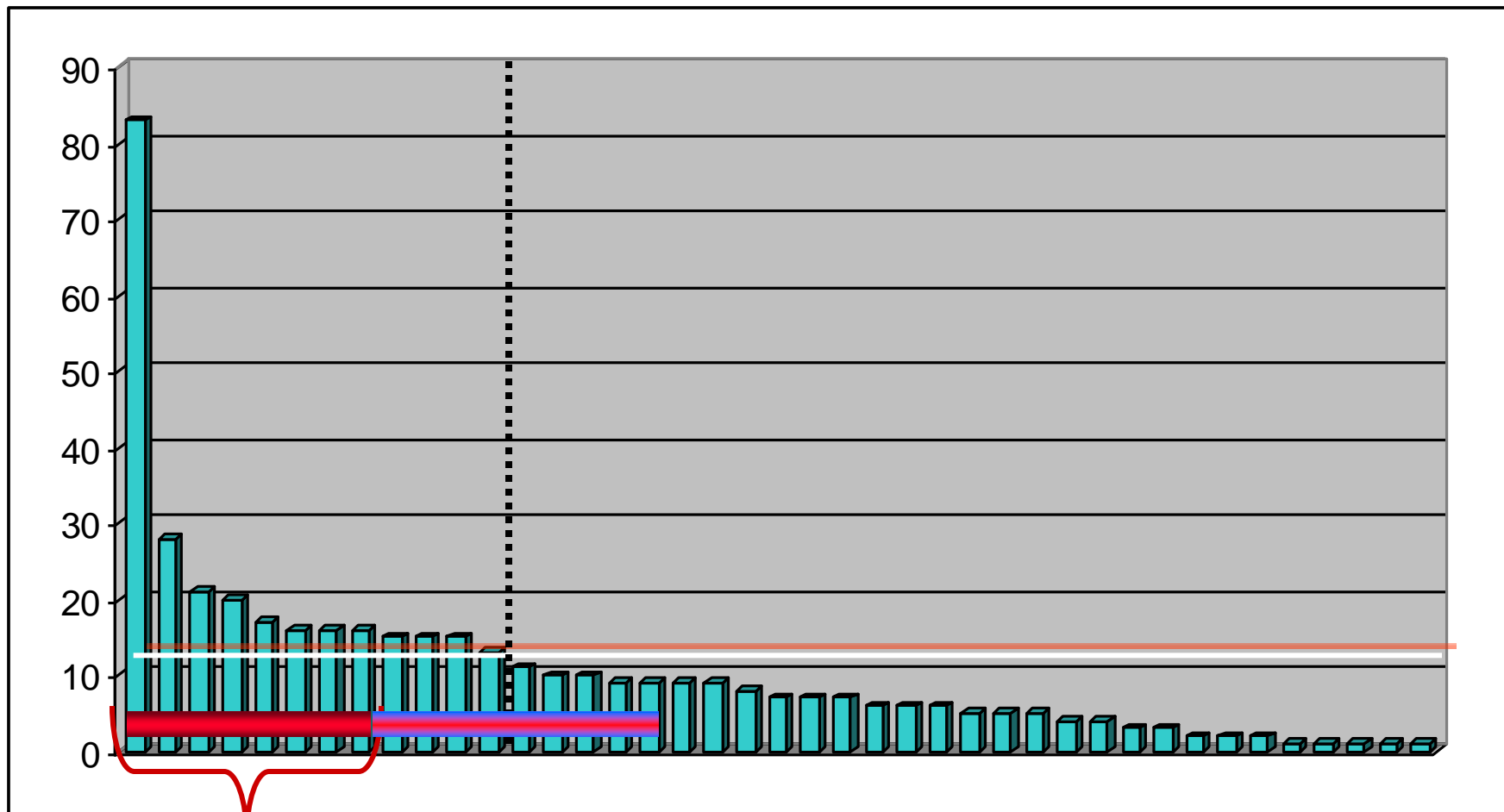




Casi = 164
 Centri = 22
 Val.medio = 7,5
 Val.max = 64

Tumori del Pancreas

1°Q.... 5
 50%... 2
 75%... 5
 >=12... 3 (13%)

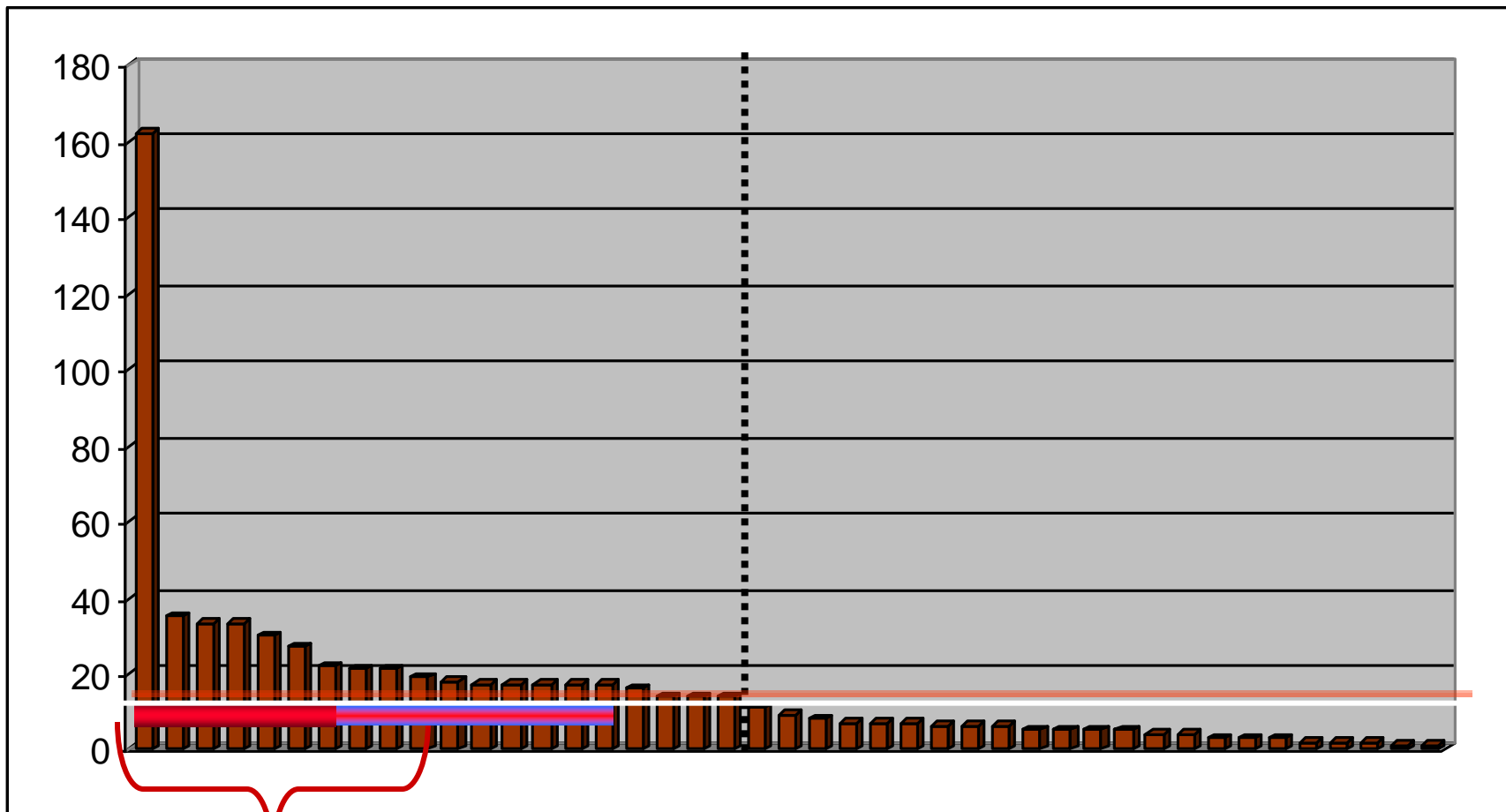


Casi = 429
 Centri = 41
 Val.medio = 10,5
 Val.max = 83

Tumori dello Stomaco

1°Q.... 8
 50%... 8
 75%... 17

>=12...12 (30%)

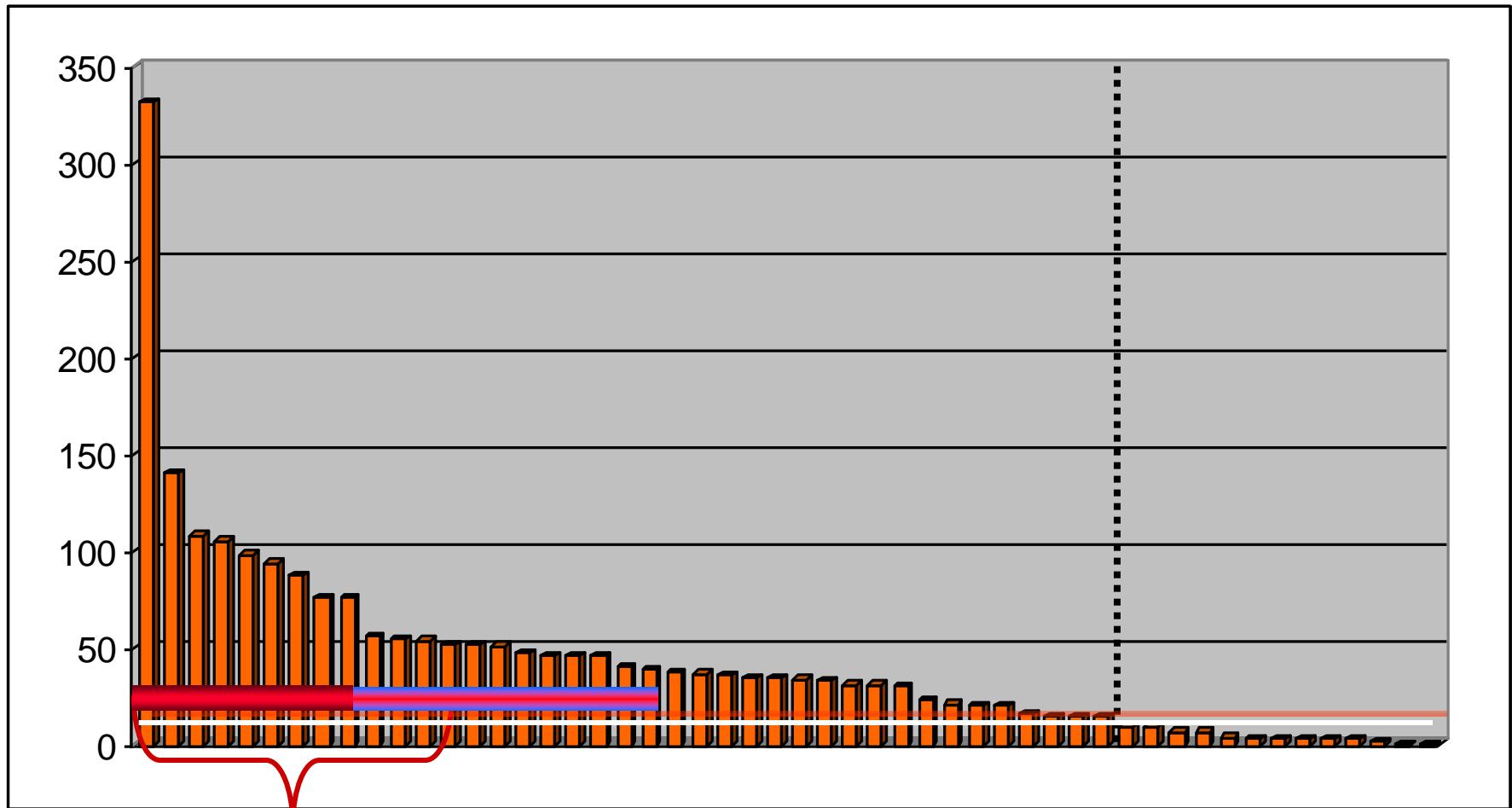


Casi = 676
 Centri = 43
 Val.medio = 15,7
 Val.max = 162

Tumori del Retto

1°Q... 10
 50%... 7
 75%... 16

>=12...20 (38%)



Casi = 2242
 Centri = 52
 Val.medio = 43,1
 Val.max = 331

Tumori del Colon

1°Q... 13
 50%... 9
 75%... 21

>=12...39 (75%)

Relation of Surgeon and Hospital Volume to Processes and Outcomes of Colorectal Cancer Surgery

Selwyn O. Rogers, Jr, MD, MPH,*† Robert E. Wolf, MS,§ Alan M. Zaslavsky, PhD,§
 William E. Wright, PhD,|| and John Z. Ayanian, MD, MPP†‡§

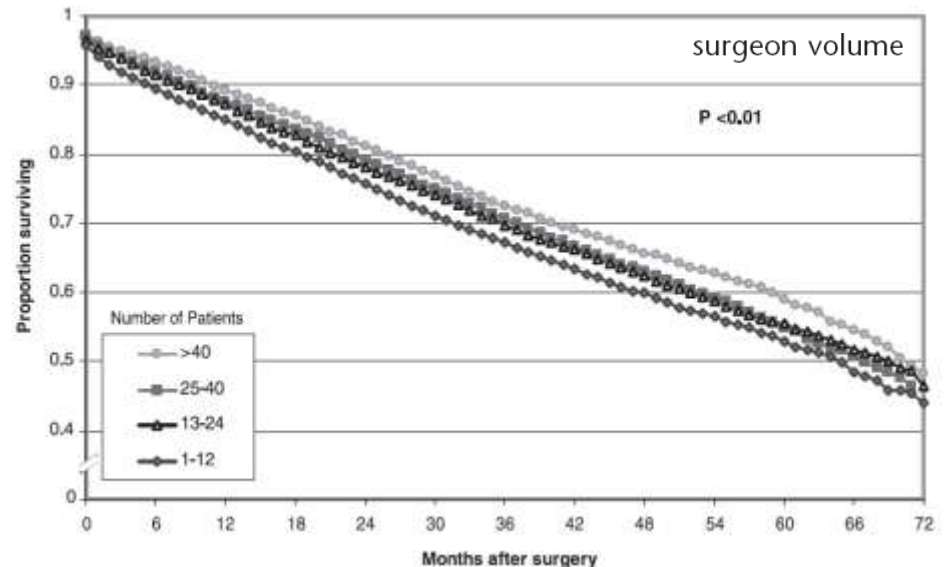
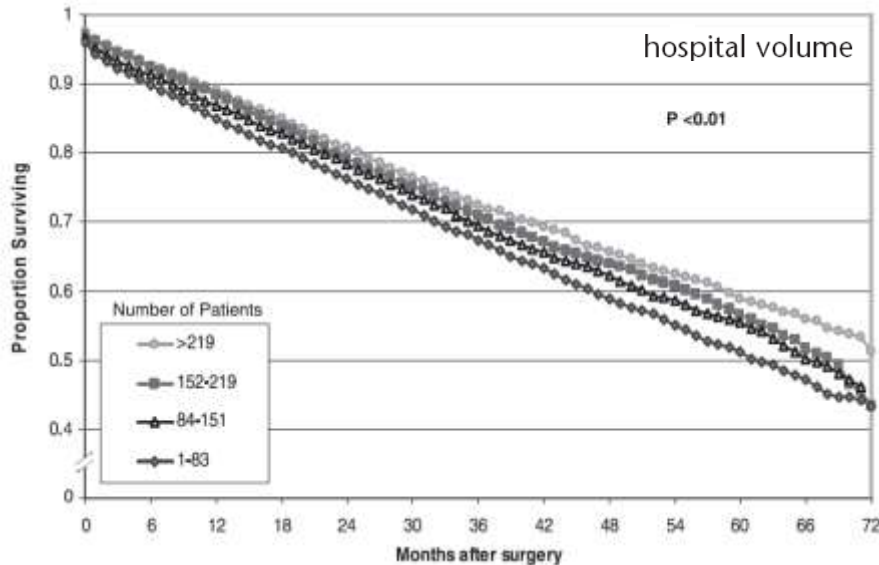
Background: Greater hospital volume has been associated with lower mortality after colorectal cancer surgery. The contribution of surgeon volume to processes and outcomes of care is less well understood. We assessed the relation of surgeon and hospital volume to postoperative and overall mortality, colostomy rates, and use of adjuvant radiation therapy.

Methods: From the California Cancer Registry, we studied 28,644

use of adjuvant radiation therapy was significantly lower for low-volume hospitals.

Conclusions: Greater surgeon and hospital volumes were associated with improved outcomes for patients undergoing surgery for colorectal cancer. Further study of processes that led to these differences may improve the quality of colorectal cancer care.

(*Ann Surg* 2006;244: 1003–1011)



REVIEW ARTICLE

Implementation and Effects of Germany's Minimum Volume Regulations

Results of the Accompanying Research

Max Geraedts, Werner de Cruppé, Karl Blum, Christian Ohmann

SUMMARY

Introduction: Since 2004, Germany has had legal minimum volumes for five surgical interventions (kidney, liver, and stem cell transplantations and complex pancreatic and esophageal interventions). In 2006, minimum volumes for total knee replacement were added. On behalf of the Federal Joint Committee we evaluated the implementation of the minimum volumes and their effects on health service structure, hospitals, and outcome quality.

Methods: We analyzed hospital surveys and secondary data from quality reports for 2004, the Institute for the Hospital Remuneration System, and the Federal Agency for

Since 2004, Germany has had legal minimum volumes for five types of surgical intervention, regulated by § 137 of the Code of Social Law, Book V. The Minimum Volumes Directive (Mindestmengenvereinbarung, MMV) of the Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, GBA) provides for exceptions in certain circumstances, e.g., in emergencies, in the case of realignments of staffing or organization, for surgical training, or to ensure comprehensive coverage. For complex interventions involving the organ systems pancreas or esophagus, hospitals initially had to carry out at least five procedures per surgeon and year to



JOHNS HOPKINS
 MEDICINE



The Sol Goldman Pancreatic Cancer Research Center

For Patients & Family

Cancer Clinic

Cyst Clinic

NFPT

Medical Professionals

Donate

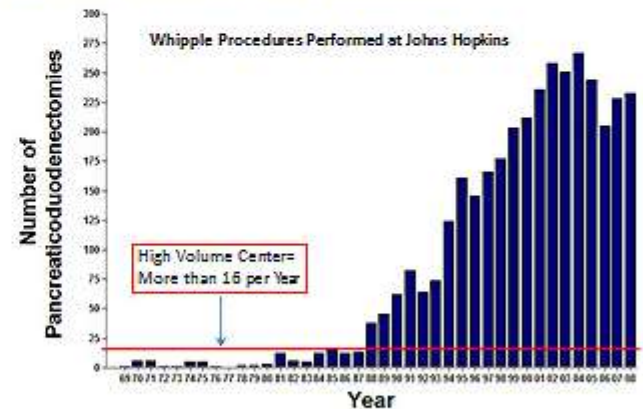
Blog

Pancreas Multidisciplinary Cancer Team



The Multidisciplinary Pancreatic Cancer Team at Johns Hopkins is committed to providing the highest level of care to individuals suffering from pancreatic cancer and related conditions. Our team is comprised of many of the world's leading experts in pancreatic cancer.

Experience is Important



Surgeons at Johns Hopkins performed more pancreatic cancer resections than any other institution in the world.

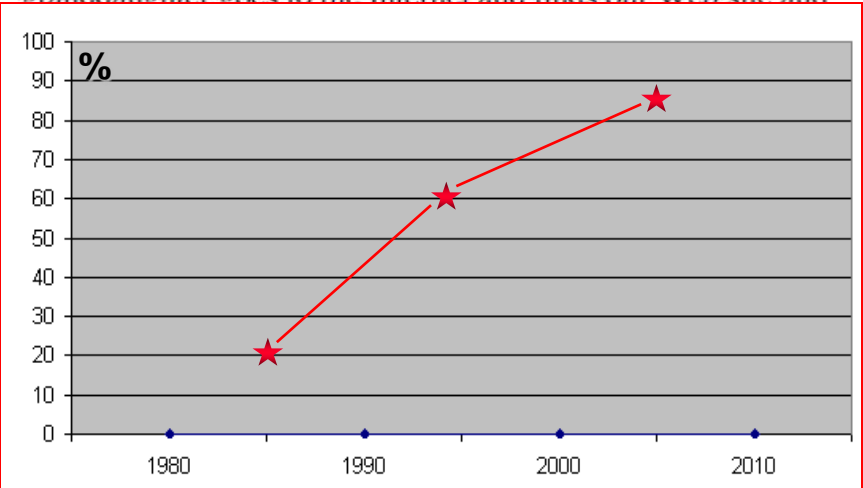
[More...](#) →

Pancreatic Cancer News

Hospital Volume and Mortality After Pancreatic Resection *A Systematic Review and an Evaluation of Intervention in The Netherlands*

N. Tjarda van Heek, MD, Koert F. D. Kuhlmann, MD,* Rob J. Scholten, MD,† Steve M. M. de Castro, MD,* Olivier R. C. Busch, MD,* Thomas M. van Gulik, MD,* Huug Obertop, MD,* and Dirk J. Gouma, MD**

We now do about 85% of the Whipples in the state of Maryland and a significant number of Whipples from surrounding states. We did 270 Whipples last year, and we have done over 250 for the last several years. I think the single most important factor in our instance has been our Web site. We have had a Web site for many years on the Internet, and when someone develops pancreatic cancer, a grandson or granddaughter goes to the Internet and finds our Web site and



DR. CAMERON: Dr. van Heek, this is a very nice ongoing study and very beautifully presented. I am very familiar with Dr. van Heek's contributions to pancreatic diseases: she was the first IHPBA Kenneth Warren Research fellow in pancreatic diseases and spent a year at the Johns Hopkins Hospital a couple of years ago, a very productive year, and I am glad to see you are continuing your interest in pancreatic diseases.

In the middle 1980s in the state of Maryland, a state of 6 million people, the overall mortality in the 45 hospitals for the Whipple procedure was 20%. At that time, the mortality in the Johns Hopkins Hospital was about 2%, but we did less than 20% of the Whipples in the state. By 1994, our market share had increased to over 60% and the mortality in the state dropped from about 20% down to below 5%. That was the first demonstration that I am aware of that regionalization has resulted in the saving of lives for a tertiary care cancer operation. Now why did that occur in Maryland and why hasn't it occurred in The Netherlands? There was no third party payer coercion of sending patients to a high-volume center because in the United States insurance companies are only interested in costs and not in outcome, and they all assumed that community hospitals were cheaper, so it had nothing to do with insurance companies or the government. Medicare and medicaid patients can go to any hospital in the States without any steering toward a high-volume center. It happened because it was patient driven, and I agree with Dr. Ingemar Ihse that patient education is what is going to determine centralization and regionalization.

AUGIS

ASSOCIATION OF UPPER GASTROINTESTINAL SURGEONS OF GREAT BRITAIN AND IRELAND

GUIDANCE ON MINIMUM SURGEON VOLUMES

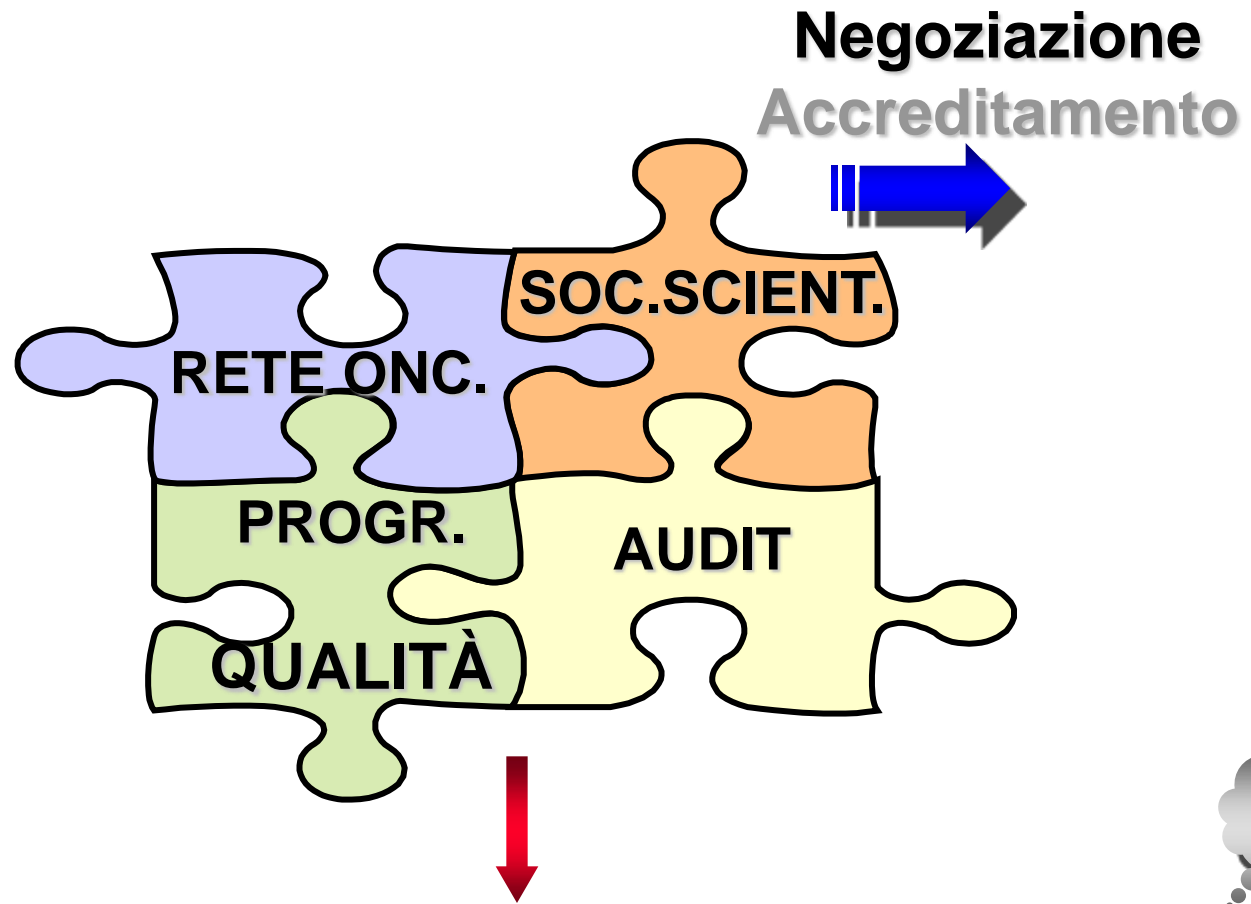
2. Pancreatic and liver resections

Pancreatic cancer (with a surgical resection rate of 15-20%) has an annual incidence of 100/million. In addition 35 patients/million present with related tumours such as periampullary, lower bile duct, duodenal and pancreatic cystic tumours, which combined have a resection rate of 40-50%. The overall pancreatic resection rate for neoplasia is therefore approximately 35-40 per million population. Resection rates have doubled in the UK in the last 10 years and are expected to rise further with full implementation of IOG and more acceptance of pancreatic resection as a safe procedure in the elderly.

The indication for liver resection is colorectal metastases in 60-70% of patients and with the increases in resection rates due to more effective chemotherapy agents it is expected that 7-8% of colorectal cancer patients would undergo liver resection which equates to 40 resections per million population. An additional 20 resections per million would be carried out for other indications including primary tumours of the liver making a total of 60 liver resections per million per year, 30 of which would be expected to be 'major' that is 3 segments or more.

1 centro per 2-4 milioni abitanti
6 chirurghi
12-16 pancreas = 72-96 / anno
10-15 fegati = 60-90 / anno

The majority of Hepato-Pancreato-Biliary (HPB) Units provides a pancreatic and liver resection service with a single surgical team. Liver transplant is carried out in seven UK HPB Units and there is overlap between HPB and transplant surgery. Within the framework of IOG, working from a population of 2 – 4 million, at least 80-100 pancreatic resections and 150 liver resections (75 major) would be carried out. A team of 6 surgeons would carry out 12-16 pancreatic resections per year per surgeon and 15-25 liver resections (10-15 major) per year per surgeon or more in areas of high population.





Clinical competence e formazione

La clinical competence in chirurgia è sicuramente un problema, dai molteplici aspetti difficilmente schematizzabili in concetti semplici. Le sfide che la chirurgia si trova ad affrontare per i mutamenti epidemiologici e l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, impongono un profondo ripensamento circa le "qualità" che tradizionalmente debbono definire il chirurgo "cl clinicamente competente". Il concetto di competenza, per il chirurgo, non si limita, pertanto, a comprendere le capacità tecnica e clinica, ma richiede il possesso di altri requisiti professionali, culturali, scientifici, organizzativi:

1. la capacità di comprendere l'importanza e prevedere l'evoluzione della chirurgia e delle specialità che con essa interagiscono (una migliore comprensione e utilizzazione della nutrizione enterale, le modalità di integrazione della endoscopia digestiva con la chirurgia laparoscopica nel contesto delle sue indicazioni e dei suoi limiti, la corretta utilizzazione delle strutture deputate alla sorveglianza clinica e all'assistenza dell'ammalato critico (leggi filosofia dell'assistenza per intensità di cure).
2. La capacità di formare i nuovi chirurghi e di mantenere aggiornati nell'assistenza, nella didattica, nella ricerca scientifica e nella gestione delle problematiche organizzative i chirurghi che già ricoprono in autonomia ruoli di responsabilità.

L'obiettivo di un training così articolato, adeguato ed efficace, può presentare alcune criticità, poiché il volume di attività ad alta complessità in tutte le U.O. può non essere sufficiente. Analogamente nelle strutture ad alta specializzazione l'attività chirurgica "minore" è spesso rappresentata da casistiche relativamente insufficienti. Questa dicotomia di attività e di casistica comporta evidenti implicazioni nel conseguimento-mantenimento di una competenza adeguata ed equilibrata nelle varie strutture. L'introduzione, poi, della chirurgia laparoscopica, non ha sicuramente semplificato questa problematica, ma ne ha accentuate le criticità.

Una impostazione corretta del problema della clinical competence, oltre che la competenza individuale, deve prendere in considerazione anche quella dell'Unità Operativa e dell'Azienda ove il chirurgo opera.

A. Competenz **individuale**

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale medico e infermieristico.

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei criteri e dei requisiti della E.C.M.

Per ogni chirurgo, in relazione ai livelli di complessità degli interventi, può essere individuato uno dei seguenti livelli:

- Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico
- Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico
- Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione
- Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Il requisito minimo per ogni U.O. per l'accreditamento è rappresentato dalla presenza di almeno due chirurghi entrambi in possesso dei livelli 3 e 4.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

B. Competenza de **l'Unità Operativa**

La competenza dell'U.O. deve essere valutata per la presenza, tra gli altri, dei seguenti requisiti:

1. Predisposizione di un progetto formativo,
2. periodica revisione documentata dell'attività clinica anche tramite audit,
3. verifica di parametri rispetto alla media regionale e alla deviazione standard al 95% tra i quali:
 - degenza media pre e post operatoria per i 10 DRG più frequenti¹
 - peso medio DRG per i 10 DRG più frequenti per Unità Operativa rispetto al peso medio dei 10 DRG più frequenti a livello regionale²

Il requisito che è richiesto ad ogni U.O. per l'accreditamento è rappresentato dai 3 punti.

C. Competenza integrata nella **struttura sanitaria**

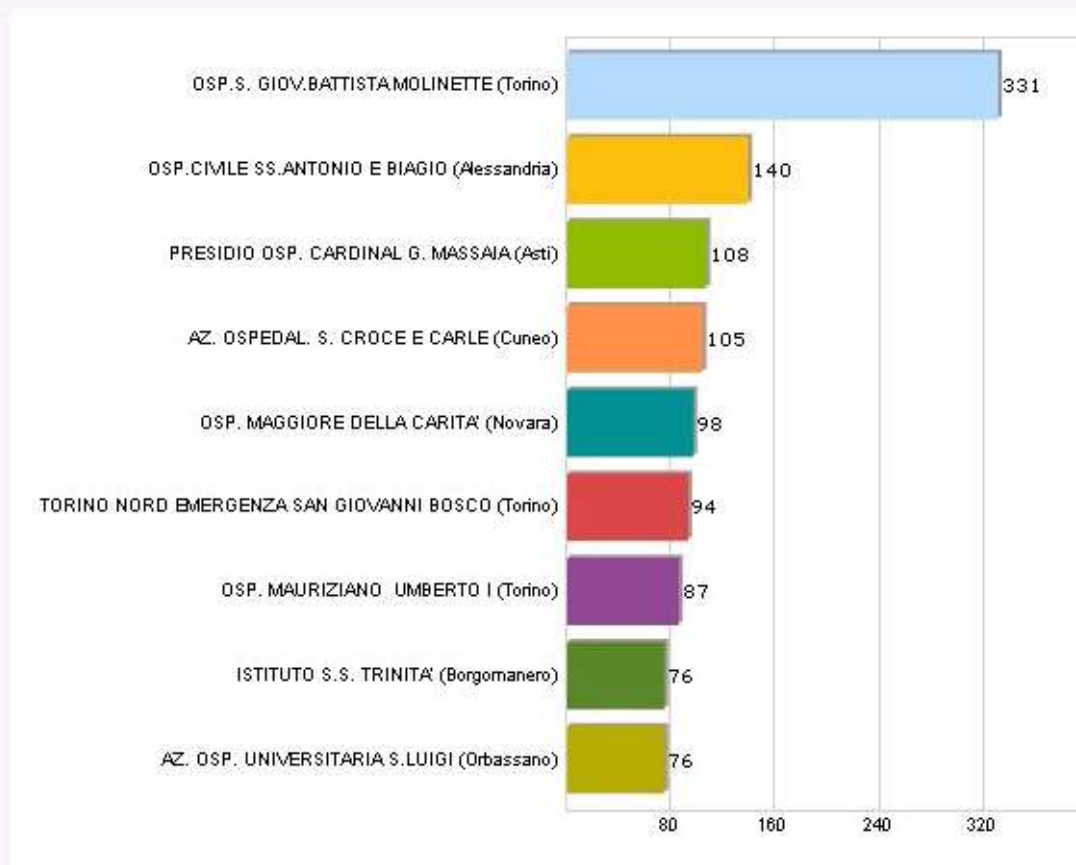
L'organizzazione sanitaria sta affrontando notevoli cambiamenti; infatti piccole ed indipendenti unità di produzione debbono essere integrate in una più efficiente organizzazione con forti interconnessioni ed interfacce: dipartimenti, sistemi in rete, macroaggregazioni.

La valutazione della competenza di questa più ampia e complessa entità deve essere effettuata ricercando la presenza dei seguenti requisiti:

1. identificazione e valutazione della produzione assistenziale e scientifica;
2. integrazione in ambito dipartimentale/aziendale/di rete territoriale, delle singole U.O.;
3. attivazione di percorsi/protocolli diagnostico-terapeutici;

Adenocarcinoma colo-rettale (interventi di resezione del colon)

Grafico delle prime strutture ospedaliere per numero di casi effettuati nel corso del 2010.



- 0905 = 94
- 0903 = 58
- 0912 = 56
- 0901 = 42
- 0909 = 19
- 0910 = 17
- 0906 = 13
- Altri = 32

Elenco delle strutture pubbliche e private in ordine decrescente per numero di interventi effettuati nel corso del 2010.

Fonte dei dati: SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) - anno 2010

Diagnosi Principale 153.n; 1540 con Intervento Principale: 4573;4574;4575;4576;458n

Struttura	Comune	Casi
Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista - Molinette - Torino	Torino	331
Ospedale Ss. Antonio e Biagio (Ospedale Civile) - Alessandria	Alessandria	140
Presidio ospedaliero Cardinal G. Massaia - Asti	Asti	108
Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle - Cuneo	Cuneo	105
Azienda Ospedaliero - Universitaria Maggiore della Carità - Novara	Novara	98
Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco - Torino	Torino	94
Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano - Presidio Umberto I - Torino	Torino	87
Istituto Ss. Trinità - Borgomanero (NO)	Borgomanero	76
Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Luigi Gonzaga - Orbassano (TO)	Orbassano	76
Presidio Sanitario Gradenigo - Torino	Torino	56
Istituto Ricerca e Cura del Cancro - IRCC - Candiolo (TO)	Candiolo	55
Ospedale Sant'Andrea - Vercelli	Vercelli	54
Ospedale San Lazzaro - Alba (CN)	Alba	52
Ospedale degli Infermi di Biella - Biella	Biella	52
Ospedale degli Infermi di Rivoli - Rivoli (TO)	Rivoli	51
Ospedale Ss. Antonio e Margherita Tortona - Tortona (AL)	Tortona	48
Ospedale Maria Vittoria - Torino	Torino	46
Ospedale Civile E. Agnelli - Pinerolo (TO)	Pinerolo	46
Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo - Torino	Torino	46
Ospedale San Biagio - Domodossola (VB)	Domodossola	40
Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	Verbania	39
Presidio Ospedaliero Martini - Torino	Torino	38
Ospedale Civile di Acqui Terme - Acqui Terme (AL)	Acqui Terme	37
Ospedale San Giacomo - Novi Ligure (AL)	Novi Ligure	36

Ospedale Maggiore - Chieri (TO)	Chieri	35
Policlinico di Monza Casa di C.P. Presidio S. Rita - Vercelli	Vercelli	35
Ospedale Civile di Ivrea - Ivrea (TO)	Ivrea	34
Ospedale Santo Spirito - Bra (CN)	Bra	33
Ospedale Santo Spirito Casale - Casale Monferrato (AL)	Casale Monferrato	31
Ospedale Ss. Pietro e Paolo - Borgosesia (NO)	Borgosesia	31
Ospedale Civile di Saluzzo - Saluzzo (CN)	Saluzzo	30
Ospedale San Lorenzo - Carmagnola (TO)	Carmagnola	23
Ospedale Ss. Annunziata - Savigliano (CN)	Savigliano	21
Ospedale Civico di Chivasso - Chivasso (TO)	Chivasso	20
Villa Maria Pia Hospital - Torino	Torino	20
Presidio Ospedaliero Riunito sede di Ciriè - Ciriè (TO)	Ciriè	16
Ospedale Santa Croce - Moncalieri (TO)	Moncalieri	15
Ospedale di Mondovì - Mondovì (CN)	Mondovì	15
Nuovo Ospedale di Ceva - Ceva (CN)	Ceva	15

Altre strutture con un numero di casi inferiore o uguale a 10:

- ▣ Casa di cura Città di Alessandria - Alessandria (Alessandria)
- ▣ Casa di cura e riposo S. Luca Spa - Pecetto Torinese (TO) (Pecetto Torinese)
- ▣ Casa di cura I Cedri - Fara Novarese (NO) (Fara Novarese)
- ▣ Casa di Cura Koelliker Ospedalino - Torino (Torino)
- ▣ CTO - Centro Traumatologico Ortopedico M. Adelaide - Torino (Torino)
- ▣ Istituto Ss. Trinità - Arona (NO) (Arona)
- ▣ Ospedale Civile di Cuornè - Cuornè (TO) (Cuornè)
- ▣ Ospedale Civile di Ovada - Ovada (AL) (Ovada)
- ▣ Ospedale Civile di Susa - Susa (TO) (Susa)
- ▣ Ospedale di Venaria - Venaria Reale (TO) (Venaria Reale)
- ▣ Presidio Evangelico Valdese - Torino (Torino)

Breast Unit

- Il modello organizzativo della Breast Unit trova i suoi presupposti nel mondo anglosassone degli anni '90 e, più specificatamente, nelle direttive del Royal College of Surgeons, ma ha trovato pieno sostegno anche dall'EUSOMA (European Society of Mastology), che ha fornito importanti linee guida in termini di requisiti, e dalla SIS (Società Italiana di Senologia) che promuove il rispetto dei controlli di qualità dei centri senologici.
- In Italia alcune regioni e aziende sanitarie pubbliche hanno promosso tale tipo di organizzazione a partire dal 2005. Particolare importanza assume in tale contesto la Regione Campania che nel 2005 ha promulgato una legge che istituisce la Breast Unit – Unità di Senologia, dettandone i requisiti organizzativi e gli standard qualitativi minimi

Progetto Breast Unit Piemonte

• **Attività Minima per una Breast Unit : 150 tumori/anno/50 tumori anno x Chirurgo 1° operatore**

• **BreakEven : 200 tumori/anno**

(An economic evaluation of the optimal workload in treating surgical patients in a breast unit E. Paganoa, , A. Pontib, E. Gelorminoa, F. Merlettia, M.P. Mano; European Journal of Cancer 39 (2003) 748–754*

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. Wengsto"m s, L. Cataliotti t; EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 46 (2010) 2344 –2356)*

• **Breast Unit in Piemonte : almeno 1 ogni Hub**

• **Progetto Città della Salute : 2000 tumori/anno (S.Anna, CTO,S.Giovanni Battista. Valdese con 2 sale operatorie dedicate aperte h12 e 30 posti letto tra RO e DH**

• **Implementazione tecnologica : Radioterapia, Medicina Nucleare, Mammografi digitali, RMN, Mammotome VAAB, Hifus RMN**

Regolamento Unit

- La Unit è un'aggregazione funzionale delle Strutture Semplici e delle Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale, nei cui fini istituzionali rientra in modo esclusivo o prevalente il trattamento della/e patologia/e per cui è stata costituita la Unit;
- Obiettivo prioritario della Unit è quello di attrarre una quota significativa (da definirsi per ogni singola aggregazione) dei pazienti che, in quanto affetti dalla patologia che interessa, sono in carico ai presidi e alle strutture dell'AOU;
- Il funzionamento della Unit è garantito dal Coordinamento della stessa, di cui fanno parte i Responsabili delle Strutture che la compongono;
- Il Coordinamento definisce percorsi e modalità di attuazione della mission e degli obiettivi della Unit, assumendo decisioni che devono poi essere recepite e rispettate dai Responsabili delle Strutture coinvolte nell'espletamento delle proprie competenze specifiche;
- Le Strutture coinvolte continuano a identificarsi nel proprio dipartimento di afferenza strutturale, ma le strutture amministrative e tecniche competenti, su mandato della Direzione Generale, procedono a elaborare e sviluppare modelli di rilevazione e rendicontazione dei dati di attività che salvaguardino l'unitarietà funzionale di tale articolazione organizzativa.

DGR 44/1615 BURP 3 marzo 2011 (Programma attuativo)

- | | <i>Bacino massimo</i> | <i>Bacino minimo</i> | <i>PL/SC/milioni di abitanti-</i> |
|-------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Oncologia | 0.8 | 0.4 | 16 |
| Oncologia (no RO) | 0.3 | 0.3 | -- |
| Chir Plastica | 2 | 1 | 16 |

- Le Oncologie (con letti di RO) dovrebbero essere in Piemonte da 6 a 11, quelle senza RO 15 e le Chirurgie Plastiche da 3 a 5
- Le Oncologie sono 41 (compresi Centri senza RO) e le Chirurgie Plastiche 9

INCIDENZA TUMORI DELLA MAMMELLA (ISS)

Piemonte

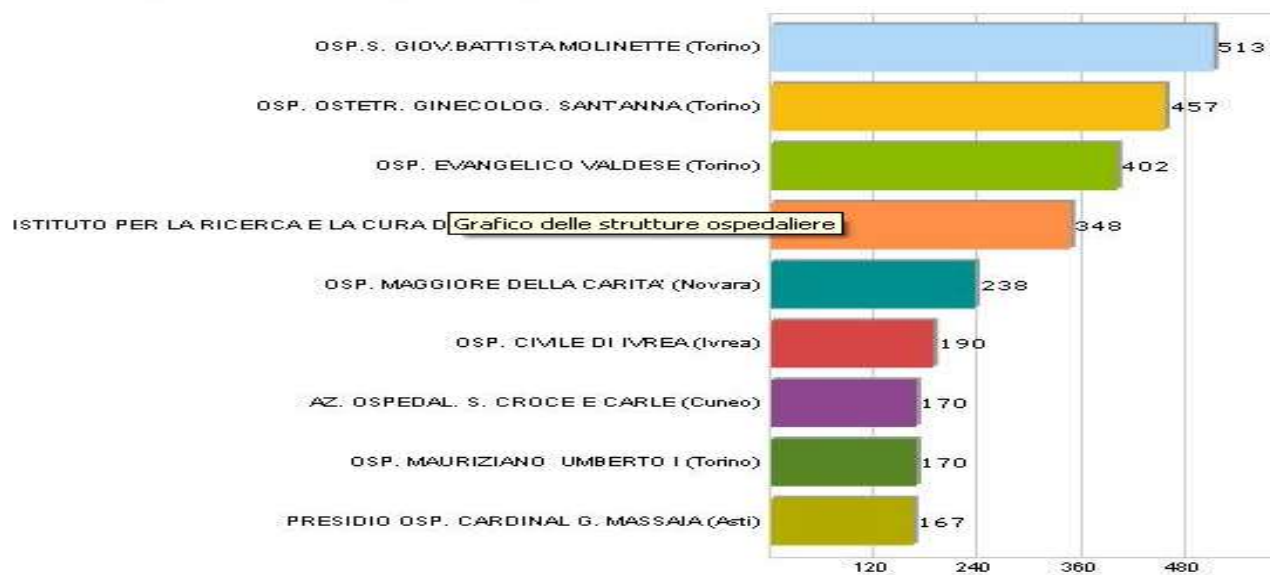
- L'incidenza del tumore della mammella è passata in Piemonte dal 1970 al 2010 da 54/100.000 a 125/100.000 (Standardizzato x Età)
- I nuovi casi nel 2010 sono stati 4005 in Piemonte
- Il 90% dei nuovi casi sono resecabili chirurgicamente
- Il 50% delle pazienti hanno meno di 60 anni
- Circa 1200-1500 pazienti l'anno potrebbero fruire di interventi radicali con ricostruzione
- Vi è una notevole mobilità passiva in Piemonte per gli interventi su tumori della mammella

Learning Curve

- Per la mastectomia (OMS 2004) 50- 80 casi di LC , con un mantenimento annuo di 50-70 casi per chirurgo.
- La LC iniziale comprendente la biopsia del linfonodo sentinella è a livello internazionale di 50 casi anno *(Dupont E, Cox C, Shivers S, Salud C, Nguyen K, Cantor A, Reintgen D. Learning curve and breast cancer lymphatic mapping: institutional volume index. J Surg Res 2001;97: 92-96)*

Interventi per tumore della mammella

Grafico delle prime strutture ospedaliere per numero di casi effettuati nel corso del 2010.



- Tempi di attesa
- L'esperto risponde
- Vota la struttura
- Rubrica dei medici
- Associazioni di pazienti
- Le Residenze sanitarie
- Vivi in salute
- Dizionario medico
- Pagamento ticket
- Prenotazione visite

Io scelgo la salute - Ricerca per patologie - Windows Internet Explorer

http://www.scelgolasalute.it/cms/servizi-per-i-cittadini/dove-curarsi/ricerca-per-patologie/patologie/1/15/tumore-della-mamm... Live Search

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Io scelgo la salute - Ricerca per patologie

Home RSS Stampa Pagina Strumenti

Altre strutture con un numero di casi inferiore o uguale a 10:

- » Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Luigi Gonzaga - Orbassano (TO) (Orbassano)
- » Casa di cura Città di Bra - Bra (CN) (Bra)
- » Casa di Cura Koelliker Ospedalino - Torino (Torino)
- » Casa di cura San Gaudenzio - Novara (Novara)
- » Casa di cura Sant'Anna - Casale Monferrato (AL) (Casale Monferrato)
- » Centro Ortopedico di Quadrante (C.O.Q.) Ospedale Madonna del Popolo - Omegna(VB) (Omegna)
- » CTO - Centro Traumatologico Ortopedico M.Adelaide - Torino (Torino)
- » Istituto Ss. Trinità - Arona (NO) (Arona)
- » Nuovo Ospedale di Ceva - Ceva (CN) (Ceva)
- » Ospedale Civico di Chivasso - Chivasso (TO) (Chivasso)
- » Ospedale Civile di Cuorgnè - Cuorgnè (TO) (Cuorgnè)
- » Ospedale Civile di Ovada - Ovada (AL) (Ovada)
- » Ospedale Civile di Saluzzo - Saluzzo (CN) (Saluzzo)
- » Ospedale Civile di Susa - Susa (TO) (Susa)
- » Ospedale Dermatologico S. Lazzaro - Torino (Torino)
- » Ospedale Maria Vittoria - Torino (Torino)
- » Ospedale San Rocco - Galliate (NO) (Galliate)
- » Ospedale Ss. Pietro e Paolo - Borgosesia (NO) (Borgosesia)
- » Presidio Sanitario Gradenigo - Torino (Torino)
- » Promea S.P.A. - Torino (Torino)
- » Villa Maria Pia Hospital - Torino (Torino)

Fine Internet 100%

Conclusioni

- Work in progress.....
- Riconversione 12 ospedali
- Dipartimenti interaziendali
- Unit \longrightarrow Breast Unit.....
- Reti specialistiche
-