

White Paper  
Centro Studi IQVIA Italia

# Breast Unit in Italia: evoluzione, impatto e sfide future



# Indice

<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>Epidemiologia del carcinoma mammario in Italia</b>	<b>1</b>
<b>Il ruolo dello screening mammografico nella prevenzione e nella diagnosi precoce</b>	<b>2</b>
<b>Che cos'è una Breast Unit: definizione e requisiti</b>	<b>4</b>
<b>Quadro normativo e organizzativo delle Breast Unit</b>	<b>5</b>
<b>Diffusione delle Breast Unit in Italia</b>	<b>6</b>
<b>Iter di Certificazione delle Breast Unit</b>	<b>7</b>
<b>Percorso del Paziente in Breast Unit e differenze rispetto al percorso in SSN</b>	<b>9</b>
<b>Ostacoli e criticità nei Centri non Breast Unit</b>	<b>10</b>
<b>Equità di accesso e implicazioni in Sanità Pubblica</b>	<b>11</b>
<b>Implementazione delle Breast Unit: sfide e prospettive future</b>	<b>12</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>16</b>
<b>Autori</b>	<b>21</b>

# Introduzione

Il carcinoma mammario rappresenta la neoplasia più frequente nella popolazione femminile in Italia ed è responsabile di un rilevante carico epidemiologico, clinico ed economico per il Sistema Sanitario Nazionale. Nonostante i significativi progressi in termini di prevenzione, diagnosi precoce e terapie, persistono sul territorio nazionale disomogeneità e frammentazioni organizzative che limitano l'equità di accesso alle cure e influenzano negativamente gli esiti di salute.

In questo contesto, le Breast Unit (o Centri di Senologia) rappresentano il modello di riferimento riconosciuto a livello internazionale: centri multidisciplinari specializzati nella gestione del carcinoma mammario, in grado di garantire percorsi diagnostici e terapeutici integrati, riduzione dei tempi di attesa e migliori *outcome* clinici.

Una recente indagine condotta da IQVIA mostra che all'interno delle Breast Unit, l'offerta e l'utilizzo di servizi di supporto sono più strutturati, con una maggiore presenza di figure dedicate (psicologo, fisioterapista) e iniziative specifiche per il benessere psicosociale e il supporto pratico delle pazienti.

Tuttavia, a oltre dieci anni dall'Intesa Stato-Regioni che ne ha sancito l'attivazione su tutto il territorio nazionale, la diffusione delle Breast Unit rimane ancora incompleta e caratterizzata da marcate differenze regionali, con importanti implicazioni in termini di qualità, efficienza ed equità del sistema.

Questo *paper* ha l'obiettivo di offrire una panoramica aggiornata sullo stato delle Breast Unit in Italia, intrecciando dati epidemiologici, quadro normativo e aspetti organizzativi, mettendo in evidenza sia i punti di forza del modello, che le criticità che ne limitano l'efficacia. Più che una semplice fotografia, l'articolo vuole essere uno strumento di riflessione per tutti gli *stakeholder* del settore Sanità e *Life Science* al fine di comprendere perché le Breast Unit rappresentino

oggi una leva imprescindibile per migliorare la sopravvivenza, ridurre le disparità territoriali e costruire un Sistema Sanitario Nazionale più equo ed efficiente.

## Epidemiologia del carcinoma mammario in Italia

Con oltre 53.000 nuove diagnosi ogni anno, il carcinoma mammario continua a rappresentare la sfida oncologica più rilevante per la salute delle donne in Italia. Si tratta della neoplasia più frequente nella popolazione femminile, responsabile da sola di circa un terzo di tutte le diagnosi oncologiche e principale causa di morte tumorale nelle donne in fascia di età 20–49 anni.<sup>1,2</sup> L'incidenza nelle donne over 50 risulta stabile in gran parte del paese negli ultimi anni,<sup>3</sup> confermando la natura persistente e diffusa di questa patologia.

Non si tratta soltanto di numeri, ma di un fenomeno complesso influenzato da molteplici fattori di rischio: età, profilo ormonale e riproduttivo, abitudini alimentari, sovrappeso, sedentarietà, pregressa radioterapia, oltre a familiarità ed ereditarietà.<sup>2</sup> Questi elementi delineano uno scenario in cui la componente biologica si intreccia strettamente con stili di vita e determinanti sociali, rendendo necessarie strategie integrate di prevenzione e cura.

L'impatto clinico e sociale è evidente: nel 2022 si sono registrati circa 15.500 decessi, a fronte però di un netto miglioramento della sopravvivenza negli ultimi decenni (in 15 anni, dal 2010 ad oggi, il tasso di mortalità per carcinoma mammario è diminuito del 16,2%). Oggi la sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi ha raggiunto l'88% e la probabilità di sopravvivenza condizionata oltre i 4 anni è pari al 91%;<sup>2</sup> attualmente in Italia sono circa 925.000 le donne sopravvissute a seguito di una diagnosi di carcinoma mammario.<sup>2</sup> Tale progresso riflette non solo l'introduzione di terapie innovative (si pensi ai farmaci a bersaglio molecolare o alle immunoterapie, ad esempio),<sup>4,5</sup> ma anche l'organizzazione multidisciplinare delle cure e l'adozione di percorsi strutturati di *follow-up*.

Un contributo decisivo per la riduzione di incidenza e mortalità nel contesto del carcinoma mammario deriva dalla diagnosi precoce, resa possibile dai programmi di *screening*. Lo *screening* mammografico organizzato risulta, infatti, essere uno degli interventi più efficaci, grazie al quale la maggior parte dei carcinomi maligni mammari viene diagnosticata in fase iniziale quando il trattamento chirurgico può essere spesso conservativo e la terapia adottata più efficace, permettendo di migliorare la sopravvivenza.

È evidente, dunque, come il carcinoma mammario rappresenti ad oggi un ambito di grandi progressi a livello nazionale ma, come verrà dettagliato nel paragrafo successivo, anche di persistenti disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione e alle cure. Garantire una diagnosi precoce diffusa e percorsi di presa in carico integrati è oggi la vera sfida. In questa direzione, le *Breast Unit* (o Centri di Senologia), in sinergia con i programmi di *screening* mammografico, costituiscono l'asse portante per trasformare i risultati della ricerca e dell'innovazione in benefici concreti, equi e duraturi per tutte le donne.

## Il ruolo dello screening mammografico nella prevenzione e nella diagnosi precoce

Lo *screening* mammografico rappresenta uno degli strumenti più efficaci per la prevenzione secondaria del tumore al seno, con un impatto ormai consolidato sulla riduzione della mortalità e sulla qualità della presa in carico delle pazienti. Secondo l'*International Agency for Research on Cancer* (IARC), infatti, la partecipazione a programmi di *screening* riduce del 35% la mortalità per carcinoma mammario.<sup>6</sup>

Introdotta in Italia nei primi anni '90, il programma di *screening* è oggi parte integrante dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (DPCM del 12 gennaio 2017)<sup>7</sup> e garantisce l'offerta attiva e gratuita di una mammografia ogni due anni alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, fascia nella quale il beneficio dell'intervento è maggiore.

Secondo i dati più recenti del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia),<sup>8</sup> oltre il 70% delle donne in Italia nella fascia *target* ha dichiarato di aver effettuato una mammografia nei due anni precedenti, sebbene permangano differenze territoriali significative tra Nord, Centro e Sud. Le regioni settentrionali mostrano infatti tassi di adesione superiori all'80%, mentre al Sud si osservano ancora valori più bassi, spesso inferiori al 60%.<sup>9</sup> Questa disomogeneità riflette la diversa capacità organizzativa e comunicativa dei sistemi sanitari regionali, e pone la necessità di rafforzare gli interventi di sensibilizzazione e facilitazione all'accesso.

L'efficacia dello *screening* mammografico non si misura solo in termini di adesione, ma soprattutto di impatto sugli esiti di salute. Numerosi studi internazionali e nazionali dimostrano che la partecipazione regolare



riduce la mortalità per tumore mammario di circa il 20–25% nella popolazione *target*. Una rassegna mondiale condotta su decine di studi ha stimato una riduzione media di circa il 22%<sup>10</sup> della mortalità nelle donne invitate ai programmi di *screening*. Un recente studio di coorte ha confermato che le donne aderenti ai programmi presentano un rischio di morte ridotto del 45% rispetto alle non partecipanti, anche dopo aggiustamento per fattori confondenti.<sup>11</sup>

Ulteriori analisi hanno evidenziato come la mancata partecipazione al primo invito allo *screening* si associ a un aumento della mortalità cumulativa per carcinoma mammario nell'arco di 25 anni.<sup>12</sup> Parallelamente, indagini nei Paesi Nordici su coorti consecutive hanno dimostrato che la partecipazione ripetuta riduce fino al 50% l'incidenza di casi fatali entro dieci anni dalla diagnosi, rispetto alle donne non aderenti regolarmente. In Italia, le valutazioni dell'*Osservatorio Nazionale Screening* confermano un *trend* favorevole: grazie ai programmi di diagnosi precoce, una quota crescente di tumori viene individuata in stadio iniziale, consentendo trattamenti meno invasivi e maggiori probabilità di guarigione.

Resta tuttavia centrale il tema dei cosiddetti "*casi di intervallo*", ovvero tumori che si manifestano clinicamente tra un *round* di *screening* e l'altro. La comunità scientifica italiana, attraverso la società

scientifica *GISMa* (Gruppo Italiano Screening Mammografico), ha più volte evidenziato l'importanza di monitorare sistematicamente questi casi, al fine di valutare l'efficacia complessiva dei programmi e individuare margini di miglioramento tecnologico e organizzativo. In particolare, l'adozione di tecniche di *imaging* di nuova generazione e l'integrazione con strumenti di intelligenza artificiale, sono prospettive oggi sempre più concrete per ridurre i falsi negativi e aumentare la sensibilità diagnostica.

Lo *screening* mammografico va inoltre considerato non come un evento isolato, ma come parte di un percorso di prevenzione strutturato, che comprende la corretta informazione alle donne, la qualità del *follow-up* clinico e il raccordo con le *Breast Unit*. Uno studio condotto da Senonetwork e *GISMa* nel 2020 mostrava come l'84% delle *Breast Unit* che avevano partecipato al sondaggio, rappresentative della realtà italiana, fosse in qualche misura integrata con il programma di *screening*.<sup>13</sup> È proprio all'interno di queste strutture multidisciplinari che la diagnosi precoce trova la sua naturale prosecuzione: qui la paziente viene accompagnata in un percorso integrato di diagnosi, trattamento e supporto psicologico, secondo modelli organizzativi che hanno dimostrato di migliorare significativamente gli esiti clinici e la soddisfazione delle donne.

# Che cos'è una Breast Unit: definizione e requisiti

Le *Breast Unit* (BU), note anche come Centri di Senologia (CS), non sono semplicemente reparti ospedalieri dedicati, ma veri e propri *hub* multidisciplinari specializzati nella diagnosi, cura e *follow-up* del carcinoma mammario. L'idea alla base è chiara: offrire alle pazienti un percorso integrato, dove la presa in carico sia gestita in modo coordinato da un team multidisciplinare di professionisti con esperienza specifica in senologia.<sup>14</sup>

In pratica, una BU può essere localizzata in un'unica sede oppure articolarsi in più servizi distribuiti sul territorio, purché questi funzionino come un'unica entità integrata e ben collegata. Ciò che conta non è tanto la collocazione fisica, quanto la capacità di garantire continuità assistenziale, rapidità diagnostica e decisioni terapeutiche condivise.<sup>15</sup>

L'istituzione delle BU in Italia è stata sancita con l'Intesa Stato-Regioni del 2014, in recepimento delle raccomandazioni europee EUSOMA (*European Society of Breast Cancer Specialists*) che chiedono l'attivazione di una BU ogni 250.000 abitanti. Perché un centro possa definirsi tale, deve rispettare i requisiti sopra citati stabiliti da EUSOMA,<sup>16,17</sup> che rappresentano lo *standard* di riferimento internazionale adottato in Italia. Tra i principali criteri figurano:<sup>18</sup>

- Volume minimo di attività: almeno 150 nuovi casi di carcinoma mammario trattati ogni anno, per assicurare competenza ed esperienza clinica;
- *Team* multidisciplinare dedicato: chirurghi senologi, radiologi, patologi, oncologi, radioterapisti, infermieri, tecnici di radiologia, fisici medici, *case manager* e *data manager*, oltre a psiconcologo, genetista, chirurgo plastico, fisiatra e fisioterapista. È prevista anche la figura di un coordinatore clinico;
- Diagnosi tempestiva e completa, con percorsi rapidi e integrati;
- Riunioni multidisciplinari settimanali, in cui vengono discussi collegialmente tutti i casi, pre- e post-chirurgia, con referto scritto condiviso;

- Presa in carico personalizzata: decisioni terapeutiche condivise con la paziente, considerando età, condizioni cliniche e preferenze;
- Gestione del rischio eredo-familiare: programmi di sorveglianza e prevenzione per le donne ad alto rischio genetico;
- Coinvolgimento delle associazioni di pazienti e promozione dell'educazione alla salute e della prevenzione primaria;
- Adozione di linee guida standardizzate per diagnosi, trattamento e riabilitazione, per garantire appropriatezza ed evitare procedure inutili o duplicate;
- *Database* clinico e monitoraggio continuo della qualità, con audit periodici e revisione sistematica dei processi. In questo ambito, si colloca l'utilizzo sempre più diffuso degli *ePROs* (*Electronic Patient-Reported Outcomes*), strumenti digitali con cui i pazienti riportano direttamente sintomi, tossicità da trattamenti e percezione della qualità di vita. Pur non essendo ancora formalmente un requisito previsto dai documenti nazionali o dagli *standard* EUSOMA, l'integrazione degli *ePROs* è considerata una *best practice* avanzata che migliora la sorveglianza, consente interventi tempestivi e arricchisce il *database* clinico con informazioni dal punto di vista soggettivo del paziente;<sup>19,20,21</sup>
- Attività formativa e di ricerca clinica, con partecipazione a studi nazionali e internazionali e arruolamento delle pazienti negli studi clinici.

Ad oggi, in Italia sono attive circa 200 BU, con una media di 1 BU ogni 295.000 abitanti: un dato incoraggiante, ma ancora inferiore allo *standard* europeo raccomandato. La distribuzione regionale è disomogenea: alcune regioni del Nord e del Centro, come Umbria e Veneto, si avvicinano al *benchmark*, mentre regioni del Sud come Calabria, Campania e Sardegna mostrano una copertura ancora insufficiente, con un centro ogni 400.000-460.000 abitanti.<sup>22</sup>

Figura 1: Centri multidisciplinari di Senologia (Breast Unit) in Italia



Fonte: Breast Unit in Italia – EuropaDonna (dati 2023) <https://www.europadonna.it/tumore-al-seno/breast-unit-in-italia/>

## Quadro normativo e organizzativo delle Breast Unit

La nascita delle BU è stata frutto di un lungo percorso normativo e politico a livello internazionale, che ha progressivamente consolidato il modello multidisciplinare come standard di riferimento.

Il passo iniziale e decisivo risale al *Florence Statement* del 1998, che per primo ha indicato la necessità di un approccio multidisciplinare e di centri dedicati alla diagnosi e al trattamento del carcinoma mammario.<sup>23</sup> Da lì in avanti, l'Europa ha tracciato la rotta: il Parlamento Europeo, con la *Risoluzione A5-10159/2003*,<sup>24</sup> ha chiesto che tutti i pazienti oncologici fossero curati da un *team* multidisciplinare in una rete di centri di senologia certificati; la successiva *Risoluzione B6-0528/2006*<sup>25</sup> ha fissato addirittura al 2016 la scadenza per l'istituzione delle Breast Unit in tutti gli Stati membri, riconoscendo che questo modello

organizzativo poteva migliorare sopravvivenza e qualità di vita. Parallelamente, nello stesso anno, la Commissione Europea ha pubblicato la quarta edizione delle *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, contenente il documento EUSOMA sui requisiti necessari per una BU (cap. 9).<sup>26</sup> Altri passi fondamentali sono rappresentati dalla *Dichiarazione del Parlamento Europeo 0071/2009*<sup>27</sup> e dalla *Dichiarazione 0017/2015*,<sup>28</sup> che hanno sollecitato nuovamente l'istituzione delle BU e la creazione di un programma di certificazione europeo. Nel 2012 la Commissione Europea, tramite il *Joint Research Centre* (JRC), ha istituito la *European Commission Initiative on Breast Cancer* (ECIBC) per aggiornare le linee guida e proporre raccomandazioni per l'organizzazione dei Centri di Senologia nei Paesi membri. Lo *European Quality Assurance Scheme for Breast Cancer Services*<sup>29</sup> è disponibile per gli enti di certificazione di tutti gli Stati Membri dal 1 ottobre 2025<sup>30</sup> per certificare programmi di screening e Breast Unit a livello europeo.

In Italia queste raccomandazioni sono state recepite con una serie di atti parlamentari e ministeriali in più fasi: nel 2003 e 2004 il Parlamento ha approvato mozioni che riconoscevano il diritto delle donne a essere curate in centri certificati; nel 2011 la XII Commissione Sanità del Senato ha condotto un'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo, evidenziando la necessità di istituire BU conformi ai requisiti europei e di dismettere i centri con casistica inferiore a 150 casi/anno. Nel 2012 il Ministero della Salute ha istituito un Gruppo di lavoro *ad hoc*, che ha prodotto le *"Linee di indirizzo sulle modalità organizzative e assistenziali della rete dei Centri di Senologia"*.

Queste linee di indirizzo sono state formalmente approvate nella storica Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014, che prescrive l'attivazione delle BU su tutto il territorio nazionale, definisce la soglia di riferimento di una BU ogni 250.000 abitanti e raccomanda requisiti minimi organizzativi e di casistica. Nel 2015 la Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute ha istituito il *Tavolo di coordinamento per l'implementazione della Rete delle Strutture di Senologia*, con il compito di monitorare l'applicazione delle linee guida, di supportare le Regioni a istituire PDTA regionali per la presa in carico della paziente e di inserire le BU nelle reti oncologiche regionali. Il monitoraggio e la ricognizione nazionale sono stati affidati ad AGENAS, che ha successivamente attivato un *Osservatorio nazionale delle Reti delle Breast Unit*, con questionari auto-compilativi per raccogliere dati su *governance*, processi, percorso del paziente e indicatori di esito, al fine di verificare la reale implementazione delle BU sul territorio.<sup>31</sup> Da ultimo, a partire dal 2018, le BU sono considerate un *Livello Essenziale di Assistenza* (LEA) nel Sistema Sanitario italiano e le Regioni sono quindi obbligate ad implementarle, pena la riduzione in termini di rimborso economico da parte del Governo e del Ministero dell'Economia e della Finanza.

Oggi, dunque, il quadro normativo e organizzativo italiano combina una forte spinta europea con una pianificazione nazionale che integra *standard*, monitoraggio e responsabilità regionale. Questo

sistema non solo garantisce il rispetto dei requisiti di qualità, ma rappresenta la base per l'equità di accesso e per la standardizzazione dei percorsi di cura sul territorio nazionale.

## Diffusione delle Breast Unit in Italia

A distanza di quasi dieci anni dall'Intesa Stato-Regioni che ne ha sancito l'attivazione, le BU rappresentano ormai una realtà consolidata nel panorama sanitario italiano, ma la loro diffusione non è uniforme.

Una ricognizione recente basata sulla riconciliazione di più fonti<sup>22</sup> ha stimato in circa 200 il numero di BU attive nel 2022 (contro ~190 nel 2020), con una densità media nazionale pari a 1 BU ogni ~295.000 abitanti — valore ancora superiore al *benchmark* raccomandato di 1/250.000. Il dato nazionale, però, nasconde forti differenze regionali: alcune realtà di piccola popolazione presentano densità favorevoli (es. Valle d'Aosta ~1 BU/123.000 ab.; Umbria ~1 BU/215.000 ab.), mentre diverse grandi regioni del Sud mostrano coperture significativamente inferiori (es. Calabria ~1 BU/464.000 ab.; Campania ~1 BU/402.000 ab.; Sardegna ~1 BU/397.000 ab.), al contrario di regioni come Veneto e Lombardia che si collocano intorno ai valori di soglia (Veneto ~1 BU/231.000 ab.; Lombardia ~1 BU/249.000 ab.).<sup>22</sup>

Dallo stesso censimento emerge che la sorgente formale di identificazione delle BU è spesso la delibera regionale (188 strutture risultano riportate da risoluzioni regionali), che 149 centri risultano elencati in *SenoNetwork* (dei quali 141 riconosciuti anche a livello regionale), e che soltanto 24 centri hanno ottenuto la certificazione *Breast Centres Certification* (BCCert) secondo i criteri EUSOMA al momento del rilievo; inoltre sono stati individuati alcuni centri ad alto volume tramite i dati del *Piano Nazionale Esiti* (PNE) non presenti negli elenchi istituzionali (4 strutture aggiuntive).

Questo mosaico informativo sottolinea non solo il progresso nell'implementazione delle BU, ma anche la necessità di un'anagrafica nazionale unica e aggiornata

per monitorare efficacemente copertura, conformità ai requisiti e correlazione tra volumi, processi e risultati clinici.

Attualmente, a supporto degli adempimenti LEA e al fine di monitorare l'attuazione di quanto previsto dall'Intesa siglata nel dicembre 2014, come anticipato sopra, è stato istituito presso AGENAS l'*Osservatorio per il monitoraggio e l'implementazione delle Reti delle BU*. L'Osservatorio ha stabilito di avviare il monitoraggio nazionale delle BU, attraverso la definizione di un'anagrafica utile per la ricognizione di strutture, ruoli, funzioni e professionisti delle Reti delle BU, integrata dai dati di esito già in possesso dell'*Osservatorio delle Reti Oncologiche* e dagli *items* obbligatori relativamente agli adempimenti LEA; inoltre ai fini della ricognizione, è stato elaborato un questionario auto compilativo da sottoporre alle Regioni/PA con sezioni riguardanti la *governance*, il percorso paziente, i processi sociali e il monitoraggio. Tale attività, che in Italia costituisce il primo monitoraggio delle BU, è tutt'ora in corso.

Questa fotografia restituisce un quadro in chiaroscuro: da un lato, l'Italia si è dotata in tempi relativamente brevi di un numero consistente di BU, dimostrando la volontà politica e organizzativa di allinearsi agli standard europei; dall'altro, la disomogeneità territoriale rimane un problema critico, che si traduce in differenze concrete di accesso e di qualità della cura per le pazienti, a seconda della regione di residenza.

In prospettiva, il consolidamento delle BU e il loro pieno inserimento nelle reti oncologiche regionali in modo quanto più uniforme, rappresentano il passaggio essenziale per trasformare i progressi scientifici e terapeutici in benefici realmente equi e diffusi su scala nazionale.

## Iter di Certificazione delle Breast Unit

Se l'attivazione delle BU ha rappresentato un passo fondamentale, la vera sfida oggi è garantire che questi centri rispettino standard di qualità omogenei su tutto il territorio. A questo scopo, un ruolo centrale è svolto dal processo di certificazione, che consente di distinguere le BU realmente conformi ai requisiti europei da quelle che ancora non hanno completato il percorso di adeguamento.

A livello europeo, la certificazione BCCert secondo i criteri EUSOMA rappresenta il principale *standard* di qualità per le BU. La richiesta di certificazione BCCert è a carico del centro e volontaria. Il processo prevede la verifica del rispetto dei requisiti minimi affinché un centro sia definito BU, tra cui il rispetto della casistica minima, la presenza del *team* multidisciplinare, la qualità e completezza del *database* clinico e il rispetto di indicatori di esito. La procedura include un audit esterno, la validazione dei dati/del *database* e, se superato l'audit, la concessione di una certificazione che ha validità limitata (di norma tre anni), con obbligo di rinnovo e invio annuale di indicatori di qualità al fine di monitorare l'aderenza agli *standard* di riferimento. Lo schema di certificazione rispetta la normativa internazionale ISO/IEC 17065. Un team di valutatori altamente specializzati provenienti da tutta Europa garantisce l'alta qualità dell'intera procedura.<sup>32</sup>

Accanto alla dimensione europea, in Italia, il percorso è più articolato in quanto combina diversi aspetti: le Regioni sono tenute a recepire formalmente le linee di indirizzo nazionali (Intesa Stato-Regioni del 2014) contestualmente a delibere/regolamenti regionali, identificare le BU sul territorio, verificarne il rispetto dei requisiti e l'adesione agli *standard* di riferimento,



monitorarne i risultati tramite l'*Osservatorio nazionale "Reti delle Breast Unit"* di Agenas. È frequente che una BU "riconosciuta" a livello regionale non abbia (o non abbia ancora) la certificazione secondo i criteri EUSOMA, ma può comunque essere definita BU se soddisfa i requisiti minimi, se inclusa in qualche delibera o regolamento regionale, se facente parte della *Rete Regionale Senologica*, se caratterizzata da PDTA e graduatorie di volumi adeguati.

Le principali criticità che i centri incontrano nel percorso di certificazione BCCert riguardano sia aspetti strutturali che organizzativi. Una delle problematiche più frequenti è il mancato raggiungimento della soglia minima di casi trattati annualmente, requisito fondamentale per garantire adeguata esperienza clinica e validare l'attività del centro. A ciò si aggiunge la carenza di figure professionali dedicate — radiologi, chirurghi senologi, *data manager* — o la loro disponibilità solo parziale, che rende complesso rispettare la continuità assistenziale richiesta dagli *standard* EUSOMA. Un ulteriore ostacolo è rappresentato dalla difficoltà nel mantenere *database* completi e validati, requisito imprescindibile per l'audit e per il monitoraggio continuo degli indicatori di qualità. Infine, si registrano criticità legate ai tempi di

attesa per diagnosi e trattamenti, alla disponibilità di risorse tecnologiche e diagnostiche avanzate, e a una significativa eterogeneità regionale nella capacità di implementare PDTA e criteri di accreditamento.

Nonostante i progressi, la diffusione della certificazione non è ancora capillare. Molte BU italiane sono attive e operano secondo criteri multidisciplinari, ma solo una parte ha ottenuto la certificazione secondo i criteri EUSOMA. Due BU nella Provincia Autonoma di Bolzano sono certificate secondo il modello tedesco della *German Cancer Society OnkoZert*.<sup>33</sup> Ancora non sono disponibili, nel nostro Paese, enti certificatori che rilascino la certificazione in accordo allo *European Quality Assurance Scheme for Breast Cancer Services*. Questa situazione contribuisce a spiegare le differenze nei livelli di qualità e nell'uniformità dei percorsi tra le diverse Regioni.

In prospettiva, l'estensione della certificazione a tutte le BU rappresenta un passaggio cruciale per consolidare i progressi ottenuti: significa passare dalla logica della quantità (in termini di numero di centri attivati) a quella della qualità certificata, assicurando che ogni paziente, ovunque si trovi, possa contare sullo stesso livello di cure.

# Percorso del Paziente in Breast Unit e differenze rispetto al percorso in SSN

La differenza tra la presa in carico in una BU o seguire un percorso frammentato nel SSN tradizionale non è solo una questione organizzativa: si traduce in modo diretto nella qualità dell'esperienza e negli esiti clinici.

Secondo studi clinici dedicati, i pazienti trattati all'interno di una BU hanno maggiori opportunità di guarigione rispetto a quelli seguiti in centri non specializzati, con una sopravvivenza a 5 anni circa il 30% più alta. In altre parole, il rischio di morte per i pazienti non assistiti in BU risulta superiore del 30% circa.<sup>34</sup> Infatti, la gestione del paziente in BU comporta un'attenzione globale alla persona, grazie alla coesistenza di esperti diversi che si confrontano e collaborano al fine di assicurare le migliori pratiche di diagnostica, corretta gestione terapeutica e sorveglianza specialistica.

La presa in carico di un paziente in una BU si caratterizza per un approccio coordinato e centrato sul paziente stesso. L'accesso avviene tramite programmi di *screening*, invio del medico di medicina generale o presentazione spontanea e i percorsi sono differenziati a seconda del profilo della paziente:

- *Screening* organizzato (45-74 anni): le donne in fascia di età *target* ricevono l'invito ai programmi di *screening* regionali. In caso di esito positivo, il centro *screening* assicura l'invio immediato agli approfondimenti di secondo livello e la presa in carico presso la BU;
- Donne asintomatiche fuori fascia di *screening*: possono accedere alla diagnostica senologica su prescrizione del medico di medicina generale o dello specialista, seguendo protocolli personalizzati per età;
- Donne sintomatiche di qualunque età: hanno diritto a un percorso rapido di valutazione (entro 72 ore nei casi urgenti) con visita senologica e accertamenti diagnostici (ecografia o mammografia a seconda

dell'età), seguiti da eventuali approfondimenti e presa in carico tempestiva;

- Donne a rischio eredo-familiare: vengono identificate attraverso anamnesi raccolte dal MMG, dallo specialista o in occasione di *screening*. Se emerge rischio aumentato, la paziente viene avviata a consulenza genetica e, se necessario, inclusa in percorsi di sorveglianza o di riduzione del rischio all'interno della BU

Successivamente alla fase di accesso, in fase di accoglienza, il paziente si interfaccia con il *case manager*/infermiere dedicato che funge da punto di riferimento e aiuto per diversi aspetti (amministrativi, burocratici, clinici, ..). La diagnosi viene tipicamente effettuata in modalità "*one-stop*", riducendo così di conseguenza i tempi di attesa, spesso caratteristici del percorso paziente *standard* in SSN. In questo percorso, la paziente non è una semplice destinataria di prestazioni sanitarie, ma una parte attiva: le opzioni vengono illustrate, le scelte condivise, i bisogni ascoltati. Accanto all'aspetto strettamente clinico, nelle BU trovano spazio anche il supporto psicologico, la riabilitazione, la consulenza genetica e, sempre più spesso, strumenti innovativi come gli *ePROs* (*Electronic Patient-Reported Outcomes*), che permettono di monitorare sintomi ed effetti collaterali direttamente dalla voce delle pazienti. Il *follow-up* è programmato, con tempistiche definite e coordinate, e prevede monitoraggio a lungo termine e collegamento con i servizi territoriali.<sup>35,36</sup>

Evidenze scientifiche confermano che la gestione in BU migliora gli esiti:<sup>37</sup> uno studio su 46.035 pazienti pubblicato sul *European Journal of Cancer* (EJC) ha mostrato un incremento del ~30% della sopravvivenza nei pazienti trattati in BU rispetto a quelli trattate in centri non specializzati.<sup>34</sup>

Nel percorso *standard* del SSN, il paziente può dover eseguire esami diagnostici e visite in strutture differenti, con tempi di attesa non coordinati e assenza di un *case manager* dedicato. Le decisioni terapeutiche non sempre vengono prese in un contesto multidisciplinare e la disponibilità di servizi come genetica, riabilitazione e psico-oncologia è

disomogenea o addirittura assente. Questi fattori possono comportare l'accumulo di ritardi durante l'intero percorso del paziente e specialmente all'inizio del trattamento, e conseguentemente una minore aderenza ai PDTA regionali.

Come confermano i dati, l'approccio multidisciplinare adottato dalle BU si traduce in tempi diagnostici più rapidi, maggiore appropriatezza terapeutica e migliori esiti di sopravvivenza, oltre che in una qualità percepita nettamente superiore. In altre parole, mentre nel SSN tradizionale il percorso può sembrare un "labirinto" in cui perdersi, nella BU diventa un sentiero guidato e coordinato, dove ogni fase è programmata e ogni decisione condivisa.

## Ostacoli e criticità nei Centri non Breast Unit

I centri che non dispongono di una BU si trovano ad affrontare una serie di criticità strutturali e organizzative che impattano negativamente sugli esiti clinici e sull'esperienza dei pazienti. In primo luogo, i volumi di attività sono spesso inferiori alla soglia raccomandata: secondo i dati più recenti, solo il 30% delle strutture in Italia (~126 strutture su 422) esegue più di 135 interventi chirurgici per carcinoma mammario all'anno, valore considerato minimo per garantire competenza, standardizzazione delle procedure e adeguata esperienza del *team* chirurgico.<sup>38</sup> Volumi ridotti si associano a maggiore variabilità negli esiti e minore probabilità di ricorrere a chirurgia conservativa o ricostruzione immediata.

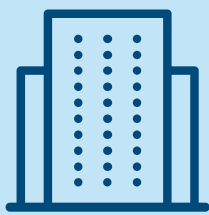
Un secondo elemento critico è l'assenza di un *team* multidisciplinare dedicato. In molti centri non BU le figure professionali — chirurgo senologo, radiologo, oncologo medico, radioterapista, patologo, genetista, infermiere di senologia — possono essere presenti solo parzialmente o in forma non esclusiva, riducendo la continuità di cura. Servizi di psico-oncologia, *counseling* genetico e riabilitazione sono spesso carenti o non strutturati, costringendo le pazienti a ricorrere ad altri centri o a rinunciare a tali prestazioni.<sup>39</sup>

La frammentazione del percorso diagnostico-terapeutico rappresenta un'ulteriore barriera: esami strumentali, biopsie e valutazioni specialistiche vengono spesso eseguiti in sedi differenti, con tempi di attesa significativi tra una fase e l'altra. Questa mancanza di coordinamento può determinare ritardi diagnostici che influiscono negativamente sulla prognosi. L'assenza di un *case manager* o di un sistema di presa in carico centralizzato lascia il paziente solo nell'orientarsi tra prenotazioni, documentazione e diverse strutture.<sup>40,41</sup>

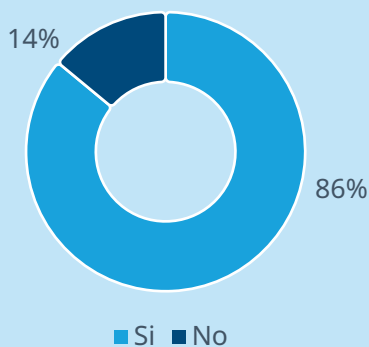
Le disuguaglianze territoriali amplificano queste problematiche: nelle regioni con bassa densità di BU i pazienti sono costretti a lunghi spostamenti per accedere a centri di riferimento, sostenendo costi diretti (trasporto, alloggio) e indiretti (giornate di lavoro perse). Questo aggrava il carico psicologico e socioeconomico e può ritardare l'inizio delle terapie, peggiorandone l'*outcome*.

Le conseguenze cliniche di tali criticità sono documentate: lo studio precedentemente citato pubblicato sul EJC ha dimostrato che i pazienti trattati in strutture con *team* multidisciplinare organizzato hanno una sopravvivenza superiore del ~30% rispetto a quelli trattati in centri non specializzati.<sup>34</sup> In sintesi, la mancanza di BU comporta una minore qualità di cura, maggior rischio di trattamenti più invasivi, maggiore disomogeneità territoriale e potenziale peggioramento della prognosi complessiva.

Le differenze nella presa in carico delle donne con tumore al seno fra BU e centri che non hanno una BU sono confermate anche dallo studio IQVIA realizzato nel 2025 su un campione di 180 reparti di oncologia in Italia. Dai dati emerge che nei centri dotati di *Breast Unit* il supporto psicologico è disponibile in più dell'80% delle strutture, una quota superiore rispetto a quella osservata nei centri non specializzati che si attesta al 65%. In modo analogo, la consulenza nutrizionale è offerta in una percentuale comparabile, anch'essa superiore all'80%. La fisioterapia post-chirurgica è garantita in 7 *Breast Unit* su 10 a fronte di una presenza più limitata nei centri non specializzati, dove è disponibile in poco più della metà delle strutture.



Il centro in cui esercita è una Breast Unit?



**>80%**  
presenza del **supporto psicologico** all'interno delle Breast Unit



**>80%**  
presenza della **consulenza nutrizionale** all'interno delle Breast Unit



**>70%**  
presenza dei **servizi di fisioterapia post-chirurgica** all'interno delle Breast Unit

Nonostante la maggiore presenza di servizi e supporti nelle BU, la survey IQVIA evidenzia una discrepanza tra i servizi offerti e la reale fruizione da parte delle pazienti. La maggior parte di questi servizi viene infatti proposta *on demand*, ovvero soltanto a fronte di una richiesta esplicita da parte della paziente e questo tende a scoraggiare la fruizione. Infatti, per esempio, nonostante la diffusa disponibilità del supporto psicologico nelle *Breast Unit* solo la metà delle pazienti ne fruisce. Allo stesso modo, soltanto poco più della metà delle pazienti usufruisce delle attività di fisioterapia post-operatoria.

## Equità di accesso e implicazioni in Sanità Pubblica

Le disuguaglianze di accesso alle BU e ai percorsi di diagnosi e cura del carcinoma mammario costituiscono un nodo cruciale per la sanità pubblica. La distribuzione non uniforme delle BU, con una maggiore concentrazione nelle regioni del Nord e una carenza significativa nel Sud e nelle aree interne, si traduce in un carico aggiuntivo per i pazienti residenti nei territori meno serviti. Questi pazienti sono spesso

costretti a spostarsi per ricevere trattamenti chirurgici o oncologici, affrontando costi diretti (trasporto, soggiorno) e indiretti (assenze lavorative, necessità di supporto familiare) che incidono sull'equità delle cure. Tale fenomeno si inserisce nel quadro più ampio della mobilità sanitaria, che in Italia rappresenta un meccanismo strutturale di compensazione ma che, nel caso del carcinoma mammario, rischia di accentuare le disparità regionali.<sup>42</sup> La migrazione verso centri di eccellenza nel Nord genera infatti un trasferimento di risorse economiche dalle regioni meridionali a quelle settentrionali, aggravando così i divari territoriali. Inoltre, la mobilità non è sostenibile per tutti: i pazienti più fragili, con minori risorse economiche o con reti familiari limitate, sono meno in grado di affrontare spostamenti ripetuti e complessi. Di conseguenza, le barriere logistiche e socio-economiche si traducono in ritardi nell'inizio dei trattamenti o nella rinuncia a interventi non considerati strettamente salvavita, con un impatto negativo sia sugli *outcome* clinici sia sulla qualità di vita. A ciò si aggiunge la frammentazione del percorso assistenziale nelle aree prive di BU, che riduce l'adesione ai PDTA e contribuisce a determinare esiti peggiori e un ulteriore rafforzamento del circolo vizioso delle disuguaglianze.<sup>43</sup>

Dal punto di vista delle politiche sanitarie, queste disparità rappresentano una sfida per il SSN: uniformare l'offerta di BU, favorire il percorso e l'ottenimento di una certificazione europea, rafforzare le reti oncologiche e investire in modelli di telemedicina e presa in carico territoriale sono misure essenziali per ridurre il *gap* tra regioni e garantire una parità di accesso. In aggiunta, interventi mirati di sostegno economico per i pazienti più fragili e di semplificazione organizzativa possono contribuire a migliorare l'aderenza ai percorsi di cura.

In prospettiva, ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle BU non è solo una questione di giustizia sociale, ma anche di efficienza del sistema: diagnosi e trattamenti tempestivi riducono i costi legati alle complicanze e migliorano gli *outcome* di sopravvivenza, con ricadute positive per l'intera collettività. L'implementazione uniforme delle BU e l'aumento della copertura dei programmi di *screening* rappresentano, dunque, priorità di sanità pubblica per ridurre il divario di sopravvivenza e migliorare l'equità nell'accesso alle cure.<sup>44,45</sup>

## Implementazione delle Breast Unit: sfide e prospettive future

Negli ultimi anni si è registrato un crescente impegno nell'ottimizzazione della presa in carico del carcinoma mammario, sostenuto dai progressi nella ricerca clinica, dall'innovazione tecnologica e dall'implementazione di modelli multidisciplinari. Nell'evoluzione delle *Breast Unit* si inseriscono strumenti digitali, come i sistemi di monitoraggio clinico elettronico e le piattaforme di raccolta dei *Patient-Reported Outcomes (ePROs)*, che offrono nuove opportunità per la gestione integrata dei pazienti e supportano una migliore comprensione dei loro bisogni nel percorso di presa in carico. Essi consentono di raccogliere in tempo reale dati su sintomi, tossicità da trattamenti, qualità della vita e percorsi terapeutici, permettendo decisioni cliniche più accurate e

personalizzate.<sup>46</sup> La tecnologia contribuisce in modo significativo anche all'*empowerment* del paziente, favorendone un coinvolgimento attivo nella gestione della propria salute e nel percorso di cura. Cresce quindi l'attenzione verso la raccolta di dati che non si limitano agli esiti clinici in termini di sopravvivenza, ma includono anche aspetti fondamentali come la qualità della vita durante e dopo le terapie.

Le prospettive future indicano inoltre che l'evoluzione delle BU non sarà guidata da un singolo intervento, ma da un ecosistema di soluzioni integrate, basato su modelli multidisciplinari sempre più interconnessi con le strutture intermedie e di prossimità in linea con il DM77.

In questo quadro, un ruolo strategico è svolto dalla prevenzione, intesa non solo come monitoraggio e diagnosi precoce, ma anche come implementazione di *Piani Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA)* nell'ambito del carcinoma mammario. Come sottolineato dal *Report Nazionale sui Piani Regionali della Prevenzione 2020-2025* (Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità),<sup>47</sup> tali strumenti hanno l'obiettivo di integrare attività di *screening*, sorveglianza dei soggetti a rischio e promozione di stili di vita salutari, ponendo le basi per un approccio continuo e realmente proattivo alla salute dei pazienti affetti da tale patologia. L'inserimento dei PPDTA all'interno delle Reti di Senologia contribuisce a rafforzare l'efficacia delle BU, assicurando coerenza con le linee guida nazionali ed europee e uniformità di presa in carico sul territorio.

In questo contesto, dunque, il rafforzamento di PDTA e PPDTA regionali, l'integrazione dei servizi di genetica, psico-oncologia e riabilitazione, l'uso di piattaforme di telemedicina e la centralizzazione dei dati clinici favoriranno un monitoraggio proattivo, un *follow-up* coordinato e la personalizzazione dei trattamenti.<sup>48</sup> Questo modello ibrido può migliorare l'aderenza alle terapie, aumentare la soddisfazione del paziente e ottimizzare l'uso delle risorse specialistiche.<sup>49</sup>



L'infrastruttura dei registri clinici rappresenta un'opportunità strategica ancora poco valorizzata. La raccolta sistematica di dati sulle casistiche, sui percorsi terapeutici e sugli *outcome* clinici può supportare la ricerca clinica, valutare l'efficacia dei trattamenti e orientare la programmazione sanitaria a livello nazionale. Alcuni esempi già operativi includono i *database* EUSOMA e i registri regionali delle BU, che permettono di monitorare volumi, processi e risultati clinici. Consolidare e armonizzare tali registri consentirebbe non solo di confrontare in maniera standardizzata i risultati sul territorio, ma anche di implementare strategie *data-driven* per migliorare qualità, sicurezza ed equità delle cure.<sup>50</sup>

A ciò si aggiunge l'emergere di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche, che rappresenta una delle frontiere più avanzate per il futuro delle BU. In particolare, l'*imaging avanzato*, i sistemi di supporto decisionale clinico (cfr. *Clinical Decision Support Systems*, CDSS) e l'intelligenza artificiale (*artificial intelligence*, AI) stanno rivoluzionando le modalità di identificazione, classificazione e trattamento delle patologie tumorali, in generale, e del carcinoma mammario, nello specifico.

Algoritmi basati su *deep learning*, addestrati su milioni di immagini mammografiche, sono oggi in grado di rilevare automaticamente masse e micro-calcificazioni sospette, con prestazioni comparabili o superiori rispetto a quelle dell'interpretazione radiologica tradizionale.<sup>51</sup> Evidenze provenienti da contesti clinici reali, come il progetto PRAIM condotto in Germania<sup>52</sup> e lo studio MASAI condotto in Svezia<sup>53</sup> confermano il potenziale dell'intelligenza artificiale come supporto alla diagnosi: l'impiego di algoritmi di AI come "*second reader*" nei programmi di screening mammografico ha permesso di incrementare fino al 17% il tasso di rilevazione dei carcinomi mammari rispetto alla tradizionale doppia lettura radiologica, senza un aumento significativo dei richiami non necessari.

L'utilizzo combinato di AI e tecniche di *imaging* di nuova generazione — come tomosintesi, mammografia con mezzo di contrasto, risonanza magnetica avanzata e sistemi di radiomica — consente non solo una diagnosi più tempestiva e accurata, ma anche una migliore caratterizzazione biologica dei tumori, supportando così una migliore pianificazione terapeutica personalizzata. In questa prospettiva, la medicina di

precisione e i sistemi basati su dati predittivi diventano strumenti chiave per integrare informazioni cliniche, molecolari e genetiche, costruendo modelli predittivi capaci di identificare precocemente sottogruppi di pazienti con differenti profili di rischio e di risposta terapeutica. Questi strumenti permettono di orientare le decisioni cliniche verso strategie personalizzate e meno invasive. L'analisi combinata di *big data*, provenienti da registri clinici, referti di *imaging* e studi genomici, apre inoltre la strada a una medicina realmente integrata, in cui la previsione dell'outcome e la scelta terapeutica si fondano su evidenze individuali, e non solo su criteri statistici di popolazione.<sup>54,55</sup>

L'inserimento di tali innovazioni all'interno dei percorsi multidisciplinari strutturati delle BU, accompagnato da un monitoraggio sistematico degli *outcome*, risulta essenziale per aumentare l'efficacia dei trattamenti e migliorare la qualità diagnostica.<sup>56</sup> È chiaro, dunque, che l'integrazione di innovazioni tecnologiche, strumenti di medicina di precisione e approcci *data-driven* nei percorsi multidisciplinari rappresenti la base strategica per evolvere i modelli organizzativi delle BU verso una maggiore efficacia e sostenibilità.

In Italia, tuttavia, la diffusione delle BU rimane ancora disomogenea: questa frammentazione richiede una pianificazione mirata della capacità assistenziale, con l'obiettivo di potenziare i centri dedicati, completare i team multidisciplinari, sviluppare infrastrutture digitali interoperabili e sistemi di accesso integrati e, da ultimo, garantire equità di accesso e continuità dei percorsi di cura. Solo attraverso una programmazione coordinata delle risorse e il rafforzamento della rete nazionale delle BU sarà possibile trasformare l'innovazione in valore reale per tutti i pazienti.

Affinché queste opportunità si traducano in reali benefici, è necessario continuare a sensibilizzare, formare e aggiornare tutti gli *stakeholder* interessati e coinvolti, promuovere la ricerca e l'innovazione e consolidare le politiche regionali e nazionali, mantenendo le BU al centro della strategia di cura del carcinoma mammario e facendone una priorità per il Sistema Sanitario Nazionale.

Inoltre, i dati della *survey* IQVIA mettono in luce un'evidente e problematico divario tra la disponibilità di servizi nelle *Breast Unit* e la loro effettiva fruizione da parte delle pazienti oncologiche. Questo *gap* è spesso riconducibile al momento emotivamente complesso che le pazienti stanno affrontando, che rende difficile per loro attivarsi autonomamente per richiedere supporto. La maggior parte di questi servizi viene infatti proposta *on demand*, su richiesta delle pazienti. Alla luce di ciò, emerge la necessità urgente di instaurare un percorso strutturato e proattivo, in cui i servizi vengano offerti sistematicamente, per esempio prevedendo già al momento della presa in carico della paziente un percorso che comprenda un numero prestabilito di colloqui con lo psicologo, consulti con il nutrizionista e un percorso post-chirurgico che includa anche interventi fisioterapici, a tutte le pazienti, superando l'attuale approccio "*on demand*". Affidare l'iniziativa esclusivamente alla paziente può rappresentare una barriera concreta all'accesso, precludendo un'assistenza più equa, inclusiva ed efficace. Le *Breast Unit* potrebbero in questo modo farsi carico di questo compito, informando le pazienti sui servizi disponibili, proponendo in modo sistematico e tempestivo le opportunità di supporto disponibili, includendo i diversi servizi nel percorso *standard* di presa in carico, affinché nessuna paziente venga lasciata sola nel percorso di cura.

Negli ultimi due decenni le *Breast Unit* hanno rappresentato in Italia un'evoluzione cruciale del modello di presa in carico oncologica, traducendo il paradigma multidisciplinare in una pratica clinica coordinata, misurabile e fondata sull'evidenza. Oggi la sfida non è soltanto consolidarne la rete, ma trasformarle in veri *hub* di innovazione e ricerca clinico-traslazionale, capaci di integrare modelli predittivi, biomarcatori emergenti e sistemi di intelligenza artificiale distribuita per una sempre maggiore personalizzazione delle cure.

Parallelamente, la centralità della dimensione femminile impone che le BU si configurino non solo come piattaforme di ascolto, ma come strutture in grado di intercettare e rispondere concretamente a tali bisogni, affrontandoli con interventi integrati e

centrati sulla persona, che tengano conto degli aspetti psicologici, riproduttivi, sociali, e di stile e qualità di vita in senso più ampio.

In prospettiva, l'Italia ha l'opportunità di consolidare la propria rete senologica in un sistema realmente interoperabile, basato su registri clinici condivisi, dati *real-world* e un governo clinico congiunto tra istituzioni, università e territori.

Solo un modello di *Breast Unit* concepito come ecosistema di cura avanzata, equo, costantemente aggiornato con le più recenti evidenze e innovazioni scientifiche, fortemente *evidence-based e data-driven*, potrà garantire a ogni donna un accesso tempestivo, personalizzato e di qualità alla diagnosi e al trattamento del carcinoma mammario, contribuendo nel contempo al progresso della ricerca clinica e alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

**Figura 3: Implementazione delle Breast Unit in Italia: Sfide e prospettive future**

#### INNOVAZIONE DIGITALE

- **ePROs, telemedicina e PPDTA** per una presa in carico integrata e personalizzata
- **Registri clinici e dati real-world** per una migliore qualità e programmazione sanitaria
- **Medicina di precisione e modelli predittivi** per una diagnosi più tempestiva e accurata

#### CENTRALITA' DEL PAZIENTE ED EQUITA' DELLE CURE

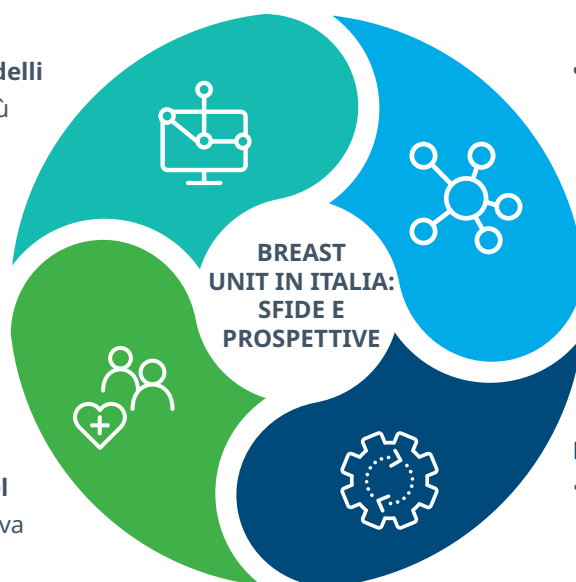
- **Empowerment, centralità del paziente** e partecipazione attiva nelle decisioni terapeutiche
- Integrazione di **supporto psico-oncologico** e programmi di **riabilitazione funzionale** in maniera strutturata nei percorsi di cura
- Promozione di un **percorso strutturato e proattivo**

#### RETI E INTEROPERABILITA'

- Costruzione di **reti senologiche interoperabili e uniformi** sul territorio
- Potenziamento dei **team multidisciplinari** per coordinare diagnosi e trattamento
- **Integrazione di infrastrutture digitali** per ottimizzare risorse e continuità assistenziale

#### HUB DI CURA AVANZATA

- Garanzia di un **accesso equo e personalizzato** a diagnosi e trattamento
- Innovazione tecnologica per migliorare **efficacia, sicurezza e qualità** delle cure
- Evoluzione delle BU in veri e propri hub di **innovazione e ricerca clinico-traslazionale**



# Bibliografia

1. Istituto Superiore di Sanità. (2024). *Tumori: dati epidemiologici 2024*. Epicentro. Available at: <https://www.epicentro.iss.it/tumori/2024?utm>
2. AIOM, AIRTUM, & PASSI. (2024). *I numeri del cancro in Italia 2024*. Associazione Italiana di Oncologia Medica. Available at: [https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2024/12/2024\\_NDC-web.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2024/12/2024_NDC-web.pdf)
3. Perotti, V., et al. (2025). *Trends in cancer incidence and mortality in Italy, 2013–2017*. *Cancer Epidemiology*, 87, 102855. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2025.102855>
4. Banfi, D. (2024). *Tumore al seno triplo negativo: nuova immunoterapia all'orizzonte?* Fondazione Umberto Veronesi. Available at: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/oncologia/tumore-al-seno-triplo-negativo-nuova-immunoterapia-allorizzonte>
5. Mutagens. (2023). *Tumore al seno avanzato: si punta sulle terapie target*. Available at: <https://www.mutagens.it/tumore-al-seno-avanzato-si-punta-sulle-terapie-target/>
6. International Agency for Research on Cancer (IARC). (2002). *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 7: Breast Cancer Screening*. Lyon: IARC Press. Available at: [https://publications.iarc.who.int/\\_publications/media/download/3923/8ed92d80374462bafbac1485bd80afe3d3c68143.pdf](https://publications.iarc.who.int/_publications/media/download/3923/8ed92d80374462bafbac1485bd80afe3d3c68143.pdf)
7. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2017, 18 marzo). *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*. Available at: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/s>
8. Istituto Superiore di Sanità — Sorveglianza PASSI. *Screening mammografico in Italia, 2024*.
9. Osservatorio Nazionale Screening (ONS). (2025). *La diffusione degli screening oncologici in Italia: Rapporto 2024*. Available at: <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/la-diffusione-degli-screening-oncologici-italia-nel-2024>
10. Dibden, A., Offman, J., Duffy, S. W., & Gabe, R. (2020). *Worldwide review and meta-analysis of cohort studies measuring the effect of mammography screening programmes on incidence-based breast cancer mortality*. *Cancers (Basel)*, 12(4), 976. Available at: <https://doi.org/10.3390/cancers12040976>
11. Autier, P., Jørgensen, K. J., Smans, M., & Støvring, H. (2024). *Effect of screening mammography on the risk of breast cancer deaths and of all-cause deaths: A systematic review with meta-analysis of cohort studies*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 172, 111426. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111426>
12. Czene, A., Ma, Z., He, W., Zhang, Y., Mao, X., Tapia, J., Hall, P., Humphreys, K., et al. (2025). *First mammography screening participation and breast cancer incidence and mortality in the subsequent 25 years: Population-based cohort study*. *BMJ*, 390, e085029. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-085029>
13. Deandrea, S. et al. (2022). *Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres*. *BMC Health Services Research*, 22, Article 81. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08111-1>

14. Conferenza Stato-Regioni. (2014, 18 dicembre). *Intesa sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia"*. Available at: <http://archivio.statoregioni.it/DettaglioDoc49c0.html>
15. EuropaDonna. (2020). *Manuale Breast Unit*. Available at: <https://www.europadonna.it/wp-content/uploads/2023/10/Manuale-Breast-Unit-2020.pdf>
16. European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). (2020). *The requirements of a specialist breast centre*. *The Breast*, 51, 65–84. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>
17. Biganzoli, L. et al. (2020). *The requirements of a specialist breast centre*. *The Breast*, 51, 65–84. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>
18. Deandrea, S., Lerda, D., López Alcalde, J., Neamtui, L., Saz-Parkinson, Z. E., & Ulutürk, A. (2015). *Review and analysis of external quality assessment of breast cancer services in Europe: Supporting information for the development of a European Quality Assurance scheme for Breast Cancer Services* (Report EUR 27413 EN). Publications Office of the European Union. Available at: <https://doi.org/10.2788/58686>
19. Rusli, M., Tan, S. Y., & Tan, W. L. (2024). *Electronic patient-reported outcome measures (ePROs) as tools for assessing health-related quality of life (HRQoL) in women with gynecologic and breast cancers: A systematic review*. *Digital Health*, 10, 20552076241297041. Available at: <https://doi.org/10.1177/20552076241297041>
20. Takala, L., & Hietanen, P. (2021). *Electronic patient-reported outcomes during breast cancer adjuvant radiotherapy*. *The Breast*, 60, 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2021.03.001>
21. Gebert, P., Karsten, M. M., Roehle, R., Albers, S., Pross, T., Hage, A. M., Weiler, K., Fischer, F., Rose, M., Kühn, F., & Blohmer, J. U. (2024). *Longitudinal assessment of real-world patient adherence: A 12-month electronic patient-reported outcomes follow-up of women with early breast cancer undergoing treatment*. *Supportive Care in Cancer*, 32(6), 344. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08547-7>
22. Dalponte, F., Zazzera, A., Ferrara, L., & Tozzi, V. D. (2023). *Mapping the diffusion and implementation of breast units: Lessons learned from the case of Italy*. *Medical Research Archives*, 11(11). Available at: <https://doi.org/10.18103/mra.v11i11.4407>
23. Cataliotti, L., Costa, A., Daly, P. A., Fallowfield, L., Freilich, G., Holmberg, L., Piccart, M., van de Velde, C. J., & Veronesi, U. (1999). *Florence: Statement on breast cancer, 1998. Forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer*. *European Journal of Cancer*, 35(1), 14–15. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(98\)00384-0](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(98)00384-0)
24. European Parliament. (2003). *European Parliament resolution on breast cancer in the European Union* (A5-10159/2003)
25. European Parliament. (2006). *European Parliament resolution on breast cancer in the enlarged European Union* (B6-0528/2006)
26. Rutgers, E. J. Th. (2006). Quality assurance guidelines for surgery. In *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis* (4<sup>th</sup> ed., p. 323). European Commission

27. European Parliament. (2009). *European Parliament declaration on the fight against breast cancer in the European Union* (0071/2009)
28. European Parliament. (2015). *European Parliament declaration on the fight against breast cancer in the European Union* (0017/2015)
29. European Commission Joint Research Centre. *European quality assurance scheme for breast cancer services*. Available at: <https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecibc/breast-quality-assurance-scheme>
30. European Accreditation. (2025). *The official European QA scheme for Breast Cancer Services is available for implementation*. Available at: [https://european-accreditation.org/wp-content/uploads/2025/09/Notification-re-European-QA-scheme\\_for-CABs.pdf](https://european-accreditation.org/wp-content/uploads/2025/09/Notification-re-European-QA-scheme_for-CABs.pdf)
31. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). (2025, 8 luglio). *Reti delle Breast Unit*. <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/reti-delle-breast-unit>
32. European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). *Certification process*. Available at: <https://www.eusoma.org/en/certification-process/1-346-1->
33. European Cancer Society/OncoZert. *OncoMap – Elenco dei centri oncologici certificati*. Available at: [https://www.oncomap.de/centers?selectedCountries=\[Italien\]&showMap=1](https://www.oncomap.de/centers?selectedCountries=[Italien]&showMap=1)
34. Leroy, R., Blomme, C., Delalieux, M., & Oeyen, S. (2024). *Higher relative survival in breast cancer patients treated in certified and high-volume breast cancer centres – A population-based study in Belgium*. *European Journal of Cancer*. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2024.00888>
35. ASL3 Liguria. *Breast Unit – il percorso*. Available at: <https://www.asl3.liguria.it/ospedali/villa-scassi-sampierdarena/breast-unit-centro-di-senologia/breast-unit-percorso.html>
36. ASST Papa Giovanni XXIII. *Breast Unit – Cancer Center*. Available at: <https://www.asst-pg23.it/centri-percorsi-specialistici/cancer-center/breast-unit>
37. SenoNetwork Italia. *Network centri di senologia*. Available at: <https://www.senonetwork.it/it/centri%2dsenologia/network%2dcentri%2dsenologia/1-3794-1->
38. SkyTG24. (2024, 22 marzo). *Tumore al seno: solo il 30% dei centri supera lo standard minimo*. Available at: <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2024/03/22/tumore-seno-ospedali>
39. Imalatiinvisibili. (2021, 14 aprile). *Cancro al seno: nelle Breast Unit solo il 17% delle pazienti può usufruire dei servizi di psico-oncologia*. Available at: <https://www.imalatiinvisibili.it/2021/04/14/cancro-al-seno-nelle-breast-unit-solo-il-17-delle-pazienti-puo-usufruire-dei-servizi-di-psico-oncologia/>
40. Quotidiano Sanità. (2025, 25 settembre). *Reti oncologiche. Ecco l'Italia delle disuguaglianze. Il Sud resta indietro, cure e screening ancora un miraggio per molti*. Available at: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=129882](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129882)

41. Osservatorio Malattie Rare. (2025, 21 marzo). *Tumore al seno: l'Italia si distingue per accesso alle terapie, ma prevenzione e screening ancora sotto la soglia*. Available at: <https://www.osservatoriomalattierare.it/news/attualita/21827-tumore-al-seno-l-italia-si-distingue-per-accesso-alle-terapie-ma-prevenzione-e-screening-ancora-sotto-la-soglia>
42. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). (2024). *La mobilità sanitaria in Italia. Edizione 2024*. Roma: AGENAS. Available at: <https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-alla-rivista/2614-la-mobilit%C3%A0-sanitaria-in-italia-edizione-2024>
43. Ministero della Salute. (2024). *Rapporto sulle Reti Oncologiche Regionali — Sesta Indagine Nazionale*. Roma: Ministero della Salute. Available at: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1748336563.pdf>
44. Quotidiano Sanità. (2025, 25 settembre). *Reti oncologiche. Ecco l'Italia delle disuguaglianze. Il Sud resta indietro, cure e screening ancora un miraggio per molti*. Available at: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=129882](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=129882)
45. Osservatorio Malattie Rare. (2025, 21 marzo). *Tumore al seno: l'Italia si distingue per accesso alle terapie, ma prevenzione e screening ancora sotto la soglia*. Available at: <https://www.osservatoriomalattierare.it/news/attualita/21827-tumore-al-seno-l-italia-si-distingue-per-accesso-alle-terapie-ma-prevenzione-e-screening-ancora-sotto-la-soglia>
46. Greco, M. T., Capodicasa, A., Scaccabarozzi, G., Riva, E., & Corli, O. (2024). *Longitudinal assessment of real-world patient adherence: a 12-month electronic patient-reported outcomes follow-up of women with early breast cancer*. *Supportive Care in Cancer*, 32(5), 2341–2353. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08926-1>
47. Ministero della Salute, & Istituto Superiore di Sanità. (2022). *Report nazionale Piani Regionali della Prevenzione 2020–2025*. Roma: Ministero della Salute. Available at: <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/doc/ReportNazionale.pdf>
48. Bonavita, R., Ferrante, M., & Quaranta, N. (2019). *Mobile screening units for the early detection of breast cancer: Results from Southern Italy*. *Journal of Public Health Research*, 8(2), 1517. Available at: <https://doi.org/10.4081/jphr.2019.1517>
49. De Mooij, C. M., Kieffer, J. M., & Aaronson, N. K. (2021). *ePRO-based individual follow-up care for women treated for early breast cancer: impact on service use and workflows*. *The Breast*, 55, 108–115. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.12.002>
50. Dal Maso, L., Gini, R., & Zorzi, M. (2025). *A population-based estimation of breast cancer recurrence in northeast Italy with administrative healthcare databases*. *Cancer Epidemiology*, 87, 102444. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102444>
51. Carriero, A., et al. (2024). *Artificial Intelligence in Breast Imaging: Current Evidence and Future Perspectives*. *Journal of Breast Imaging*, 6(2), 115–128. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11048882>

52. Eisemann, N., et al. (2025). *Real-world evaluation of AI-supported mammography screening (PRAIM): a population-based study*. *Nature Medicine*, 31, 1124–1133. Available at: <https://www.nature.com/articles/s41591-024-03408-6>
53. Hernström, V., Josefsson, V., Sartor, H., et al. (2025). *Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study*. *The Lancet Digital Health*, 7(3), e175–e183. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(24\)00267-X](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(24)00267-X)
54. Rahman, M. M., et al. (2025). *Deep Learning Applications in Breast Cancer Imaging and Diagnosis*. *Diagnostics*, 5(3), 46. Available at: <https://www.mdpi.com/2673-7426/5/3/46>
55. *Frontiers in Oncology*. (2025). *Artificial Intelligence and Precision Medicine in Breast Cancer Management*. *Frontiers in Oncology*, 15, 1656842. Available at: <https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2025.1656842/full>
56. Graesslin, O., & Boulvain, M. (2023). *Feasibility of symptom monitoring during the first year of endocrine therapy for early breast cancer using patient-reported outcomes collected via smartphone app*. *JCO Oncology Practice*, 19(5), e745–e754. Available at: <https://doi.org/10.1200/OP.23.00038>

## Autori



### **SILVIA DEANDREA**

Presidente Gruppo Italiano  
Screening Mammografico (GISMa)

Silvia Deandrea è medico  
specialista in Igiene e Medicina

Preventiva e dottore di ricerca in Statistica Biomedica, con lunga esperienza in epidemiologia dei servizi sanitari e screening oncologici. Attualmente è Presidente del Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa) e past-president della Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici (FASO), oltre a dirigere i programmi di screening oncologico nella provincia di Pavia e coordinarli in Regione Lombardia. È autrice di numerose pubblicazioni scientifiche sui programmi di screening mammografico e sull'integrazione con i centri di senologia/breast unit.



### **SARA CAZZANIGA**

Institutional Engagement  
and Scientific Partnership  
Director IQVIA

Sara Cazzaniga è una

professionista con oltre 20 anni di esperienza nel settore farmaceutico. Ha conseguito la Laurea in Biologia presso l'Università degli Studi di Milano e la specializzazione in patologia Clinica presso la facoltà di medicina. Attualmente ricopre il ruolo di Direttore delle relazioni istituzionali e delle partnership scientifiche presso IQVIA. In precedenza, ha lavorato nella ricerca clinica e nel Medical Affairs presso Janssen Cilag. Sara è membro di diversi gruppi di lavoro presso società scientifiche e autrice di pubblicazioni scientifiche.



### **CATERINA SPOSETTI**

Oncology Advanced  
Research Fellow at Dana-Farber  
Cancer Institute

Medico Specialista in Oncologia

Medica, Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, Università di Milano. Clinical Research Fellow presso il Breast Oncology Center del Dana-Farber Cancer Institute e Harvard Medical School. Ha lavorato nel ruolo di Oncologo medico nella Breast Unit della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano di Milano dal 2021 al 2023.



### **ISABELLA CECCHINI**

Senior Principal, Direttrice  
Divisione Primary Market  
Research, Responsabile Centro  
Studi IQVIA Italia

Isabella Cecchini è Senior Principal, Direttrice della Divisione Primary Market Research e Responsabile del Centro Studi di IQVIA Italia. Docente a contratto presso il Corso di Laurea Magistrale in Psicologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, ricopre anche il ruolo di Vicepresidente di ASSIRM. Ha oltre vent'anni di esperienza nelle ricerche sociali e di mercato, nell'analisi dei dati e nella consulenza nel settore sanitario. È particolarmente interessata alla prospettiva del paziente e agli aspetti organizzativi del Sistema sanitario. Ha sviluppato numerosi progetti in partnership con Istituzioni, Società Scientifiche e Associazioni di pazienti sui temi della prevenzione, della comunicazione sulla salute, dell'impatto delle patologie sulla qualità di vita, dei patient needs e delle health policies.



**CHRISTIAN FEDELI**  
Solution Architect Manager  
Healthcare, RWS IQVIA

Christian Fedeli è entrato in IQVIA nel 2022 con il ruolo di Solution

Architect nel team di PPG, RWS. Da allora si occupa del Business Development e del disegno delle soluzioni per il mercato italiano, partecipando attivamente anche alle fasi di startup dei principali progetti, con focus su rilevazione degli outcome clinici, introduzione di standard, Ricerca Clinica e reti di Dati. Negli anni precedenti aveva ricoperto diversi ruoli all'interno di aziende nel settore Healthcare IT con focus particolare sulla gestione di progetti complessi, il coordinamento dello sviluppo di prodotti, la cooperazione tra ospedale e territorio e l'attenzione ai temi del Population Health Management e della Telemedicina. Da anni partecipa in qualità di docente o relatore ad eventi e corsi ECM. Laureato in Scienze della Comunicazione Istituzionale e di Impresa, ha inoltre certificazioni nell'ambito del Project Management (AgilePM e Prince2) e del Service Management (ITIL) e come auditor interno per i PDTA (Bureau Veritas).



**LUCREZIA GUERRA**  
Consultant, Quantitative  
Research IQVIA

Lucrezia Guerra ha conseguito la Laurea Triennale in Economia e la

Laurea Magistrale in Marketing Management presso l'Università Commerciale Luigi Bocconi (Milano, Italia). Attualmente ricopre il ruolo di Consultant nel Team Quantitative PMR (Primary Market Research) di IQVIA, a partire da Maggio 2022. In precedenza ha maturato esperienza nel settore delle ricerche di mercato quantitative presso due diversi Istituti di ricerca a partire dal 2017.



**CATERINA MIRRI**  
Consultant Healthcare,  
RWS IQVIA

Caterina Mirri è entrata in IQVIA nel 2021 e da Ottobre 2023

ricopre il ruolo di Consultant nel Team Healthcare. In precedenza, ha maturato esperienza in Direzione Sanitaria presso l'Ospedale Humanitas Mater Domini a Castellanza (VA). Ha conseguito il Master in International Management Economics and Policy (MIHMEP) presso la SDA Bocconi School of Management a Milano, con specializzazione in Healthcare Management. Laureata in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, ha inoltre conseguito il Corso di Alta Formazione in Pianificazione, Organizzazione e Gestione dei Servizi Sanitari presso la ALTEMS Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma e certificazioni nell'ambito del Project Management (Six Sigma, Prince2) e del Service Management (ITIL).



**MARGHERITA PAGLIARINI**  
Analyst, Qualitative PMR IQVIA

Margherita Pagliarini ha conseguito la Laurea Triennale in Scienze Internazionali e

Diplomatiche presso l'Università di Bologna e un Master of Science in International Politics presso il Trinity College Dublin. Attualmente ricopre il ruolo di Analyst nel Team Qualitative PMR (Primary Market Research) di IQVIA, a partire da Febbraio 2024.



**CARLOTTA VIGNAGA**  
Analyst Healthcare, RWS IQVIA

Carlotta Vignaga ha conseguito la Laurea Triennale in Ingegneria Biomedica presso l'Università degli

Studi di Padova e la Laurea Magistrale in Ingegneria Biomedica presso il Politecnico di Milano. Attualmente ricopre il ruolo di Analyst nel Team Healthcare (unità Real World Solutions) di IQVIA, a partire da Novembre 2024. In precedenza, ha maturato esperienza nel settore Healthcare e Life Sciences attraverso uno stage in un'azienda di consulenza.

**DIREZIONE, REDAZIONE E  
AMMINISTRAZIONE**

Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Rita Tosi

**COPYRIGHT**

IQVIA Solutions Italy

Via Fabio Filzi 29

20124 Milano

*Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta con qualsiasi mezzo o in qualsiasi forma senza il consenso del detentore del copyright. Ogni richiesta dovrà essere indirizzata all'editore. Registrazione del tribunale di Milano N° 180 del 09.06.2017.*

**EDITORE**

IQVIA Solutions Italy

Via Fabio Filzi 29

20124 Milano

*L'editore declina ogni responsabilità per eventuali inesattezze o omissioni in cui potesse essere incorso involontariamente.*

---

## CONTACT US

IQVIA Solutions Italy  
Via Fabio Filzi 29  
20124, Milano

[CentroStudi\\_Italia@iqvia.com](mailto:CentroStudi_Italia@iqvia.com)

[iqvia.com](http://iqvia.com)