



# La Gestione del Rischio Clinico in Oncologia tra Sicurezza e Qualità

Dott. Giovanni Frezza  
Direttore Dipartimento Oncologico  
AUSL Bologna

## La Gestione del Rischio Clinico tra Sicurezza e Qualità

- Qualità delle cure: come definirla
- Maggior beneficio clinico (chi lo valuta?)  
con l'uso più efficiente ed appropriato delle  
risorse
- Sicurezza come elemento fondamentale  
della qualità

## La Gestione del Rischio Clinico tra Sicurezza e Qualità

- Il tramonto del capomastro
- Complessità crescente delle attività cliniche e assistenziali
- Linguaggi diversi legati alle specifiche aree disciplinari e professionali
- Ruoli e responsabilità
- La Torre di Babele

# La Gestione del Rischio Clinico tra Sicurezza e Qualità

Dipartimento Oncologico:

- Processi complessi (prescrizione, allestimento e somministrazione farmaci antitumorali; radioterapia)
- Certificazione RIS-PACS (Diagnostica Senologica)
- Tracciabilità dei campioni biologici (Anatomia Patologica)
- Check list preoperatoria, SOSNET, Sicher (Chirurgia Senologica e Toracica)
- PDTA
- Meeting multidisciplinari

# **SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE:**

## ***GESTIONE SICURA DELLE TERAPIE CON FARMACI ANTIBLASTICI***

***Dott.ssa Marzia Melloni - Dott.ssa Bianca  
Barattoni - Dott.ssa Teresa Palladino -  
Dott.ssa Giuseppina Santilli - Dott.ssa  
Mariangela Spinosa –***

***AUSL DI BOLOGNA***

**DALLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 14 ALLA  
RACCOMANDAZIONE RER N. 3:  
“GESTIONE SICURA DEI FARMACI ANTINEOPLASTICI”**

Sulla scorta del documento Ministeriale “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici n. 14/2012” e successivo recepimento della relativa raccomandazione regionale n. 3/2013, l’Azienda USL di Bologna ha elaborato e implementato nel proprio contesto organizzativo una procedura finalizzata alla gestione sicura della terapia con farmaci antineoplastici

## OBIETTIVI DELLA PROCEDURA

Definire e uniformare con approccio multiprofessionale e interdisciplinare i processi legati alla gestione sicura dei farmaci antineoplastici per garantire qualità e sicurezza per il paziente e per tutti gli operatori coinvolti nelle varie fasi del processo

La procedura si applica in tutte le fasi della gestione del farmaco antineoplastico ad uso parenterale, topico e orale (prescrizione, preparazione e somministrazione). Tali processi coinvolgono la Centrale antiblastici (UFA), le UO di Oncologia e le altre UO che prescrivono e somministrano farmaci antineoplastici

## METODI

In una fase preliminare è stato identificato un gruppo di lavoro costituito da diverse figure professionali (oncologo, farmacista, infermiere, risk manager, medico di direzione sanitaria, operatori del Servizio Prevenzione e Protezione) per analizzare le raccomandazioni e elaborare una procedura aziendale e le relative Istruzioni operative sulla gestione sicura dei farmaci antineoplastici



## GRUPPO DI LAVORO

Borsari Morena (Direttore Dip Farmaceutico ) Coordinatore del gruppo  
Barattoni Bianca (Ref Rischio Clinico Dip Farmaceutico)  
Cesari Raffaella (Farmacista Centrale Antiblastici Dip Farm.)  
Santilli Giuseppina (Farmacista Centrale Antiblastici Dip Farm.)  
Arigliano Vincenzo (Medico UOSD Oncologia Metrop e Cure Palliative)  
Calandri Cesare (Medico UOC Oncologia OB)  
Tosoni Alicia (Medico UOC Oncologia OB)  
Susini Cinzia (Coordinatore UA Oncologia OB)  
Bonfiglioli Simonetta (Coordinatore UA Oncologia Metropolitana)  
Descovich Carlo (Direttore UOSD Qualità ed Efficacia delle Cure)  
Aporti Manuela (Medico Direzione Sanitaria)  
Melloni Marzia (Responsabile UO Dater Bellaria)  
Palladino Teresa (Medico UO Medicina Legale e Risk Management)  
Tovoli Daniele (Direttore UO Servizio Prevenzione e Protezione)  
Spinosa Mariangela (UO Servizio Prevenzione e Protezione)  
Orsi Donatella (UO Servizio Prevenzione e Protezione)

## SOTTOGRUPPI

Il gruppo è stato suddiviso in 10 sottogruppi, uno per ogni azione del processo prevista dalla raccomandazione:

- Approvvigionamento e immagazzinamento,
- Conservazione e gestione delle scorte,
- Prescrizione,
- Preparazione,
- Distribuzione,
- Somministrazione,
- Gestione terapia orale,
- Coinvolgimento di paziente e familiari nel processo di cura,
- Umanizzazione delle cure oncologiche,
- Prevenzione e controllo.

## SOTTOGRUPPI

Ogni sottogruppo ha effettuato un'analisi qualitativa FMEA mediante una check-list realizzata ad hoc per ogni azione prevista.

Dall'analisi qualitativa è emersa una fotografia dell'esistente e gli scostamenti rispetto a quanto indicato nelle raccomandazioni.

## PROCEDURA

Alla luce di quanto emerso si è  
proceduto alla redazione e  
implementazione della procedura  
aziendale e di istruzioni operative  
specifiche per ogni fase del  
processo

## PROCEDURA E ISTRUZIONI OPERATIVE AUSL DI BOLOGNA

- PROCEDURA AZIENDALE P006 AUSLBO «GESTIONE SICURA DELLE TERAPIE CON FARMACI ANTINEOPLASTICI»
- ✓ I.O. 01 P006 AUSLBO «Approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte dei farmaci antineoplastici» → i capitoli per l'acquisizione dei farmaci antineoplastici devono garantire requisiti di sicurezza ...bisogna garantire un corretto processo di immagazzinamento e tracciabilità e gestione delle scorte
- ✓ I.O. 02 P006 AUSLBO «Prescrizione delle terapie con farmaci antineoplastici» → Le prescrizioni sono informatizzate e debbono prevedere l'utilizzo di schemi condivisi farmacisti e oncologi. Tutte le prescrizioni debbono essere validate dal farmacista UFA e sono comprensive delle terapie ancillari

## PROCEDURA E ISTRUZIONI OPERATIVE AUSL DI BOLOGNA

- ✓ I.O. 03 P006 AUSLBO «Preparazione delle terapie con farmaci antineoplastici» → I farmaci vengono preparati da operatori sanitari che abbiano acquisito competenze specifiche. Vengono preparate all'interno dell'UFA per garantire una preparazione centralizzata. Ogni protocollo di terapia viene firmato dall'operatore, garantendo sicurezza al pz e all'operatore stesso
- ✓ I.O. 04 P006 AUSLBO «Allestimento su piano libero di farmaci antineoplastici e a base di anticorpi monoclonali» → la IO ha l'obiettivo di uniformare e definire le modalità di allestimento su piano libero di farmaci antineoplastici e a base di anticorpi monoclonali al fine di garantire qualità e sicurezza della terapia e operatore

## PROCEDURA E ISTRUZIONI OPERATIVE AUSL DI BOLOGNA

- ✓ I.O. 07 P006 AUSLBO «Gestione dello stravasamento da farmaci antineoplastici» → lo scopo è di sviluppare un approccio comune e standardizzato per garantire una gestione appropriata finalizzata alla prevenzione, al riconoscimento precoce e al trattamento dello stravasamento da farmaci antineoplastici
- ✓ I.O. 08 P006 AUSLBO «Spandimento accidentale di farmaco antineoplastico» → garantire un intervento tempestivo e in sicurezza in caso di spandimento accidentale di farmaci antineoplastici, al fine di ripristinare le condizioni di sicurezza del luogo di lavoro e di evitare danni alle persone e all'ambiente
- ✓ I.O. 09 P006 AUSLBO «Contaminazione accidentale dell'operatore da farmaco antineoplastico» → definire le modalità di intervento in caso di contaminazione accidentale dell'operatore, evitando danni alla persona

## FORMAZIONE

È stata realizzata una formazione rivolta agli attori coinvolti nella gestione della terapia, che ha valorizzato ogni azione del processo con la partecipazione di diverse figure professionali.

La gestione delle terapie con farmaci antineoplastici prevede un percorso di formazione specifico continuo e sistematico annuale affinché tutti gli operatori sanitari mantengano le appropriate conoscenze e abilità definite secondo i diversi profili professionali.



## RISULTATI

Un software gestionale ha permesso la tracciabilità dell'intero processo e di ciascun operatore in esso coinvolto e ha consentito l'elaborazione di dati ed il monitoraggio del processo

Indicatori oggetto di audit:

- % di prescrizioni infusive non informatizzate
- n° controlli microbiologici ambientali
- n° di somministrazioni firmate --> campione di 1 sett/mese
- n° di prescrizioni fuori da orario concordato per ogni singola UO--> campione di 1 sett/mese
- n° di bolle di trasporto delle terapie allestite compilate e firmate --> campione di 20 bolle/mese

# RISULTATI

## Prescrizioni informatizzate/cartacee:

- Anno 2016: 23790 / 343 (1,44%)
- Anno 2017: 21283 / 184 (0,86%)

## Prescrizioni fuori orario

- Anno 2016: 57 (0,2%)
- Anno 2017: 56 (0,2%)

## Bolle di trasporto compilate e firmate:

- 2° semestre 2017: 120/120 (100%)

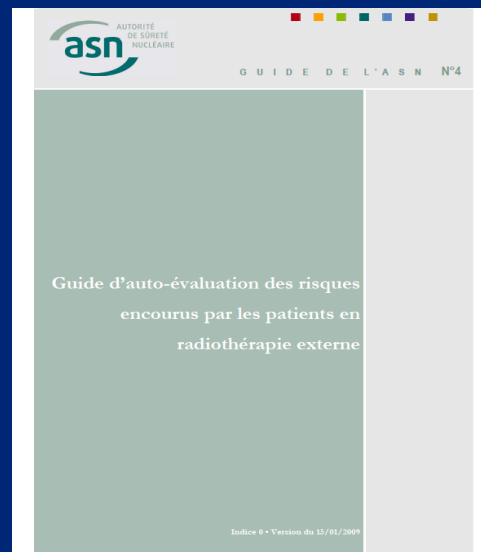
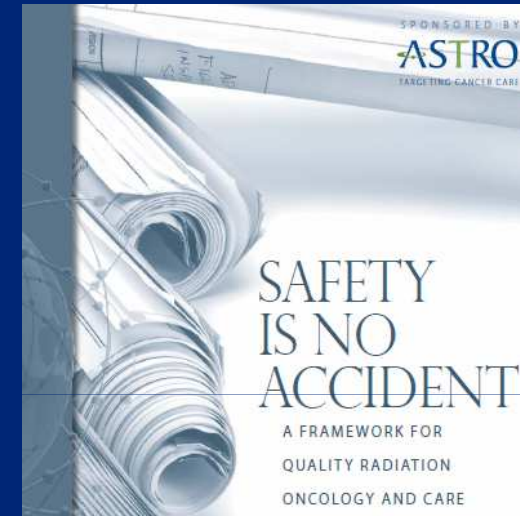
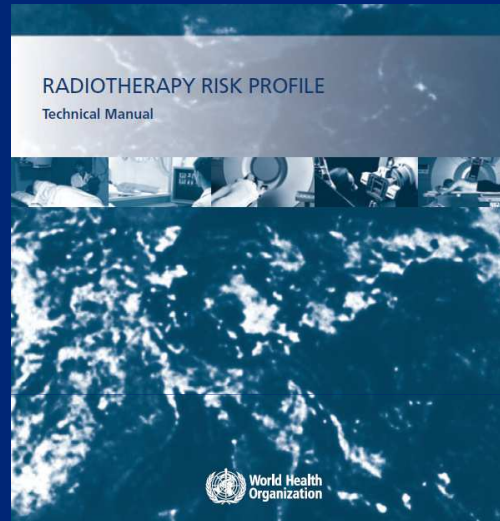
## Schede di somministrazione compilate e firmate:

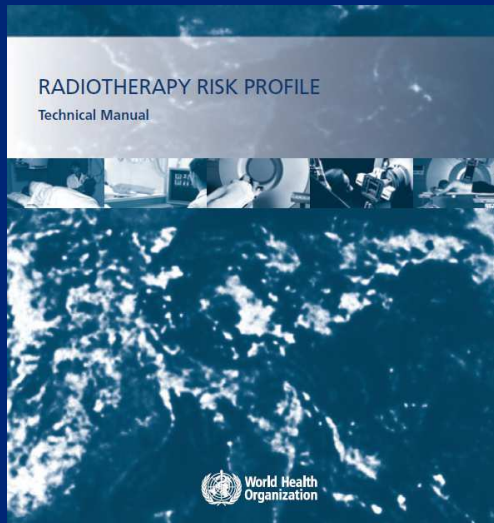
- 2° semestre 2017: 120/120 (100%)

## Controlli ambientali:

- Anno 2016: 20
- Anno 2017: 21

# La Gestione del Rischio Clinico tra Sicurezza e Qualità: RADIOTERAPIA





## 1. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice

### Executive Summary

#### Introduction

Radiotherapy treatment  
Risk management and quality assurance in radiotherapy  
Radiotherapy treatment errors

#### An evidence-based review of current practice

Aim  
Materials and methods

#### Summary of literature

Radiotherapy incidents  
Radiotherapy incidents in developing countries  
Emerging issues  
Costing

#### Conclusion

Storia clinica

Imaging

Integrazione con chirurgia e CT

Medici, Fisici, Infermieri, TSRM

Altri specialisti d'organo

Definizione volumi di interesse

Prescrizione dose

Organi critici

Pianificazione distribuzione di dose

Esecuzione trattamento

Verifica

Valutazione risposta e effetti

collaterali

## 2. WHO patient safety Radiotherapy Risk Profile

### Radiotherapy treatment process

#### Risks inherent in the radiotherapy process

1. Assessment of the patient
2. Decision to treat
3. Prescribing treatment protocol
4. Positioning and immobilization
5. Simulation, imaging and volume determination
6. Planning
7. Treatment information transfer
8. Patient setup
9. Treatment delivery
10. Treatment verification and monitoring

#### Risk reduction interventions

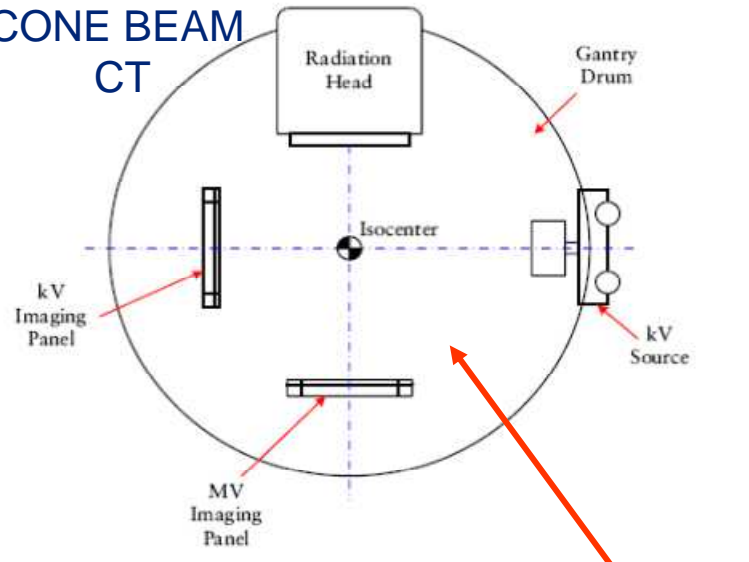
Continuing to learn

# ***“LA SICUREZZA NELLE CURE DEL PROCESSO DI RADIOTERAPIA ESTERNA”***

## **BACKGROUND**

- ***OBSOLESCENZA DEI PRECEDENTI INDICATORI***
- ***PASSAGGIO A GESTIONE INFORMATIZZATA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA E TECNICA (2012-2013)***
- ***INTRODUZIONE DI UN NUOVO SISTEMA DI “RECORD & VERIFY”***
- ***INTRODUZIONE DI UNA NUOVA TECNOLOGIA DI IMAGING PER IL CONTROLLO DEL TRATTAMENTO***

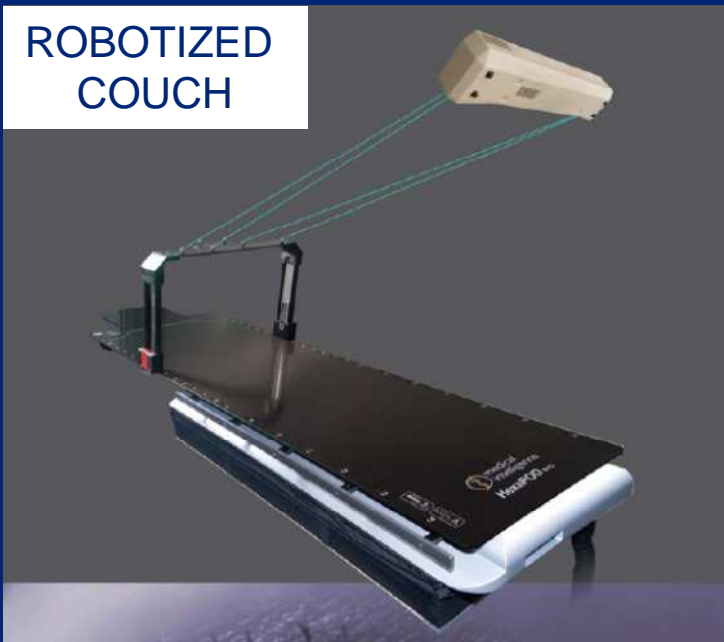
# CONE BEAM CT



Position Error Translation (cm)		Rotation (dg)	
X	0.19	X	0.3
Y	-0.27	Y	359.4
Z	0.10	Z	3.0

**Lateral**  
**Longitudinal**  
**Vertical**

# ROBOTIZED COUCH



# Progetto di miglioramento

- Motivazione del progetto: Revisione degli indicatori correnti per il monitoraggio dei processi
- Individuazione ed analisi delle cause:  
Obsolescenza degli indicatori in uso rispetto alla avanzata informatizzazione delle attività .
- Obiettivi previsti: Individuazione ed introduzione di nuovi indicatori.
- Indicatori e standard: Produzione di elenco di indicatori.
- Componenti del gruppo di progetto: Coord. Tecn. A. Ciuffreda, TSRM F. Mosconi, TSRM N. Mastrogiacomo, TSRM L. Avolio, TSRM A. Del Turco, Infermiere C. Coppi, Infermiere S. Bugani, Dr.ssa S. Magi, Dr.ssa F. Palleri, Dr. D. Balestrini, Dr.ssa O. Martelli, Dr C. Degli Esposti, Amministrativo R. Zocca.
- Responsabile del progetto: Dr. G. Frezza
- Risorse necessarie e costi previsti: Nessuna risorsa aggiuntiva necessaria.

<b><u>FASI</u></b>	<b><u>ATTIVITA'</u></b>	<b><u>TEMPI</u></b>
Individuazione degli Indicatori in uso	Raccolta e valutazione dei dati	31/12/2012
Individuazione dello strumento di Analisi	Valutazione e scelta dello strumento di analisi dei Processi, maggiormente utile alla contemporanea valutazione del rischio clinico	31/12/2012
Analisi dei Processi	Analisi proattiva del Processo di Radioterapia Esterna	31/07/2013
Individuazione dei nuovi Indicatori	Scelta degli Indicatori per il monitoraggio con particolare riferimento all'analisi del Rischio	15/09/2013
Verifica	Monitoraggio dei Processi sopraindicati mediante i nuovi Indicatori scelti	Ott./Dic. 2013
Validazione	Inserimento degli Indicatori nel SGQ	31/12/2013



# “LA SICUREZZA NELLE CURE DEL PROCESSO DI RADIOTERAPIA ESTERNA”

## METODI/STRUMENTI

- DIRETTIVE AZIENDALI DI RIFERIMENTO- AREA GESTIONE DEL RISCHIO
- ATTENZIONE AI REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
- ANALISI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA
- ANALISI PROATTIVA “FMECA” DEL PROCESSO

## ANALISI FMECA DEL PROCESSO

- FASI-ATTIVITA' (Figure Coinvolte)
  - VISITA-PRESA IN CARICO (Amministrativo, Infermiere, Medico)
  - PIANIFICAZIONE (T.S.R.M., Infermiere, Medico)
  - PRESCRIZIONE (Fisico Sanitario, Medico)
  - ESECUZIONE TERAPIA e VERIFICA (Fisico Sanitario, T.S.R.M., Infermiere, Medico)

# ANALISI FMECA DEL PROCESSO RADIOTERAPIA ESTERNA FASE: ESECUZIONE TERAPIA

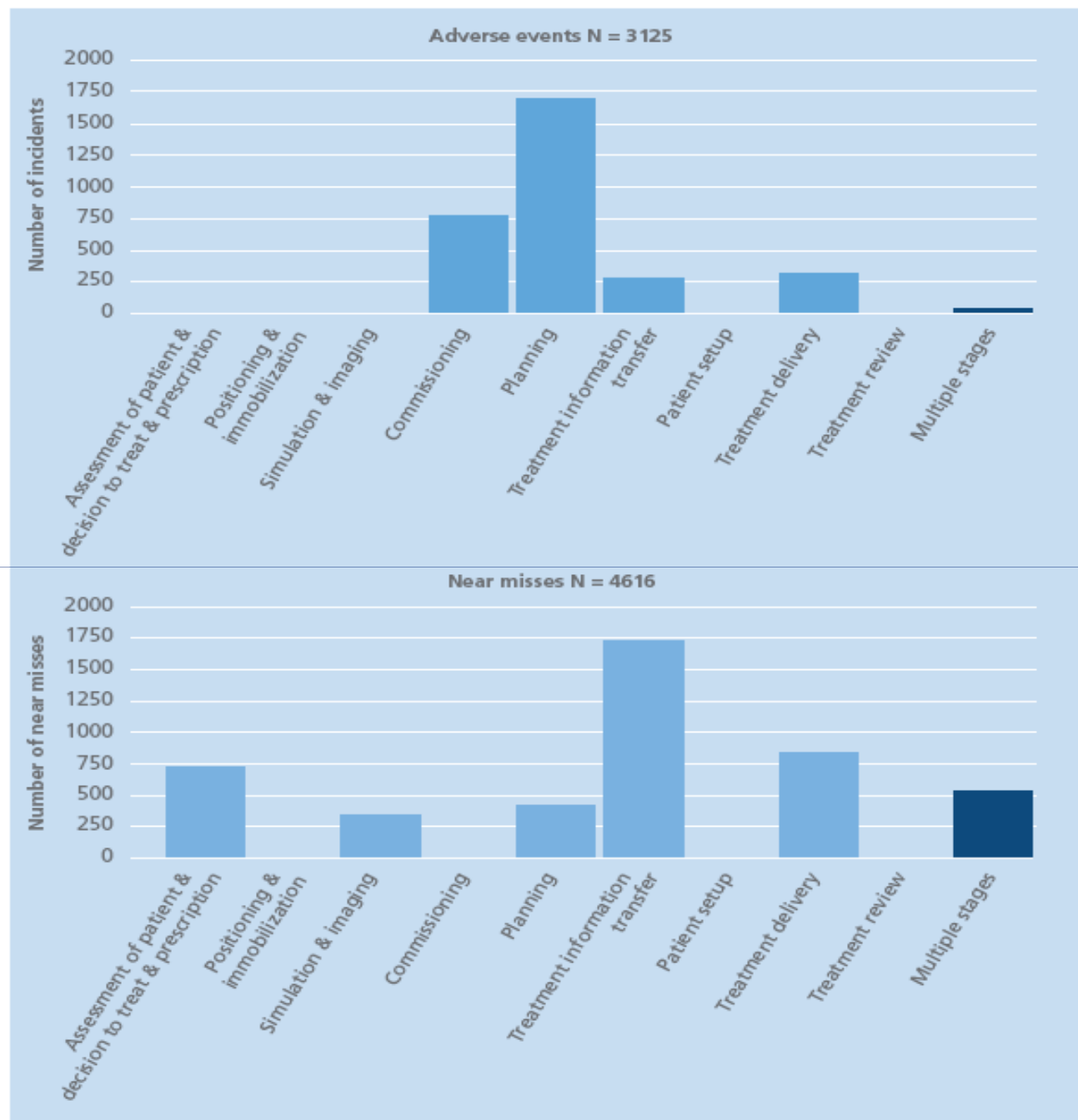
Possibili accadimenti	Fattori di contenimento presenti	Azioni di contenimento possibili	IPR GxPxR
Mancato controllo visivo del paziente in trattamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telecamere/ Monitors</li> <li>• Contatto audio</li> </ul>	Addestramento e adesione alle IIOO di UO	320 8x5x8
Mancata esecuzione controllo clinico programmato in corso di terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribuzione data di controllo</li> <li>• Agenda cartacea controlli</li> </ul>	Creazione agenda elettronica su Log80	294 7x6x7
Mancata/errata acquisizione immagini portali in 1.a seduta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica del Medico e Tecnico entro la giornata</li> </ul>	Controllo giornaliero del TSRM sull'invio ed approvazione immagini	240 8x6x5
Mancato aggiornamento ed approvazione delle modifiche note di set-up in corso di terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segnalazione per verifica alla seduta successiva</li> <li>• Segnalazione a Medico e Fisico per approvazione</li> </ul>	Aggiornamento Protocollo	224 8x4x7
Mancato/scorretto uso del bolus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto e note di set-up</li> </ul>		210 7x6x5
Mancata acquisizione immagini dopo richiesta revisione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserimento annotazione in agenda sulla seduta successiva</li> </ul>	Controllo giornaliero del TSRM sull'invio ed approvazione immagini	192 8x3x8
Mancata comunicazione interna di anomalie/guasti su apparecchiature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CQ periodici</li> <li>• Manutenzioni programmate</li> </ul>	Predisposizione di un modulo o procedura dedicati	144 4x6x6

# ATTIVITA', INDICATORI E STANDARD

<b>PRESCRIZIONE</b>	<b>Presenza di doppio check sul piano da parte del Fisico</b>	<b>100%</b>
<b>PRESCRIZIONE</b>	<b>Completezza di scheduling e preparazione al trattamento</b>	<b>100%</b>
<b>TIME-OUT</b>	<b>Tempi di attesa al trattamento secondo Protocollo RER e PDTA</b>	<b>&gt;90%</b>
<b>TIME-OUT</b>	<b>Presenza e completezza del Modulo di Consenso al trattamento</b>	<b>100%</b>
<b>TIME-OUT</b>	<b>Valutazione e gestione del sintomo dolore</b>	<b>&gt;95%</b>
<b>ESECUZIONE</b>	<b>Completezza Diario per prima seduta</b>	<b>100%</b>
<b>ESECUZIONE</b>	<b>Completezza di gestione e verifica immagini di set-up in prima seduta e in quelle successive</b>	<b>100%</b>
<b>ESECUZIONE</b>	<b>Completezza Diario durante il trattamento</b>	<b>&gt;90%</b>
<b>CONCLUSIONE</b>	<b>Presenza di Relazione finale a conclusione del trattamento</b>	<b>&gt;98%</b>

Processi	Sottoprocessi	Indicatori di monitoraggio	N° Cartelle in cui il dato è presente (01/09-31/12/2017)	%
VISITA	1° VISITA	Completezza di staging della patologia (>98%)	67/80	83%
	1° VISITA	Presenza e completezza del referto istopatologico (>98%)	70/80	87%
	1° VISITA	Valutazione del sintomo dolore (>98%)	76/80	95%
	1° VISITA	Compilazione modulo anamnestico al mdic (>98%)	17/19	89%
	1° VISITA	Referti compilati in modo completo al termine della 1° visita (>98%)	80/80	100%
	DEFINIZIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO	Completezza del Programma Terapeutico trascritto in Diario Log 80 (>98%)	79/80	98%
RADIOT. ESTERNA	PIANIFICAZIONE TIME-OUT	Presenza di Modulo consenso al mdc (100%)	19/19	100%
	APPROVAZIONE PIANO DI TRATTAMENTO	Presenza e completezza del Modulo di Consenso al trattamento (100%)	80/80	100%
	ESECUZIONE	Presenza di approvazione firmata del piano	80/80	100%
	ESECUZIONE	Completezza Diario di Log 80 per prima seduta (100%)	77/80	96%
	ESECUZIONE	Completezza di gestione e verifica immagini di set-up in prima seduta (100%)	80/80	100%
	ESECUZIONE	Completezza controlli pianificati e trascrizione in Diario di Log 80 durante il trattamento (>95%)	79/80	98%
	ESECUZIONE	Completezza verifiche periodiche di set-up (100%)	65/80	81%
	CONCLUSIONE	Presenza di Relazione finale a conclusione del trattamento (>95%)	80/80	100%
	CONCLUSIONE	Valutazione del sintomo dolore (>98%)	72/80	90%

Figure 4: Radiotherapy incidents (1976-2007) by the stages of treatment process



RADIOTHERAPY RISK PROFILE

Technical Manual



## 1.REPORTING

1.1 Paziente: NOME E COGNOME:  ID:

1.2 Evento rilevato:

### FASE DEL PROCESSO IN CUI SI E' VERIFICATO L'EVENTO:

PRENOTAZIONE/ACCETTAZIONE	<input type="checkbox"/>
PRIMA VISITA/FOLLOW-UP	<input type="checkbox"/>
SIMULAZIONE/PIANIFICAZIONE	<input type="checkbox"/>
APPROVAZIONE/PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/>
TIME-OUT	<input type="checkbox"/>
ESECUZIONE TERAPIA/CONTROLLI IN TERAPIA	<input type="checkbox"/>

DATA ACCADIMENTO EVENTO: \_\_\_\_\_

DATA SEGNALAZIONE EVENTO: \_\_\_\_\_

LINAC	<input type="text"/>
Modalità di trattamento	<input type="text"/>
# Fx erogate erroneamente	<input type="text"/>
Dose/frazione	<input type="text"/>
Distretto anatomico	<input type="text"/>
Intento trattamento	<input type="text"/>

DESCRIZIONE EPISODIO E MODALITA' DI RILEVAZIONE:

\_\_\_\_\_

COMPILAZIONE DELLA  
SCHEDA DI RILEVAZIONE  
DELL'EVENTO AVVERSO  
O NON CONFORMITA



INVIO DA PARTE DEL  
RILEVATORE AL  
GESTORE DELLE NON  
CONFORMITA'



IL GESTORE DELLE NC  
PRENDE VISIONE DELLE  
SEGNALAZIONI RICEVUTE E  
COMPILA LA PARTE DI SUA  
COMPETENZA DEL MODULO  
DI ANALISI



01.01.2014 – 31.12.2017

Pazienti trattati: 3947

Near miss: 84

Eventi avversi: 1

IL GESTORE COMPILA FOGLIO  
RIASSUNTIVO CON I DATI RELATIVI  
ALL'EVENTO AVVERSO O NC IN  
QUESTIONE (tempo di trattamento NC,  
tipologia, azione correttiva intrapresa,...)



LE NC RILEVATE VENGONO  
DISCUSSE IN UNA DELLE  
RIUNIONI MENSILI DI  
REPARTO PER EVENTUALE  
MODIFICA/INTEGRAZIONE DI  
ISTRUZIONI OPERATIVE



# PDTA E MEETING MULTIDISCIPLINARI DI PATOLOGIA

- PDTA Tumori della Mammella, PDTA Tumori del Polmone, PDTA Tumori del Colon-Retto, PDTA Tumori Cerebrali primitivi
- Descrizione dei processi e dei ruoli e delle responsabilità di ciascun operatore
- Condivisione con le Associazioni di Pazienti
- Audit

## Donna con neoplasia della mammella

codInd	Indicatore	Target	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 *
c10	% e n° pazienti con valutazione infermieristica del dolore ricoverate in oncologia, chirurgia senologica, radioterapia per neoplasia della mammella	> 95	97	95,65	99,3	99,65	99,35	100	99,69
c10a	% e n° pz con registrazione dello score NRS a due ore dal rientro dalla SO (area chirurgica)	> 70			98,98	100		88,89	100
c11	% e n° di pazienti con riduzione dello score del dolore tra misurazione con score > 3 e la successiva dopo trattamento (pz ricoverate in chirurgia)	> 90	85,71	100	100	100	100	97,06	100
c12	% e n° di pazienti con valutazione infermieristica durante il trattamento radioterapico per neoplasia della mammella	> 95	88	97	98,89	99,17	100	100	100
c13	% e n° di pazienti con valutazione infermieristica durante il trattamento chemioterapico per neoplasia della mammella	> 95	100	95,48	97,28	98,91	99,35	100	100
c14	% e n° pazienti che eseguono linfoscintigrafia in cui non si visualizza il linfonodo sentinella		0,25	0	0	0,44	0,4	0,2	0
c15	% pazienti che eseguono linfoscintigrafia in cui non si visualizza il linfonodo sentinella	>= 90		84,62	81,82	90,36	90	87,67	85,19
c16	% e n° pazienti operate per neoplasia della mammella per le quali è necessario avviare il percorso di trattamento linfedema e accedono entro i	>= 90			75	100	92,86		100
c17	% e n° di pazienti operate per neoplasia della mammella per le quali viene erogato counseling riabilitativo nei tempi previsti (entro 15 giorni dall'arrivo)	>= 90		100	97,44	100	93,62	100	100
c18	% e n° di pazienti operate per neoplasia della mammella per le quali è necessario avviare il percorso di trattamento linfedema e accedono entro i			2,69	4,76	2,18	2,55	5,42	0
c19	% e n° di pazienti operate per neoplasia della mammella per le quali viene erogata visita fisiatrica nei tempi previsti (15 gg dall'arrivo della richiesta)	< 30			25	20	16,67	31,58	26,09
c2	% e n° interventi eseguiti entro 60 giorni dall'ultima mammografia	>= 65	63,53	62,78	71,29	68,12	62,76	0	39,02
c20	% e n° di pazienti con neoplasia della mammella presi in carico c/o ambulatori di Cure Palliative Simultanee ed incarico in ADI / ANT						15,66	21,95	0
c21	% e n° di pazienti, presi in carico nelle Cure Palliative in ADI/ANT per neoplasia della mammella deceduti in ospedale						0	11,11	
c3	% e n° interventi eseguiti entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa	>= 80	74,19	70,13	78,73	83,37	79,28	76,16	72,96
c4	% e n° pazienti sottoposte a re-intervento entro 90 gg (escluso linfoadenectomia ascellare)	<= 4	11,45	10,53	7,94	7,53	4,98	0	3,14
c5	% di pazienti che iniziano la chemioterapia adiuvante entro 45 gg dal completamento dell'ultimo trattamento chirurgico		79,5	70,64	68,57	83,24	81,17	87,41	70,09
c5a	% e n° pazienti sottoposti a chemioterapia adiuvante entro 45 gg dall'intervento chirurgico conservativo per tumore infiltrante della mammella	> 75			78,95	81,25		86,9	70,27

\* 1° semestre 2017

Paziente affetto da neoplasia polmonare

codInd	Indicatore	Target	2012	2013	2014	2015	2016	2017 *
c16	Numero e % pz con neoplasia polmonare con compilazione scheda valutazione infermieristica durante il trattamento chemioterapico	> 95	90,62	100	96,53	96,64	100	100
c17	Numero e % pz. con neoplasia polmonare che ricevono un piano scritto di follow up al termine dell'iter terapeutico	> 90	100	100	100	100	100	100
c18	% di pazienti con neoplasia polmonare presi in carico c/o ambulatori di Cure Palliative Simultanee	> 20		14,38	24,38	30,92	10	13,33
c19	Numero di pazienti con neoplasia polmonare deceduti in ospedale per acuti nell'anno			23,33	12,87	19,42	15,15	13,92
c19a	% di pazienti con neoplasia polmonare in trattamento chemioterapico presso Oncologia OB – Oncologia Metropolitana presi in carico c/o ambulatori di Cure					15,79	0	0
c19b	% di pazienti con neoplasia polmonare presi in carico c/o ambulatori di Cure Palliative Simultanee ed incarico in ADI/ANT					39,69	33,51	37,61
c19c	Numero di pazienti, presi in carico nelle Cure Palliative in ADI/ANT per neoplasia polmonare deceduti in ospedale	< 35				13,16	7,69	
c2	Numero e % pz. con neoplasia polmonare operati entro 30 gg dall'inserimento in lista di attesa (escluso urgenze)	> 95	98,04	97,94	91,87	96,26	92,63	100
c3	Numero e % pz. con neoplasia polmonare con indicazione al trattamento chemioterapico che effettuano il trattamento in oncologia entro 30 gg	>= 95	94,84	95,42	98,27	93,29	95,83	91,3
c4	Numero e % pz. con neoplasia polmonare che iniziano radioterapia radicale entro 30 gg dalla visita radioterapica	> 80	30,23	65,38	65,38	25,42	35,1	0
c5	Numero e % pz. con neoplasia polmonare che iniziano radioterapia entro 30 gg dalla conclusione della chemioterapia (per i casi che effettuano	> 80	59,09	33,33	64,71	81,25	81,25	85,71
c6	Numero e % pz operati per neoplasia polmonare sottoposti a toracotomia esplorativa	< 10	0,77		0	0	0	0
c7	Numero e % pz operati per neoplasia polmonare deceduti entro 48 ore dall'induzione anestesiológica	< 5	0	0	0	0	0	0
c8	Numero e % pz. sottoposti a reintervento maggiore (toracotomia) per complicanze entro 30 gg dal primo intervento per neoplasia polmonare	< 5	1,54	0	1,27	0,64	0,69	1,54
c9	Numero e % pz operati presso le sedi previste dal percorso Aziendale		68,32	68,12	70,37	36,52	53,37	0
d1	% di pazienti con neoplasia polmonare che entro 1 anno dall'intervento hanno ricevuto una visita presso un ambulatorio di follow-up (chirur		59,09	56,07				0
d2	Numero e % pz con neoplasia polmonare in carico Assistenza Domiciliare (escluso occasionale) sul totale utenti con diagnosi da SDO di neoplasia		33,66	32,29	26,55	32,01	24,51	27,01
d3	% di pz in assistenza ADI MMG/ADI ANT/Hospice nei 6 mesi precedenti al decesso con neoplasia polmonare		71,94	73,97	64,79	73,22		0

\* 1° semestre 2017

# PDTA E MEETING MULTIDISCIPLINARI DI PATOLOGIA

- Meeting multidisciplinari per tutte le patologie oncologiche (mammella, polmone, colon retto, epato bilio pancreatico, encefalo, testa e collo, ginecologica, uro-genitale)
- Coinvolti chirurghi, oncologi, radioterapisti, radiologi, anatomo patologi, medici nucleari, specialisti d'organo
- Discussione di tutti i casi oncologici che possono aver indicazione a chirurgia, nonché di casi di interesse multidisciplinare

**MONITORAGGIO GRUPPI  
MULTIDISCIPLINARI DAL  
1/1 AL 31/12/2017**

<b>GRUPPO MULTIDISCIPLINARE</b>	<b>OPER. CHE RACCOGLIE I CASI E VERBALIZZA</b>	<b>PROPOSTA GIORNO DI INCONTRO - FREQUENZA - SEDE</b>	<b>NUMERO INCONTRI</b>	<b>NUMERO PAZIENTI DISCUSSI</b>
MAMMELLA	GAGLIANO STEFANIA CIPRIANO MICHELE CHIRURGO SENOLOGO	lunedì e Mercoledì - tutte le settimane OB	78 incontri	1458 casi discussi
POLMONE	GREZIO MASSIMO	Mercoledì - ogni 15 gg - OM	22 incontri	347 casi discussi
CEREBRALI	DALL'OLIO ELEONORA	Giovedì - tutte le settimane - OB	45 incontri	476 casi discussi
TESTA-COLLO	TURCO MARIANGELA	Martedì - ogni 15 gg - OB	24 incontri	471 casi discussi
GINECOLOGICI	GIROTTI PATRIZIA	Giovedì - Ogni 15 gg - OM	22 incontri	261 casi discussi
UROLOGICI	SOTGIA GIANFRANCA	Giovedì - Ogni 15 gg - OM	24 incontri	264 casi discussi
TUBO DIGERENTE - EPATOBILIOPANCREATICO	CASCONE CARMELO MELLONI MARZIA	Mercoledì - tutte le settimane OB / OM	50 incontri	900 casi discussi

## CONCLUSIONI

- Condivisione processi, ruoli e responsabilità
- Linguaggio comune
- Comunicazione (briefing, audit, MDT)
- Monitoraggio (audit)
- Segnalazione NC
- Trattamento NC e gruppi di miglioramento



*Qualità è Sicurezza!*

*Grazie!*

