SOMMARIO

Sommario 1

Premessa 2

1. Scopo/Obiettivi 2

1.1 Scopo 2

1.2 Obiettivi 2

2. Campo di applicazione 2

3. Modifiche alle revisioni precedenti 2

4. Definizioni 2

5. Matrice delle responsabilità/Attività ..... 3 - 6

6. Il Diagramma di flusso ..... 7 - 10

7. Indicatori/Parametri di controllo 11

8. Lista di Distribuzione 11

9. Riferimenti e Allegati ..... 11 - 12

9.1. Bibliografia / Sitografia ..... 11 - 12

9.2. Allegati ..... 13 - 28

000713

Redazione **Resp. U.O. Breast Unit Dott.ssa Flavia Tomasello**
Revisione: Dott.ssa Maria Amato - U.O. Qualità e Rischio Clinico
Verifica: Resp. UOS Gestione Qualità e Rischio Clinico Dott Antonio Capodicasa
Approvazione: Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore Requirez

Premessa

La condivisione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali costituisce un elemento fondamentale di governance delle reti oncologiche.
Nell'ambito di tale processo vengono valorizzate le buone pratiche cliniche e definiti i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei cittadini. Con il Decreto Assessoriale N° 1124 del 18 giugno 2018 è stata istituita la Commissione Oncologica Senologica Siciliana per l'individuazione di correttivi volti al superamento del fenomeno della mobilità extraregionale nell'ambito della patologia mammaria e con il compito di definire un PDTA di riferimento per le pazienti affetti da tumore della mammella.
Tale PDTA è stato definito e pubblicato in GURS n. 31 del 5 Luglio del 2019 ed è a questo modello che tale procedura fa riferimento.
Il presente documento rappresenta le modalità operative tramite le quali realizzare all'interno dell'ARNAS Civico di Palermo un percorso efficiente ed efficace capace di dare risposte appropriate alle necessità di salute delle pazienti cui esso viene applicato.

1. Scopo/Obiettivi

1.1. Scopo

Garantire una corretta allocazione di risorse indispensabili per rendere governabile a tutto vantaggio del paziente il miglior percorso di accertamento, diagnosi, cura e follow up di quest'ultimo se affetto da patologia oncologica della mammella.

1.2. Obiettivi

Garantire a tutti i pazienti affetti da tumore della mammella un percorso clinico diagnostico che tenga conto delle caratteristiche biologiche del tumore e dei bisogni del singolo paziente sotto gli aspetti della sicurezza delle cure e dell'appropriatezza delle stesse.

2. Campo di Applicazione

Tutti i pazienti afferenti all'ARNAS Civico di Palermo affetti da neoplasie della mammella.

3. Modifiche alle Revisioni Precedenti

Non esistono precedenti versioni di questo documento.

4. Definizioni/Abbreviazioni

Nessuna

5. Matrice delle Responsabilità

La paziente <u>dopo avere eseguito accertamenti specifici inerenti il sospetto diagnostico</u> accede alla "visita collegiale" durante la quale alla paziente e/o ad eventuali suoi accompagnatori, viene spiegata la situazione clinica desunta dagli accertamenti eseguiti e dall'esito istologico dell'agobiopsia ecoguidata eseguita nei giorni precedenti in radiologia.

FASE PRE INTERVENTISTICA – COMUNICAZIONE AL PAZIENTE							
	Figure Responsabili / Attività	Paz.	Oncologo	Chirurgo Mammario	Radiologo	Radio-terapista	Accettazione Medica
FASE PRE INTERVENTISTICA – COMUNICAZIONE AL PAZIENTE	Partecipano alla "visita collegiale" per la comunicazione alla paziente della situazione clinica	C	R*	R*	R*	R*	
	Spiega brevemente le caratteristiche biologiche della neoplasia riscontrata		R*	R*		R*	
	Descrive il percorso assistenziale che viene proposto alla paziente			R			
	Consegna alla paziente il Referto dell'esame istologico eseguito			R			
	Consegna alla paziente le relazioni cliniche e la richiesta di esenzione per patologia da presentare in ASP			R			
	Se la paziente accetta il percorso proposto, viene inserita in lista di attesa tramite compilazione del modulo aziendale di prenotazione (da inviare al fax numero 62209)			R*			
	Illustra i contenuti del Consenso Informato all'intervento alla paziente			R			
	Contatta la paziente ai numeri telefonici forniti in sede del colloquio secondo la lista di attesa e i criteri di priorità previsti dalla normativa						R
	Propone una data di preospedalizzazione come da Procedura Aziendale Delibera N.646 del 13 Aprile 2017						R

Legenda - R* Responsabile ognuno per le proprie competenze, C Coinvolto.

FASE PREOSPEDALIZZAZIONE PAD. 8 E PAD. 17					
	Figure Responsabili / Attività	Infermiere	Chirurgo Mammario	Anestesista	Radiologo
FASE PREOSPEDALIZZAZIONE PAD. 8 E PAD. 17	Invia la paziente presso la struttura aziendale per l'esecuzione del Tampone Antigenico Tipo E	R			
	Prende in carico la paziente per l'apertura della cartella clinica di prericovero dopo valutazione della documentazione di negatività al Covid esibita dalla paziente	R*	R*		
	Predispone cartella di prericovero e la raccolta dei dati anagrafici	R			
	Procede alla raccolta dei dati anamnestici ed all'Esame Obiettivo della paziente per la compilazione della cartella di pre-ricovero		R		
	Effettua la prescrizione degli esami		R		
	Esegue gli esami ematochimici prescritti e l'elettrocardiogramma	R			
	Invia il paziente alla U.O. Radiodiagnostica del PAD.8 per eseguire Rx torace		R*		R*
	Effettua la visita anestesiologica presso il Pad. 17C			R	
	Dopo aver spiegato al paziente il tipo di anestesia,somministra al paziente il Consenso Informato per la firma.			R	
	Concluse le attività diagnostiche di prericovero alla paziente si comunica la data di Ricovero		R		

Legenda - R* Responsabile ognuno per le proprie competenze

N. B. Il giorno concordato per il ricovero la paziente si presenta al Pad. 8 del 4°piano.

RICOVERO				
	Figure Responsabili / Attività	Infermiere	Chirurgo Mammario	Radiologo
RICOVERO	Invia la paziente presso la struttura aziendale per l'esecuzione del Tampone Antigenico Tipo D		R	
	Accolgono la paziente in reparto (apertura cartella di ricovero)	R*	R*	
	Visita il paziente e se necessario prescrive terapia		R	
	Effettua la tricotomia	R		
	Invia la paziente, accompagnata dal Chirurgo, al pad. 16 per effettuare "centratura ecografica"		R*	R*
	Invia la paziente presso Pad.16 per effettuare "centratura mammografica" se dalle indagini precedenti sono presenti calcificazioni		R*	R*
	Rivaluta tutte le informazioni cliniche prima di ammettere la paziente all'intervento.		R	

Legenda - R* Responsabile ognuno per le proprie competenze

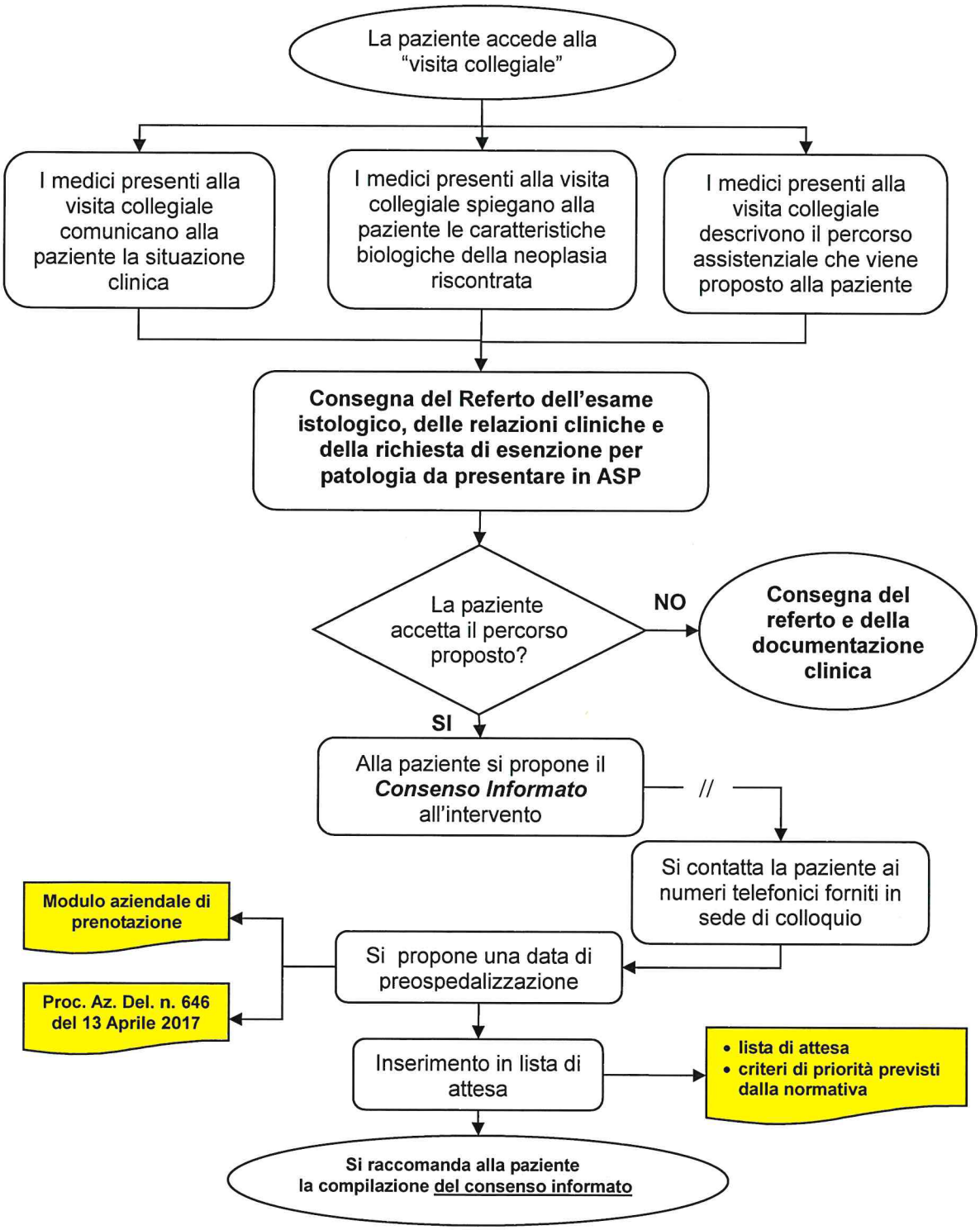
GIORNO DELL' INTERVENTO E FOLLOW UP

Figure Responsabili / Attività	Infermiere	Chirurgo Mammario	Anestesista	OSS
Reperisce un accesso venoso	R			
Somministra l'Antibiotico profilassi come da prescrizione in **STU** annotando l'ora della somministrazione, il farmaco e il dosaggio, sulla modulistica prevista	R			
Prepara il paziente (camice, calzari, cuffietta etc.) per l'accesso in sala operatoria	R			
Prende in carico il paziente per il trasferimento in sala operatoria (1 PIANO PAD 8)				R
Consegna all'equipe chirurgica in attesa in "prima sala" del Complesso Operatorio della Chirurgia Generale del Pad.8				R
Effettua la rivalutazione della documentazione clinica e documentale (check list sala operatoria)			R	
Esegue Intervento chirurgico		R		
Esegue il prelievo istologico per l'invio "in estemporanea" o secondo procedure consuete ad Anatomia Patologica		R		
Procede nell'intervento secondo le linee guida se l'Anatomia Patologica comunica il risultato dell'estemporanea.		R		
Monitora il risveglio e il post operatorio del paziente			R	
Dimette il paziente dal complesso operatorio se le condizioni cliniche lo consentono			R	
Trasporta il paziente in Breast Unit per la degenza				R
Redige la Relazione di Dimissione e la Prescrizione di eventuale terapia per la consegna al paziente		R		
Programma il follow up ambulatoriale		R		

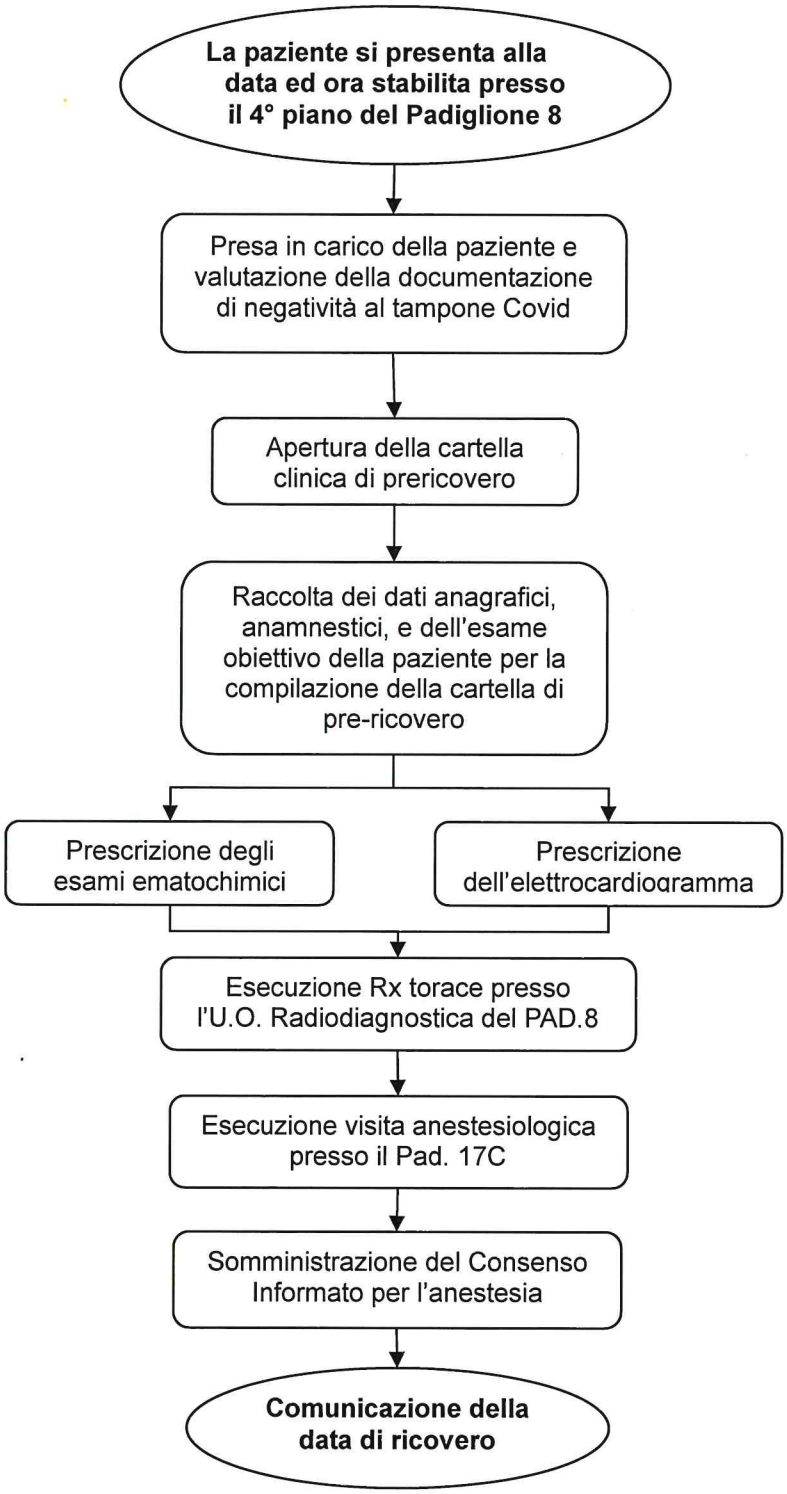
N.B. - Il Chirurgo mammario coadiuvato dall'infermiere effettua le medicazioni necessarie. Comunicazione alla paziente del referto istologico.

6. Diagramma di flusso

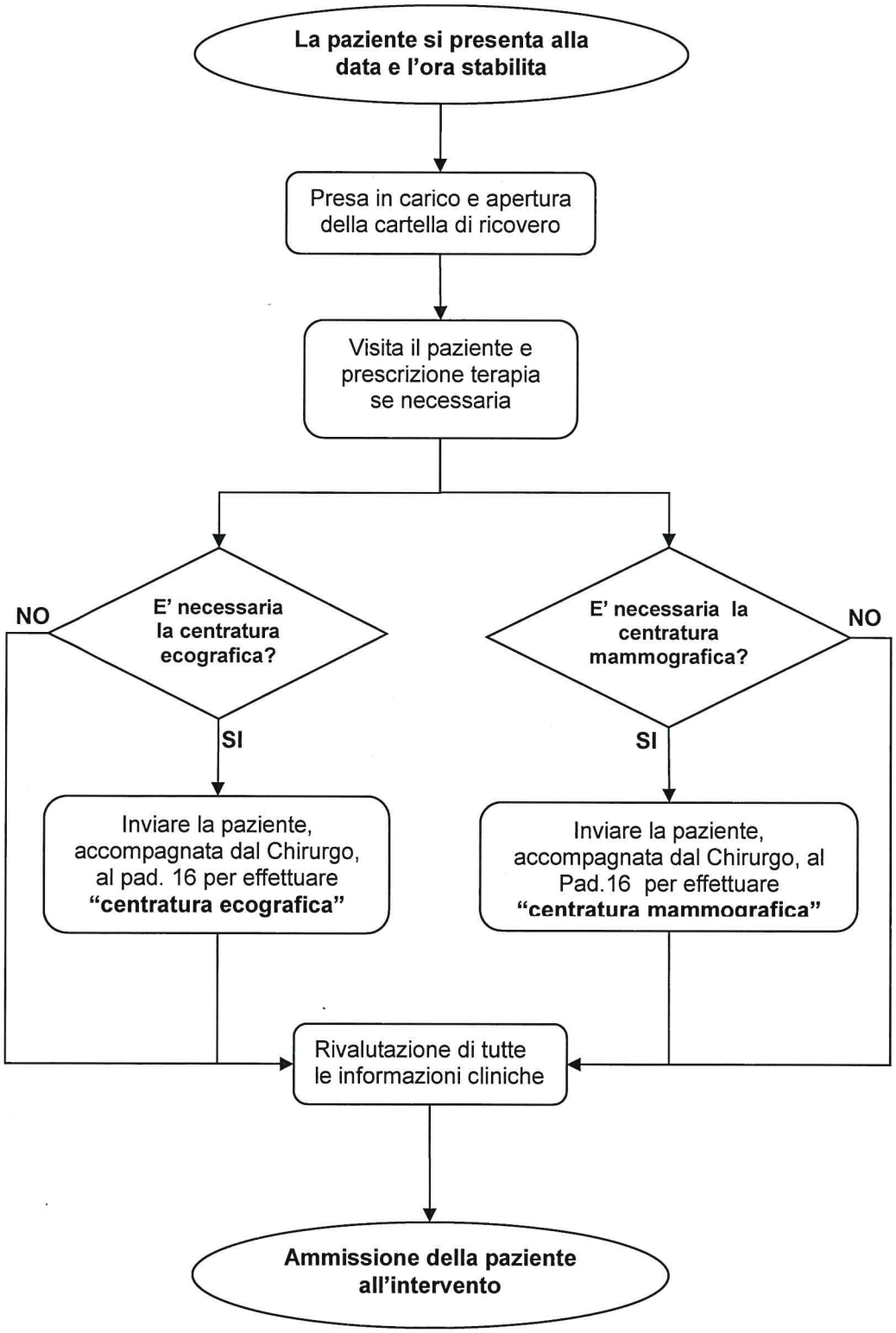
FASE PRE INTERVENTISTICA – COMUNICAZIONE AL PAZIENTE



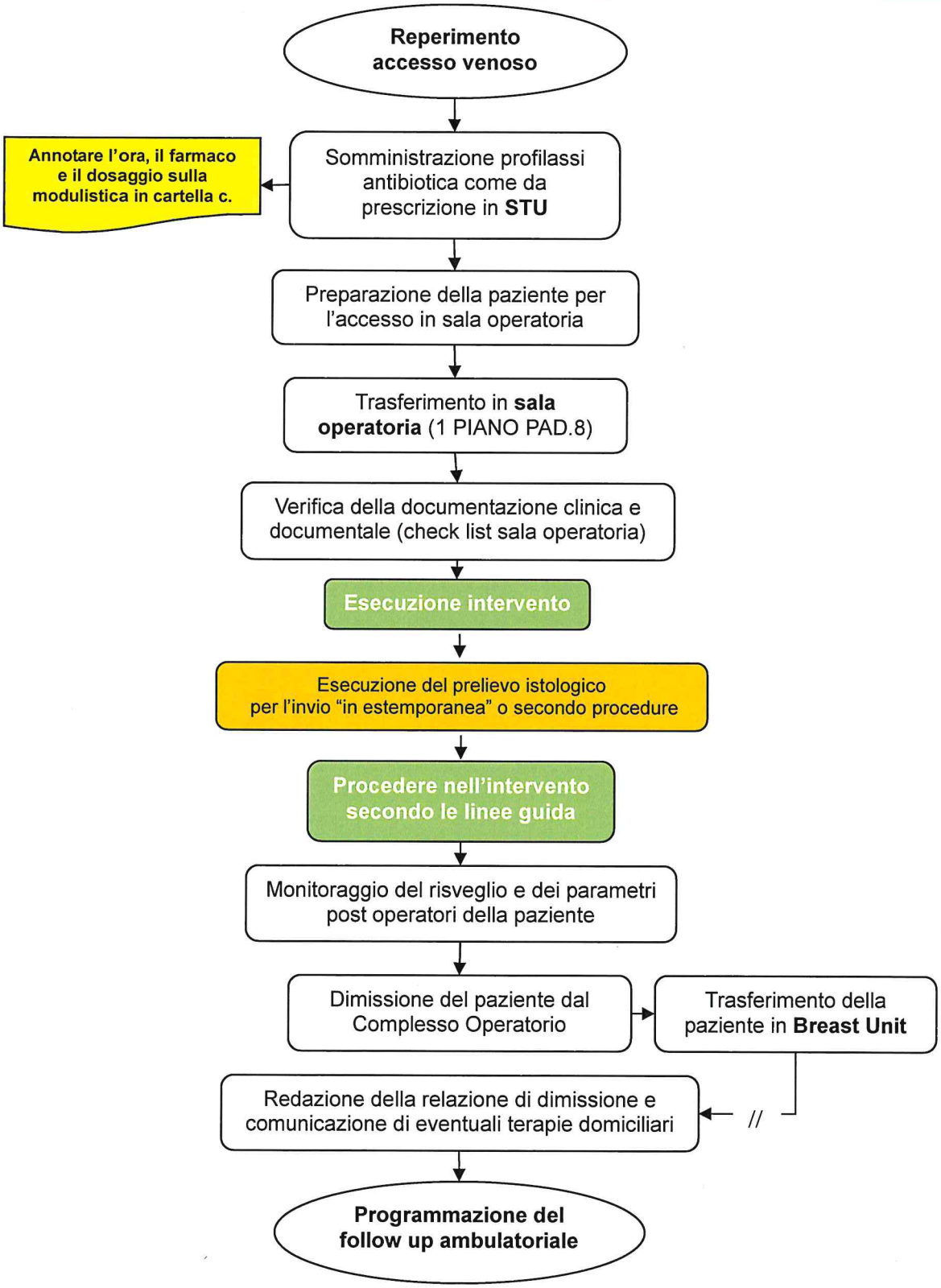
FASE PREOSPEDALIZZAZIONE PAD. 8 E PAD. 17



RICOVERO


La paziente si presenta alla data e l'ora stabilita
Presa in carico e apertura della cartella di ricovero
Visita il paziente e prescrizione terapia se necessaria
E' necessaria la centratura ecografica?
NO
SI
E' necessaria la centratura mammografica?
NO
SI
Inviare la paziente, accompagnata dal Chirurgo, al pad. 16 per effettuare "centratura ecografica"
Inviare la paziente, accompagnata dal Chirurgo, al Pad.16 per effettuare "centratura mammografica"
Rivalutazione di tutte le informazioni cliniche
Ammissione della paziente all'intervento

GIORNO DELL' INTERVENTO E FOLLOW UP



7. Indicatori/Parametri di Controllo

Visto **l'Atto Deliberativo n. 274 del 10 Marzo 2021** - Revisione ed integrazione Gruppo di Lavoro Aziendale **"Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale per la prevenzione, diagnosi e trattamento del tumore della mammella"** si propone per quanto succitato il monitoraggio degli Indicatori di Performance previsti nel PDTA "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale per la prevenzione diagnosi e trattamento del tumore alla mammella nella Regione Siciliana" **GURS del 5/7/2019 n.31** - (pag. 55) di cui **si allegano -** Indicatori da **SDO** richiamati nell'**Allegato 4** dell' **Intesa Stato - Regioni n. 185 del 18 dicembre 2014**.

8. Lista di Distribuzione

U.O. Oncologia, U.O. Breast Unit, U.O. Anatomia Patologica, U.O. Radiodiagnostica, U.O. Radioterapia, U.O. Medicina Nucleare, U.O. Genetica Molecolare, U.O. Direzione Medica di Presidio "Civico", U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico.

9. Riferimenti e Allegati

9.1. Bibliografia e Sitografia

- Laura Biganzoli, Fatima Cardoso, MarcBeishon, David Cameron, LuigiCataliotti, Charlotte E.Coles, Roberto C. Delgado Bolton, Maria Die Trill, Sema Erdem, Maria Fjell, Romain Geiss, Mathijs Goossens, Christiane Kuhl, Lorenza Marotti, Peter Naredi, Simon Oberst, Jean Palussière, Antonio Ponti, Marco Rosselli DelTurco,Isabel T. Rubio, Anna Sapino, Elzbieta Senkus-Konefka, Marko Skelin, BertaSousa, Tiina Saarto,Alberto Costa, Philip Poortmans. **"The requirements of a specialist breast centre."** The Breast 51 (2020) 65-84. https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003;
- Albreht T, Kiasuma R, Van den Bulcke M. **"Cancon Guide e improving cancer control coordination 2017."** **https://cancercontrol.eu/archived/cancercontrol.eu/guide-landing-page/index.html**;
- Cardoso F, Cataliotti L, Costa A, Knox S, Marotti L, Rutgers E, et al. **"European Breast Cancer Conference manifesto on breast centres/units." Eur J Canc 2017;72:244-50. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.10.023;**
- EUSOMA. **"The requirements of a specialist breast unit."** Eur J Canc 2000;36:2288-93.https://doi.org/10.1016/s0959-8049(00)00180-5;
- Cataliotti L, Costa A, Daly PA, Fallowfield L, Freilich G, Holmberg L, et al. **"Florence statement on breast cancer: forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer."** Eur J Canc 1999;35(1):14-5. https://doi.org/10.1016/S0959-8049(98)00384-0;
- European Parliament. **"Resolution on breast cancer in the enlarged European Union."** 18 October 2006 ,http://bit.ly/1XT0WTu; 2006.
- European Parliament. **"Written declaration submitted under rule 136 of the rules of procedure on the fight against breast cancer in the European Union."** 27 April 2015, http://bit.ly/1zS6aHB; 2015;
- Wilson AR, Marotti L, Bianchi S, Biganzoli L, Claassen S, DeckerT, et al. **"The requirements of a specialist breast centre."** Eur J Canc- 2013;49:3579-87. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2013.07.017;
- European Commission. **"European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis."** https://bit.ly/31YwoY0; 2006. fourth ed.;
- Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ. **"WHO classification of tumours of the breast. WHO classification of tumours"** fourth ed., vol.4; 2012. https://bit.ly/2NmFXvL;

- Del Turco MR, Ponti A, Bick U, Biganzoli L, Cserni G, Cutuli B, Decker T,Dietel M, Gentilini O, Kuehn T, Mano MP, Mantellini P, Marotti L, Poortmans P, Rank F, Roe H, Scaffidi E, van der Hage JA, Viale G, Wells C, Welnicka-Jaskiewicz M, Wengstöm Y, Cataliotti L. **"Quality indicators in breast cancer care." Eur J Cancer. 2010 Sep;46(13): 2344-56.**

- Jeffrey Landercasper, MD, Richard L. Ellis, MD, Michelle A. Mathiason, MS, Kristen A. Marcou, AA, Gayle S. Jago, RT (R)(M), Leah L. **"A Community Breast Center Report Card Determined by Participation in the National Quality Measures for Breast Centers Program."**
  The Breast Journal, Volume 16 Number 5, 2010 472–480;

- Jeffrey Landercasper, MD, Jared H Linebarger, MD, Richard L Ellis, MD, Michelle A Mathiason, MS
  Jeanne M Johnson, MD, Kristen A Marcou, AA, Brooke M De Maiffe, BA, Gayle S Jago.
  "A Quality Review of the Timeliness of Breast Cancer Diagnosis and Treatment in an Integrated Breast Center." J Am Coll Surg 2010; 210: 449–455. © 2010 by the American College of Surgeons;

- J. Hoffmann. **"Analysis of surgical and diagnostic quality at a specialist breast unit."**
  The Breast (2006) 15, 490–497;

- Marie Ferrua, Mélanie Couralet, Gérard Nitenberg, Sandrine Morin, Daniel Serin and Etienne Minvielle. **"Development and feasibility of a set of quality indicators relative to the timeliness and organisation of care for new breast cancer patients undergoing surgery."**
  BMC Health Services Research 2012, 12: 167;

- Maria Piera Mano, Antonio Ponti, Catia Angiolini, Luigi Cataliotti, Giacomo Datta, Livia Giordano, Pietro Panizza, Francesca Pietribiasi, Mario Taffurelli, Paolo Rovea, Donatella Santini, Mariano
  Tomatis e Marco Rosselli Del Turco. **"Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nelle Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa- Senonetwork."**
  Associazione Senonetwork Italia Onlus.

- **Il Network Dei Centri Italiani Di Senologia. Novembre 2013.**
- **Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia. Sito della conferenza Stato-Regioni.**
  http:// www.statoregioni.it/Documenti/DOC-04599-185%20%20CSR%20PUNTO%204.pdf;

- Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJG, Morrison DS. **"Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 woman."** Br Med J 2012; 344:1e9. http: //www.bmj.com/content/344/bmj.e2718;

- Knox, Susan."**The Europian patient advocacy perspective on specialist breast units and accreditation."**
  The Breast , Volume 24 , Issue 3 , 287 – 289.
  http: // www.thebreastonline.com/article/S0960 (15)00014-4 abstract **20.** Europa Donna Italia.

- **BREAST UNIT I CENTRI DI SENOLOGIA MULTIDISCIPLINARI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DEL TUMORE AL SENO.** http://www.europadonna.it

- GURS "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale per la prevenzione diagnosi e trattamento del tumore alla mammella nella Regione Siciliana" del 5/7/2019 n.31

9.2. Allegati

Allegato - Modulo aziendale di prenotazione

Allegato - Indicatori Breast

Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione	**Regolamento Aziendale** **Gestione Liste di attesa** **Modulo inserimento pazienti in lista** Da inviare al n. fax 62209 – Accettazione Medica	**Modulo A** **Rev. 0/0** **Del** ___/___/___

Unità Operativa_____ _____**Data di compilazione del modulo** __/__/____

- **Medico Proponente:**

Nome _____ Cognome_____ Matricola_____

- **Paziente:**

Nome_____ Cognome_____ Nato il_____

Luogo di Nascita _____ Cod Fiscale _____ _____

Residente:_____Via/Piazza_____n____ Cittadinanza_____

Stato Civile_____Istruzione_____Telefono_____/_____

- **Informazioni Lista di Attesa:**

Regime : Day Hospital ☐ Day Surgery ☐ Ric. Ordinario ☐

Data della visita_____/_____/_____/ Classe di Priorità: A B C D

(vedi tabella pag. 5 Regolamento Aziendale)

Diagnosi di accettazione_____ _____

Codice ICD-9-CM_____ Sottolista_____

Tipo di prestazione_____

- **Tipologia di Accesso Istituzionale:**

DEA ☐ Ambulatorio ☐ Ricovero ☐ ALPI ☐

n. cartella_____ (Allegare richiesta SSR) n. cart. prec._____ n. di fattura_____

Se "Day Service" inviare all'Accettazione Medica copia della richiesta SSR del Medico Proponente specificando:

DRG_____ Cod. Esenzione Patologia___/___ Esenzione reddito___/___

Firma del Medico_____n. badge_____ Firma del Paziente_____

N.B. Il modulo va compilato in ogni sua parte viceversa l'AM non potrà procedere all'inserimento in lista di attesa del paziente

Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Piazza Nicola Leotta 4 - 90127 Palermo

U.O. BREAST UNIT
CHIRURGIA MAMMARIA Padiglione 16
RESPONSABILE: Dott.ssa Flavia Tomasello
Dirigenti medici:
Dr . E.Gulotta, Dr. G.Imbornone Dr. O. Sanfilippo
N° TEL.091/666082 FAX:091/64271
E-mail breast.unit@amascivico.

Sig.ra_____ Anni_____ Peso Kg_____

Familiarità_____

Allergie_____

Comorbidità_____

Precedenti interventi chirurgici_____

c TNM

U1 U2 U3 U4 U5

R1 R2 R3 R4 R5

CI C2 C3 C4 C5

ESAME CLINICO

ECOGRAFIA MAMMARIA

MAMMOGRAFIA BILATERALE

ESAME CITOLOGICO

ALTRO_____

CONCLUSIONI E INDICAZIONI TERAPEUTICHE:_____

_____

FIRMA

ALLEGATO 3 - Elementi costituenti il cruscotto di controllo per l'attività di ricovero

A: IDENTIFICAZIONE

A01:	CODICE STRUTTURA	
A02:	DENOMINAZIONE STRUTTURA	
A03:	CODICE REPARTO	
A04:	CODICE BRANCA	

B: SET DI DATI

B01:	DIMISSIONI DALLA DATA	
B02:	DIMISSIONI ALLA DATA	
B03:	DATA ELABORAZIONE	
B04:	SDO TOTALI	
B05:	SDO ESCLUSE	

C: DATI DI ATTIVITA'

C01:	GG DEGENZA TOTALI		
C02:	TOTALE ACCESSI DH		
C03:	RICOVERI TOTALI		
C04:	N° DRG PRODOTTI		
C05:	DEGENZA MEDIA		
C06:	DEGENZA MEDIA PER RICOVERI SENZA TRASFERIMENTO		
C07:	MEDIA GG DEGENZA PRE INTERVENTO		
C08:	RICOVERI PROGRAMMATI	%	
C09:	RICOVERI PROGRAMMATI CON PREOSPEDALIZZAZIONE	%	
C10:	DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	

D: INDICI DI ATTIVITA'

D01:	INDICE DI CASE-MIX		
D02:	INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE		
D03:	DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER RICOVERI ORDINARI PROGRAMMATI	%	

ALLEGATO 4 - Indicatori Breast Unit

Gli indicatori di seguito elencati relativi alla valutazione della qualità delle cure per il carcinoma della mammella sono stati suddivisi in due gruppi di cui il primo fa riferimento agli indicatori calcolabili dai flussi informativi correnti in particolare attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera, registrate nel Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e che pertanto possono essere inclusi nel Programma Nazionale Esiti.

Il secondo gruppo comprende quegli indicatori che non sono calcolabili dai flussi nazionali ma lo sono a livello regionale; inoltre, il secondo gruppo comprende indicatori che potranno essere calcolati utilizzando le informazioni aggiuntive che saranno integrate nella prossima versione del SIO ed indicatori calcolabili utilizzando informazioni disponibili esclusivamente attraverso una raccolta ad hoc da condurre all'interno delle singole strutture, di seguito vengono riportati :

1. **Gruppo Indicatori da SDO:**
   -Indicatori calcolabili a livello nazionale utilizzando i dati SDO dai flussi correnti, inclusi nel PNE, calcolabili in tutte le regioni.
2. **Gruppo altri Indicatori:**
   -Indicatori calcolabili in via sperimentale solo per alcune regioni, utilizzando le informazioni dei Sistemi Informativi della farmaceutica e/o dell'assistenza specialistica,
   -Indicatori calcolabili utilizzando le informazioni aggiuntive (ad es stadio tumorale) che saranno integrate in futuro nel Sistema Informativo Ospedaliero.
   -Indicatori calcolabili utilizzando le informazioni raccolte nei processi di autovalutazione interna condotti dalle singole strutture.

1. Gruppo Indicatori da SDO

Per gli indicatori di seguito indicati sono state compilate le relative schede per ciascun indicatore al fine di renderne più agevole la misura. La validità degli indicatori misurati risente della qualità dei sistemi informativi ed i relativi limiti devono essere resi espliciti

SCHEDA INDICATORE 1			
NOME DELL'INDICATORE	*Volume di interventi peri carcinoma della mammella per struttura e anno*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*volumi*	**AREA**	*volumi*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*N. persone con primo ricovero nell'anno con diagnosi principale 174*, 198.81 o 233.0 e intervento con uno dei codici § nella struttura. Escludere le persone con eventuale ricovero nella stessa struttura effettuato nell'anno precedente con diagnosi e intervento per carcinoma della mammella* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *Codice fonte: ICD9CM*		
STANDARD ATTESO	*≥ 150 nuovi casi/anno*		
RIFERIMENTI NORMATIVI	*Regolamento standard H in corso*		
BIBLIOGRAFIA	P. J. Roohan et al Hospital volume differences and five-year survival from Breast Cancer American Journal of Public Health 1998 vol 88 N°3; Vrijens F et al Effect of hospital volume on processes of care and 5-year survival after breast cancer: A population-based study on 25.000 women. The Breast 21 (2012) 261-266; J. Hoffmann Analysis of surgical and diagnostic quality at a specialist breast unit. The Breast (2006) 15, 490-497; O. Odofin et al The Impact of Providing an oncoplastic Service on the Workload of a specialist Breast Unit; A.R.M. Wilson et al The requirements of a specialist Breast Centre EJC (2013) 49, 3579-3587		

Descrizione dell'indicatore

L'indicatore misura il volume degli interventi chirurgici per i nuovi casi anno, escludendo le persone con eventuale ricovero nell'anno precedente con diagnosi 174*, 198.81 o 233.0 nella stessa struttura .

NOTA: Una paziente che ha ricoveri per intervento in strutture diverse viene contata come primo caso in ogni struttura

Significato dell'indicatore

L'indicatore in esame consente di determinare i volumi di attività che giustificano la presenza di una breast unit, concorrono a tale volume i casi di tumore maligno e di carcinoma in situ della mammella

SCHEDA INDICATORE 2			
NOME DELL'INDICATORE	*Volume di nuovi interventi di resezione per tumore invasivo della mammella entro 90 giorni da un precedente intervento chirurgico*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*volumi*	**AREA**	*volumi*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*N. pazienti con nuovo intervento di resezione con diagnosi 174* e uno o più interventi con uno dei codici § effettuato entro 90 giorni da un precedente intervento per carcinoma in situ della mammella; rispetto a tutti gli interventi con codice § e diagnosi 174*.* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *Codice fonte: ICD9CM*		
STANDARD ATTESO	≤ 10%		
RIFERIMENTI NORMATIVI			
BIBLIOGRAFIA	European Guidelines for qualità assurance in breast cancer screening . Fourth edition European Commission 2006 charter 7 ; M. Rosselli Del Turco et al Quality Indicators in breast cancer care EJC 46 (2010) 2344-2356; M. P. Mano et al Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nella Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork www.senonetwork.it;		

Descrizione dell'indicatore
L'indicatore misura il volume delle pazienti con diagnosi 174* che vengono sottoposte a nuovo intervento chirurgici entro 90 giorni da un precedente intervento nella stessa struttura.
NOTA: Un paziente che ha ricoveri per intervento in strutture diverse viene contato come primo caso in ogni struttura. Nel caso di una errata attribuzione del codice diagnosi si ha uno shift dei dati.

Significato dell'indicatore
L'indicatore in esame consente di determinare i volumi dei nuovi interventi a cui vengono sottoposte le pazienti dopo 90 giorni da un precedente intervento con la stessa diagnosi.
Tale volume non dovrebbe essere superiore al 10%

SCHEDA INDICATORE 3			
NOME DELL'INDICATORE	*Volume di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico per carcinoma in situ della mammella*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*volumi*	**AREA**	*volumi*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*N. pazienti con nuovo intervento di resezione con diagnosi 233.0 e uno o più interventi con uno dei codici § effettuato entro 90 giorni da un precedente intervento per carcinoma in situ della mammella; rispetto a tutti gli interventi con codice § e diagnosi 233.0.* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *Codice fonte: ICD9CM*		
STANDARD ATTESO	**≤ 10%**		
RIFERIMENTI NORMATIVI			
BIBLIOGRAFIA	quelle indicate per l'indicatore precedente		

Descrizione dell'indicatore

L'indicatore misura il volume delle pazienti con diagnosi 233.0 che vengono sottoposte ad un nuovo intervento chirurgico di resezione effettuato entro 90 giorni da un precedente intervento nella stessa struttura.

NOTA: Un paziente che ha ricoveri per intervento in strutture diverse viene contato come primo caso in ogni struttura. Nel caso di una errata attribuzione del codice diagnosi si ha uno shift dei dati.

Significato dell'indicatore

L'indicatore in esame consente di determinare i volumi degli interventi a cui vengono sottoposte le pazienti con diagnosi di tumore in situ, dopo 90 giorni da un precedente intervento con la stessa diagnosi. Tale volume non dovrebbe essere superiore al 10%

SCHEDA INDICATORE 4			
NOME DELL'INDICATORE	*Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nella stessa seduta dell'intervento chirurgico demolitivo per tumore maligno della mammella*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*volumi*	**AREA**	*volumi*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*Numero di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore (codice procedura 85.53, 85.51, 85.7, 85.8) nella stessa seduta dell'intervento chirurgico demolitivo per tumore maligno della mammella diagnosi 174*, 198.81 e un intervento con uno dei codici §; rispetto a tutti gli interventi di ricostruzione o inserzione di espansore effettuati nell'anno.* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548', '85.54', '85.95'* *Codice fonte: ICD9CM*		
STANDARD ATTESO	**≥ 70%**		
RIFERIMENTI NORMATIVI	*Regolamento standard H in corso*		
BIBLIOGRAFIA	A.A. Devila et all "Immediate two stage tissure expander breast recontruction compared with one stage permanent implant breast reconstruction: a multi-institutional comparison of short –term complications		

Descrizione dell'indicatore

L'indicatore misura il volume delle pazienti con diagnosi 174* che vengono sottoposte a ricostruzione del seno effettuata durante la stessa seduta dell'intervento chirurgico di demolizione.

Significato dell'indicatore

L'indicatore in esame consente di determinare il volume degli interventi in cui le pazienti con diagnosi 174* ricevono contestualmente la procedura di demolizione e ricostruzione della mammella.

Tale volume dovrebbe essere superiore al 70%

SCHEDA INDICATORE 5			
NOME DELL'INDICATORE	*Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nei 12 mesi successivi all'intervento chirurgico demolitivo per tumore maligno della mammella*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*volumi*	**AREA**	*volumi*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*Numero di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore (codice procedura 85.53, 85.51, 85.7, 85.8) entro 12 mesi dall'intervento chirurgico demolitivo per tumore maligno della mammella diagnosi 174*, 198.81 e uno dei codici §; rispetto a tutti gli interventi di ricostruzione o inserzione di espansore effettuati nell'anno.* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *Codice fonte: ICD9CM*		
STANDARD ATTESO	**≤30%**		
RIFERIMENTI NORMATIVI	*Regolamento standard H in corso*		
BIBLIOGRAFIA			

Descrizione dell'indicatore

L'indicatore misura il volume delle pazienti con diagnosi 174* che vengono sottoposte a ricostruzione del seno effettuata entro 12 mesi dall'intervento chirurgico di demolizione.

Significato dell'indicatore

L'indicatore in esame consente di determinare il volume degli interventi in cui le pazienti con diagnosi 174* effettuano la ricostruzione della mammella non contestualmente all'intervento di demolizione.

Tale volume dovrebbe essere minore di 30%

SCHEDA INDICATORE 6			
NOME DELL'INDICATORE	*Proporzione di pazienti con TIS che non ha avuto dissezione ascellare*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*processo*	**AREA**	appropriatezza
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	Numeratore: N. persone con primo ricovero (^) con diagnosi principale 2330 e con uno dei codici di intervento § e non con il codice di intervento 4051 (dissezione ascellare) nella stessa SDO o in altra SDO Denominatore: N. persone con primo ricovero (^) con diagnosi principale 2330 e con uno dei codici di intervento § e con dissezione ascellare 4051 *(^) Escludere le persone con ricovero nell'anno precedente con diagnosi 174* o 2330* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *# Codici relativi a linfonodo sentinella e dissezione ascellare: '4051',*		
STANDARD ATTESO	*95%*		
RIFERIMENTI NORMATIVI			
BIBLIOGRAFIA	NCCN guidelines; M. Rosselli Del Turco et al Quality Indicators in breast cancer care EJC 46 (2010) 2344-2356; M. P. Mano et al Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nella Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork, www.senonetwork.it		

Descrizione dell'indicatore
L'indicatore misura la percentuale di pazienti trattati chirurgicamente in unica seduta o più sedute con tumore in situ che non ha ricevuto la dissezione ascellare rispetto al totale dei pazienti trattati.

Significato dell'indicatore
L'indicatore in esame permette di determinare l'appropriatezza dell'intervento chirurgico: la dissezione ascellare nei carcinomi in situ è da evitare, in considerazione delle caratteristiche biologiche della neoplasia. In casi selezionati può trovare indicazione la biopsia del linfonodo sentinella, ovvero quando sia presumibile la coesistenza di un carcinoma invasivo o microinvasivo

SCHEDA INDICATORE 7			
NOME DELL'INDICATORE	*Effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*processo*	**AREA**	*Tempi di attesa*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*Numeratore: N. persone con primo ricovero (^) con diagnosi principale 174* o 2330 e uno dei codici di intervento § e con data intervento entro 30 giorni dalla data di prenotazione* *Denominatore: N. persone con primo ricovero(^) con diagnosi principale 174* e uno dei codici di intervento §* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *(^) Escludere le persone con ricovero nell'anno precedente con diagnosi 174* o 2330, 198.81*		
STANDARD ATTESO	**90%**		
RIFERIMENTI NORMATIVI	Repertorio Atti n. 1488 dell'11 luglio 2002 CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DELL'11 LUGLIO 2002 PNGLA 2010-2012 e successivi		
BIBLIOGRAFIA	A.R.M. Wilson et al The requirements of a specialist Breast Centre EJC (2013) 49, 3579-3587; M. P. Mano et al Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nella Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork www.senonetwork.it		

Descrizione dell'indicatore

L'indicatore misura la percentuale di pazienti che riceve l'intervento chirurgico entro i 30 gg dalla indicazione delio specialista.

NOTA: Nota: si assume che la data di prenotazione coincida con la data di indicazione all'intervento.

Significato dell'indicatore

L'indicatore in esame consente di determinare la percentuale dei pazienti a cui è stata erogata la prestazione chirurgica entro il limite di tempo indicato

SCHEDA INDICATORE 8			
NOME DELL'INDICATORE	*Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo con un singolo intervento (esclusa ricostruzione)*	**AMBITO**	Carcinoma mammella
DIMENSIONE	*processo*	**AREA**	*appropriatezza*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*Numeratore: n. persone con primo ricovero nell'anno (^) con diagnosi principale 174* e uno o più codici di intervento § e # (tutti gli interventi con i codici § e # devono riferirsi ad un intervento effettuato nella stessa data)* *Denominatore: n. persone con primo ricovero nell'anno (^) con diagnosi principale 174* e uno o più codici di intervento § o # (gli interventi § e # possono essere anche in SDO o date diverse)* *(^) Escludere le persone con ricovero nell'anno precedente con diagnosi 174* o 2330* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *# Codici relativi a linfonodo sentinella e dissezione ascellare: '4023', '4051',*		
STANDARD ATTESO	*≥90%*		
RIFERIMENTI NORMATIVI			
BIBLIOGRAFIA	European Guidelines for qualità assurance in breast cancer screening . Fourth edition European Commission 2006 charter 7 ; M. Rosselli Del Turco et al Quality Indicators in breast cancer care EJC 46 (2010) 2344-2356; M. P. Mano et al Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nella Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork www.senonetwork.it;		

Descrizione dell'indicatore
L'indicatore misura la percentuale di pazienti trattati chirurgicamente in unica seduta rispetto al totale dei pazienti trattati in una o più sedute

Significato dell'indicatore
L'indicatore in esame permette di determinare l'appropriatezza dell'intervento chirurgico e l'accuratezza nello studio del caso nella fase prechirurgica

SCHEDA INDICATORE 9			
NOME DELL'INDICATORE	*Proporzione di pazienti con carcinoma in situ con un singolo intervento (esclusa ricostruzione)*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*processo*	**AREA**	*Appropriatezza*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*Numeratore: n. persone con primo ricovero nell'anno (^) con diagnosi principale 2330 e uno o più codici di intervento § o # (tutti gli interventi con i codici § e # devono riferirsi ad un intervento effettuato nella stessa data)* *Denominatore: n. persone con primo ricovero nell'anno (^) con diagnosi principale 2330 e uno o più codici di intervento § o # (gli interventi § e # possono essere anche in SDO o date diverse)* *(^) Escludere le persone con ricovero nell'anno precedente con diagnosi 174* o 2330* *§ Codici intervento alla mammella: '8520', '8521', '8522', '8541', '8542', '8543', '8544', '8545', '8546', '8547', '8548'* *# Codici relativi a linfonodo sentinella e dissezione ascellare: '4023', '4051',*		
STANDARD ATTESO	*≥90%*		
RIFERIMENTI NORMATIVI			
BIBLIOGRAFIA	European Guidelines for qualità assurance in breast cancer screening . Fourth edition European Commission 2006 charter 7 ; M. Rosselli Del Turco et al Quality Indicators in breast cancer care EJC 46 (2010) 2344-2356; M. P. Mano et al Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nella Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork		

Descrizione dell'indicatore

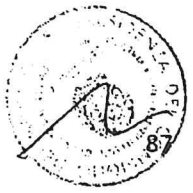
L'indicatore misura la percentuale di pazienti trattati chirurgicamente in unica seduta rispetto al totale dei pazienti trattati in una o più sedute

Significato dell'indicatore

L'indicatore in esame permette di determinare l'appropriatezza dell'intervento chirurgico e l'accuratezza nello studio del caso nella fase pre chirurgica

SCHEDA INDICATORE 10			
NOME DELL'INDICATORE	*Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo e linfonodo ascellare clinicamente negativo (US +/- FNAC/CNB-) con biopsia del linfonodo sentinella*	**AMBITO**	*Carcinoma mammella*
DIMENSIONE	*processo*	**AREA**	*XXX*
AGGIORNAMENTO DATI	*annuale*	**FONTI**	*SDO*
FORMULA MATEMATICA	*Non sono distinguibili dalla SDO i casi con linfonodo ascellare negativo. Si può solo calcolare la proporzione di pazienti con carcinoma invasivo (diagnosi 174*) e biopsia del linfonodo sentinella (intervento 4023) nella stessa o in un'altra SDO* *Numeratore: n. persone con diagnosi 174* e biopsia del linfonodo sentinella (intervento 4023) nella stessa o in un'altra SDO* *Denominatore: n. persone con diagnosi 174** È possibile ricavare questo indicatore prendendo il numero totale delle pazienti con intervento chirurgico per K invasivo. Da questi estrapolare il numero di quelli che hanno fatto il linfonodo sentinella e da questo valore sottrarre quelli che hanno fatto la dissezione ascellare		
STANDARD ATTESO	*90%*		
RIFERIMENTI NORMATIVI			
BIBLIOGRAFIA	NCCN guidelines; M. P. Mano et al Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nella Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork		

Descrizione dell'indicatore
L'indicatore misura la percentuale di pazienti trattati chirurgicamente con diagnosi 174* e biopsia del linfonodo ascellare.
Significato dell'indicatore
L'indicatore in esame permette di determinare l'appropriatezza dell'intervento chirurgico: la dissezione ascellare deve essere evitata quando possibile, poiché ha costi elevati in termini di complicanze funzionali, linfoedema, dolori, parestesie e limitazioni articolari



2. Altri Indicatori

	Indicatore	Standard minimo	Obiettivo
2.1	Proporzione di complicanze post operatorie a lungo termine* (linfedema nei vari gradi,etc):	< 20%	
2.2	Proporzione di pazienti avviate ad intervento con mammografia, ecografia , prelievo cito-microistologico e visita preoperatoria:	> 90%	> 90%
2.3	Recidive locali dopo chirurgia conservativa	≤5% a 5 anni	
2.4	Proporzione di pazienti con carcinoma non invasivo fino a 2 cm che hanno eseguito chirurgia conservativa	> 80 %	
2.5	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo fino a 3 cm (dimensione totale e componente Tis inclusa) che hanno eseguito chirurgia conservativa	> 70 %	
2.6	Proporzione di pazienti discussi all' incontro multidisciplinare per la discussione dei casi clinici	90%	99%
2.7	Inizio del trattamento chemioterapico per neoplasia e , comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista	80%	90%
2.8	Proporzione di diagnosi pre-operatoria definitiva (B5/C5)	80%	90%
2.9	Proporzione di carcinomi invasivi per i quali sono stati registrati i seguenti parametri prognostico-predittivi: tipo istologico, grado, stadio patologico (Te N), invasione vascolare peritumorale, distanza dai margini, ER&Pgr, HER2, Ki67	90%	95%

2.10	Proporzione di carcinomi non invasivi per i quali sono stati registrati i seguenti parametri prognostico-predittivi: tipo istologico, dimensione in mm, grado, distanza dai margini	90%	95%
2.11	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo e ascella clinicamente negativa (US +/- FNAC/CNB-) con biopsia del linfonodo sentinella	80%	90%
2.12	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo e dissezione ascellare con almeno 10 linfonodi esaminati	85%	98%
2.13	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo che hanno ricevuto RT post operatoria	80%	90%
2.14	Proporzione di pazienti con coinvolgimento dei linfonodi ascellari (>uguale pN2a) che hanno ricevuto RT dopo mastectomia	80%	90%
2.15	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo endocrino responsivo che hanno ricevuto ormonoterapia	80%	90%
2.16	Proporzione di pazienti con carcinoma non endocrino responsivo (T>1cm o linfonodi positivi) che hanno ricevuto chemioterapia	80%	90%
2.17	Numero pazienti con miglioramento del ROM (range of motion) della spalla valutato ad 1 mese dall'intervento, rispetto alla valutazione	98 %	
	Follow up		
2.18	Pazienti perse al follow up nei primi 5 anni (≤ 5%)	15%	5%
2.19	Intervallo libero da malattia per stadio**		
2.20	Sopravvivenza globale per stadio**		

* elenco di complicanze da definire

**Per questi due indicatori sarà utile individuare lo Standard minimo e l'Obiettivo da raggiungere sulla base dei dati ricavabili dal Registro Italiano tumori.