

FASI	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDATTA	Michele Montedoro	Responsabile Ss Dip Oncologia Medica - Ospedali Dell'emergenza	Giugno 2023	
	Riccardo Rossetti	Responsabile Ss Dip Oncologia E Cure Palliative		
	Mariana Cappannelli	Infermiera Staff qualità accreditamento		
VERIFICATA	Luigi Sicilia	Dirigente ff Staff Qualità Accreditamento	Giugno 2023	
APPROVATA	Ugo Paliani	Direttore dipartimento medico-oncologico	Giugno 2023	

INTRODUZIONE

Definizione del Servizio e campo di applicazione

Presentazione del Servizio

Informazioni e comunicazione esterna

Analisi del contesto ed esigenze delle parti interessate:

- SWOT analysis

POLITICA E PROCESSI

Politica del servizio

Descrizione dei processi principali di erogazione del servizio

- Flow chart del processo principale


PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO

Responsabilità (organigramma)

STANDARD DI QUALITÀ DEI PROCESSI (SCHEMA DI VERIFICA)

Elenco delle prestazioni

Riferimenti normativi, Linee guida

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "ONCOLOGIA MEDICA E CURE PALLIATIVE"	SDS REV 00 Data 20/06/2023 Pagina 3 di 14
--	---	--

INTRODUZIONE

Lo strumento standard di servizio rappresenta il principale documento di pianificazione del dipartimento medico e oncologico, nel quale sono descritte le regole per affrontare rischi e opportunità al fine di raggiungere gli obiettivi definiti nella politica della struttura e coerenti con il mandato aziendale ad essa attribuito.

Il presente documento descrive il processo di erogazione delle prestazioni delle unità operative di Oncologia Medica e Cure Palliative.

DEFINIZIONE DEL SERVIZIO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicazione, cioè l'ambito entro cui il servizio opera in conformità ai Requisiti Regionali di Accreditamento (RR. N.10 del 26 Settembre 2018), è rappresentato da: **“erogazione di prestazioni volte alla diagnosi e cura dei pazienti adulti affetti da tumori solidi.**

PRESENTAZIONE

La Ss Dip Oncologia Medica - Ospedali Dell'emergenza E La Ss Dip Oncologia E Cure Palliative fanno parte del Dipartimento Medico Oncologico ovvero, un'organizzazione integrata di strutture operative semplici e complesse alle quali afferiscono anche la gastroenterologia, l'endoscopia, e le UUOO di medicina.

Da un punto di vista gestionale ed organizzativo il dipartimento si connota di unità operative con finalità comuni e tra loro interdipendenti pur mantenendo ciascuna autonomia e responsabilità professionale propria.

*Nello specifico, l'**Oncologia medica** è articolata in:*


*- **Struttura Semplice Dipartimentale Oncologia Medica**, con sedi nel Presidio Ospedaliero di Città di Castello e Umbertide e nel Presidio Ospedaliero di Gubbio – Gualdo Tadino, svolge attività sia ambulatoriale che di ricovero finalizzato alla diagnosi, trattamenti e follow up dei pazienti adulti affetti da tumori sia solidi che ematologici;*

*- **Struttura Semplice Dipartimentale Oncologia E Cure Palliative**, con sedi negli ospedali di Assisi, Media Valle del Tevere e Trasimeno. L'attività ambulatoriale è finalizzata alla diagnosi, al trattamento e al follow up dei pazienti oncologici adulti affetti da tumori solidi.*

Un equipe multidisciplinare garantisce un approccio globale all'utente sia dal punto di vista medico che psicologico e comportamentale.

Le attività principali che connotano il processo di presa in carico sono:

- Inquadramento diagnostico
- Diagnosi e cura
- Gestione delle complicanze
- Follow-up delle principali neoplasie
- Educazione sanitaria.

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "ONCOLOGIA MEDICA E CURE PALLIATIVE"	SDS REV 00 Data 20/06/2023 Pagina 4 di 14
--	---	--

Le attività indicate si traducono in prestazioni di valutazione clinica, chemioterapia, terapia ormonale, terapia immunologica, terapia mediante farmaci a bersaglio molecolare. Oltre alle visite e trattamenti vengono effettuate anche prestazioni biotiche osteomidollari e aspirati midollari, paracentesi.

*Al fine di integrare e coordinare gli interventi e le relative prestazioni sanitarie, nel dipartimento medico-oncologico, sono stati istituiti i **GOM** ovvero i Gruppi Oncologici Multidisciplinari per mammella, apparato gastroenterico, tumori ginecologici, tumori urologici.*

Nel dipartimento è possibile usufruire anche di:

- servizio di Psico-Oncologia di supporto sia all'utente che ai familiare e/o caregiver che ne facciano richiesta;
- attività di cure palliative precoci e simultanee in regime ambulatoriale per pazienti con neoplasia in fase avanzata;
- attività ambulatoriale dietetica .

Ai fini della qualità della prestazione erogata non va sottovalutato il notevole contributo dalle associazioni di volontariato del terzo settore.

INFORMAZIONI E COMUNICAZIONE ESTERNA

Tutte le informazioni relative ai servizi del Dipartimento Medico Oncologico sono reperibili nel sito internet dell'USL UMBRIA1 all'indirizzo <https://www.uslumbria1.it/servizio/oncologia-2/> , in particolare

Medicina: <https://www.uslumbria1.it/ospedali/>

Oncologia: <https://www.uslumbria1.it/servizi/oncologia>

Gastroenterologia: <https://www.uslumbria1.it/servizi/gastroenterologia-endoscopia-digestiva>


ANALISI DEL CONTESTO

Nel pianificare il proprio sistema di gestione l'organizzazione tiene conto del suo contesto, dunque dei fattori interni ed esterni rilevanti per le sue finalità e indirizzi strategici, delle esigenze e aspettative della parti interessate e determina rischi e opportunità che è necessario affrontare per:

- fornire assicurazione che il sistema di gestione possa conseguire i risultati attesi;
- accrescere gli effetti desiderati;
- prevenire o contenere gli effetti indesiderati;
- conseguire il miglioramento.

SWOT ANALYSIS

SWOT ANALYSIS			
		Carattere del fattore	
		Positivo	Negativo
Origine del fattore	Interno	Punti di Forza (S) <ul style="list-style-type: none"> ➤ partecipazione e presenza di gruppi multidisciplinari; ➤ tempi di risposta alle richieste; ➤ presa in carico del paziente; ➤ fidelizzazione; 	Punti di debolezza(W) <ul style="list-style-type: none"> ➤ frammentazione delle piattaforme informatiche in particolare la mancata interazione (aziendale ed interaziendale) tra il gestionale LOG 80 e i sistemi informativi del dipartimento dei servizi. ➤ carenza del personale; ➤ insufficiente numero posti letto in degenza Hospice ➤ insufficiente dotazione organica delle cure palliative domiciliari ➤ burnout
	Esterno	Opportunita'(O) <ul style="list-style-type: none"> ➤ maggiore possibilità di partecipazione ai GOM da parte dei professionisti sanitari ➤ associazioni e volontariato; ➤ accreditamento; ➤ aggiornamento e formazione; ➤ evoluzione tecnologica ➤ donazioni ➤ Sviluppare e/o applicare PDTA per patologie (mammella e polmone) Regionali 	Minacce(T) <ul style="list-style-type: none"> ➤ cure palliative disomogenee; ➤ cattiva informazione dei mezzi di comunicazione

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "ONCOLOGIA MEDICA E CURE PALLIATIVE"	SDS REV 00 Data 20/06/2023 Pagina 6 di 14
--	---	--

Commento alla SWOT :

Alla luce delle informazioni relative al contesto verranno prese in considerazione azioni atte a contenere e gestire i punti di debolezza e le minacce emerse nella Swot Analysis facendo leva sulle opportunità ormai da anni consolidate nel servizio.

POLITICA E PROCESSI


Si riporta di seguito la politica della qualità che il servizio di oncologia medica intende adottare.

Nello specifico viene descritto in che modo il servizio si **impegna a dare risposta** a quanto dichiarato nella Vision Aziendale:

VISION AZIENDA	MISSION STRUTTURA
Promozione della salute	Fornire consigli ai pazienti e familiari per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie oncologiche (es: fumo, screening, attività fisica, dieta)
Accessibilità alle prestazioni, equità e tempi	<p>Garantire tempi di attesa di prima visita secondo RAO (U:3 giorni e B: 10 g) e presa in carico per le visite di controllo</p> <p><i>assicurare l'accesso come CUP di 2° livello per la prenotazione di visite oncologiche e indagini diagnostiche.</i></p> <p><i>Accesso alla documentazione clinica come da PGA50 Modalità di rilascio della documentazione sanitaria</i></p>
Accessibilità alle strutture, comfort, igiene e sicurezza	<p>Attenzione all'accoglienza e alla permanenza dei pazienti che rimangono nel servizio per terapie prolungate</p> <p><i>Accessibilità ai servizi senza barriere architettoniche</i></p> <p>Rispetto delle procedure di sicurezza aziendali, con particolare in riferimento alla PGA 79 "Somministrazione antineoplastici e gestione complicanze"</p>
Informazione, comunicazione e trasparenza	Garantire una corretta informazione in tutte le fasi sia diagnostiche che terapeutiche

VISION AZIENDA	MISSION STRUTTURA
	della malattia, con attenzione globale alla persona malata
	Raccogliere il consenso informato come da PGA07, compresa l' indicazione delle persone da coinvolgere nella comunicazione sul percorso di cura del paziente
	Rilasciare il referto ad ogni accesso ambulatoriale o ad ogni trattamento
	Tutelare la riservatezza nei colloqui con i pazienti e familiari nell'espletamento delle prestazioni sanitarie e la privacy come previsto dalla GDPR 2016/679 e D.L.vo 101/2018
Tutela ed ascolto	Assicurare una tempestiva ed efficace gestione dei reclami, anche applicando la PGA 01 "Gestione reclami"
	Garantire rapporti continuativi con le associazioni di malati e cittadini
Accoglienza, aspetti relazionali e umanizzazione	Attenzione alle esigenze psicologiche, culturali, sociali ed etniche dei pazienti
	Riconoscibilità del personale attraverso divise dotate di supporti identificativi (nome, cognome, qualifica, UO di appartenenza)
	In caso di ricovero possibilità di assistenza integrativa non sanitaria come da procedura aziendale ed in ambulatorio accompagnatore ammesso quando necessario
	Attivazione della mediazione culturale in caso di barriere linguistico culturali
	Garanzia di supporto nella gestione del dolore e di altri sintomi (anche applicando quanto previsto dalla PGA 37 Gestione delle cure palliative precoci nel paziente oncologico) e attivando i servizi di cure palliative domiciliari
Percorsi clinici ed assistenziali	Aderenza alla medicina basata sulle evidenze scientifiche più recenti sia nelle fasi diagnostiche che terapeutiche
	Garanzia di continuità assistenziale tra rico-

VISION AZIENDA	MISSION STRUTTURA
	<p>vero ordinario e attività ambulatoriale</p> <p>Uniformare i comportamenti degli operatori per diminuire il rischio clinico e garantire sempre e comunque alti livelli qualitativi clinico-assistenziali</p> <p>Garantire la continuità assistenziale mediante dimissioni protette e collaborazione con l'assistenza domiciliare</p>
Valutazione standard di qualità	<p>Implementare il sistema di gestione qualità in conformità ai requisiti di accreditamento del regolamento regionale n.10 del 26 Settembre 2018</p> <p>Aderire al percorso "rischio clinico" con l'attuazione di incident reporting, gestione delle non conformità, individuazione e analisi dei rischi</p> <p>Progettare la formazione del personale sia in ambito clinico-assistenziale sia finalizzata allo sviluppo di competenze relazionali, di lavoro di gruppo e l'attenzione ai pazienti e caregiver</p>

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "ONCOLOGIA MEDICA E CURE PALLIATIVE"	SDS REV 00 Data 20/06/2023 Pagina 9 di 14
--	---	--

DESCRIZIONE DEI PROCESSI PRINCIPALI DI EROGAZIONE

Il processo di erogazione del servizio in oncologia ha inizio quando un utente manifesta la necessità di eseguire una visita medico-oncologica attraverso la presentazione della richiesta di prestazione effettuata dal Medico specialista o dal MMG / PLS.

In caso di ricovero, come in ogni ricovero il percorso prevede che all'accesso in ospedale faccia seguito l'anamnesi medica dell'oncologo e l'accertamento infermieristico. La cartella clinica informatizzata è lo strumento che consente di documentare l'inquadramento clinico-diagnostico del paziente, poiché in essa sono contenuti dati ed informazioni sulla diagnosi (referti di esami strumentali, di laboratorio e referti istologici) e la cura dello stato morboso. Attraverso la sua consultazione è possibile reperire dati anagrafici, anamnestici, clinici e farmacologici nonché i consensi informati del paziente a pratiche e procedure sia mediche che farmacologiche. A tale proposito, va ricordato che l'UO di Oncologia Medica è parte della Rete Oncologica Regionale dell'Umbria ed utilizza quindi, per le terapie antitumorali, il Sistema Computerizzato Unico Regionale Log 80. L'accertamento infermieristico, attraverso la raccolta sistematica di dati sui bisogni assistenziali, problemi e necessità sia reali e potenziali del paziente, si connota come un momento importante del processo di assistenza ospedaliera che, insieme alla formulazione della diagnosi infermieristica, alla pianificazione e attuazione degli interventi ed alla valutazione degli esiti, consente di rispondere in maniera adeguata e tempestiva alle reali necessità del paziente.

Per le visite ambulatoriali di primo accesso, l'utente presenta al servizio l'impegnativa del curante e la tessera sanitaria per la prenotazione della visita, che può essere effettuata direttamente al CUP (RAO A o B).

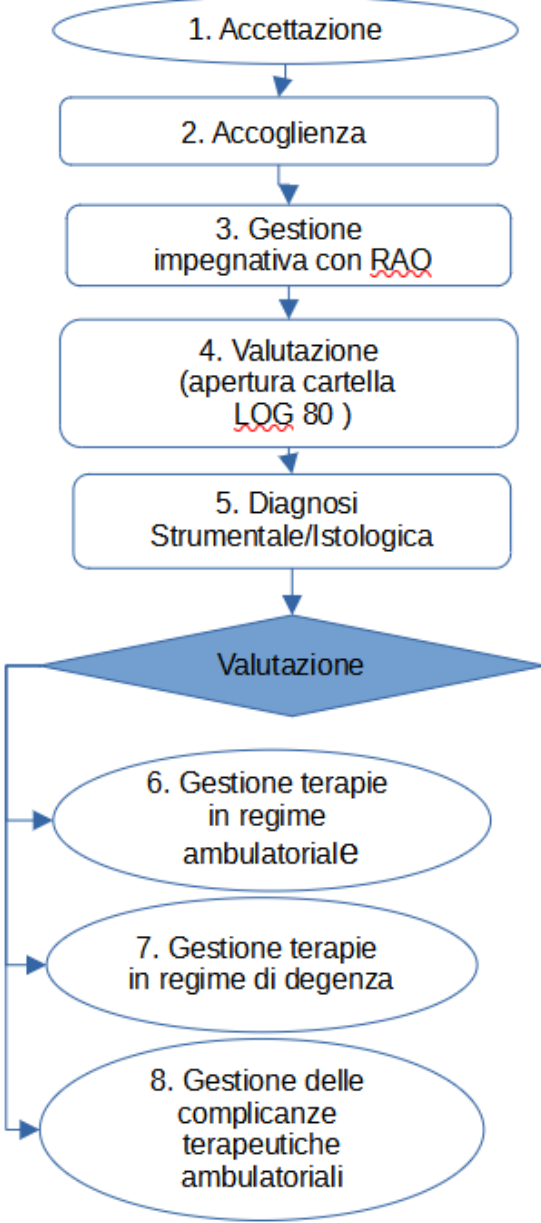
Per le visite di controllo e follow-up, le richieste e la programmazione delle prestazioni successive avvengono mediante la piastra ambulatoriale e il CUP di II livello.


E' molto importante che il paziente **porti in visione tutta la terapia in atto a domicilio, comprese anche terapie non farmacologiche** (esempio: prodotti omeopatici o altro).

Identificata la diagnosi, impostata la terapia, si procede alla somministrazione della stessa nel rispetto delle procedure e dei protocolli aziendali

DESCRIZIONE DEI PROCESSI PRINCIPALI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO FLOW CHART DEL PROCESSO PRINCIPALE

FLOW CHART ONCOLOGIA AMBULATORIALE

INPUT		OUTPUT
Richiesta di visita Oncologica		Lettera di dimissione o follow up
Proceduta/ Istruzione operativa		Indicatori di processo
Procedura consenso dati sensibili		- Tempi di attesa tra richiesta/visita effettuata;
Procedure di gestione prenotazioni CUP (II livello)		- % appropriatezza RAO;
Istruzione di funzionamento (LOG 80)		- Tempi tra richiesta esame strumentale /effettuazione esame
LG delle società scientifiche sulla diagnosi strumentale/istologica trattamenti (AIOM)		- Rispetto tempi tra prescrizione/somministrazione
PGA Prescrizione /somministrazione terapia		Risorse :
PGA 79 somministrazione antineoplastici e gestione complicanze rev_01_19		- Umane
Le ulteriori PO e PGA in uso nel processo sono descritte nel MOD 01 PGS01 "gestione dei documenti e delle registrazioni"	- Tecnologiche	
Fasi operative/ rischio	- Informatiche	
Vedi pagina successiva	Miglioramento	
Indicatori di esito	- Triage all'accettazione;	
- monitoraggio dei tempi di attesa: % prestazioni RAO (19-21) classe "B" erogate entro i giorni stabiliti	- Agenda informatizzata gestita da amministrativo;	
- Sistema Valutazione Performance: N° ricoveri medici ordinari oltre soglia per utenti >=65aa	- Incremento spazi camere	
- Attività di diagnostica per ricoverati (Fonte RIS-LIS): N° Prestazioni per ricoverati		
- Attività di specialistica ambulatoriale per Dipartimento (Fonte CUP): N° prestazioni per esterni		
- Attività di ricovero: N° dimessi totali		

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "ONCOLOGIA MEDICA E CURE PALLIATIVE"	SDS REV 00 Data 20/06/2023 Pagina 11 di 14
--	---	---

Fasi operative e rischio

Di seguito sono indicate , in relazione alle fasi operative del processo, i possibili “ rischi “ ovvero le “criticità” individuate:

Fase1:

- mancanza di percorsi per immunodepressi;
- mancanza di agenda elettronica;

Fase 2-3:

- appropriatezza prescrittiva (RAO);
- paziente straniero non assistito;

Fase 4:

- piattaforme non comunicanti;

Fase 5:

- lunghi tempi di attesa per esami strumentali e referti istologici;
- inadeguatezza ambulatori;

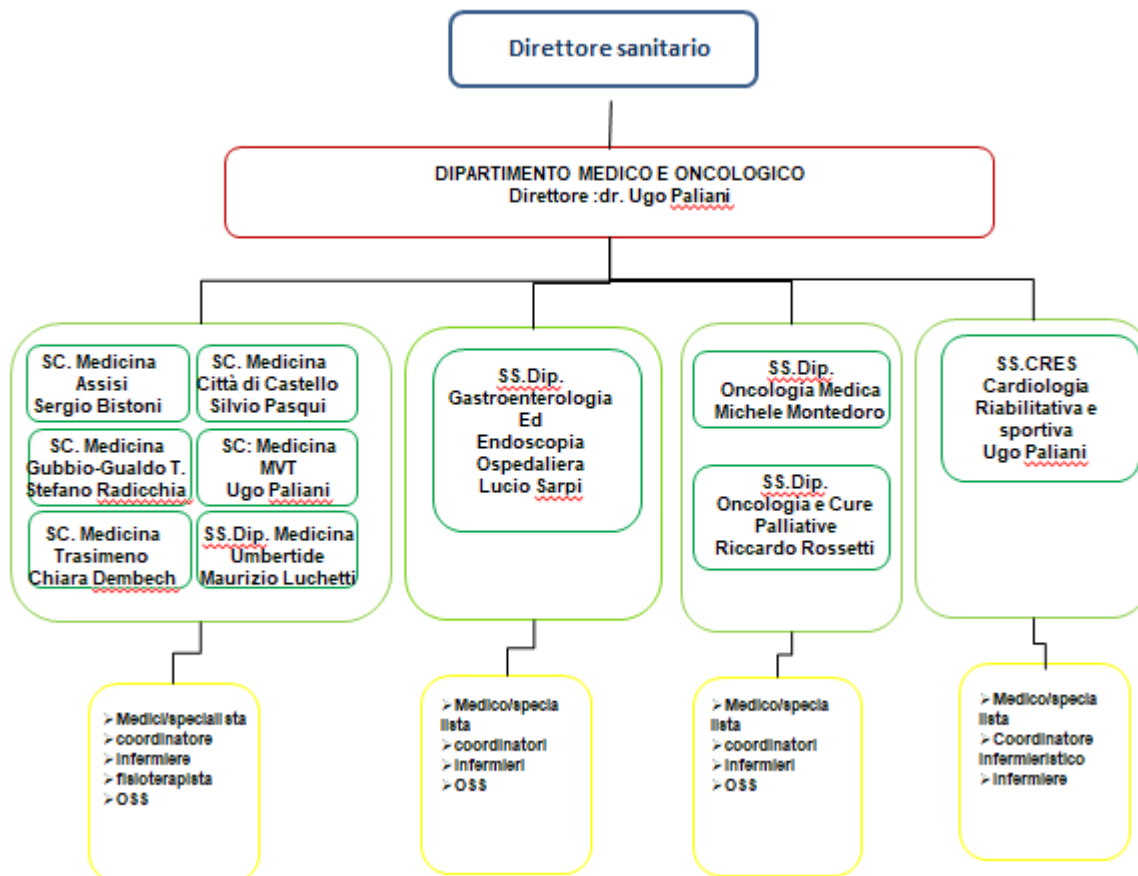
Fase 6:

- ritardo nella consegna dei farmaci dal laboratorio centralizzato;
- affollamento camere, promiscuità
- carenza personale infermieristico.

PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO E RESPONSABILITÀ


Organigramma e funzionigramma rappresentano l'articolazione organizzativa del dipartimento in generale e del servizio nello specifico. L'organigramma descrive, schematicamente, le relazioni e, ove possibile, la gerarchia tra i diversi attori dell'organizzazione. Il funzionigramma descrive invece in maniera esplicita le diverse azioni che competono alle figure individuate.

Organigramma



Funzionigramma

In allegato al presente documento (Mod.01SDS)

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "ONCOLOGIA MEDICA E CURE PALLIATIVE"	SDS REV 00 Data 20/06/2023 Pagina 13 di 14
--	---	---


Standard di qualità dei processi

Obiettivo	Fattore critico (tipo 1Q)	Fonte dati	Tipo Q e frequenza rilevazioni	Responsabile Rilevazione	Indicatore (formula)	Standard/ valore atteso
Accettazione	Accessi impropri	Direzione	O; Annuale	Direzione aziendale	N. accessi impropri/Totali	<5%
Accoglienza	incompletezza documentale	<i>Cartella clinica</i>	P; Semestrale	<i>Responsabile del servizio</i>	N. pz con documentazione incompleta/N. pz totali	<5%
Soddisfazione dell'utenza	Qualità assistenziale	<i>direzione aziendale di presidio</i>	O; Annuale	<i>Direzione del servizio</i>	N. segnalazioni per disservizi /tot pz.	≤5%
Verifica RAO	Inadeguato codice di priorità	Impegnati va dem.	annualmente	Dirigente Medico che effettua la prestazione	N° RAO appropriati	95%

¹Standard da letteratura, esperienza, aziendale ecc.

Tipo di qualità : O=organizzativa,P=professionale,C=cliente/pz.

Frequenza: tri, semestrale o annuale

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "ONCOLOGIA MEDICA E CURE PALLIATIVE"	SDS REV 00 Data 20/06/2023 Pagina 14 di 14
--	---	---

ALTRE CARATTERISTICHE DI QUALITÀ GARANTITE:

CARATTERISTICHE ULTERIORI	STANDARD OPERATIVI
<i>Chiara e completa informazione su modalità di accesso alle strutture</i>	Carta dei servizi http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/carta-dei-servizi-aziendale e materiale informativo, cartellonistica Sito Web
<i>Facilità di accesso per categorie protette</i>	<i>Procedura di accessibilità alla struttura, disabili, gravide ,bambini, urgenze</i>
<i>Modalità operative definite per singolo processo</i>	<i>Procedure, linee guida, istruzioni operative, referenti, verifiche (attività di AUDIT)</i>
<i>Comunicazione</i>	<i>Disponibilità e tempi garantiti per i colloqui con i familiari</i>

RIFERIMENTI NORMATIVI E LINEE GUIDA

Riferimenti normativi Privacy Linee di indirizzo regionali per l'informazione del paziente e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario (DGR 1033 del 16 sett 2019); LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento Piano Nazionale Anticorruzione 2022; Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023
Linee Guida
AIOM https://www.aiom.it/linee-guida-aiom/
ESMO https://www.esmo.org/guidelines
NCCN https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx
ASCO https://www.asco.org/research-guidelines/quality-guidelines/guidelines