



FASI	NOME		DATA	FIRMA
REDATTA	Luisa Riccardi	RGQ SS Dip Gastroenterologia endoscopica Ospedaliera	Febbraio 2025	
	Mariana Cappannelli	IFP Staff Qualità Accreditamento		
VERIFICATA	Rosita Torrini	IPAS Staff Qualità Accreditamento	Febbraio 2025	
APPROVATA	Lucio Sarpi	Responsabile SS Dip Gastroenterologia endoscopica Ospedaliera	Febbraio 2025	

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

INTRODUZIONE

Lo strumento standard di prodotto rappresenta il principale documento di pianificazione dell'attività del servizio di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, nel quale sono descritte le regole per affrontare rischi e opportunità al fine di raggiungere gli obbiettivi definiti nella politica della struttura e coerenti con il mandato aziendale ad essa attribuito.

DEFINIZIONE DEL SERVIZIO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicazione, cioè i confini entro cui si attua l'attività della Gastroenterologia endoscopica digestiva, riguardano ***"l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura per patologie del tratto gastrointestinale"***

PRESENTAZIONE

L'unità operativa di gastroenterologia ed endoscopia digestiva fa parte del dipartimento medico e oncologico della USL UMBRIA 1.

L'organizzazione dipartimentale è un modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie regionali. Da un punto di vista organizzativo, il Dipartimento si configura come una organizzazione integrata di strutture operative semplici e complesse omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.

L'unità operativa, come specificato nel campo di applicazione, si occupa di seguire le persone affette da malattie dell'apparato gastrointestinale, in particolare quelle che manifestano la necessità di un intervento di tipo endoscopico, gastroenterologico ed ecografico.

L'attività del servizio si inserisce all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico complessivo del paziente e per questo, la struttura si collega funzionalmente ai reparti di area internistica e chirurgica e alle strutture dei Distretti Sanitari, nonché direttamente all'attività dei Medici di Medicina Generale del territorio di competenza.

L'equipe del centro si occupa del paziente dal suo arrivo, con la presa in carico, fino alla sua dimissione. I Medici presenti nel servizio sono tutti specialisti in Epatologia e Gastroenterologia con competenze specifiche rispetto ***all'ecografia gastroenterologica e all'endoscopia digestiva diagnostico-terapeutica***, mentre gli infermieri e gli Operatori Socio Sanitari (OSS), sono professionalmente preparati per accogliere, assistere, guidare e supportare il paziente durante tutte le prestazioni offerte dal Servizio.

Nel giugno 2016 il Servizio di Endoscopia dell'Ospedale Media Valle del Tevere (MVT) ha ricevuto l'accreditamento professionale da parte della SIED- ANOTE (Società Italiana di Endoscopia Digestiva), in collaborazione con l'Ente Certificatore Kiwa-Cermet, dimostrando di essere in possesso di requisiti, criteri e standard di qualità.

In coerenza con i principi dell'accreditamento e nell'ottica del miglioramento continuo delle prestazioni, è stato effettuato un monitoraggio continuo di alcuni parametri di qualità in endoscopia. In particolare durante il 2017 ed il 2018 è stato misurato il tasso di raggiungimento del cieco presso il servizio della Media Valle del Tevere e di Castiglione del Lago. Questa misurazione ha mostrato una frequenza di raggiungimento del cieco in corso di colonscopia del 93,6%, coerente con gli standard di qualità richiesti. Diversi altri indicatori sono stati monitorati nel tempo tra cui il tasso di colonscopie di screening nelle quali è stata rilevata la presenza di un polipo. In questo caso l'indicatore è del 43,8%, con un tasso di recupero delle lesioni resecate del 98%. Anche il tasso di pazienti con pulizia adeguata del colon è un indicatore di particolare rilievo da cui emerge un risultato dell'88,7%, legger-

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "GASTROENTEROLOGIA AZIENDALE GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OSPEDALIERA"	SDS REV 03 Data 18/02/2025 Pagina 4 di 15
--	--	--

mente inferiore rispetto al target del 90% suggerito dalle linee guida, pertanto, come azione di miglioramento, sono state implementate apposite istruzioni pre-procedurali con un attuale trend in aumento.

I dati di analisi dell'attività della **colangiopancreatografia retrograda** evidenziavano un tasso di "cannulazione del dotto" del 93%, coerente con gli standard di qualità indicati a livello europeo.

Nel mese di Settembre 2018, presso il Servizio di Endoscopia della MVT sono stati effettuati prelievi per le prove microbiologiche su strumenti a campione. I risultati hanno mostrato assente carica microbica.

A dimostrazione dell'attinenza delle prestazioni alle esigenze ed aspettative dell'utenza, è stata eseguita una valutazione della qualità percepita dagli utenti dell'endoscopia, sempre nel presidio della MVT, che ha mostrato risultati notevolmente soddisfacenti per tutti gli item proposti (tempo di attesa, pulizia del servizio, etc...), in particolare in merito alla cortesia e professionalità degli operatori il cui indice di gradimento degli utenti ha superato il 98% .

Gli obiettivi che il servizio si pone nei confronti degli utenti sono molteplici e di notevole rilevanza come vedremo nel successivo paragrafo "politica" del servizio.

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

- **Gastroenterologia:** <https://www.uslumbria1.it/servizi/gastroenterologia-endoscopia-digestiva>
- **Medicina:** <https://www.uslumbria1.it/ospedali/>
- **Oncologia:** <https://www.uslumbria1.it/servizi/oncologia>

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

Carattere del fattore			
Origine del fattore			
		Positivo	Negativo
	Interno	Punti di Forza (S)	Punti di debolezza(W)
	Esterno	Opportunita'(O)	Minacce(T)
		➤ partecipazione e presenza di gruppi multidisciplinari; ➤ incremento del numero di prestazioni endoscopiche ➤ tempi di risposta alle richieste; ➤ presa in carico del paziente; ➤ fidelizzazione	➤ frammentazione delle piattaforme informatiche; ➤ liste d'attesa ➤ carenza del personale; ➤ mancanza in alcune realtà di multidisciplinarietà ➤ burnout ➤ implementazione di nuovo nomenclatore ➤ rotazione dei dirigenti medici in diverse sedi
		➤ accreditamento istituzionale e certificazioni; ➤ aggiornamento e formazione; ➤ evoluzione tecnologica/assistenziale; ➤ informatori medico/scientifici ➤ donazioni	➤ inappropriata delle prestazioni compresi i RAO ➤ sanità privata ➤ minaccia e cattiva informazione dei mezzi di comunicazione di massa ➤ eccessiva burocratizzazione ➤ violenza verso gli operatori

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. Ciò anche alla luce dell'adeguamento ai criteri indicati nel regolamento regionale di accreditamento istituzionale in sanità (RR.n10 del 26/09/2018) e delle indicazioni regionali per la gestione delle liste d'attesa.

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "GASTROENTEROLOGIA AZIENDALE GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OSPEDALIERA"	SDS REV 03 Data 18/02/2025 Pagina 6 di 15
--	--	---

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 servizio si **impegna a dare risposta** a quanto dichiarato nella Vision Aziendale:

VISION AZIENDA	MISSION STRUTTURA
Promozione della salute	Garantire l'effettuazione di esami di colonscopia per i pazienti arruolati nell'ambito dello screening regionale del carcinoma del colon-retto
	Effettuazione di esami endoscopici diagnostici e operativi
	Implementazione e mantenimento di ambulatori dedicati per specifiche patologie gastroenterostinali (malattie infiammatorie croniche intestinali, malattia celiaca, malattie del fegato e delle vie biliari)
Accessibilità alle prestazioni, equità e tempi	Garantire la disponibilità di equo accesso alle prestazioni ambulatoriali attraverso la gestione dell'offerta complessiva tramite il sistema CUP regionale
	Garantire l'accesso agli esami ecografici ed endoscopici e alle visite specialistiche secondo classi di priorità clinica in base alla metodologia dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei);
	Collaborare con altre UUOO Aziendali e Servizi anche extra-aziendali nel rispetto delle relative specificità al fine di ottimizzare l'uso delle risorse e le risposte all'utente
	Garantire il Ritiro Referti on line per esami di gastroenterologia con il semplice collegamento al sito internet https://www.uslumbria1.it/pagine/referti
Accessibilità alle strutture, comfort, igiene e sicurezza	Facilità di accesso alla struttura attraverso l'abbattimento di barriere architettoniche
	Rispetto di protocolli e procedure che garantiscano igiene e sicurezza di ambienti e strumentazioni sia in condizioni normali che in presenza di pandemia Covid-19 (protocolli di sanificazione Covid-19)
Informazione, comunicazione e trasparenza	Garanzia della corretta informazione all'utente, con particolare attenzione alle caratteristiche culturali, sociali, psicologiche ed emotive della persona
	Assicurare la qualità dell'informazione (brochure informative; sito web aggiornato) e della comunicazione all'utenza al fine di ottenere elevati livelli di compliance con l'utente

	Garantire a tutti gli utenti la corretta partecipazione attraverso il consenso informato e specifiche note informative a protocolli e procedure.
	Garantire il rispetto della privacy attraverso il corretto trattamento dei dati sensibili e personali
Tutela e ascolto	Garantire al cittadino tutela e ascolto attraverso il servizio URP
	Garantire, alle richieste di presa in carico pervenute, una risposta tempestiva e motivata
Accoglienza, aspetti relazionali e umanizzazione	Garantire l'immediata riconoscibilità di medici ed operatori sanitari al fine di facilitare l'empowerment e l'accoglienza dell'utente
	Possibilità di attivazione del servizio di mediazione culturale
	Adozione di procedure aziendali volte al contenimento del dolore nell'esecuzione di procedure ed esami invasivi
Percorsi clinici ed assistenziali	Garantire l'efficacia della prestazione attraverso lo scrupoloso rispetto di protocolli, procedure e linee guida aziendali e delle società scientifiche
	Sicurezza dell'utente attraverso l'utilizzo della procedura relativa al sistema di segnalazione e gestione degli eventi avversi
	Garantire l'interesse generale alla collettività attraverso il miglioramento continuo e il monitoraggio della qualità della performance nell'erogazione del servizio
	Assicurare la qualità dei processi attraverso l'applicazione di procedure, curando la formazione del personale e misurando la qualità della prestazione percepita dall'utenza
	Garantire l'osservanza dei principi di radioprotezione che consentono di ottenere un'elevata qualità delle immagini diagnostiche con l'erogazione della minor dose possibile al paziente e la tutela degli accompagnatori ove l'utente ne abbia bisogno (es. disabili..)
	Garantire che gli standard diagnostici siano basati su prove di efficacia, secondo quanto espresso dalle linee guida di riferimento
	Offrire disponibilità e collaborazione nel perseguire gli obiettivi condivisi aziendali, dipartimentali e distrettuali
Valutazione standard di qualità	Coerenza delle prestazioni del servizio con gli obiettivi aziendali negoziati
	Promozione dell'integrazione professionale, organizzativa e gestionale al fine dell'ottimizzazione delle risorse e delle risposte al cittadino.
	Garantire da parte degli operatori un

	comportamento consono alla tutela dell'immagine dell'Azienda.
	Assicurare il raggiungimento degli obiettivi negoziati con il Dipartimento, sia in termini di produzione di prestazioni centrate sul bisogno della persona sia in termini di organizzazione e di gestione efficiente delle risorse assegnate in sede di negoziazione budgetaria

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "GASTROENTEROLOGIA AZIENDALE GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OSPEDALIERA"	SDS REV 03 Data 18/02/2025 Pagina 9 di 15
--	--	---

DESCRIZIONE DEI PROCESSI PRINCIPALI DI EROGAZIONE

Il processo di erogazione del servizio in gastroenterologia ed endoscopia ha inizio quando un utente manifesta la necessità di eseguire una prestazione di pertinenza gastroenterologica clinica o strumentale attraverso la presentazione della richiesta di prestazione effettuata dal Medico specialista o dal MMG / PLS.

Per le visite ambulatoriali di primo accesso, l'utente presenta al servizio l'impegnativa del curante e relativa prenotazione.

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).

Nei follow up per malattie croniche intestinali, identificata la diagnosi, impostata la terapia, si procede alla somministrazione della stessa nel rispetto delle procedure e dei protocolli aziendali ed alle indicazioni del medico specialista.

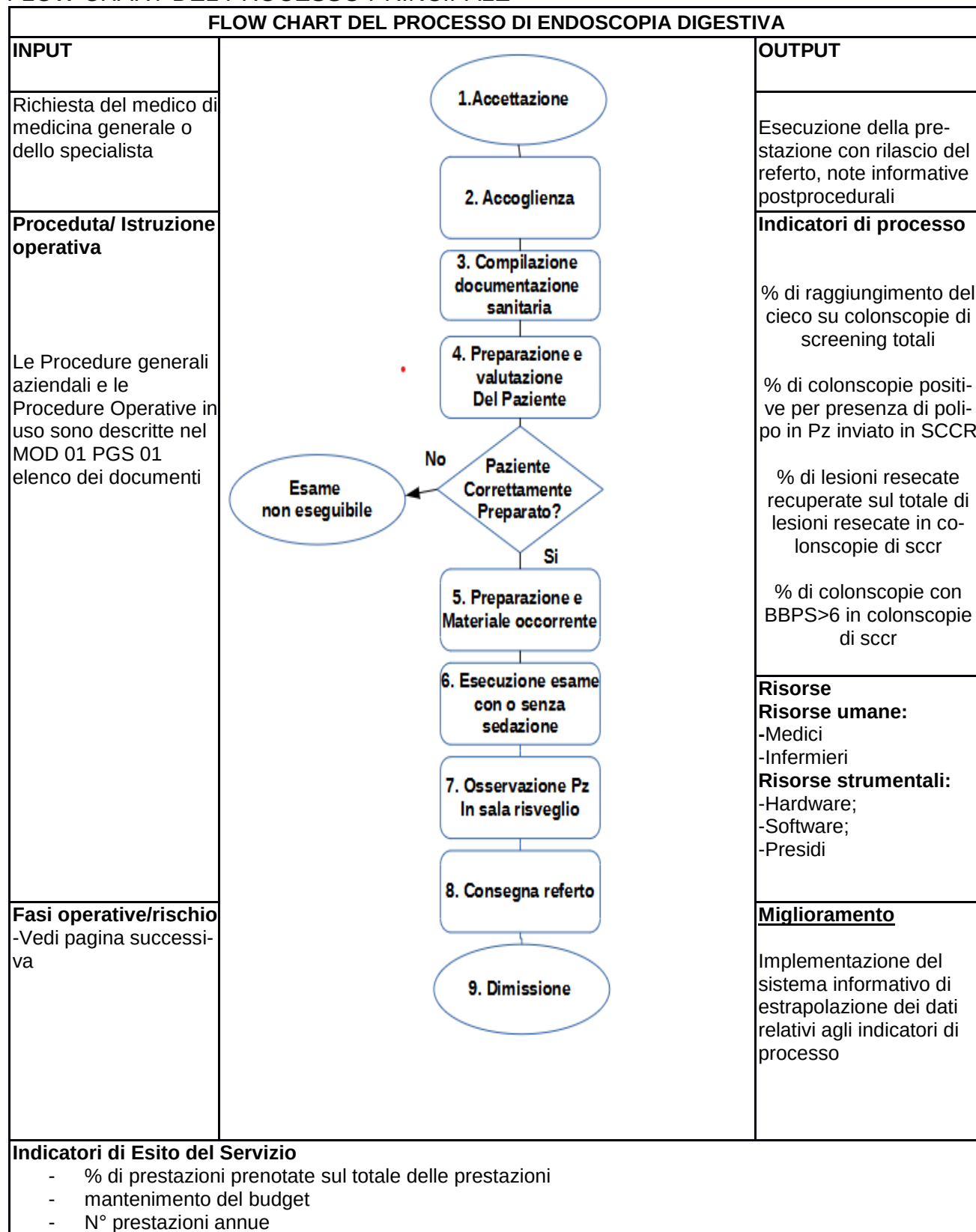
L'attività in Day Hospital viene effettuata per posizionamento PEG. Il Medico di Medicina Generale (MMG) invia all'UO di pertinenza via e-mail la documentazione relativa al paziente da sottoporre a posizionamento PEG (breve relazione clinica che includa l'anamnesi completa inclusa la farmacologica, indicazione a posizionamento PEG con eventuale documentazione a supporto dell'indicazione, esami ematobiochimici completi incluso quadro emocoagulativo, documentazione relativa a tutela legale se necessaria, documenti d'identità del paziente e tessera sanitaria). La documentazione andrà inviata tramite la mail istituzionale della sede di riferimento (vedi sotto). Non verranno prese in considerazione documentazioni incomplete. Il medico specialista, insieme al suo staff, valuterà la stessa rilasciando il nullaosta o meno alla procedura. In caso di valutazione positiva il paziente verrà messo in lista d'attesa e contattato telefonicamente dal personale sanitario per la comunicazione del giorno e dell'ora della prestazione.

Per le procedure ecografiche, il paziente accede tramite prenotazione e deve presentarsi munito della propria documentazione clinica completa e avendo rispettato le indicazioni preprocedurali allegate al foglio di presentazione.

Per le procedure endoscopiche, il paziente accede tramite prenotazione e deve presentarsi munito della propria documentazione clinica completa e avendo rispettato le indicazioni preprocedurali allegate al foglio di presentazione.

DESCRIZIONE DEI PROCESSI PRINCIPALI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

FLOW CHART DEL PROCESSO PRINCIPALE



	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "GASTROENTEROLOGIA AZIENDALE GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OSPEDALIERA"	<i>SDS</i> <i>REV 03</i> Data 18/02/2025 Pagina 11 di 15
--	--	--

Fasi operative e rischio

(Indicare, in relazione alle fasi operative del processo, i possibili "rischi" ovvero le "criticità" individuati)

Fase1

- Scarsa riservatezza;

Fase 2-3

- Mancanza di presa visione della documentazione e delle informazioni rispetto all'esame da effettuare;
- inappropriata prescrizione e errato RAO;
- barriera linguistica in paziente straniero non assistito.

Fase 4

- mancanza di documentazione clinica del paziente

Fase5

- mancanza di device utili all'esecuzione della prestazione

Fase 6:

- Garanzia del monitoraggio del paziente in rispetto della privacy dello stesso

Fase 8

- Modalità di consegna del referto

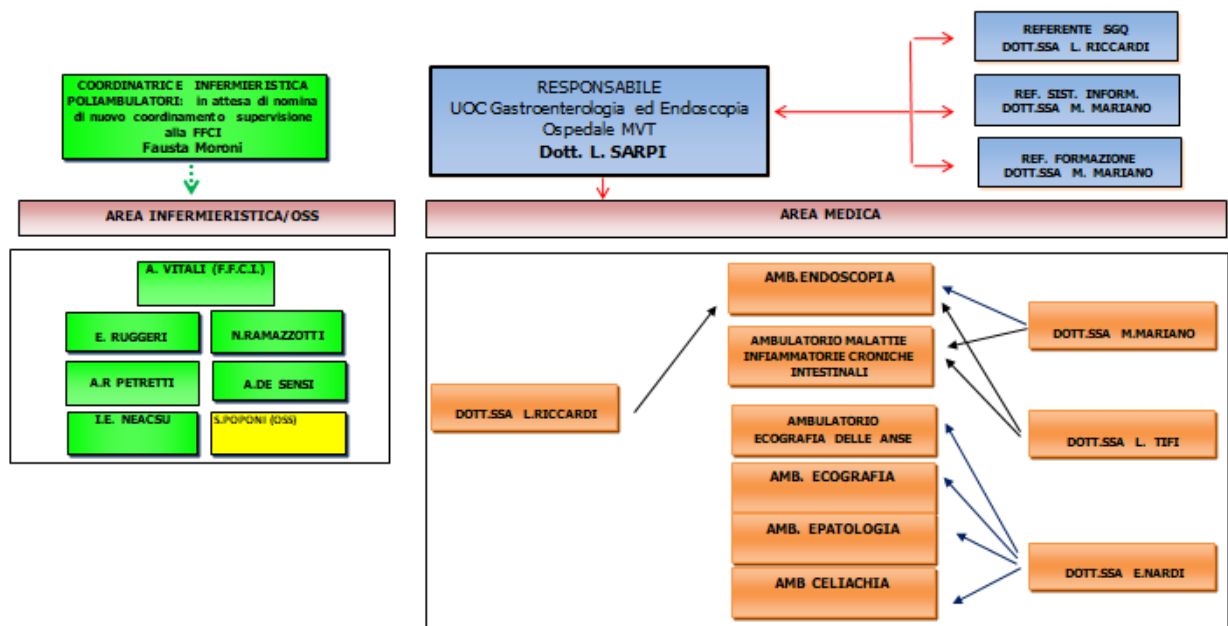
Fase 9:

- rispetto della privacy

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



-----> **Espr. Coord.** -> **Espr. per accreditamento** - - -> **Ulteriore ambito di intervento prof.** - - -> **Collaborazione diretta**

TEAM ACCREDITAMENTO

INFERMIERI

Funzionigramma

Vedi allegato MOD01 SDS Funzionigramma

	STANDARD DI SERVIZIO DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO "GASTROENTEROLOGIA AZIENDALE GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OSPEDALIERA"	<i>SDS</i> <i>REV 03</i> Data 18/02/2025 Pagina 13 di 15
--	--	--

Standard di qualità dei processi

Obiettivo	Fattore critico (tipo 1Q)	Fonte dati	Tipo Q e frequenza rilevazione	Responsabile Rilevazione	Indicatore (formula)	Standard/valore atteso
raggiungimento del cieco nel 95% dei casi in corso di esame endoscopico inferiore in SCCR (screening carcinoma colon retto)	mantenimento del raggiungimento del cieco	Referti endoscopici (monitoraggi operatori-Sistema documentale informatico- RIS)	Annuale	Responsabile del servizio	% di raggiungimento del cieco su colonscopie totali di screening	Mantenimento ≥ 90% Auspicabile >95%
Corretta compilazione da parte di tutti gli operatori della check list	Mancata valutazione del CIR dovuta all'assenza di campi obbligati nella compilazione della check list	Referti endoscopici (monitoraggi operatori-Sistema documentale informatico- RIS)	Annuale	Responsabile del servizio	Misurazione del CIR in tutte le colonscopie di screening	100% delle di compilazione della check list
Corretto polip detection rate in colonscopie di screening	Corretta frequenza di riscontro di polipi	referti endoscopici (monitoraggi operatori-sistema documentale informatico-Ris)	Annuale	Responsabile del servizio	% di colonscopie in paziente inviato a sccr, con presenza di almeno un polipo	≥ 40%
Recupero delle lesioni polipoidi reseccate allo scopo di stabilire corretto timing di follow up	Corretta preparazione intestinale del paziente e tempistiche di esecuzione dell'esame	Referti endoscopici (monitoraggi operatori-Sistema documentale informatico-RIS)	Annuale	Responsabile del servizio	% di lesioni reseccate recuperate sul totale di lesioni reseccate	≥ 90%
Ottenere un livello di BBPS maggiore di 6 nel 90% dei pazienti di screening	Aderenza del paziente alle indicazioni procedurali di preparazione all'esame diagnostico	Referti endoscopici (monitoraggi operatori-Sistema documentale informatico-RIS)	Annuale	Responsabile del servizio	% di co-lonscopie con BBPS>6	≥ 90%

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 "GASTROENTEROLOGIA AZIENDALE GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OSPEDALIERA"	<i>SDS</i> <i>REV 03</i> Data 18/02/2025 Pagina 14 di 15
--	--	--

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);
Piano Nazionale Anticorruzione 2022; Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023
UNI EN ISO 11662 del Dicembre 2016
Linee Guida
Linee guida ANOTE pulizia e disinfezione degli endoscopi
Diagnosis and management of non variceal upper hemorrhage (ESGE)
Gestione della terapia antitrombotica in pazienti sottoposti a procedure endoscopiche (SIED) 2014
Classificazione di FORREST
Esofago di Barrett, criteri diagnostici e Follow-up SIED 2014
La gestione delle emorragie alte non da varici SIED 2012
ESD (ESGE) 2015
La sorveglianza post resezione endoscopica (SIED) 2014
GI for safety in the gastrointestinal unit (ASGE) 2014
MAPS gl (ESGE, EHSG, ESP, SPED) 2012
Endoscopy and antiplatelet agents (ESGE) 2011
Celiac disease (NICE) 2015
Routine Laboratory testing before endoscopic procedures (ASGE) 2014
Optimizing adequacy of bowel cleansing (AGA) 2014
Bowel preparation for colonoscopy (ESGE) 2013