

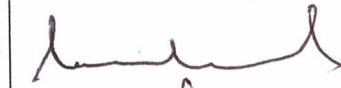

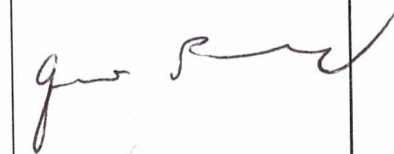
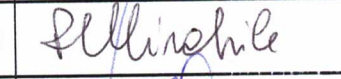

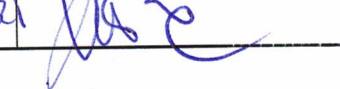


PROCEDURA PER L'ACCOGLIENZA PRESA IN CARICO E DIMISSIONE DEL PAZIENTE PRESSO L'UOC DI ONCOLOGIA

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott.ssa Daniela Sambataro Direttore UOC Oncologia Enna	4.08.2021	
	Dott.ssa Rosalia Carroccio Dirigente UOC Oncologia Enna	04.8.21	
	Dott. Carlo Santagelo Dirigente UOC Oncologia Enna	04.08.2021	
	Dott. Ernesto Vinci Dirigente UOC Oncologia Enna	04.08.2021	
	Sig. ra Grazia Perricone Coordinatore infermieristico	04/8/21	
Verifica formale	Dott. Pierfranco Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	11/08/2021	
Approvazione	Dott. Emanuele Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	24/08/2021	
Adozione	Dott. Francesco Iudica Direttore Generale	24.08.2021	

Sommario

Sommario.....	2
INTRODUZIONE.....	3
1. SCOPO.....	5
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
3. SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE MODIFICHE.....	5
4. DEFINIZIONE ED ACRONIMI.....	5
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	6
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'.....	8
6.1 ACCOGLIENZA ONCOLOGICA.....	8
6.2 VISITA AMBULATORIALE ONCOLOGICA.....	8
6.3 ONCOLOGIA MEDICA DAY SERVICE / FILE F.....	10
6.4 TIPOLOGIE DI ACCESSI AMBULATORIALI.....	11
6.4.1 PRELIEVI.....	11
6.4.2 LAVAGGIO PORT-A-CATH.....	12
6.4.3 ESAMI STRUMENTALI/CONSULENZE.....	12
6.4.4 TERAPIA.....	12
6.5 AMBULATORIO TELEONCOLOGIA.....	14
6.5.1 FILE F.....	14
6.5.2 VISITA AMBULATORIALE.....	15
7. INDICATORI.....	15
8. ALLEGATI.....	15
9. BIBLIOGRAFIA.....	16
10. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	16
11. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	16



INTRODUZIONE

La gestione del paziente oncologico è complessa per la molteplicità dei processi che lo coinvolgono, nella fase diagnostica, di cura e follow up.

Complessivamente, nel 2020 in Italia sono stimati 377.000 nuovi casi di tumore (195.000 uomini e 182.000 donne), negli uomini i cinque tumori più frequenti sono: il tumore della prostata, colon-retto, vescica e rene; nella donna il tumore più frequente è quello della mammella, seguono i tumori del colon retto, polmone, tiroide, endometrio. Esiste una differenza in base all'età, negli uomini al di sotto dei 50 anni il tumore più frequente è quello del testicolo, al di sopra dei 50 anni è quello della prostata; nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le classi di età. Esiste un gradiente nord-sud, 735,5 nuovi casi per 100000 uomini per tutti i tumori al nord, 708,5 al Centro e 635,7 /100000 al sud. Nelle donne da 512,0 casi/anno/100.000 nel Nord a 423,0 casi/anno/100.000 al Sud. Alcune differenze emerse nelle singole sedi neoplastiche meritano particolare attenzione. I tumori del fegato, della colecisti e delle vie biliari sono più frequenti al Sud rispetto al Nord o al Centro Italia nelle donne e rispetto al Centro Italia negli uomini. Negli uomini, l'incidenza del tumore del polmone è risultata sovrapponibile al Nord (105,2 casi/anno/100.000), Centro (102,9) e al Sud (102,9) Italia (in media, 104,3 casi/anno/100.000). Per quanto riguarda il melanoma, l'incidenza al Nord e al Centro Italia è risultata due volte più frequente che al Sud sia negli uomini che nelle donne – una osservazione di particolare importanza per la prevenzione primaria di tale neoplasia (diagnosi oncologiche effettuate nel periodo 2008-2016). Le differenze riscontrate sono conseguenza sia di esposizioni ad agenti potenzialmente cancerogeni avvenute nei decenni precedenti sia della implementazione di programmi di prevenzione secondaria tramite screening organizzati (mammella, cervice, colon-retto) od opportunistici (p.es., tiroide, prostata). (1)

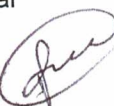
In Italia, nel 2017, i tumori hanno causato la morte di 180.085 persone (di cui 179.351 residenti in Italia) equivalenti al 27,7% di tutte le 650.614 morti registrate in quell'anno.

Lo studio della sopravvivenza dei pazienti oncologici (la probabilità di essere vivi a vari intervalli di tempo dopo la diagnosi) è uno strumento di fondamentale importanza per la valutazione globale degli esiti in oncologia: dalle azioni di prevenzione primaria e secondaria alla tempestività ed efficacia della diagnosi e terapia, all'assistenza e alle cure terminali. Nell'ultimo decennio, l'analisi della sopravvivenza e del rischio cumulativo di morte hanno anche consentito di misurare un "tempo per la guarigione", in termini di riduzione progressiva del rischio di morte fino a ritornare a quello della popolazione generale.

Nonostante la soglia dei 5 anni di sopravvivenza dopo la diagnosi non rappresenti per la maggior parte dei tumori un riferimento per la guarigione, questo indicatore è largamente utilizzato per l'analisi degli esiti in oncologia. Il gruppo di neoplasie a più alta sopravvivenza è caratterizzato da patologie che possono fruire, ormai da tempo, di diagnosi tempestive e terapie efficaci (testicolo, linfoma di Hodgkin). Per altre patologie sono da chiamare in causa strategie diagnostiche sempre più sensibili, dai programmi di screening organizzato di dimostrata appropriatezza (mammella) a quelli di screening spontanei che scontano ancora problemi di costo/beneficio quali prostata e melanoma, o di efficacia non dimostrata con alto tasso di sovradiagnosi (p.es., tiroide).

Tra i tumori oggetto di screening di popolazione si segnala il progressivo miglioramento prognostico dei tumori della mammella e del colon-retto (dal 52% di sopravvivenza relativa a 5 anni negli anni '90 al 65% per le diagnosi fino al 2009), integrato dalla diminuzione dell'incidenza per la diagnosi e il trattamento delle lesioni pre-maligne. Andamento analogo presentano i carcinomi della cervice uterina in cui, nelle realtà a copertura ottimale della popolazione, le forme invasive rappresentano ormai stabilmente una quota residuale di quanto sfugge all'intercettazione delle lesioni a rischio. I tumori uroteliali (pelvi renale, uretere, vescica e uretra) registrano livelli di sopravvivenza medio-alti in progressivo miglioramento nel tempo, non scevri però da inquinamento da parte delle forme non invasive e dall'impossibilità di offrire dati di più spiccata valenza clinica (stadio I vs II+) a causa della ancora troppo onerosa disponibilità della diagnostica e stadiazione istopatologica dei casi. Permangono un gruppo di patologie ad alta letalità (sistema nervoso centrale, fegato, polmone, esofago, mesotelioma, pancreas) con sopravvivenze a 5 anni che non vanno oltre il 26% (sistema nervoso centrale nelle femmine), ma restano ai minimi livelli per mesotelioma e pancreas (nei maschi rispettivamente 8 e 7%, nelle femmine 10 e 9%). Si tratta di neoplasie già in stadio avanzato al momento della diagnosi, la cui curva di sopravvivenza cade drammaticamente nel primo anno di follow-up, che non hanno conosciuto significativi miglioramenti negli ultimi tre decenni e la cui cattiva prognosi è sostanzialmente uniforme a livello internazionale.

Nel 2020, si stima siano circa 3,6 milioni (3.609.135) gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore (Tabella 13), con un aumento del 37% rispetto a 10 anni fa, rappresentando il 5,7% dell'intera popolazione (un italiano su 17). Di queste persone, il 53% sono donne (1.922.086), cioè il 6,0% della intera popolazione femminile italiana. Sono quasi 1,7 milioni i maschi (1.687.049), pari al 47% del totale dei casi prevalenti e al 5,6% della popolazione maschile. (2)



Il nostro Paese, se valutato nel complesso, presenta un quadro di sopravvivenza pari o superiore alla media europea, ma, scendendo nel dettaglio regionale, la residenza diventa un determinante prognostico importante che indica una disomogeneità nell'accesso a programmi di diagnosi precoce ed a cure di alta qualità, con una discriminazione dei cittadini del Meridione purtroppo ancora presente, sebbene la tendenza sia in miglioramento rispetto al passato.

Al Nord si registrano i tassi migliori di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, in particolare nelle prime tre posizioni si collocano Emilia-Romagna, Toscana (56% uomini e 65% donne in entrambe le Regioni) e Veneto (55% e 64%). In coda invece il Sud, con Sicilia (52% uomini e 60% donne), Sardegna (49% e 60%) e Campania (50% e 59%). Il 27% dei pazienti vivi dopo la diagnosi torna ad avere (dopo un periodo di tempo diverso in base al tipo di tumore, al sesso, all'età di insorgenza), la stessa aspettativa di vita della popolazione generale: nel 2010 erano 704.648, nel 2018 sono 909.514, con un incremento del 29%. Nel 2015 nel nostro Paese sono stati 178.232 i decessi attribuibili al cancro. La prima causa di morte oncologica è costituita dal carcinoma del polmone (33.836 decessi nel 2015), seguito dal colon-retto (18.935), mammella (12.381), pancreas (11.463) e fegato (9.675). (I numeri del cancro in Italia 2018)". In considerazione dei dati sopradescritti, della differenza nei tassi di sopravvivenza tra Nord e Sud, l'elevato tasso di migrazione sanitaria in campo oncologico, si impone la realizzazione di un modello integrato, che permetta di garantire la gestione del paziente oncologico in fase di diagnosi, terapia e follow up, allineata agli standard, nazionali ed internazionali.

La provincia di Enna con una popolazione di 158183 (2021) abitanti ed è la provincia siciliana con minore consistenza demografica. Con un territorio di 2574 Km², prettamente collinare, ha una densità di 66,9 abitanti per km², poco meno di 1/3 rispetto alla media nazionale. Dei venti comuni presenti sul territorio, solo due (Enna e Piazza Armerina) contano più di ventimila abitanti per un tasso di urbanizzazione (29,2%) molto più basso della media italiana (53,2%).

Enna presenta una quota elevata di persone con età maggiore di 65 anni (24%).

La provincia di Enna è carente dal punto di vista della dotazione infrastrutturale, con un indicatore più che dimezzato rispetto al valore italiano.

L'analisi demografica, geografica e la modifica dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani, la crescente possibilità di terapie antitumorali orali che non richiedono ospedalizzazione in degenza o day hospital rendono necessario un nuovo disegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza. L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni.

La telemedicina potrebbe rappresentare lo strumento in grado di dare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, di creare nuove opportunità per il miglioramento dell'assistenza oncologica in un territorio quale quello della provincia di Enna e di rendere possibile maggiore collaborazione tra i professionisti sanitari presenti nei presidi ospedalieri territoriali, determinando continuità assistenziale ed integrazione Ospedale Territorio.

Tale strumento rende possibile equità di accesso e disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree territoriali sprovviste di assistenza oncologica specialistica. Migliora la qualità dell'assistenza garantendo continuità di cura.

Migliora la compliance alla terapia farmacologica.
Riduce i costi sociali della patologia.



1. SCOPO

- Standardizzare il percorso presa in carico e gestione del paziente all'interno della struttura.
- Agevolare l'accesso.
- Ridurre i tempi di attesa prima visita e i tempi intercorrenti tra i vari step del percorso diagnostico e terapeutico.
- Contenere il rischio clinico.
- Accompagnare il paziente durante tutto il percorso diagnostico terapeutico.
- Ottimizzare le risorse attraverso scelte diagnostiche e terapeutiche appropriate e condivise dal team multidisciplinare.
- Migliorare la qualità di vita e del grado di soddisfazione del paziente durante l'iter diagnostico terapeutico.
- Trattare correttamente il paziente.
- Migliorare la raccolta dei dati utili ai fini di ricerca scientifica.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutti i pazienti che accedono alla UOC Oncologia medica della ASP di Enna.

3. SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE MODIFICHE

Revisione	Data	Motivo dell'aggiornamento
0.0	03/08/2021	PRIMA EMISSIONE

4. DEFINIZIONE ED ACRONIMI

ADI assistenza domiciliare integrate
 DSAO Day service ambulatoriale ospedaliero
 MMG medico medicina generale
 RSA residenza sanitaria assistenziale
 PDTA percorso diagnostico terapeutico assistenziale
 GOM gruppo oncologico multidisciplinare
 PS performance status
 CUP centro unico prenotazioni
 MNA mini nutritional assessment
 G8 strumento di screening per la valutazione geriatrica
 ADL Activity for Daily Living
 IADL Instrumental Activity for Daily Living
 TC Tomografia Computerizzata
 ECT Ecografia
 RX Radiografia
 S0² saturazione ossigeno



5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Direttore U.O.	Infermiere dedicato teleoncologia	Infermiere accettazione	Infermiere Day service	Medico Oncologo	Ausiliario
Identifica paziente			R		R	
Apertura amministrativa primi accessi DSAO			C		R	
Accettazione amministrativa del paziente successivi accessi /ambulatoriale			R		C	
Prescrizione esami e terapia			I	I	R	
Firma digitale prescrizioni e relazioni					R	
Prenotazione esami			R		I	
Predisporre documentazione clinica del paziente			R			
Esame obiettivo, valutazione clinica, valutazione dolore					R	
Valutazione bisogni nutrizionali, psicologici,				C	R	
Richiesta consulenze (internistica ecc...)					R	
Redazione: 1. relazione oncologica 2. piano diagnostico terapeutico					R	
Sottoscrizione Piano diagnostico	R				R	
Scelta setting assistenziale				I	R	
Acquisizione consenso al trattamento				C	R	
Definizione pazienti non idonei ed invio a Hospice/ADI	C			I	R	
Partecipazione alle riunioni oncologiche di reparto	C		R	R	R	
Partecipazione ai meeting multidisciplinare transdipartimentale	R				R	
Ritiro e trasporto terapia farmacologia da UFA						R
Firma digitale protocolli terapeutici					R	
Controlli congruenza paziente/prescrizione/preparazione/allestimento farmaci antitumorali				R	C	
Somministrazione				R	I	
Accetta e identifica il paziente		R			I	
Rileva parametri ed acquisisce eventuali referti di esami		R				

Invia referti al Medico oncologo		R			C	
Spiega al paziente le modalità di comunicazione ed avvia la televisita sul PC		R			C	
Teleprescrizione terapia orale					R	
Firma digitalmente la relazione oncologica e le prescrizioni e le invia all'infermiere dedicato teleoncologia		C			R	
Stampa e consegna al paziente prescrizioni e relazione ricevute telematicamente dal medico		R			I	
Gestione follow up					R	



6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

6.1 ACCOGLIENZA ONCOLOGICA

L'accesso tramite Accoglienza Oncologica, può avvenire: in maniera diretta, tramite il Medico di Medicina Generale (MMG), lo Specialista interno, i Medici di altre Strutture Operative.

L'Accoglienza oncologica assicura la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, la continuità assistenziale (MMG – Specialista – Ospedale – Domicilio – RSA – ADI – Hospice) e la presenza di un professionista a cui fare riferimento.

L'implementazione del nuovo modello gestionale per l'accoglienza serve a garantire:

- l'accesso alla struttura sanitaria;
- un corretto processo informativo e di accoglienza;
- l'interazione con il Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM);
- avvio al percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale (PDTA);
- seguire il paziente durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico.

La presenza di personale specializzato permette di ridurre il disagio psicologico.

L'INFERMIERE della ACCETTAZIONE

1. Prepara la cartella cartacea
2. Identifica il paziente
3. Accetta i pazienti sui sistemi informatici
4. Prenota gli esami richiesti durante la visita medica
5. Comunica al paziente la data della procedura
6. Verifica le procedure non effettuate
7. Contatta il medico per il paziente che accede in urgenza
8. Controlla la posta elettronica "oncologia.umberto@asp.enna.it"
9. Controlla i documenti aziendali su "Documit"

In questa fase al paziente viene attribuito un numero univoco che sarà utilizzato per tutta la durata dell'accesso per la convocazione del paziente. A ciò seguirà sempre l'identificazione attiva del paziente.

6.2 VISITA AMBULATORIALE ONCOLOGICA

La presa in carico del paziente oncologico avviene principalmente,

- in ambulatorio di oncologia tramite prenotazione CUP (call center 800 67 99 77 – 0935 520810 oppure sito internet ASP Enna – CUP online), le prime visite sono garantite entro 7-10 giorni lavorativi dal momento della prenotazione;
- tramite degenza ordinaria, dopo consulenza oncologica, che verrà effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta.

Durante la visita ambulatoriale il medico oncologo, dopo aver identificato il paziente, redige:



- **la relazione oncologica (Allegato 1)** (appena possibile la cartella clinica informatizzata) nelle parti relative a:

1. dati anagrafici
2. diagnosi (se già effettuata) o sospetto diagnostico;
3. anamnesi fisiologica, patologica e familiare oncologica, allergie;
4. anamnesi oncologica;
5. diario della visita;
6. esame obiettivo (3 apparati + esame obiettivo locale), peso, altezza, superficie corporea, BMI;
7. conclusioni;
8. appuntamento e richiesta di ulteriori esami e consulenze.

- **Il piano diagnostico-terapeutico (Allegato 2), nelle parti relative a:**

1. dati anagrafici;
2. diagnosi;
3. peso, altezza, superficie corporea, BMI;
4. età; Performance Status (Allegato 4);
5. G8, ADL, IADL se > 70 anni;
6. motivo del ricovero;
7. setting diagnostico-terapeutico;
8. programma diagnostico-terapeutico.

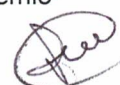
La corretta redazione con la compilazione delle informazioni negli spazi appositamente dedicati della relazione oncologica permette di condividere ed utilizzare i dati, quando il paziente si trova nello step successivo del percorso e identifica il medico che ha effettuato la visita.


Durante la visita ambulatoriale:

- si valuta il paziente:

- dal **punto di vita clinico**, si definisce il Performance Status secondo ECOG, presenza/assenza dolore;
- dal punto di vista **nutrizionale** (compilare MNA allegato 8), e se necessario si richiede valutazione dal parte del medico nutrizionista,
- dal punto di vista **psicologico**, e se necessario si richiede valutazione da parte dello psicologo;
- se il paziente ha un'età maggiore di 70 anni si valuta dal **punto di vista geriatrico** (compilare G8 (Allegato 5), ADL (allegato 6), IADL(allegato 7) e se necessario si richiede valutazione dal geriatra;
- nel caso di patologie croniche concomitanti, si richiederà **la valutazione internistica**;

- si definisce il percorso terapeutico oncologico compilando il piano diagnostico terapeutico oncologico, la necessità di ulteriori indagini diagnostiche per il completamento dello studio del caso clinico, l'identificazione della strategia di cura (es: chemioterapia versus chemioterapia adiuvante versus terapia integrata chemio-radioterapica, etc..).



 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	PROCEDURA PER L'ACCOGLIENZA PRESA IN CARICO E DIMISSIONE DEL PAZIENTE PRESSO L'UOC DI ONCOLOGIA	Rev.0.0 03/08/2021 Pagina 10 di 17
--	--	--

In base alla strategia diagnostico-assistenziale delineata ed alle condizioni cliniche del paziente, il medico identificherà il regime assistenziale nel cui contesto verranno erogate le prestazioni sanitarie necessarie:

- setting ambulatoriale (diagnostica non invasiva e terapia antitumorale orale);
- setting di day-service e/o day-hospital (diagnostica invasiva di bassa complessità e terapia iniettiva);
- setting di degenza ordinaria (diagnostica invasiva di alta complessità, gestione delle complicanze della patologia tumorale e /o della terapia erogata, somministrazione di terapia iniettiva di alta complessità).

Una volta delineata la strategia terapeutica, si discute il caso durante la **riunione oncologica settimanale**, si condivide il percorso con il Direttore di U.O. che sottoscriverà l'apposito modulo (**allegato 2**); se è necessario condividere il caso clinico con le altre specialità, si discuterà durante il **meeting multidisciplinare settimanale** (Istituzione riunioni multidisciplinari transdipartimentale n. 31737 del 16.04.2021).

Il Medico informa il paziente e ottiene il consenso scritto all'erogazione delle procedure diagnostiche e /o terapeutiche. L'inizio della terapia verrà effettuato entro 10 giorni lavorativi dal completamento della stadiazione diagnostica e degli esami propedeutici l'inizio della terapia.

Alla fine del percorso terapeutico si programmerà il follow up presso l'ambulatorio oncologico.

Il paziente ritenuto non idoneo al trattamento oncologico, verrà avviato alle cure palliative domiciliari (ADI) o Hospice.

6.3 ONCOLOGIA MEDICA DAY SERVICE / FILE F

La presa in carico del paziente oncologico in day service avviene per effettuare diagnostica invasiva di bassa complessità e terapia endovenosa, in FILE F per effettuare terapia antitumorale che è possibile somministrare in regime ambulatoriale semplice.

Per accedere alle prestazioni in regime Day service è necessario che venga effettuata prescrizione dal MMG o dallo Specialista per: chemioterapia, procedura diagnostica o follow up. La ricetta deve essere conservata in cartella clinica.

Le attività che si eseguono nella fase di presa in carico sono:

- identificazione del paziente
- apertura DS se primo accesso
- aggiornamento della relazione oncologica;
- valutazione clinica generale (PS secondo ECOG – allegato 4, etc)
- valutazione ADL, IADL G8 se > 70 anni e compilazione della relativa scheda (allegato 5, 6, 7);
- valutazione stato nutrizionale e compilazione relativa scheda MNA (allegato 8);
- valutazione dolore e compilazione relativa scheda (allegato 9);

Free

- esame fisico del paziente (almeno 3 apparati e esame obiettivo locale) descritto nella relazione oncologica;
- compilazione del diario clinico dove vengono specificati:
 - il performace status secondo ECOG,
 - le problematiche cliniche emergenti del paziente,
 - la tossicità relativa alla terapia antitumorale somministrata,
 - terapia medica non oncologica effettuata,
 - la terapia antitumorale effettuata;
- compilazione e acquisizione del consenso informato con consegna dell'informativa relativa alla procedura da effettuare e archiviazione in cartella clinica di copia firmata dal paziente/rappresentante legale;
- avvio del percorso diagnostico terapeutico;
- assistenza medica ed infermieristica durante l'esecuzione della procedura.

La cartella clinica deve contenere:

SDO,
impegnativa per Day service,
relazione oncologica,
consenso informato alla procedura,
copia dell'informativa procedura effettuata firmata, già consegnata al paziente,
foglio visita (dimissioni),
diari clinici,
referti degli esami eseguiti,
scheda dolore,
piano diagnostico terapeutico,
G8. ADL, IADL se paziente con età maggiore di 70 anni
scheda MNA.

6.4 TIPOLOGIE DI ACCESSI AMBULATORIALI

6.4.1 PRELIEVI

Il paziente prenotato accede all'UOC per effettuare il prelievo ematico, il cui esito è propedeutico l'effettuazione della terapia.

Il medico effettua:

1. identificazione del paziente;
2. se primo accesso richiesta ricovero in regime DSAO
3. richiesta esami tramite sistema informatico (ADT);
4. verifica esito esami;



5. stampa esito;
6. verifica appuntamento per la terapia.

L'infermiere dedicato effettua:

1. prelievo ematico e posizionamento ago cannula, se terapia nella stessa giornata;
2. invio in laboratorio delle provette e della richiesta;
3. verifica disponibilità esiti

6.4.2 LAVAGGIO PORT-A-CATH

Il paziente prenotato accede all' UOC per effettuare il lavaggio del port – cath ogni 4-6 settimane.

L'infermiere effettuerà:

1. identificazione del paziente;
2. ritiro impegnativa del medico curante per lavaggio port-a-cath (codice 9657), dopo registrazione CUP;
3. lavaggio port-a cath;
4. prenotazione appuntamento successivo.

6.4.3 ESAMI STRUMENTALI/CONSULENZE

Il paziente prenotato accede all'UOC per effettuare esami strumentali o consulenze specialistiche (esami radiologici (TC, RX, Ecografia, RMN), scintigrafia ossea total body, ecocardiogramma, visita cardiologica, ECG, visita ginecologica, ecc).

Il medico effettuerà:

1. identificazione del paziente;
2. valutazione clinica del paziente;
3. richiesta della procedura tramite sistema informatico;
4. definizione appuntamento per la valutazione dell'esame effettuato;
5. compilazione diario clinico;
6. aggiornamento della relazione oncologica;
7. stampa della relazione e della richiesta;
8. invio del paziente alla UO di pertinenza con relazione, richiesta ed esami propedeutici.

6.4.4 TERAPIA

Il paziente prenotato accede all'UOC per effettuare terapia endovenosa in regime di Day Service o terapia in regime di FILE F.

La preparazione della terapia è centralizzata presso l'UFA sita nella farmacia ospedaliera dell'ospedale di



Enna. Il personale ausiliario dell'Oncologia è deputato al ritiro e trasporto della terapia allestita.

Il medico del day hospital:

1. chiama il paziente con il numero univoco attribuito, nella specifica giornata, in fase di accettazione oncologica;
2. identifica il paziente;
3. verifica le condizioni cliniche;
4. verifica gli esami propedeutici all'esecuzione della chemioterapia (ematochimici, ecocardiogramma, TC, ecc);
5. propone il trattamento tramite apposita informativa e acquisisce il consenso informato;
6. valuta e riporta in cartella clinica la tossicità determinata dalla terapia antitumorale;
7. compila il diario clinico e aggiorna la relazione oncologica;
8. prescrive protocollo chemioterapia digitale;
9. firma digitalmente (in assenza: stampa il foglio di prescrizione, firma, invia il foglio di prescrizione in farmacia e lo consegna agli infermieri)
10. invia il protocollo in farmacia;
11. programma la successiva chemioterapia compilando l'agenda digitale "oncologiaenna@gmail.com";
12. richiede esami propedeutici alla successiva terapia;
13. prescrizione terapia domiciliare;
14. valuta il paziente al termine delle somministrazioni prima della dimissione;
15. stampa e consegna foglio "visita" (appuntamento, data, esami da effettuare e terapia domiciliare).

Somministrazione della terapia

L'infermiere effettua:

1. riconoscimento "attivo" del paziente,
2. rilevazione dei parametri vitali,
3. ricerca accesso venoso,
4. registrazione dei parametri su modulo check list somministrazione chemioterapici (**allegato 10**), check list somministrazione cloruro di potassio,
5. visualizzazione online del protocollo di terapia già confermato,
6. preparazione della terapia ancillare e di supporto,
7. stampa etichette terapia ancillare,
8. preparazione del paziente (poltrona - telini sterili- posizionamento pompa per infusione),
9. controllo congruenza tra: dati paziente - prescrizione medica – foglio di preparazione farmacia – preparato farmacia;
10. somministrazione della terapia attraverso riconoscimento digitale farma-safe ,
11. richiesta valutazione da parte del medico dopo la conclusione della somministrazione della terapia antitumorale,
12. completamento check list.




6.5 AMBULATORIO TELEONCOLOGIA

L'ambulatorio di telemedicina oncologica è istituito presso gli ospedali di Piazza Armerina e di Nicosia ed è dotato di postazione digitale e affidato ad un infermiere dedicato e formato.

Durante la visita oncologica presso l'ambulatorio di oncologia Umberto I di Enna, si valuterà la possibilità della prosecuzione del follow up o della somministrazione di terapia orale presso gli ambulatori di teleoncologia.

6.5.1 FILE F

1. Il medico durante la visita ambulatoriale prenota su agenda digitale (AREAS) la visita oncologica e fornisce l'impegnativa per visita oncologica e per gli esami ematochimici propedeutici alla somministrazione dei farmaci tramite sistema informatico sistemats.it (eventuale invio tramite e-mail); propone il trattamento, consegna l'informativa relativa al trattamento proposto e acquisisce la firma per il consenso;
2. Il paziente effettua gli esami ematochimici presso l'ospedale di Piazza Armerina o Nicosia il giorno precedente la visita;
3. Il laboratorio invia l'esito degli esami per e-mail (oncologia.umberto@asp.enna.it)
4. Il paziente con "impegnativa per visita oncologica" effettua registrazione al CUP e accede all'ambulatorio;
5. L'infermiere provvede a valutare il PS secondo ECOG (vedi **allegato 4**) rileva i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza, temperatura corporea, saturazione), peso e altezza;
6. Il medico avvia la visita con l'apertura della stanza telematica, invia link e password tramite e-mail (oncologia.umberto@asp.enna.it) all'infermiere dedicato, effettua il colloquio con il paziente per via telematica e valuta l'opportunità di iniziare (il consenso informato deve essere firmato durante la visita oncologica presso l'ambulatorio oncologia Enna ed archiviato nella cartella cartacea presso l'UOC complessa Oncologia Umberto I Enna) o proseguire la terapia orale.
7. Se indicato, verrà effettuata la prescrizione della terapia antitumorale;
8. il medico aggiorna la relazione oncologica e compila il foglio "visita" (**allegato 3**) con appuntamento per la visita successiva che verrà prenotato su agenda digitale dedicata (AREAS); compila l'impegnativa per visita oncologica successiva (www.sistemats.it);
9. prescrizione, relazione ed impegnativa verranno inviate per via digitale tramite e-mail;
10. Il paziente con la prescrizione ritira il farmaco presso la farmacia del presidio di Piazza Armerina o Nicosia;
11. Al termine dei cicli programmati, verrà effettuata la rivalutazione clinico-strumentale per la prosecuzione del trattamento, presso l'ambulatorio di oncologia dell'Ospedale di Enna;
12. Se durante la visita in Telemedicina il medico ritenesse utile ed opportuna la valutazione clinica del paziente in presenza, si programmerà visita oncologica presso l'UOC Oncologia medica Ospedale Umberto I Enna.

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA PER L'ACCOGLIENZA PRESA IN CARICO E DIMISSIONE DEL PAZIENTE PRESSO L'UOC DI ONCOLOGIA</p>	<p style="text-align: right;">Rev.0.0 03/08/2021 Pagina 15 di 17</p>
---	---	--

6.5.2 VISITA AMBULATORIALE

1. Il paziente con impegnativa per visita oncologica e prenotazione in agenda digitale (AREAS) accede all'ambulatorio;
2. L'infermiere provvederà a valutare il PS secondo ECOG (vedi **allegato 4**), rileva i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza, temperatura corporea, saturazione), peso e altezza -foglio visita (**allegato 3**)
3. Il medico avvia la visita con l'apertura della stanza telematica, invia link e password tramite e-mail (oncologia.umberto@asp.enna.it) all'infermiere dedicato ed effettua il colloquio con il paziente per via telematica;
4. I referti degli esami che il paziente reca in visione verranno inviati tramite mail;
5. Il medico terminato il colloquio compila la relazione oncologica con appuntamento per la visita successiva;
6. la relazione oncologica verrà inviata per via digitale tramite e-mail (oncologia.umberto@asp.enna.it).
7. L'infermiere provvederà alla prenotazione del successivo appuntamento su agenda digitale dedicata (AREAS);
8. Quando il medico riterrà opportuna la valutazione clinica in presenza, si procederà a programmare una visita oncologica presso l'UOC Oncologia medica Ospedale Umberto I Enna.

7. INDICATORI

N° relazioni oncologiche compilate/N° accessi valore atteso 100%

N° consensi informati compilati e completi / N° di primi accessi a Day service terapeutici/File F valore atteso 100%

Frequenza della rilevazione: Semestrale

Responsabilità della rilevazione: Responsabile UOC Oncologia Enna

In caso di valori fuori dall'atteso è necessario valutare le motivazioni/possibili cause ed individuare le azioni correttive. Gli indicatori, eventuali non conformità, le relative motivazioni/possibili cause e le azioni correttive vanno inviati all'UOS Qualità e Rischio clinico.

8. ALLEGATI

1. RELAZIONE ONCOLOGICA
2. PIANO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ONCOLOGIA
3. FOGLIO DI VISITA
4. PS ECOG
5. G8
6. ADL
7. IADL
8. MNA
9. SCHEDA DOLORE
10. Check list somministrazione antitumorali



9. BIBLIOGRAFIA

1. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/> – Accesso effettuato il 10.08.2020
2. I numeri del cancro in Italia 2020
3. Raccomandazione 14 Ministero della salute.
4. JA Diaz et al. Phase II trial on extending the Maintenance Flushing Interval of Implanted Ports. JCO 2016
5. PL Chou et al. Current port maintenance strategies are insufficient. Medicine, Nov 2019
6. Guidelines: Totally implantable central venous access ports. <https://www.health.qld.gov.au>

10. LISTA DI DISTRIBUZIONE

UOC Cure primarie - CUP
UOC Oncologia Enna
DMP Ospedale di Nicosia
DMP Ospedale di Piazza Armerina

11. DIAGRAMMA DI FLUSSO

