

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0000810	19/04/2023

OGGETTO: Rete Oncologica - Presa d'atto del Regolamento Attuativo del Gruppo Multidisciplinare Patologie Gastrointestinali Oncologiche e sua istituzione

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20230001029 DEL 19/04/2023

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE

DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 27 (ventisette) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 3 (tre) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 57 (cinquantasette) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
 Firmato Digitalmente il 19/04/2023 12:40 Luigi FRUSCIO	 Firmato Digitalmente il 19/04/2023 14:02 Luigi ROSSI

Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 19/04/2023 14:09 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 19/04/2023 14:08 Antonio SANGUEDOLCE

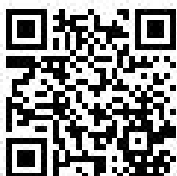
ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **19/04/2023**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione

Firmato Digitalmente il 19/04/2023 14:09


Raffaele IORIO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO: Rete Oncologica - Presa d'atto del Regolamento Attuativo del Gruppo Multidisciplinare Patologie Gastrointestinali Oncologiche e sua istituzione.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Delibera del Direttore Generale n. 239/DG del 16.02.2022, con l'assistenza del segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dal Dirigente Responsabile della U.O.S. Affari Generali, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

Visto:

- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n. 221 del 23 febbraio 2017, "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato – Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro – Anni 2014-2016";
- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n. 192 del 20 febbraio 2018, "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Presa d'atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento";
- l'Accordo Stato-Regioni n. 59/CSR del 17 aprile 2019, "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n. 230 del 9 luglio 2019, "Presa d'atto del Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e loro istituzione";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n. 18 del 5 febbraio 2020, "Proposta di individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e presa d'atto degli indicatori di Rete dei relativi Centri";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n. 132 del 19 giugno 2020, "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Proposta di revisione e aggiornamento dei PDTA regionali per Cr. Colon Retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n.137 del 25 giugno 2020, "Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento";
- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n.1103 del 16 luglio 2020, Individuazione dei centri Hub e Spoke chirurgici e degli indicatori – Revisione identificazione COro – Istituzione Comitato etico unico oncologico e Alto comitato per la ricerca oncologica";
- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n.1104 del 16 luglio 2020, "Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'ARESS riferite ai PDTA regionali per Cr. Colon retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio";

Premesso che:

- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 1585 del 12 agosto 2013, è stata istituita la "Breast Unit" ASL BA presso il Presidio Ospedaliero "San Paolo" di Bari;
- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 2014 del 22 ottobre 2019, in attuazione della D.G.R. n. 221/2017, è stato istituito il Centro di Orientamento Oncologico (COro) ASL BA ed approvato il Regolamento Aziendale del COro;
- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 1661 del 28 settembre 2021, è stata recepita la DGR 854 del 22/05/2018 ed approvato il Regolamento Aziendale per il funzionamento della Breast Unit Asl Bari - P.O. San Paolo;
- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 1959 del 2 novembre 2021, è stata recepita la DGR 1104 del 16/07/2020 ed approvato il "PDTA neoplasie mammarie Asl Bari – P.O. San Paolo";

Atteso che:

- l'istituzione di un Team Multidisciplinare per le Patologie Gastro-intestinali Oncologiche rappresenta un momento strategico per l'ottimizzazione del sistema delle cure primarie di questi pazienti oncologici, fornendo accessibilità a strumenti di prevenzione e risposte assistenziali di qualità nei confronti di esigenze sanitarie di media e di alta complessità;
- presso la ASL Bari coesistono professionisti specializzati, in differenti discipline, in grado di fornire supporto propedeutico alla standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) ed alla discussione di casi clinici, con lo scopo di individuare l'approccio terapeutico più appropriato e stabilire un programma individuale in base ai dati clinici ed alle condizioni psico-fisiche dei pazienti con Patologie Oncologiche del tratto Gastro-intestinale;

Preso atto che:

- con nota prot. 33858 del 18/04/2023, la Direzione Medica del P.O. "San Paolo" ha inviato al Direttore Sanitario ASL BA il "Regolamento Attuativo del Gruppo Multidisciplinare Patologie Gastrointestinali Oncologiche", successivamente parzialmente rettificato con nota prot. 34175 del 19/04/2023, e che il Direttore Sanitario ASL BA, con nota prot. 34192 del 19/04/2023, ha espresso parere favorevole all'adozione formale del presente documento;

Ritenuto di:

- proporre, per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono richiamate quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, la presa d'atto del Regolamento Attuativo del Gruppo Multidisciplinare Patologie Gastrointestinali Oncologiche, così come approvato dal Direttore Sanitario, e sua istituzione;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

1. di prendere atto del “Regolamento Attuativo del Gruppo Multidisciplinare Patologie Gastrointestinali Oncologiche”, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. per l’effetto, di istituire il Gruppo Multidisciplinare per le Patologie Gastrointestinali Oncologiche dell’ASL BA e di individuare in qualità di Coordinatore del medesimo Gruppo il Dirigente Responsabile U.O.S.V.D. Oncologia Medica P.O. “San Paolo” Bari;
3. conseguentemente, di disporre che per l’operatività di tale Team multidisciplinare si utilizzino le risorse umane, tecnologiche ed organizzative attualmente disponibili;
4. di dare al presente provvedimento immediata esecutività;
5. di dare atto che il presente provvedimento non determina oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale;
6. di demandare all’U.R.P. la pubblicazione del presente provvedimento sulla sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Disposizioni generali/Atti generali, presente sul sito web aziendale, ai sensi dell’art.12, d.lgs. 33/2013;
7. di trasmettere il presente provvedimento, per opportuna conoscenza e per gli adempimenti di competenza, al Dir. Resp. U.O.S.V.D. Oncologia Medica P.O. “San Paolo”, alle Direzioni Mediche dei Presidi e dei Distretti Socio-Sanitari, al Dipartimento di Area Medica Specialistica, nonché al Collegio Sindacale aziendale;
8. di trasmettere altresì, a cura del summenzionato Coordinatore del Gruppo Multidisciplinare di cui al precedente punto 2., il presente provvedimento alla Consulta Oncologia Regionale, all’Unità di Coordinamento di Rete (U.Coo.R.) ed al Dipartimento Integrato di Oncologia barese (DIOnc barese);
9. di notificare il seguente provvedimento alla Regione Puglia, Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale, nonché all’Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale;
10. di dare atto che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest’ultimo come recepito, a livello aziendale, dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO - tale da pregiudicare l’esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all’art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.



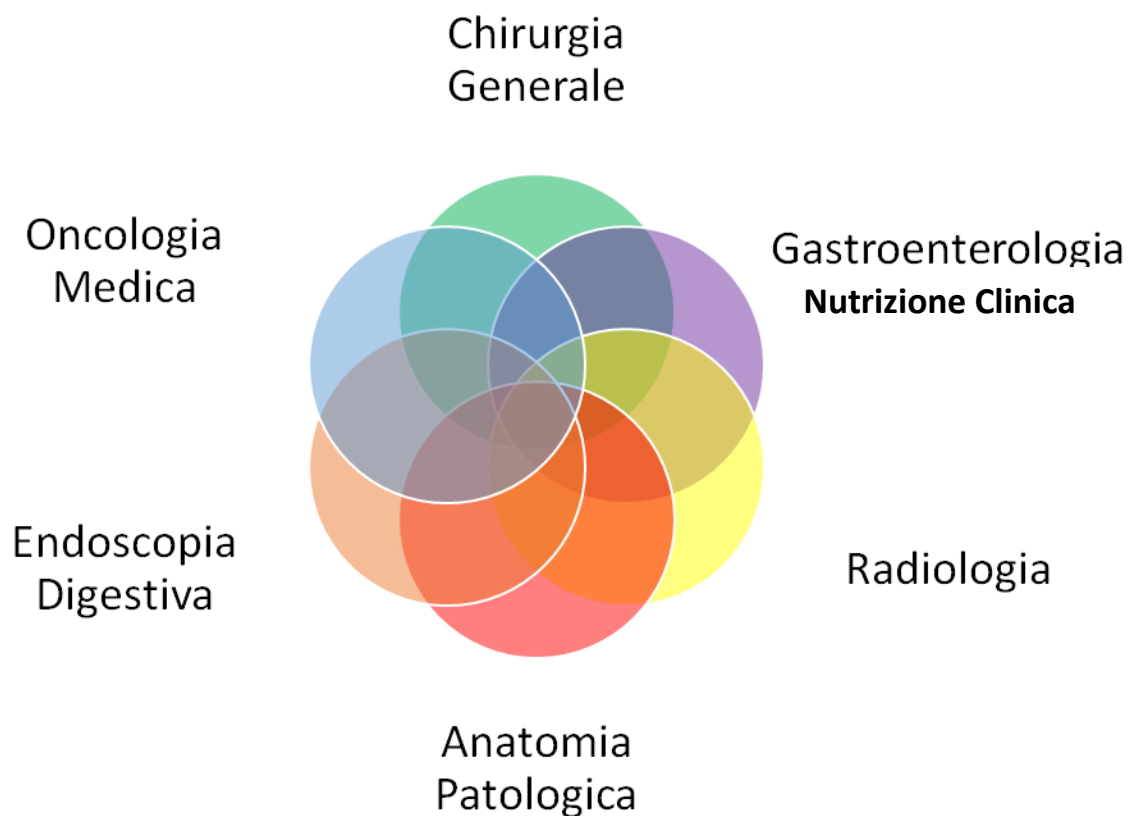
REGOLAMENTO ATTUATIVO
DEL
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE
PATOLOGIE GASTROINTESTINALI ONCOLOGICHE

Redattori:

- Angela Leaci
- Francesco Giuliani
- Massimo Buonfantino
- Michele Simone
- Stefano Lafranceschina
- Maria Panebianco

MAIL: coordinamentogioncologico@asl.bari.it

Telefono: 080 5843462





INDICE

PREMESSA	Pag.	4
Articolo 1 – Gruppo Multidisciplinare PGO	Pag.	4
- 1.1 Definizione		4
- 1.2 Principi guida e Obiettivi		5
Articolo 2 – Criteri di eleggibilità	Pag.	6
Articolo 3 – Struttura Funzionale	Pag.	7
- 3.1 Modello Organizzativo		7
- 3.2 Composizione		7
- 3.3 Interazioni funzionali per la continuità assistenziale		7
- 3.4 Strutturazione attuale		8
- 3.5 Matrice delle responsabilità		10
Articolo 4 – Organigramma	Pag.	11
- 4.1 Organi per la Gestione Clinica		11
- 4.2 Organi per la Gestione Organizzativa		13
Articolo 5 – Gestione dei dati	Pag.	18
- 5.1 Sicurezza e tenuta dei dati		18
- 5.2 Documentazione Clinica		19
- 5.5 Uniformità, conformità e qualità dei dati		19
Articolo 6 – Descrizione attività		20
- 6.1 Accesso al GM e presa in carico del paziente		20
- 6.2 Pianificazione dei trattamenti		21
- 6.3 Valutazione collegiale e Programma Clinico Individuale		21
- 6.4 Continuità Assistenziale		22
- 6.5 Accoglienza e Accessibilità		23
- 6.6 Richiesta di documentazione clinica e invio referti online		24
- 6.7 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp) Asl Bari		24
Articolo 7 – Gestione del sistema di qualità, della sicurezza e del rischio clinico	Pag.	25
- 7.1 Responsabile del Sistema Gestione Qualità del G.M. (RSGQ)		25
- 7.2 Piano di Miglioramento Annuale (PMA)		26
- 7.3 Responsabile del Piano di Miglioramento (RGPM)		26
Articolo 8 – Aggiornamento e modifiche del regolamento	Pag.	27



PREMESSA

La politica di attuazione del Governo clinico promossa dal Piano Sanitario Nazionale e AReSS Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale, richiede un approccio di “sistema” da realizzare tramite l’integrazione di numerosi fattori tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali particolare importanza viene data alla medicina basata sull’evidenza, all’utilizzo di linee guida cliniche, Percorsi Diagnostico-terapeutici Assistenziali (PDTA) ed alla collaborazione multidisciplinare.

L’ASL Bari (già individuata quale centro di riferimento della Rete Oncologica Pugliese ed AReSS per la patologia oncologica mammaria) recependo quanto sopra e convinta della utilità di attivare il Team Multidisciplinare come strumento di coordinamento clinico-gestionale e di guida all’eccellenza, programma l’attivazione del Gruppo Multidisciplinare secondo il seguente regolamento attuativo.

Il presente documento individua inoltre le caratteristiche strutturali, organizzative e procedurali, per il corretto funzionamento del Gruppo Multidisciplinare per le Patologie Gastrointestinali Oncologiche (PGO).

Articolo 1

GRUPPO MULTIDISCIPLINARE PGO

1.1 Definizione

Il presente documento assolve la funzione di Regolamento Ufficiale del Gruppo Multidisciplinare per le Patologie Oncologiche (PGO) di pertinenza medico chirurgica dell’ASL BA - Dipartimento Chirurgico, con sede nell’Ospedale San Paolo, tel. 080 5843462.

Risponde all’esigenza di definire il modello organizzativo del Gruppo Multidisciplinare PGO della ASL Bari, nonché le procedure di lavoro, il coordinamento e l’interrelazione funzionale degli attori coinvolti nel processo di completa presa in carico dei pazienti affetti da neoplasie dell’apparato gastroenterico in toto.

Per Gruppo Multidisciplinare, si intende il lavoro di un gruppo di professionisti dell’ASL Bari, specializzati in differenti discipline, che si riunisce periodicamente per attuare forme di collaborazione propedeutiche alla standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) ed alla discussione dei casi clinici, con lo scopo di individuare l’approccio terapeutico più appropriato in base ai dati clinici ed alle condizioni psico-fisiche dei pazienti, in modo da stabilire un programma clinico individuale.



1.2 Principi Guida e Obiettivi

Per Gruppo Multidisciplinare PGO, si intende la struttura organizzativo-funzionale multidisciplinare mediante la quale si svolgono attività di diagnosi, terapia, riabilitazione, prevenzione secondaria e follow-up dedicate al trattamento di pazienti con Patologia Oncologica del tratto gastrointestinale.

Il Gruppo Multidisciplinare PGO, assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

Opera in rete in modo finalizzato a governare lo sviluppo dei servizi complessivamente offerti.

Rappresenta un modello di assistenza specializzato nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica dei pazienti affetti da neoplasie del tratto gastrointestinale, in cui la gestione del percorso della paziente è affidato ad un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati e con esperienza specifica.

Si prefigge il superamento della frammentarietà dei percorsi di cura e della autoreferenzialità dei differenti setting assistenziali, la creazione di condizioni organizzative, gestionali e cliniche affinché il paziente, fin dalla comparsa dei primi sintomi della malattia, venga avviato rapidamente all'interno di un preciso percorso assistenziale in modo da ridurre il senso di disagio e disorientamento all'interno del sistema sanitario e dei suoi servizi.

La costituzione del Gruppo Multidisciplinare per le Patologie Gastrointestinali Oncologiche, si pone il raggiungimento dei seguenti obiettivi, rispondenti anche alla *mission* della Rete Oncologica Pugliese:

- Definire appropriati e condivisi percorsi diagnostico-terapeutici per specifiche patologie Gastrointestinali a carattere Oncologico.
- Garantire l'aderenza dell'approccio diagnostico-terapeutico secondo le linee guida internazionali più recenti in materia.
- Tempestività della diagnosi e conseguente appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici sulla base delle migliori evidenze scientifiche, per garantire qualità e sicurezza della cura.
- Migliorare il tasso di sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti oncologici.
- Implementare annualmente la formazione del personale coinvolto nel Gruppo Multidisciplinare per le Patologie Gastrointestinali Oncologiche, in modo da aderire



costantemente ai più elevati Standard assistenziali secondo le linee guida internazionali di settore.

- Ottimizzare la collaborazione e la comunicazione tra i professionisti coinvolti, estesa alle Unità Operative necessarie al percorso diagnostico-terapeutico non presenti nell'ASL-
- Ottimizzare la continuità e il coordinamento del percorso diagnostico-terapeutico.
- Concorso nella definizione di standard operativi e di monitoraggio.
- Partecipazione e organizzazione di programmi di prevenzione ed educazione sanitaria per la promozione del benessere e dei corretti stili di vita per la riduzione dei fattori di rischio
- Ottimizzare la prevenzione primaria e secondaria, nonché il percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente.
- Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario.
- Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie.

In particolare, due componenti principali risultano strategiche nella *mission* della Rete Oncologica, e cioè:

l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti modalità specialistiche (chirurgiche, radioterapiche oncologiche, infermieristiche e affini) in un *disease management team* formalmente costituito, il quale è tumore specifico;

l'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica che comporta la necessità di un'adeguata integrazione funzionale.

Articolo 2

CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Il Gruppo Multidisciplinare PGO, si occupa della cura dei pazienti con Patologie Oncologiche del tratto Gastro-intestinale.

Pertanto si fa riferimento: per la patologia Colo-Rettale alla D.G.R. 1104/2020; per tutte Patologie Oncologiche dei restanti distretti Gastrointestinali, alle Linee Guida Nazionali Ministeriali.

I criteri di eleggibilità per la presa in carico dei pazienti del Gruppo Multidisciplinare PGO sono:

- Pazienti con diagnosi di Neoplasia del tratto Gastro-intestinale.
- Pazienti con sospetto fondato di Neoplasia del tratto Gastro-intestinale alla diagnostica di I o II livello.



- Pazienti con neoplasie suscettibili di chirurgia non necessariamente del tubo digerente (sarcomi arti e dell'addome).

Articolo 3

STRUTTURA FUNZIONALE

3.1 Modello Organizzativo

Il Gruppo Multidisciplinare della ASL Bari, con sede fisica presso la UOSVD di Oncologia Medica del P.O. San Paolo di Bari, risponde ad un modello organizzativo interdipartimentale permanente.

3.2 Composizione

È costituita da Unità strutturali e da Unità complementari, interne ed esterne all'ASL Bari, e si avvale di vari servizi di supporto.

Per **Unità strutturali** si intendono quelle Unità Operative, Servizi, Ambulatori, cui appartengono i professionisti che sono parte integrante permanente del Team Multidisciplinare in quanto il loro apporto professionale è valutato indispensabile per la corretta valutazione e gestione dei percorsi clinici.

Per **Unità complementari** si intendono invece quelle Unità Operative, Servizi, Ambulatori, cui appartengono i professionisti che partecipano su invito al Meeting Multidisciplinare PGO quando il loro apporto professionale è ritenuto necessario ai fini della valutazione e trattamento/approfondimento dei casi e alla previsione e gestione del relativo percorso assistenziale.

Per **Servizi di Supporto** si intendono tutte quelle attività e competenze che vengono svolte di non stretta pertinenza del Gruppo Multidisciplinare, ma che sono ritenute essenziali o propedeutiche per limitare i disagi e fornire ai pazienti forme più appropriate di aiuto e sostegno, ai fini dell'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.

3.3 Interazioni Funzionali per la Continuità Assistenziale

Tutte le unità afferenti al Gruppo Multidisciplinare sono tenute a lavorare di concerto per la definizione e realizzazione dei più idonei percorsi clinici dei pazienti.

Nello specifico, le attività del Gruppo sono dedicate ai pazienti inseriti in percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie Gastrointestinali ad indirizzo oncologico, in particolare nel PDTA Neoplasie Colo-rettali (Comitato Tecnico Regione Puglia – 2019, DGR 1104/2020), in cui vengono anche descritte



le relative interazioni funzionali tra le unità afferenti ai Gruppi Multidisciplinari per la gestione clinica integrata dei pazienti.

Ogni struttura afferente al Gruppo Multidisciplinare (unità strutturale o unità complementare) mantiene la propria autonomia funzionale e organizzativa pur essendo subordinata al Gruppo relativamente ai processi clinici e gestionali pertinenti, assicurando così la necessaria continuità assistenziale e la gestione clinica ottimale dei casi trattati.

I rapporti con le unità complementari interne alla ASL Bari, sono definiti con appositi accordi operativi che devono stabilire procedure, modalità e tempistiche ottimali per fornire le prestazioni necessarie ai pazienti inseriti all'interno dei percorsi clinici.

Mentre le interrelazioni con le unità strutturali extra-aziendali, fondamentali nel caso non vi siano all'interno della ASL specialità che garantiscano quelle prestazioni ritenute essenziali per i percorsi diagnostico-terapeutici, vengono regolamentate e deliberate dalla Direzione Strategica con apposite convenzioni e protocolli aziendali, finalizzati ad assicurare le attività necessarie e idonee forme di collaborazione e di collegamento interdisciplinare con i professionisti del Gruppo Multidisciplinare.

Il GM è strettamente correlato con il COro e con lo Screening Organizzato aziendale per l'accesso dei pazienti, per mezzo di agende dedicate che garantiscono l'avvio semplificato e contestuale dei percorsi diagnostico-terapeutici richiesti, tramite accordi diretti e piattaforme digitali (SIrS), anche per la condivisione della documentazione clinica di riferimento.

3.4 Strutturazione Attuale

Al momento dell'approvazione del presente regolamento la strutturazione del Gruppo Multidisciplinare per le Patologie Gastrointestinali Oncologiche dell'ASL Bari è la seguente:

Unità strutturali interne:

- Dipartimento di Area Chirurgica:
 - UU.OO. Chirurgia Generale degli Ospedali Di Venere, San Paolo, Umberto I, Don Tonino Bello, Perinei, Santa Maria degli Angeli, San Giacomo.
- Dipartimento di Radiodiagnostica:
 - UU.OO. di Radiodiagnostica degli Ospedali Di Venere, San Paolo, Umberto I, Don Tonino Bello, Perinei, Santa Maria degli Angeli, San Giacomo.;
- Dipartimento di Area Medica Specialistica:
 - UU.OO. di Oncologia Medica - P.O. San Paolo e P.O. Perinei
 - U.O. di Gastroenterologia - P.O. San Paolo;
 - UU.OO. di Endoscopia Digestiva P.O. San Paolo e P.O. Perinei;

I membri permanenti sono i responsabili delle UU.OO. sopra elencate e/o i loro delegati.

**Unità strutturali esterne:**

- U.O.C. di Anatomia Patologica - IRCSS Giovanni Paolo II Bari.

Unità complementari:

- Dipartimento di Anestesia e Rianimazione e relative UU.OO.;
- Dipartimento Cardiovascolare e relative UU.OO.;
- U.O. di Farmacia Ospedaliera – UMACA – P.O. San Paolo;
- Servizio di Medicina Fisica e Riabilitativa - P.O. San Paolo;
- U.O. Direzione Medica - Ufficio Dietistico- P.O. San Paolo;
- U.O. Centro Screening Colon Retto- Dipartimento di Prevenzione
- U.O. Medicina Nucleare – P.O. Di Venere
- U.O. Genetica Medica - P.O. Di Venere
- U.O. Cure palliative - ASL Ba;
- MMG;
- Paziente Esperto.

Servizi di supporto:

- Servizio Sociale Ospedaliero
- Organizzazioni Di Volontariato
- Assistenza spirituale
- Servizio di Interpretariato e mediazione linguistica
- Archivio clinico
- URP

È in corso di valutazione, per la successiva predisposizione, l'accordo operativo e/o convenzione con la U.O.C. Radioterapia P.O. Di Miccoli – Barletta

3.5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITA' / RUOLO	PRESA IN CARICO	VALUTAZIONE INIZIALE	VALUTAZIONE COLLEGIALE	PROGRAMMA CLINICO INDIVIDUALE	PIANO ANNUALE ATTIVITA'	PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNUALE	PIANO FORMATIVO ANNUALE	RICERCA SCIENTIFICA	ARCHIVIO PERSONALE	CONDIVISIONE DOCUMENTAZIONE	GESTIONE SISTEMA QUALITA'	TRATTAMENTO DATI E TUTELA PRIVACY	GESTIONE INFORMATICA DEI DATI	ELABORAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE MAPPE DEI RISCHI	ACCESSIBILITA' E ACCOGLIENZA	GESTIONE NON CONFORMITA'	GESTIONE SEGNALAZIONI E RECLAMI	DIVULGAZIONE
COORDINATORE PGO	R	R	R	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	I	I	C	C	I
ASSEMBLEA ORGANIZZATIVA PLENARIA	-	-	I	I	R	R	R	I	I	-	C	C	C	I	C	C	C	I
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE	C	C	R	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	I
CASE MANAGER	I	R	R	R	C	C	C	I	I	R	C	C	C	I	R	C	C	I
RGSQ	I	-	I	I	R	C	R	I	I	R	R	C	I	R	C	R	R	R
DIRETTORE U.O. STRUTTURA INTERNA	I	-	-	-	C	C	C	C	I	C	C	C	I	I	C	C	R	I
DIREZIONE MEDICA DI P.O.	-	-	-	-	C	C	I	I	I	-	I	I	I	I	R	I	R	C
RESP. PROTEZIONE DATI - ASL BARI	-	-	-	-	-	-	-	I	-	-	-	C	R	-	-	-	-	I
RESP. ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - ASL BARI	-	-	-	-	-	-	-	I	I	I	-	I	I	-	-	I	I	R
UFFICIO FORMAZIONE	-	-	-	-	-	-	R	-	-	-	C	-	-	-	-	I	I	-
RESP. RISCHIO CLINICO E QUALITÀ - ASL BA	-	-	-	-	-	C	-	I	-	-	C	-	-	C	-	C	I	-
RESP. SPPA - ASL BA	-	-	-	-	I	C	-	I	I	-	C	-	-	C	-	C	-	-
RESP. AGT - ASL BA	-	-	-	-	C	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
URP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	I	-	-	-	-	-	R	R
DIREZIONE SANITARIA	-	-	-	-	I	I	I	I	-	-	I	-	I	-	-	-	-	R
DIREZIONE GENERALE	-	-	-	-	I	I	I	I	-	-	I	-	I	-	-	-	-	R

Legenda: R = Responsabile, C = Coinvolto, I = Informato



Articolo 4

ORGANIGRAMMA

Organi per la gestione clinica:

- Coordinamento del Gruppo Multidisciplinare
- Gruppo Multidisciplinare (GM)
- Case Manager
- Data Manager

Organi per la gestione organizzativa:

- Coordinamento di GM
- Coordinatore del GM
- Team Organizzativo Gestionale (TOG)
- Assemblea Organizzativa Plenaria (AOP)
- Responsabile della Gestione della Qualità e Sicurezza del GM (RGQS)
- Responsabile della Gestione dei Piani Annuali del GM (RGPM)

4.1 Organi per la Gestione Clinica

Il Coordinamento del GM PGO dell'ASL Bari è composto dal Coordinatore del GM, dai Direttori/Dirigenti Responsabili (o loro delegati) delle UU.OO. di Oncologia Medica, Chirurgia Generale, Endoscopia Digestiva, dal Case Manager e dal Data-Manager.

Competenze Cliniche: Si riunisce ogni volta che viene ritenuto necessario, a seconda dei casi clinici presi in carico, in genere su invio e indicazione del reparto accettante, anche d'urgenza.

Competenze gestionali: Per le situazioni organizzativo-gestionali richiedenti decisioni immediate o in tempi rapidi, per le quali non è possibile procrastinare la decisione all'incontro del Team Organizzativo Gestionale (TOG), il coordinamento del GM si riunisce, per le vie brevi, al fine di legittimare il coordinatore all'esecuzione dei provvedimenti concordati.

Gruppo Multidisciplinare (GM): Il Gruppo Multidisciplinare (GM) per le Patologie Gastrointestinali Oncologiche dell'ASL Bari riunisce funzionalmente tutte le Unità Operative, servizi e ambulatori che sono coinvolti nella diagnosi e cura della patologia gastrointestinale a carattere



Oncologico e rappresenta lo strumento qualificante di gestione clinica del PDTA "Colon-Retto" e delle linee guida ministeriali-per le altre patologie di interesse del GM.

È composto da:

- **figure strutturali:** Oncologo, Chirurgo Generale, Gastroenterologo-Nutrizionista, Endoscopista, Radiodiagnosta, Anatomo-Patologo, Case Manager;
- **figure complementari:** Cardiologo, Genetista, Farmacista Clinico, Anestesista, Palliativista, Psico-Oncologo, Fisiatra, Dietista, Paziente esperto, MMG.

Si riunisce con cadenza bisettimanale (Meeting Multidisciplinare) ed ove necessario, per la discussione dei casi clinici, per la conseguente condivisione degli stessi e per la redazione per ognuno di questi del *Programma clinico individuale*, tenendo conto delle evidenze scientifiche e delle linee guida internazionali.

Il report relativo a ciascun caso clinico è discusso, verbalizzato e firmato congiuntamente.

Le varie proposte relative all'inquadramento diagnostico e le strategie terapeutiche formulate dal Gruppo Multidisciplinare nell'ambito della valutazione multidisciplinare vengono riconsiderate e condivise con il paziente, nel rispetto delle sue proprie specificità (orientamenti, necessità, bisogni, caratteristiche personali, culturali, ecc.).

Case Manager (CM)

Il Gruppo Multidisciplinare PGO dell'ASL Bari si avvale di un CM, individuato dal TOG avente idonee caratteristiche e competenze tecnico-professionali e relazionali.

Il CM, parte integrante del Coordinamento e del Team Multidisciplinare, è la figura professionale che coordina l'intero processo clinico e la continuità assistenziale, costituisce, per i vari interlocutori del GM, per il paziente e per il suo MMG, il referente principale, in quanto fulcro operativo e gestionale dell'intero percorso.

Avvia e organizza ogni *step*, ne controlla la tempistica, fornisce informazioni al paziente sulle preparazioni e sulle modalità di esecuzione degli esami, sui consensi informati.

Si accerta della presenza di sintomi e la segnala ai medici, appura la presenza di eventuali fragilità o disagi sociali, cura i rapporti con i MMG e con gli altri specialisti di riferimento, individua e si raccorda con il *caregiver* del paziente, ne annota i riferimenti in cartella GM.

Programma il colloquio preliminare con lo psico-oncologo ed eventualmente con l'assistente sociale (per particolari problematiche di pertinenza).



Si coordina con il Data Manager per la raccolta dei dati a fini statistici e per la corretta alimentazione e tenuta della cartella del Gruppo Multidisciplinare.

Data Manager (DataM)

Il DataM è il responsabile della tenuta e sicurezza della Gestione informatica dei dati clinici, assicura la raccolta, la registrazione e l'analisi dei dati, curando la puntuale alimentazione dei flussi informativi, su appositi file word/excel.

Lavora sotto la supervisione del Coordinamento del GM per la verifica e diffusione dei flussi informativi.

È, inoltre, responsabile della corretta tenuta della documentazione contenuta nelle Cartelle del GM.

4.2 Organi per la Gestione Organizzativa

Coordinatore del Gruppo Multidisciplinare

Il Coordinatore del G.M., viene individuato all'interno dei componenti del Team Organizzativo Gestionale (TOG), la sua durata in carica è triennale, trascorsi i quali si procede alla nuova elezione in sede di Assemblea Organizzativa Plenaria (AOP).

La nomina formale viene deliberata dal Direttore Generale.

Ha funzione di rappresentanza del G.M. nei confronti della Direzione strategica Aziendale, all'interno e all'esterno dell'Azienda. Convoca e presiede le riunioni del TOG.

Ha poteri esecutivi per ogni atto amministrativo d'urgenza necessario al buon funzionamento del G.M.

Coordina la predisposizione del piano annuale delle attività del G.M., i cui obiettivi e contenuti sono la sintesi di quanto emerso durante le riunioni del TOG e dell'Assemblea Plenaria del G.M.

In sede di prima applicazione del presente regolamento, il Coordinatore viene individuato nella persona dell'attuale Dirigente Responsabile della UOSVD Oncologia Medica del P.O. San Paolo. In caso di sua assenza la delega delle funzioni ricade sul vice-coordinatore, nominato annualmente dal Coordinatore.



Team Organizzativo Gestionale (TOG)

Il TOG è formato dalle figure strutturali del TMD interne dell'ASL Bari (Oncologo, Chirurgo Generale, Endoscopista, Radiologo, Gastroenterologo) e dal Case Manager, Data Manager, Responsabile delle Gestione della Qualità e Sicurezza del GM, Responsabile del Piano di Miglioramento annuale, dal Volontario Ospedaliero (rappresentante scelto dalle OdV che collaborano con il GM).

Nel caso di un "ordine del giorno" che coinvolga altri componenti del team o interlocutori esterni al G.M. direttamente interessati ad uno o più argomenti di discussione, gli stessi vengono invitati a partecipare dal Coordinatore del G.M.

Alle riunioni del TOG inoltre possono partecipare, su loro formale richiesta, o su invito, i pazienti o rappresentanti di associazioni, comitati/gruppi di pazienti per la condivisione di tematiche di pertinenza.

Il TOG si riunisce periodicamente, in genere il primo martedì di ogni mese, e ogni qualvolta sia ritenuto necessario su convocazione del Coordinatore GM, ovvero su proposta di uno o più componenti del TOG. Al termine di ogni incontro viene redatto apposito verbale, controfirmato dai partecipanti.

Il TOG ha funzioni di:

- vigilanza sulle attività del GM;
- valutazione verifica della Qualità delle prestazioni erogate;
- programmazione di audit organizzativi con il personale;
- predisposizione del Piano Annuale delle Attività;
- pianificazione delle attività di formazione;
- valutazione delle risorse umane e strumentali, in relazione alle priorità evidenziate;
- nomina di gruppi di lavoro tematici per la risoluzione di problematiche specifiche, redazione di nuove procedure operative, ricerca;
- analisi degli obiettivi di budget dell'anno in corso e relativi scostamenti;
- proposta degli obiettivi di budget relativi all'anno successivo, da approvare nell'Assemblea Organizzativa Plenaria per la loro presentazione alla Direzione strategica aziendale;
- aggiornamento protocolli operativi - linee guida interne;
- monitoraggio, verifica e diffusione dei flussi informativi, indicatori di monitoraggio;
- valutazione delle attività cliniche e di ricerca applicata;
- valutazione di nuove proposte operative;
- organizzazione/partecipazione ad eventi del GM;



- analisi dei rapporti con associazioni tutela del malato;
- valutazione dello stato di attuazione del Piano di miglioramento.

Assemblea Organizzativa Plenaria (AOP)

È composta da tutto il personale afferente alle UU.00. strutturali interne del GM e dagli organi Aziendali coinvolti nelle tematiche di discussione (Area Gestione Tecnica, Ingegneria Clinica, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, Rischio Clinico e Qualità, Controllo di gestione, URP, Ufficio Formazione, Medicina del Lavoro ecc. convocati a mezzo mail entro i 15 giorni precedenti alla data dell'AOP).

Su invito, vi partecipano i rappresentanti delle unità complementari del GM, oltre che rappresentanti o delegati delle ODV, di Cittadinanza Attiva/Tribunale per i Diritti del malato e delle Comunità locali, istituzionali, amministrative, culturali, ecc., al fine di valutare problematiche, proposte o programmi di pertinenza, condividere e pianificare progetti e interventi.

Si riunisce semestralmente per valutare e deliberare in merito ai seguenti punti:

- volumi di attività (dati di attività e produzione dell'anno in corso del GM e di ogni unità afferente), obiettivi di Budget, indicatori di performance inseriti nel PDTA Colon-Retto e relativi flussi informativi;
- programmazione e valutazione delle attività per il raggiungimento degli obiettivi strategici del GM (piano operativo annuale);
- efficacia della comunicazione delle attività del GM e dei flussi informativi al personale ed eventuale programmazione di incontri, briefing, audit ed altre possibili modalità di condivisione dei dati e delle informazioni;
- fabbisogno formativo del personale afferente e piano formativo annuale del GM;
- valutazione e definizione dei piani di acquisto e riqualificazione risorse strumentali in dotazione;
- pianificazione di impianti e strutture (manutenzione/sostituzione/integrazione dei macchinari);
- verifica del piano di gestione e manutenzione delle attrezzature biomedicali;
- fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche;
- determinazione del n. di specializzandi/tirocinanti da ammettere alla formazione presso il GM per la comunicazione all'Ufficio Convenzioni Aziendale ai fini della definizione dei relativi protocolli con Università e Centri di Formazione;



- analisi e approvazione degli elementi impattanti sull'organizzazione e delle proposte operative e gestionali formulate dal TOG e/o gruppi di lavoro tematici;
- disamina di eventuali problematiche organizzative interne e delle proposte di azioni per il miglioramento dei processi e del clima lavorativo;
- modifiche e aggiornamenti organizzativi del GM in adempimento a normative nazionali o regionali;
- l'adozione e l'aggiornamento di protocolli, linee guida, PDTA;
- elezione triennale del Coordinatore del GM;
- disamina delle tematiche inerenti la qualità:
 - a) le informazioni di ritorno da parte degli utenti esterni o interni (Analisi dei disservizi, segnalazioni e reclami) e la valutazione degli esiti delle indagini conoscitive, in merito al grado di soddisfazione degli utenti;
 - b) i rapporti e gli incontri con le associazioni di volontariato ed i pazienti;
 - c) le attività e gli interventi finalizzati all'umanizzazione delle cure;
 - d) le attività divulgative e di promozione;
 - e) il monitoraggio, la gestione e gli interventi di riduzione del tasso di infezioni, complicanze, eventi avversi, eventi sentinella, cadute, e non conformità (deviazioni di processo);
 - f) il monitoraggio degli audit clinici;
 - g) il monitoraggio e la valutazione della qualità della documentazione clinica;
 - h) il mantenimento degli standard acquisiti ai sensi dell'accreditamento istituzionale;
 - i) efficacia delle azioni correttive realizzate e valutazione delle proposte di nuove azioni correttive;
 - j) la valutazione del raggiungimento degli obiettivi del precedente piano di miglioramento.
- Discussione e approvazione del **Piano Annuale delle Attività** del GM (PAA) dell'anno successivo e analisi semestrale e a consuntivo dell'attuazione degli obiettivi del PAA dell'anno in corso, con la valutazione delle eventuali integrazioni

Il PAA include tutte le attività che il GM intende realizzare o ha realizzato, finalizzate al buon funzionamento del gruppo, al miglioramento della qualità dell'assistenza, all'ottimizzazione delle procedure, alle revisioni di procedure, alla riduzione dei rischi, all'incremento degli indici di



performance. Esso include il **Piano di miglioramento annuale (PMA)**¹ ed il **Piano formativo annuale (PFA)**²

L'assemblea plenaria si riunisce semestralmente il secondo martedì di maggio e di novembre. Ulteriori assemblee straordinarie possono comunque essere convocate in situazioni di particolare necessità dal TOG.

Al momento dell'apertura dell'incontro, vengono nominati il Presidente e il Segretario di Assemblea, votati per alzata di mano tra i dipendenti che si sono volontariamente candidati nel ruolo.

Tutti i partecipanti attestano la loro presenza su apposito registro predisposto, indicando ruolo e titolo di partecipazione, oltre alle proprie informazioni di contatto (necessarie per l'invio della documentazione inerente il GM, che devono ricevere per conoscenza e approvazione).

Firmano poi l'uscita attestando la presa visione dei documenti condivisi durante l'assemblea dei quali possono richiedere copia.

Durante la riunione plenaria viene stilato un verbale su apposito registro, conservato agli atti nell'archivio GM che deve essere firmato in ogni sua pagina dal Presidente di Assemblea e dal segretario che lo redige.

La sintesi del verbale (o il verbale stesso) viene trasmessa in copia alla Direzione Medica e alla Direzione Amministrativa del P.O. a cura del Coordinatore GM e condiviso sul gruppo social di GM.

Responsabile della Gestione della Qualità e Sicurezza del GM.

(Vedasi Manuale Operativo del Sistema di Gestione Qualità e Rischio Clinico)

Responsabile della Gestione del Piano Annuale delle Attività (RGPA).

(Vedasi Manuale Operativo del Sistema di Gestione Qualità e Rischio Clinico)

¹ Il **PMA** è il programma delle azioni correttive, migliorative e innovative e di riduzione dei rischi promosse per il superamento delle problematiche evidenziate, il piano contiene la previsione degli interventi da attuare con l'indicazione di tempi, modalità e referenti

² Il **PFA** è un programma di previsione finalizzato a rispondere al fabbisogno formativo del personale afferente al GM. Contiene il piano per l'aggiornamento tecnico-scientifico delle figure professionali impiegate, sulle materie attinenti nello specifico al GM ed alla branca specialistica di rispettiva appartenenza, la formazione periodica e continua di tutto il personale di contatto con il pubblico su contenuti relativi alla comunicazione e relazione interpersonale, finalizzati all'implementazione e sviluppo di abilità e tecniche strutturate di counselling e di gestione dei conflitti (empatia, accoglienza, comunicazione di cattive notizie, controllo/gestione delle tensioni e dei conflitti).



Articolo 5

GESTIONE DEI DATI

5.1 Sicurezza e Tenuta Dei Dati

I dati sensibili dei pazienti sono trattati secondo la normativa di riferimento per la tutela della riservatezza (GDPR 679/2016) e il regolamento pubblicato sul portale regionale Sanità Puglia (vedasi link: <https://www.sanita.puglia.it/ricercadet/liournalcontent/56/36067/privacy-footer>) e Aziendale Sanità Puglia Asl Bari <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/privacy-portale>).

Il Responsabile del trattamento dei dati a livello aziendale è il Dirigente Responsabile dell'U.O.S. Privacy, Designato Responsabile della Protezione dei Dati personali (DPO) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679 (vedasi Delibere D.G. n. 1769/2021, n. 1776/2021 e n. 2069/2021).

Per il G.M. è identificato nel Data Manager.

Tutto il personale impiegato è comunque tenuto all'osservanza delle norme per la tutela della privacy e al segreto d'ufficio, oltre che al segreto professionale, come stabilito dai rispettivi codici deontologici di riferimento.

La violazione delle norme sulla segretezza e riservatezza comportano segnalazioni d'ufficio e provvedimenti disciplinari da parte della Commissione Provvedimenti Disciplinari della ASL Bari, e possono determinare il deferimento presso gli Ordini Professionali di riferimento, oltre all'eventuale denuncia all'autorità giudiziaria.

I dati sensibili dei pazienti possono essere condivisi solo tra titolari del trattamento clinico in atto e rilevati e riportati solo se strettamente necessari o utili al percorso diagnostico-terapeutico in atto.

I dati identificativi del paziente, al di fuori dei contesti clinici del GM, devono essere criptati o sostituiti con codici alfanumerici, anche al fine della trasmissione dei flussi o per finalità statistiche, di studio, di ricerca ovvero amministrative, se non connesse a reali necessità assistenziali.

L'inserimento in *database*, segnalazioni e registrazioni dei dati identificativi e sensibili dei pazienti, devono essere finalizzate a scopi esclusivamente terapeutici o assistenziali e avvenire solo dopo consenso scritto degli stessi.

È fatto divieto a tutto il personale di condividere con terze persone dati sensibili dei pazienti trattati e di farne oggetto di conversazione se la stessa non è dettata da rigorose motivazioni cliniche o assistenziali o comunque a reale e provata salvaguardia dei pazienti.



5.2 Documentazione Clinica

La documentazione clinica inerente un paziente può inoltre essere fornita in visione al diretto interessato, purché tanto avvenga alla presenza di personale medico che potrà rispondere alle eventuali domande o dubbi da parte del paziente.

Terze persone non direttamente coinvolte nel percorso clinico possono accedervi solo su espressa delega scritta e motivata da parte del paziente, salvo i casi di palese necessità di salvaguardia e tutela della sua salute, i casi disposti con provvedimento dell'autorità giudiziaria o le situazioni di forza maggiore.

Di tutta la documentazione clinica il paziente può richiedere copia autenticata rivolgendosi all'apposito ufficio in Direzione Medica (Archivio Clinico). Per la richiesta e il ritiro di tale documentazione da parte di terze persone è prevista la formalizzazione di un atto di delega, ovvero l'esibizione del titolo che determina tale facoltà (es.: tutori di persone interdette, genitori di persone minorenni, eredi legittimi, avvocati in possesso di mandato, ecc.).

I referti di visite, esami e procedure eseguiti presso servizi, ambulatori e reparti afferenti al Gruppo Multidisciplinare dell'ASL Bari possono essere richiesti in forma digitale e trasmessi online, secondo disposizioni degli uffici amministrativi dei singoli Presidi Ospedalieri.

5.3 Uniformità, Conformità e Qualità Dei Dati

Nelle more che il Centro disponga di un sistema di archiviazione dei dati informatizzato (Software gestionale *PGO*) per la registrazione degli esiti delle indagini radiologiche e delle procedure interventistiche e di tutta la documentazione sanitaria relativa ai pazienti afferenti al GM, si utilizza apposita archiviazione *Word/Excel* per l'inserimento dati (per ogni paziente vengono riportate le informazioni anagrafiche, la data di esecuzione e i risultati delle indagini, di imaging, ecc.).

Al Data Manager devono confluire dalle varie unità strutturali di GM tutti i dati, completi e corretti, relativi alle attività e prestazioni, con relative tempistiche ed esiti.

In caso di trasmissione non conforme dei dati, il Data Manager deve procedere alla compilazione della "scheda di non conformità" da trasmettere al RGQS per gli atti consequenziali.

I dati vanno trasmessi al Data Manager utilizzando tabelle in formato *Word/Excel* il cui format deve essere unico, condiviso tra tutti gli specialisti del team strutturale, e agli indicatori di performance del PDTA Regionale Colon-Retto.



Il Coordinatore del GM, con cadenza semestrale, esamina i report redatti dal Data Manager, relativi ai dati del GM, valuta la qualità dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità, prima della loro validazione e trasmissione ai relativi organi competenti (ROP- AReSS).

Vengono valutati gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi ed agli indicatori di monitoraggio previsti dal PDTA, allo scopo di analizzarne in tempi rapidi le cause e promuovere azioni correttive e audit interdisciplinari, convocando, eventuali incontri straordinari del TOG per definire strategie operative e possibili rimedi.

Articolo 6

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

6.1 Accesso al GM e presa in carico del paziente

L'**accesso** al GM: avviene tramite reclutamento da parte delle singole UU.OO. afferenti al Gruppo Multidisciplinare, sia per pazienti con sospetta diagnosi, che per pazienti con diagnosi già accertata – tramite invio da parte del Centro Screening organizzato, del COrO, ovvero su indicazione del MMG o di altro specialista.

Nel caso di presentazione spontanea del paziente, che risulti perciò sfornito di impegnativa SSN, lo specialista del GM, ravvisata l'urgenza, provvede a formulare la richiesta dematerializzata che attiva il PDTA. In tal caso viene già effettuata la presa in carico dal Case Manager con contestuale segnalazione al Gruppo Multidisciplinare.

La **comunicazione della diagnosi** viene effettuata dal responsabile dell'U.O. che ha reclutato il paziente, nelle modalità definite e concordate con lo psico-oncologo, in genere dopo gli esami di II livello e a seguito di preliminare discussione nel MMD. Di norma avviene alla presenza del volontario esperto, nominato dal TOG, e del C.M. che provvede all'accoglienza e presa in carico del paziente.

La **presa in carico** è una procedura formale durante la quale viene informato il pz sulle modalità di funzionamento del GM, sui consensi informati da fornire e sulle relative modalità di conferimento, gli vengono consegnati documenti informativi in merito al percorso in avvio, viene acquisito il consenso al trattamento dei dati e viene compilata la **Scheda PGO**. Questi ultimi documenti, insieme ai referti delle indagini diagnostiche già effettuate dal paziente, diventano parte integrante della **Cartella PGO³**.

³ La Cartella PGO rappresenta il dossier unico cui afferisce tutta la documentazione clinica del paziente. A cura del Case Manager, segue il percorso del paziente durante i passaggi di setting clinici del GM,. Viene conservata nell'Archivio del GM, Gruppo Multidisciplinare PGO, ambiente sito nella U.O.C. di Chirurgia Generale del P.O. San Paolo, in luogo accessibile a tutti componenti del TMD i quali sono tenuti ad effettuare in tempo reale i dovuti aggiornamenti e integrazioni.



In questa fase il Case Manager invia il caso al Coordinamento di GM per la valutazione iniziale (endoscopica, oncologica e chirurgica), per impostare l'avvio del percorso clinico sulla base delle prime risultanze, per l'indicazione di eventuali ulteriori accertamenti o prestazioni per il completamento dell'iter stadiativo e la definizione delle figure del GM preliminarmente interessate. Condivide quindi i dati clinici relativi al caso con i componenti del Team strutturale e fissa data e orario della videoconferenza propedeutica alla preparazione del MMD successivo, finalizzata alla disamina preliminare del caso, alla definizione delle tempistiche ed al coinvolgimento nel MMD di una o più figure complementari, se ritenute utili per la definizione del PCI (**percorso clinico individualizzato**) del caso trattato.

6.2 Pianificazione dei trattamenti

La pianificazione dei trattamenti viene effettuata quindi dal GM nel MMD bisettimanale (salvo situazioni non procrastinabili per le quali i trattamenti iniziali vengono decisi per le vie brevi e avviati dal Coordinamento del GM).

I percorsi terapeutici, che rispondono sempre a linee guida internazionali, si differenziano per istopatologia e stadiazione delle neoplasie, per le condizioni generali del paziente, per la situazione personale e le esigenze logistiche.

6.3 Valutazione Collegiale e Programma Clinico Individuale

All'esito delle valutazioni ed approfondimenti effettuati dal Coordinamento, il caso viene discusso in forma plenaria dal Gruppo Multidisciplinare in sede di meeting bisettimanale.

Qualora il paziente necessiti di trattamenti, accertamenti o consulenze specialistiche che non possono essere garantite all'interno dell'ASL Bari o che non siano già oggetto di protocolli di intesa o convenzioni esterne, il Case-Manager di riferimento si occupa di fornire al paziente le informazioni utili alla programmazione di tali prestazioni e, ove necessario, lo supporta nella prenotazione delle stesse.

Dopo attenta disamina di tutti i possibili approcci terapeutici più appropriati in base ai dati clinici ed alle condizioni psico-fisiche del paziente, viene stabilito un programma clinico individuale che tiene conto delle evidenze scientifiche e delle linee guida internazionali.

Il **Programma Clinico Individuale** (PCI) può contenere la previsione degli accertamenti utili alla stadiazione e al miglior inquadramento del caso, le procedure propedeutiche al percorso terapeutico ipotizzato dal GM, la calendarizzazione dei vari accessi, delle visite e delle prestazioni specialistiche



successive, la fase di eventuale pre-ricovero e/o l'iter per l'avvio delle terapie mediche (neoadiuvante, adiuvante, radioterapia) con modalità e tempistiche preordinate.

Il CM, al termine del MMD, insieme allo specialista incaricato, convoca il paziente per la *ridefinizione e condivisione del PCI* stabilito dal GM. Infatti, posto che il paziente deve rivestire un ruolo di centralità nel percorso di cura, il quale va definito rispettando le peculiarità della persona (orientamenti, necessità, bisogni, caratteristiche esistenziali, logistiche, culturali, religiose, ecc...), le varie proposte relative all'inquadramento diagnostico e le strategie terapeutiche formulate nell'ambito della valutazione multidisciplinare vengono riconsiderate e condivise con il paziente, per promuovere l'informazione partecipata, attentamente perseguita durante tutte le varie fasi del percorso clinico.

Il CM definisce quindi il piano attuativo con la definizione dei compiti e si attiva, per quanto di competenza, per la sua realizzazione con le modalità e tempistiche più idonee.

I **consensi informati** resi dai pazienti devono essere acquisiti dal medico, dopo aver fornito attenti ragguagli e delucidazioni dettagliate con linguaggio semplice e comprensibile, avendo cura di ottenere riprova della effettiva comprensione del paziente, che può richiedere del tempo ed eventuali rinvii per conferire un consenso autentico.

I consensi informati vengono richiesti per le procedure di ricovero, per l'esecuzione di indagini diagnostiche e per i trattamenti da effettuare nel Presidio Ospedaliero.

6.4 Continuità Assistenziale

Particolare attenzione deve essere posta alla continuità assistenziale preliminarmente, contestualmente e a completamento dell'iter diagnostico-terapeutico e dei follow-up.

In particolare le agende per gli approfondimenti di II livello diagnostico, per i casi di fondato sospetto di malattia neoplastica, vengono predisposte in condivisione e correlazione con il **COro** e con il Coordinamento organizzativo aziendale dello **Screening del Colon Retto**.

L'integrazione operativa con i **Medici di Medicina Generale** (MMG) durante il percorso clinico viene garantita dal CM e dagli specialisti del GM tramite contatto diretto, ovvero con l'invio di apposite relazioni o note di aggiornamento sullo stato clinico del pz, e tramite l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico. Inoltre il MMG può partecipare ai MMD ogni volta che lo ritiene utile e/o essenziale, oltre ad esserne invitato quando necessario, essendo considerato figura integrante del GM.

L'integrazione operativa per la continuità assistenziale con i **servizi Distrettuali** per l'attivazione delle risorse socio-sanitarie del territorio per **l'assistenza specialistica e protesica**, la



riabilitazione, le **cure domiciliari**, le **cure palliative** e per il trattamento e **presa in carico delle cronicità** e degli utenti con particolari **fragilità** sanitarie, personali, esistenziali, familiari, avviene tramite contatti diretti con la PUA del DSS da parte del CM ovvero del Servizio Sociale Ospedaliero.

6.5 Accoglienza e Accessibilità

Devono essere garantite tutte le attività che conciliano interventi di accesso, accoglienza, inclusione, informazione, supporto, accompagnamento, comfort e personalizzazione, in considerazione degli orientamenti di tipo culturale, sociale, linguistico, religioso del paziente e delle sue eventuali vulnerabilità.

Sono quindi previste iniziative e servizi per il coinvolgimento attivo del paziente e/o gruppi di utenti per attività di *Empowerment*.

Considerando la condizione di fragilità intrinseca dei pazienti affetti da neoplasia del tratto Gastrointestinale, devono essere attivati, in ogni momento del percorso, servizi e interventi per il superamento di difficoltà assistenziali e logistiche della persona.

In determinate situazioni in cui si evidenzia difficoltà dei pazienti ad eseguire esami /prestazioni (pazienti bariatrici, pazienti non complianti per difficoltà psichiche, interdetti ecc.), tramite l'interessamento diretto della Direzione Medica di P.O., vengono attivati interventi particolari finalizzati a rendere possibile l'accesso al percorso.

Nel caso di pazienti stranieri e/o con specificità linguistiche, culturali, religiose, ecc., sono previsti, soprattutto durante i periodi di degenza, i seguenti interventi multiculturali per evitare incomprensioni ed eventi di *malpractice*, oltre che per ridurre disagi e forme di discriminazione involontarie:

- attivazione del servizio di interpretariato e/o di mediazione culturale (tramite richiesta alla Direzione Medica/Amministrativa del P.O.), anche ai fini della traduzione della documentazione sanitaria da rilasciare al paziente;
- assistenza e sostegno spirituale del culto di appartenenza su richiesta;
- attivazione di menu specifici (durante la degenza) attraverso comunicazione al servizio di ristorazione o all' Ufficio Dietistico.

Per i pazienti in particolari situazioni di vulnerabilità (difficoltà assistenziali, problematiche sociali, familiari, esistenziali, personali, esposizione a rischio di incolumità, vittime di maltrattamento, ecc.) deve essere effettuata la segnalazione al Servizio Sociale Ospedaliero, anche per le vie brevi, per la presa in carico necessaria. In caso di rischio di incolumità o di pz vittime di maltrattamento viene



attivata la procedura organizzativa "Gestione ospedaliera delle Fragilità a Rischio" (Delibera DG nr.1465 del 9.08.2021).

6.6 Richiesta di documentazione clinica e invio referti online

Come già specificato all' Art.5.2: "Di tutta la documentazione clinica il paziente può richiedere copia autenticata rivolgendosi all'apposito ufficio in Direzione Medica (Archivio Clinico).

Per la richiesta e/o il ritiro di tale documentazione da parte di terze persone è prevista la formalizzazione di un atto di delega, ovvero l'esibizione del titolo che determina tale facoltà (es.: tutori di persone interdette, genitori di persone minorenni, eredi legittimi, avvocati in possesso di mandato, ecc.)".

Le copie di cartelle cliniche e i referti di visite, esami e procedure eseguiti presso servizi, ambulatori e reparti dell'ASL Bari possono essere richiesti in forma digitale e trasmessi online.

6.7 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Asl Bari

Numero Verde 800 019 467 - telefono: 080 5844091 - 080 5842469

Email: info@asl.bari.it - urp@asl.bari.it

L'URP della ASL Bari:

- Accoglie, ascolta, informa, semplifica il linguaggio;
- Promuove l'equità, l'accesso alle cure degli utenti e l'umanizzazione dei servizi;
- Raccoglie segnalazioni e reclami, interviene per eliminare ostacoli all'erogazione dei servizi;
- Individua suggerimenti ed osservazioni utili a migliorare i servizi offerti;
- Rileva la qualità percepita dei servizi offerti attraverso monitoraggi periodici di tipo quali/quantitativo;
- Garantisce l'esercizio del diritto di accesso, di informazione, di partecipazione (L. 241/1990);
- Tutela la partecipazione dei cittadini in collaborazione con il Comitato Consultivo Misto (CCM) garantendo la corretta applicazione del Regolamento di Pubblica Tutela e Promuove i servizi ASL attraverso opuscoli, brochure, manifesti, avvisi al pubblico. servizi telefonici, pubblicazioni sul Portale.

Il Cittadino può presentare reclami, segnalazioni, suggerimenti, encomi e ringraziamenti, secondo le seguenti modalità:

- recandosi personalmente presso una sede URP;
- telefonando ai numeri indicati;



- mandando una email a: info@asl.bari.it;
- inviando il modulo Reclami - Elogi, scaricabile dal Sito ASL;
- compilando online il modulo di Segnalazione - Reclamo – Elogi.

Tutti i reclami ricevuti dalle unità strutturali del G.M. tramite URP, sono oggetto di indagine interna, dei possibili interventi immediati per la risoluzione della problematica e di successiva relazione sull'accaduto da parte del Responsabile/Direttore dell'U.O. coinvolta.

La relazione viene inviata alla Direzione Medica Ospedaliera e quindi trasmessa all'URP Aziendale, per il successivo riscontro all'utente.

Tutte le segnalazioni URP devono essere inviate in copia dall'U.O. che l'ha ricevuta all'RGSQ del GM che può generare, se del caso e se non già attivati dalla U.O. interessata, una procedura di non conformità ovvero un *incident reporting*, a seconda della tipologia di evento evidenziato, quindi un eventuale audit e le azioni correttive possibili.

L'RGSQ relaziona su quanto accaduto durante il TOG successivo, integra il registro "Sicurezza e Qualità" del GM con la documentazione inerente l'evento, inserendone i dati per il relativo report annuale da presentare in AOP.

Articolo 7

GESTIONE DEL SISTEMA DI QUALITÀ, DELLA SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO

Il GM si attiene a quanto indicato nel "Manuale Operativo della Gestione del Sistema Qualità del G.M." cui si rinvia per quanto non specificato nel presente articolo.

7.1 Responsabile Del Sistema Gestione Qualità Del G.M. (RSGQ)

Il RSGQ del GM viene nominato in sede di AOP, con carica annuale rinnovabile. Raccoglie le revisioni o integrazioni annuali delle mappe di rischio operate dai referenti sicurezza e qualità di ogni unità strutturale del G.M. e le trasmette al Coordinatore del GM, con le indicazioni delle possibili azioni correttive per la riduzione dei rischi evidenziati.

Ciascun servizio/U.O. afferente al GM effettua semestralmente, a cura del proprio referente di qualità e sicurezza (RSGQ), un report delle prestazioni e degli indicatori di qualità di competenza, che invia al RSGQ.

Il RSGQ cura l'aggiornamento del fascicolo "Sicurezza e Qualità del G.M." in cui sono inserite le mappe dei rischi specifici di ogni unità afferente al G.M., il registro e la documentazione inerente le



non conformità, incident reporting, segnalazioni, verbali e risultanze degli audit clinici, di cui redige il report annuale da sottoporre all'AOP e all'U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema qualità e Formazione, ai fini della pianificazione annuale della riduzione dei rischi e per la elaborazione del Piano di Miglioramento annuale.

Le segnalazioni dei singoli "eventi" verificatisi sono trasmesse dall'RSGQ nelle tempistiche previste all'UOC *Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione Aziendale*, la quale le rende disponibili a livello regionale e nazionale tramite piattaforma SIMES.

7.2 Piano di Miglioramento Annuale (PMA)

La disamina effettuata dal TOG sul raggiungimento degli obiettivi di qualità, sui report delle prestazioni e degli indicatori di attività, sulle verifiche dei protocolli adottati, oltre che sulle non conformità, sulle schede di incident reporting, sulle segnalazioni dell'utenza e sui dati delle indagini sul grado di soddisfazione dei pazienti e degli operatori, consente di definire il Piano di Miglioramento.

Il PMA prevede specifiche azioni di miglioramento dei processi, delle attività, della gestione del rischio, della qualità, dell'efficacia del sistema, oltre che l'esigenza di nuove risorse, volumi e costi delle attività.

Al suo interno vengono inoltre definiti i processi da sottoporre ad analisi, con il metodo del ciclo di *Deming*, per la individuazione dei nodi critici nei quali possono verificarsi disservizi.

Sono stabiliti tempi, risorse e mezzi per la realizzazione di ciascuna azione ed il rispettivo referente.

L'efficacia del PMA e realizzazione viene monitorata dal Responsabile del Piano di Miglioramento (RGPM e valutata mensilmente dal TOG).

7.3 Responsabile della Gestione del Piano Annuale delle Attività (RGPA)

Tra il personale delle unità strutturali interne, viene nominato, in sede di AOP, con carica annuale rinnovabile, il Responsabile della Gestione del Piano Annuale delle Attività (RGPA) del G.M..

Ha il compito di implementare, seguire, verificare, monitorare lo stato dell'arte degli interventi inseriti nel PAA e di relazionare in merito al TOG durante gli incontri mensili. Il suo ruolo deve necessariamente integrarsi con quello del RSGQ, per il raggiungimento di compiti e obiettivi comuni (i due ruoli possono anche essere assunti da una stessa persona). Si avvale, come il RGSQ della stretta collaborazione dei referenti della qualità e sicurezza di ogni unità strutturale interna.



Articolo 8

AGGIORNAMENTO E MODIFICHE DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento, quale atto costitutivo del G.M. PGO dell'ASL Bari, può essere modificato nel caso in cui integrazioni o aggiornamenti si evidenzino come necessarie per preservare la corretta funzionalità del Gruppo Multidisciplinare.

Le modifiche, dopo approvazione in sede di discussione plenaria (AOP), devono essere apportate con specifica delibera del D.G. e devono in ogni caso rispettare i principi, i valori, gli scopi del SSN, della ASL Bari, del G.M., del sistema della Rete Oncologica Pugliese e la normativa vigente.

PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su: NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013

ONERI DI RISERVATEZZA:




CONTIENE dati personali da NON pubblicare NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20230001029 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20230000810 DEL 19/04/2023

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Coppola Cristina	 Firmato digitalmente il 19/04/2023 11:56
Dirigente Medico/Sanitario	Mudoni Simona	 Firmato digitalmente il 19/04/2023 11:59
Direttore/Responsabile di Struttura	Iorio Raffaele	 Firmato digitalmente il 19/04/2023 12:01