

|  |                                                                 |                              |
|--|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <i>STANDARD DI SERVIZIO</i>                                     | <i>SDS</i>                   |
|  | <i>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</i><br><br><i>"MEDICINA"</i> | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |



| FASI       | NOME                                                         | FUNZIONE                                  | DATA        | FIRMA |
|------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------|
| REDATTA    | Ugo Paliani in collaborazione con i responsabili dei servizi | Responsabile SC Medicina MVT              | Giugno 2023 |       |
|            | Mariana Cappannelli                                          | Infermiera Staff qualità accreditamento   |             |       |
| VERIFICATA | Luigi Sicilia                                                | Dirigente ff Staff Qualità Accreditamento | Giugno 2023 |       |
| APPROVATA  | Ugo Paliani                                                  | Direttore dipartimento medico-oncologico  | Giugno 2023 |       |

[Digitare qui]

|  |                                                                 |                              |
|--|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <i>STANDARD DI SERVIZIO</i>                                     | <i>SDS</i>                   |
|  | <i>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</i><br><br><i>"MEDICINA"</i> | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

# **INTRODUZIONE**

**Definizione del Servizio e campo di applicazione**

**Presentazione del Servizio**

**Informazioni e comunicazione esterna**

**Analisi del contesto ed esigenze delle parti interessate:**  
- SWOT analysis

# **POLITICA E PROCESSI**

**Politica del servizio**

**Descrizione dei processi principali di erogazione del servizio**  
- Flow chart del processo principale

# **PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO**

**Responsabilità**

**STANDARD DI QUALITÀ DEI PROCESSI (SCHEMA DI VERIFICA)**

**Elenco delle prestazioni**

**Riferimenti normativi, linee guida**

|  |                                                                                                                                                        |                              |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <p align="center"><i>STANDARD DI SERVIZIO</i></p> <p align="center"><i>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</i></p> <p align="center"><i>"MEDICINA"</i></p> | <i>SDS</i>                   |
|  |                                                                                                                                                        | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

## **INTRODUZIONE**

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

## **DEFINIZIONE DEL SERVIZIO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il campo di applicazione, cioè l'ambito entro cui si eroga il servizio, riguarda l'attività di **“prevenzione, diagnosi e terapia non chirurgica di tutte le malattie acute e sub acute a carico degli organi ed apparati interni”**. Ciò viene tradotto operativamente nell'attenzione posta alla diagnosi e cura di affezioni dell'apparato respiratorio, cardiovascolare, digerente e delle malattie del sangue, dei reni, del metabolismo, del sistema endocrino ed immunitario, attraverso una valutazione globale del paziente, senza tuttavia rinunciare alla competenza specialistica, multiprofessionale e multidisciplinare, delle figure presenti nell'ospedale e all'interno della rete aziendale ed Inter aziendale.

L'attività dunque si fonda in maniera prevalente nella presa in carico e gestione del paziente anziano con comorbidità, fragile, mediante l'erogazione di prestazioni medico-assistenziali in presenza di problemi o patologie acute, che necessitano di assistenza di natura medica ed infermieristica.

## **PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO**

Il dipartimento medico oncologico della USL UMBRIA1 si configura come un'organizzazione integrata di strutture operative semplici e complesse omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra di loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale (art.32 dell'atto aziendale).

Le strutture sono raggruppate in base all'affinità del loro sistema tecnico di riferimento o della loro interdipendenza nell'assistenza da erogare a definiti target di popolazione.

|  |                                                                                                                                                        |                              |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <p align="center"><i>STANDARD DI SERVIZIO</i></p> <p align="center"><i>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</i></p> <p align="center"><i>"MEDICINA"</i></p> | <i>SDS</i>                   |
|  |                                                                                                                                                        | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

Le strutture operative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali integrate, tempestive ed efficaci sulla base di regole definite. In esso si persegue la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale, lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sulle evidenze scientifiche più recenti, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative.

L'organizzazione del dipartimento medico-oncologico:

- promuove lo sviluppo del governo clinico ad ogni livello organizzativo e professionale attraverso un ampio coinvolgimento e un'esplicita responsabilizzazione degli operatori nell'assumere il perseguimento di una buona qualità dell'assistenza;
- assicura la produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona o della collettività e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica;
- cura l'organizzazione e la gestione efficiente delle risorse assegnate in sede di negoziazione budgetaria;
- promuove il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali che operano nell'ambito del Dipartimento anche attraverso la predisposizione dei programmi di formazione/aggiornamento e di ricerca;
- garantisce la partecipazione dei professionisti al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili;
- garantisce, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed equità, la gestione globale del caso clinico e degli aspetti socio - sanitari allo stesso correlati, nonché la gestione integrata di tutti gli aspetti connessi con la salute pubblica attraverso la definizione e l'applicazione di linee guida, il coordinamento e l'integrazione tra le

[Digitare qui]

|  |                                                                                                                                                        |                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><i>STANDARD DI SERVIZIO</i></p> <p align="center"><i>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</i></p> <p align="center"><i>"MEDICINA"</i></p> | <p align="center"><i>SDS</i></p> <hr/> <p>REV: 00</p> <p>Data: Giugno 2023</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

diverse fasi assistenziali o i diversi processi che sottendono gli interventi di sanità pubblica ed i diversi professionisti.

Fanno parte del dipartimento medico oncologico della USL UMBRIA 1:

- SC MEDICINA ASSISI
- SC MEDICINA CITTÀ DI CASTELLO (Ospedale DEA);
- SC MEDICINA GUBBIO E GUALDO TADINO (Ospedale DEA);
- SC MEDICINA MEDIA VALLE DEL TEVERE
- SS CRES - Cardiologia Riabilitativa e Sportiva
- SC MEDICINA TRASIMENO
- SS Dip GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OSPEDALIERA
- SS Dip MEDICINA UMBERTIDE
- SS Dip ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE
- SS Dip ONCOLOGIA MEDICA - OSPEDALI DELL'EMERGENZA

Il personale rappresenta il valore aggiunto del servizio. Nel dipartimento operano:

- dirigenti medici
- infermieri
- fisioterapisti
- operatori socio sanitari.

Ad essi spetta l'importante ruolo della **presa in carico e gestione dell'utente** nel processo assistenziale. Consapevoli di ciò, il direttore di dipartimento e i responsabili dei singoli servizi ad esso afferenti, si adoperano affinché le risorse di cui si dispone, ciascuna nel proprio ambito di competenza, possano consolidare, attraverso specifici percorsi formativi, conoscenze e competenze funzionali al raggiungimento degli obiettivi del servizio e del miglioramento continuo delle prestazioni del dipartimento.

[Digitare qui]

|  |                                                                                                    |                              |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</b><br><br><b>"MEDICINA"</b> | <b>SDS</b>                   |
|  |                                                                                                    | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

## **INFORMAZIONI E COMUNICAZIONE ESTERNA**

Tutte le informazioni inerenti alle modalità di gestione e funzionamento del servizio sono reperibili nell'internet aziendale al seguente indirizzo:

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

## **ANALISI DEL CONTESTO ED ESIGENZE DELLE PARTI INTERESSATE**

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

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

|  |                                                                 |                              |
|--|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <i>STANDARD DI SERVIZIO</i>                                     | <i>SDS</i>                   |
|  | <i>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</i><br><br><i>"MEDICINA"</i> | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

| <i>Swot analysis</i>         |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Carattere del fattore</i> |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Origine del fattore</i>   |                | <i>Positivo</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <i>Negativo</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                              | <i>Interno</i> | <b><i>Punti di Forza (S)</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>partecipazione e presenza di gruppi multidisciplinari;</i></li><li>➤ <i>incremento del numero di prestazioni mediche;</i></li><li>➤ <i>tempi di risposta alle richieste;</i></li><li>➤ <i>presa in carico del paziente;</i></li><li>➤ <i>fidelizzazione;</i></li><li>➤ <i>unificazione delle piattaforme informatiche di diagnostica per immagini</i></li></ul> | <b><i>Punti di debolezza (W)</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>carenza del personale;</i></li><li>➤ <i>sovraffollamento in alcune aree medica con appoggi fuori reparto</i></li><li>➤ <i>mancaanza di degenze hospice</i></li><li>➤ <i>mancaanza in alcune realtà di multidisciplinarietà</i></li><li>➤ <i>burnout</i></li></ul> |
|                              | <i>Esterno</i> | <b><i>Opportunità (O):</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>associazioni e volontariato;</i></li><li>➤ <i>accreditamento;</i></li><li>➤ <i>aggiornamento e formazione;</i></li><li>➤ <i>informatori medico/scientifici;</i></li><li>➤ <i>evoluzione tecnologica/assistenziale;</i></li><li>➤ <i>donazioni</i></li><li>➤ <i>sanità privata.</i></li></ul>                                                                      | <b><i>Minacce (T):</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>inappropriatezza prestazioni compresi i RAO;</i></li><li>➤ <i>sanità privata;</i></li><li>➤ <i>minaccia e cattiva informazione dei mezzi di comunicazione</i></li></ul>                                                                                                     |

|  |                                                                                                    |                              |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</b><br><br><b>"MEDICINA"</b> | <b>SDS</b>                   |
|  |                                                                                                    | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

### **COMMENTO ALLA SWOT**

Alla luce di tali informazioni si lavorerà in sinergia con la direzione aziendale al fine di pianificare azioni che possano contenere e gestire i punti di debolezza e le minacce emerse nella Swot Analysis facendo leva sulle opportunità ormai da anni consolidate nel servizio.

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

### **POLITICA E PROCESSI**

#### **Politica del servizio**

in accordo alla politica della qualità aziendale consultabile al seguente Link <https://www.uslumbria1.it/per-il-cittadino/carta-dei-servizi-aziendale/politica-della-qualita-e-impegni-dellazienda/> il dipartimento medico-oncologico declina i suoi impegni nella Mission di seguito riportata:

|  |                                                                                                    |                              |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</b><br><br><b>"MEDICINA"</b> | <b>SDS</b>                   |
|  |                                                                                                    | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

| <b>VISION AZIENDA</b>                                            | <b>MISSION STRUTTURA</b>                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Promozione della salute</b>                                   | Fornire consigli ai pazienti e familiari per la prevenzione primaria e secondaria mediante la promozione di corretti stili di vita (es: fumo, screening, attività fisica, dieta) |
|                                                                  | Iniziative aggiornate e pubblicizzate mediante i canali social mediatici aziendali (Pagina Web istituzionale, Facebook, webinar ecc..)                                           |
| <b>Accessibilità alle prestazioni, equità e tempi</b>            | Garantire tempi di attesa di prima visita secondo RAO (U:3 giorni e B: 10 g) e visite di controllo con tempi modulati in base a triage infermieristico delle condizioni cliniche |
|                                                                  | <i>Assicurare l'accesso alla piastra ambulatoriale come CUP di 2° livello per la prenotazione di visite medico-specialistiche</i>                                                |
|                                                                  | <i>Accesso alla documentazione clinica come da PGA50 Modalità di rilascio della documentazione sanitaria</i>                                                                     |
| <b>Accessibilità alle strutture, comfort, igiene e sicurezza</b> | Attenzione all'accoglienza dei pazienti che rimangono nel servizio per terapie prolungate, con disponibilità di letture, tv e bevande calde o vitto                              |
|                                                                  | <i>Accessibilità ai servizi senza barriere architettoniche</i>                                                                                                                   |
|                                                                  | Rispetto delle procedure di sicurezza aziendali                                                                                                                                  |
| <b>Informazione, comunicazione e trasparenza</b>                 | Garantire una corretta informazione in tutte le fasi sia diagnostiche che terapeutiche della malattia, con attenzione globale alla persona malata                                |
|                                                                  | Raccogliere il consenso informato come da PGA07, compresa l' indicazione delle persone da coinvolgere nella comunicazione sul percorso di cura del paziente                      |
|                                                                  | Rilasciare il referto ad ogni accesso ambulatoriale o ad ogni trattamento                                                                                                        |
|                                                                  | Tutelare la riservatezza nei colloqui con i pazienti e familiari nell'espletamento delle prestazioni sanitarie e la privacy come previsto dalla GDPR 2016/679 e D.L.vo 101/2018  |

[Digitare qui]

|  |                                                                                                    |                              |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</b><br><br><b>"MEDICINA"</b> | <b>SDS</b>                   |
|  |                                                                                                    | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

| <b>VISION AZIENDA</b>                                   | <b>MISSION STRUTTURA</b>                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tutela ed ascolto</b>                                | Assicurare una tempestiva ed efficace gestione dei reclami, anche applicando la PGA 01 "Gestione reclami"                                                                                                                             |
|                                                         | Offrire la possibilità di esprimere opinioni sul servizio mediante raccoglitori per segnalazioni e suggerimenti                                                                                                                       |
|                                                         | Garantire rapporti continuativi con le associazioni di malati e cittadini                                                                                                                                                             |
| <b>Accoglienza, aspetti relazionali e umanizzazione</b> | Attenzione alle esigenze psicologiche, culturali, sociali ed etniche dei pazienti anche mediante triage dei bisogni psicologici all'inizio del percorso di trattamento                                                                |
|                                                         | Riconoscibilità del personale attraverso divise dotate di supporti identificativi (nome, cognome, qualifica, distretto di appartenenza)                                                                                               |
|                                                         | In caso di ricovero possibilità di assistenza integrativa non sanitaria come da procedura aziendale ed in ambulatorio accompagnatore ammesso quando necessario                                                                        |
|                                                         | Attivazione della mediazione culturale in caso di barriere linguistico culturali                                                                                                                                                      |
|                                                         | Garanzia di supporto nella gestione del dolore e di altri sintomi (anche applicando quanto previsto dalla PGA 37 Gestione delle cure palliative precoci nel paziente oncologico) e attivando i servizi di cure palliative domiciliari |
| <b>Percorsi clinici ed assistenziali</b>                | Aderenza alla medicina basata sulle evidenze scientifiche più recenti sia nelle fasi diagnostiche che terapeutiche                                                                                                                    |
|                                                         | Garanzia di continuità assistenziale tra ricovero ordinario e attività ambulatoriale                                                                                                                                                  |
|                                                         | Uniformare i comportamenti degli operatori per diminuire il rischio clinico e garantire sempre e comunque alti livelli qualitativi clinico-assistenziali                                                                              |
|                                                         | Garantire la continuità assistenziale mediante dimissioni protette e collaborazione con l'assistenza domiciliare                                                                                                                      |
| <b>Valutazione standard di qualità</b>                  | Implementare il sistema di gestione qualità in conformità ai requisiti di accreditamento del regolamento regionale n.10 del 26 Settembre 2018                                                                                         |

[Digitare qui]

|  |                                                                 |                              |
|--|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <i>STANDARD DI SERVIZIO</i>                                     | <i>SDS</i>                   |
|  | <i>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO:</i><br><br><i>"MEDICINA"</i> | REV: 00<br>Data: Giugno 2023 |

| <i>VISION AZIENDA</i> | <i>MISSION STRUTTURA</i>                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | Sviluppare e/o applicare di PDTA per patologie (mammella e polmone)                                                                                                                            |
|                       | Aderire al percorso “rischio clinico” con l’attuazione di incident reporting, gestione delle non conformità, individuazione e analisi dei rischi                                               |
|                       | Progettare la formazione del personale sia in ambito clinico-assistenziale sia finalizzata allo sviluppo di competenze relazionali, di lavoro di gruppo e l’attenzione ai pazienti e caregiver |

## ***DESCRIZIONE DEI PROCESSI PRINCIPALI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO***

### **Flow Chart di Processo**

Si illustra di seguito la Flow Chart relativa al processo di presa in carico e gestione del paziente nei reparti di medicina del dipartimento medico-oncologico.

[Digitare qui]

|  |                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>STANDARD DI SERVIZIO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MEDICINA</b></p> | <p style="text-align: right;"><b>SDS</b></p> <p>REV: 00 Data:<br/>Giugno 2020</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

| INPUT                                                                                                                                                        | FLOW CHART Medicina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OUTPUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>-Ricovero da Ps, da OBI, da altro reparto;<br/>-Ricovero da MMG;<br/>-Ricovero da medico di reparto;<br/>-Ricovero da ambulatorio;<br/>-Trasferimento</p> | <pre> graph TD     1([1. Accettazione<br/>(anagrafica)]) --&gt; 2[2. Accoglienza]     2 --&gt; 3[3. Inquadramento<br/>Clinico e Assistenziale]     3 --&gt; 3.1[3.1. Accertamento<br/>Infermieristico]     3 --&gt; 3.2[3.2. Visita medica<br/>Inquadramento<br/>clinico]     3.2 --&gt; 3.2.1[3.2.1. Redazione<br/>Scheda<br/>Anamnestica]     3.2 --&gt; 3.2.2[3.2.2. Redazione<br/>Scheda<br/>Farmacologica]     3.2 --&gt; 3.3.3[3.3.3. Richiesta<br/>Consensi Informati]     3.1 --&gt; 4[4. Processo<br/>Medico/Assistenziale]     3.2 --&gt; 4     4 --&gt; 4.1[4.1 Indagine<br/>Diagnostiche e<br/>Strumentali]     4 --&gt; 4.2[4.2 Esecuzione<br/>Consulenze]     4 --&gt; 4.3[4.3 Assistenza<br/>Infermieristica]     4.1 --&gt; 5[5. Valutazione]     4.2 --&gt; 5     4.3 --&gt; 5     5 --&gt; D{Paziente<br/>Dimissibile?}     D -- No --&gt; 4     D -- Si --&gt; 6([6. Dimissione])           </pre> | <p><b>OUTPUT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relazione di dimissione;</li> <li>-consegna farmaci e presidi;</li> <li>-attivazione dimissione protetta;</li> <li>-rilascio prognosi certificata;</li> <li>-prosecuzione ricovero;</li> <li>-follow up;</li> <li>-riconciliazione farmacologica;</li> <li>-interazione con il territorio (MMG)</li> </ul> <p><b>Indicatori di processo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cadute;</li> <li>-Infezioni nosocomiali;</li> <li>-LDD;</li> <li>-Ricoveri ripetuti;</li> <li>-Degenza media;</li> <li>- N° Decessi;</li> <li>-N° Incident Reporting</li> <li>- % di PZ che manifestano un episodio di delirium durante la fase acuta di ricovero</li> </ul> <p><b>Risorse</b></p> <p><b>Umane;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Logistico strutturali;</li> <li>-Diagnostiche;</li> <li>-Informatiche;</li> <li>-Presidi</li> </ul> |

**Procedura/ Istruzione operativa**

Consultabili, presso i servizi afferenti al dipartimento medico-oncologico, mediante la presa visione del MOD01 PGS01 "Elenco dei Documenti"

|  |                                                                                                 |                              |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO</b><br><br><b>MEDICINA</b> | <i>SDS</i>                   |
|  |                                                                                                 | REV: 00 Data:<br>Giugno 2020 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fasi operative/rischio</b><br><br><b>vedi pagina successiva</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>Miglioramento</b><br>attuazione, diffusione ed implementazione delle procedure generali del sistema di gestione della qualità |
| <b>Indicatori Servizio</b><br>- monitoraggio dei tempi di attesa: % prestazioni RAO (19-21) classe "U" erogate entro i giorni stabiliti<br>- Sistema Valutazione Performance: N° ricoveri medici ordinari oltre soglia per utenti >=65aa<br>- Attività di diagnostica per ricoverati (Fonte RIS-LIS): N° Prestazioni per ricoverati<br>- Attività di specialistica ambulatoriale per Dipartimento (Fonte CUP): N° prestazioni per esterni<br>- Attività di ricovero: N° dimessi totali |  |                                                                                                                                  |

## **FASI OPERATIVE /RISCHIO**

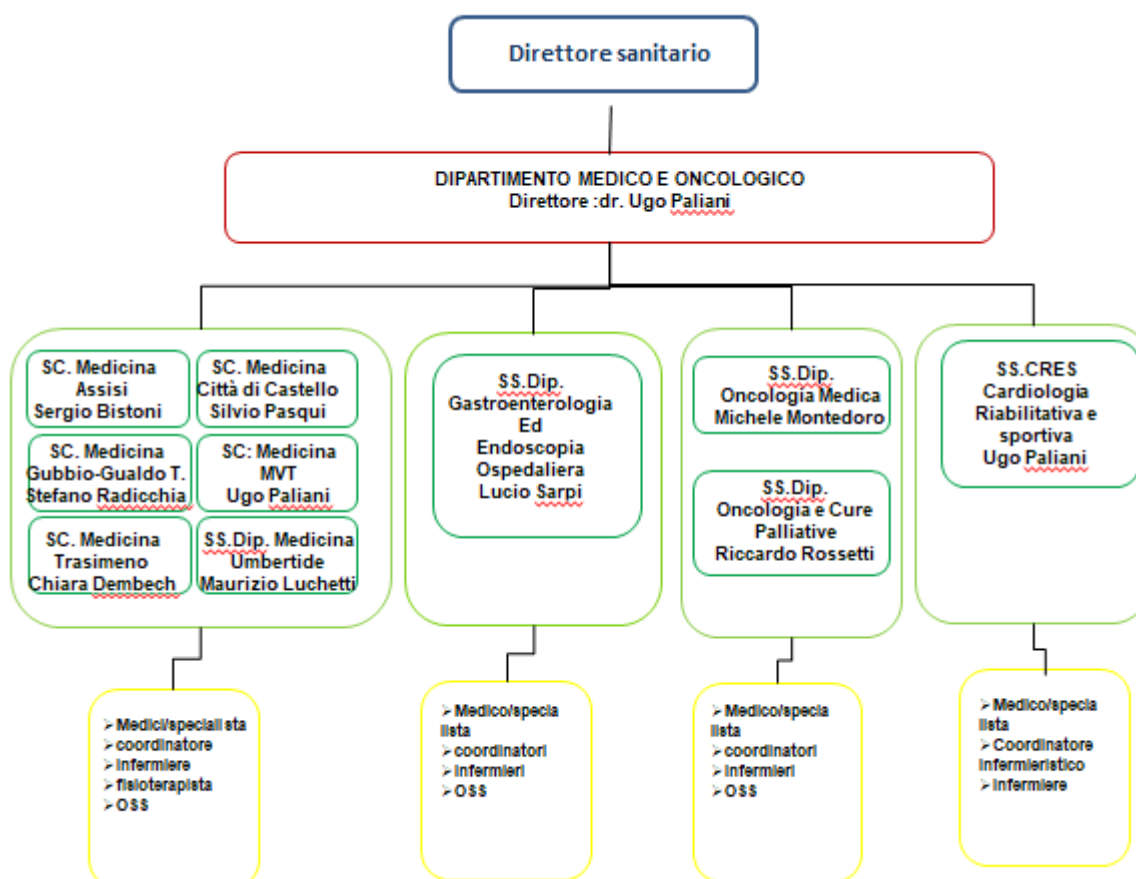
Il processo di presa in carico e gestione del paziente presenta, nelle varie fasi descritte, i seguenti rischi a cui verrà posta un' attenzione particolare ai fini della riduzione /contenimento degli stessi in ottica di sicurezza delle cure e miglioramento continuo delle prestazioni:

- anagrafica errata o incompleta;
- rischi incrementali di contenziosi per mancata interazione o informazione con i congiunti;
- anamnesi (specie quella farmacologica) incompleta o errata;
- conseguimento dei consensi in dementi o minorati (in tempo reale);
- carichi di lavoro del personale
- scambi di identità nei passaggi di consegne

|  |                                                                                                 |                              |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO</b><br><br><b>MEDICINA</b> | <i>SDS</i>                   |
|  |                                                                                                 | REV: 00 Data:<br>Giugno 2020 |

## PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO

### Organigramma



|  |                                                                                                 |                              |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO</b><br><br><b>MEDICINA</b> | <b>SDS</b>                   |
|  |                                                                                                 | REV: 00 Data:<br>Giugno 2020 |

Funzionigramma (vedi Mod.01 SDS in allegato)

### **STANDARD DI QUALITÀ DEI PROCESSI**

| Obiettivo                                                                       | Fattore critico (tipo 1Q)     | Fonte dati                             | Tipo Q e frequenza rilevazione | Responsabile Rilevazione                            | Indicatore (formula)                                                                                       | Standard/ valore atteso |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Accettazione</b>                                                             | Accessi impropri              | Direzione                              | O;<br>Annuale                  | Direzione aziendale                                 | <b>N. accessi impropri/Totali</b>                                                                          | <5%                     |
| <b>Accoglienza</b>                                                              | incompletezza documentale     | <i>Cartella clinica</i>                | P;<br>Semestrale               | <i>Responsabile del servizio</i>                    | N. pz con documentazione incompleta/N. pz totali                                                           | <5%                     |
| <b>Soddisfazione dell'utenza</b>                                                | Qualità assistenziale         | <i>direzione aziendale di presidio</i> | O;<br>Annuale                  | <i>Direzione del servizio</i>                       | N. reclami URP/tot pz.                                                                                     | 5%                      |
| <b>Verifica RAO</b>                                                             | Inadeguato codice di priorità | Impegnativa a dem.                     | annualmente                    | Operatore che effettua la prestazione ambulatoriale | N° RAO appropriati                                                                                         | 95%                     |
| <b>Attivazione delle dimissioni protette (prima della recidiva di ricovero)</b> | Continuità Assistenziale      | Cartella clinica                       | Semestrale                     | Coordinatore infermieristico                        | numero di BRASS e schede per il servizio infermieristico territoriale redatte / numero di pazienti dimessi | 40%                     |
| <b>Recidiva di ricovero</b>                                                     | Re-ricovero entro 30GG        | ADT                                    | O; P; C<br>Trimestrale         | Direzione di presidio                               | N° re-ricoveri/totale dei dimessi                                                                          | 10%                     |

<sup>1</sup>Standard da letteratura, esperienza, aziendale ecc.

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

Frequenza: tri, semestrale o annuale

|  |                                                                                                 |                              |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO</b><br><br><b>MEDICINA</b> | <b>SDS</b>                   |
|  |                                                                                                 | REV: 00 Data:<br>Giugno 2020 |

| #        | <b>CARATTERISTICHE ULTERIORI</b>                                     | <b>STANDARD OPERATIVI</b>                                                             |
|----------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>a</b> | Chiara e completa informazione su modalità di accesso alle strutture | <b>Carta dei servizi e materiale informativo, cartellonistica</b>                     |
| <b>b</b> | Facilità di accesso per categorie protette                           | <b>Procedura di accessibilità alla struttura, disabili, gravide ,bambini, urgenze</b> |
| <b>c</b> | Modalità operative definite per singolo processo                     | <b>Procedure, linee guida, istruzioni operative, referenti, verifiche</b>             |
| <b>d</b> | Comunicazione                                                        | <b>Disponibilità e tempi garantiti per i colloqui con i familiari</b>                 |

### **Elenco delle prestazioni**

L'elenco delle prestazioni sono consultabili nell'allegato allo Standard di prodotto/servizio (MOD.02 SDS in allegato).

|  |                                                                                                 |                              |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>STANDARD DI SERVIZIO</b><br><br><b>DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO</b><br><br><b>MEDICINA</b> | <i>SDS</i>                   |
|  |                                                                                                 | REV: 00 Data:<br>Giugno 2020 |

### **RIFERIMENTI NORMATIVI ,LINEE GUIDA**

| <b>NORME/LEGGI</b> |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>           | <b>Privacy</b>            | <b>Regolamento Europeo 679/2016; Codice Privacy (D.Lgs n.196/2003 e s.m.i.); Regolamento della Regione Umbria n. 7 del 30 dicembre 2003</b>                                                                                                                                             |
| <b>2</b>           | <b>Consenso informato</b> | <b>Linee di indirizzo regionali per l'informazione del paziente e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario (DGR 1033 del 16 sett 2019);<br/><br/>LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento</b> |
| <b>3</b>           | <b>Anti corruzione</b>    | <b>Piano Nazionale Anticorruzione 2022<br/><br/>Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023</b>                                                                                                                                                                                                   |
|                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>LINEE GUIDA</b> |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1</b>           | <b>ISTH linee guida</b>   | <b>International Society of Thrombosis and Haemostasis</b>                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>2</b>           | <b>ESC</b>                | <b>European Society of Cardiology</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>3</b>           | <b>ACCP</b>               | <b>American College of Chest Phisician</b>                                                                                                                                                                                                                                              |
|                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |