

# MONITORAGGIO DELLE STRUTTURE ONCOLOGICHE

2016

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato

ASST "Papa Giovanni XXIII"

|   |   |
|---|---|
| Comune                                    | <b>BERGAMO</b>                                  |
| Provincia                                 | <b>BG</b>                                       |
| Regione                                   | <b>LOMBARDIA</b>                                |
| Tipologia struttura                       | Azienda Ospedaliera                             |
| Eventuale ASL di afferenza                | ATS Bergamo (ex ASL)                            |
| Numero posti letto totale della struttura | 1036  |
| Indirizzo                                 | Piazza OMS 1, 24127                             |
| Sito Web                                  | www.asst-pg23.it                                |
| Link alla Carta dei Servizi               | www.asst-pg23.it/section/1974/carta_dei_servizi |

Legenda: NP= Dato "Non Presente" o domanda contrassegnata come "Non Pertinente" dalla struttura.

| <b>ORGANIZZAZIONE</b>  |   |
|--|---|
| <b>1 Elenco dei Servizi presenti nella struttura</b>   |   |
| 1.1 Day Hospital oncologico  | Si  |
| 1.2 Radioterapia   | Si  |
| 1.3 Psiconcologia  | Si  |
| 1.4 Centro di terapia del dolore   | Si  |
| 1.5 Pronto Soccorso o DEA  | Si  |
| 1.6 Reparto oncologico Pediatrico  | Si  |
| 1.7 Riabilitazione oncologica  | Si  |
| 1.8 Hospice  | Si  |
| <b>2 Elenco di Dipartimenti, ulteriori Unità Operative o Servizi presenti nella struttura dedicati all'Oncologia</b> |   |
| 2.1 a:   | Cancer center   |
| 2.2 b:   | Prostat unit  |
| 2.3 c:   | Breast unit   |
| 2.4 d:   | Prevenzione odontostomatologica per effetti da terapia oncologica |
| 2.5 e:   | NP  |
| 2.6 f:   | NP  |
| 2.7 g:   | NP  |
| 2.8 h:   | NP  |
| 2.9 i:   | NP  |
| 2.10 l:  | NP  |
| (2.3) Se presente il Day Hospital oncologico:  |   |
| <b>3 Il Day Hospital Oncologico è aperto per almeno 250 giorni l'anno</b>  | Si  |
| 3.1 Indicare il numero dei posti letto nel DH oncologico   | 22  |
| 3.2 Indicare il numero poltrone nel DH oncologico  | 12  |
| <b>4 Presenza di un Centro Unificato di Prenotazione (CUP)</b>   | Si  |
| (2.4.1) Se sì:   |   |

|   |  |
|---|--|
| 4.1 Il Sistema Cup è informatizzato   | Si   |
| 4.2 Il Cup garantisce la centralizzazione delle prenotazioni per l'intero iter diagnostico e terapeutico                  | Si   |
| 4.3 Consente il pagamento online delle prestazioni  | No   |
| 4.4 Orari di apertura del CUP:  |  |
| 4.4.1 apertura superiore a 36 ore settimanali   | Si   |
| 4.4.2 orario continuato una o più volte a settimana   | Si   |
| 4.4.3 apertura di sabato  | Si   |
| 4.4.4 apertura prima delle 9 una o più volte a settimana  | Si   |
| 4.4.5 chiusura dopo le 17 una o più volte a settimana   | Si   |
| <b>VOLUMI DI ATTIVITÀ</b>   |  |
| <b>5 Numero pazienti presi in carico nel 2015 per ciascuna unità clinica indicata:</b>                                    |  |
| 5.1 Day Hospital Oncologico   | 1693   |
| 5.2 Radioterapia  | 1963   |
| 5.3 Psiconcologia   | 175  |
| 5.4 Centro di terapia del dolore  | 1407   |
| 5.5 Reparto oncologico pediatrico   | 40   |
| 5.6 Riabilitazione oncologica   | 300  |
| 5.7 Hospice   | 403  |
| <b>6 Numero pazienti presi in carico nel 2015 per i Dipartimenti, o ulteriori U.O. e Servizi indicati alla domanda 2:</b> |  |
| 6.1 a:  | 0  |
| 6.2 b:  | 56   |
| 6.3 c:  | 614  |
| 6.4 d:  | 500  |
| 6.5 e:  | NP   |
| 6.6 f:  | NP   |
| 6.7 g:  | NP   |
| 6.8 h:  | NP   |
| 6.9 i:  | NP   |
| 6.10 l:   | NP   |
| <b>7 Numero pazienti presi in carico nel 2015 con tumori a:</b>   |  |
| 7.1 polmone   | 216  |
| 7.2 mammella  | 614  |
| 7.3 colon retto   | 356  |
| 7.4 pelle (melanoma)  | 216  |
| 7.5 sangue  | 658  |
| 7.6 altro   | 252  |
| specificare   | Tumori urologici, sarcomi, tumori orl, tumori neuro endogeni, GIST /Tumori stomali gastro intestinali) |
| <b>APPARTENENZA E INTEGRAZIONE IN UNA RETE DI SERVIZI</b>   |  |
| <b>8 Presenza nella Regione di formali Reti assistenziali distinte e dedicate :</b>                                       |  |
| 8.1 Rete Oncologica   | Si   |
| (4.1.1.1) Se sì, specificare:   |  |
| (4.1.1.1.1) Regionale   | X  |
| (4.1.1.1.2) Interregionale  |  |

|  |  |
|--|--|
| 8.2 Rete delle Cure Palliative   | Si   |
| 8.3 Rete della Terapia del dolore  | Si   |
| <b>9 La struttura appartiene ad una Rete Oncologica formale?</b>   | Si   |
| (4.2.1) Se sì:   |  |
| 9.1 Indicare quale è il modello di Rete adottata ed il Ruolo svolto dalla struttura nella Rete (es: Centro Hub o Centro Spoke; etc)  | stesura e condivisione con le altre strutture di linee guida oncologiche |
| 9.2 E' stata realizzata una rivalutazione con conseguente adeguamento dell'organico da quando è stata istituita la Rete oncologica?  | No   |
| 9.2.1 A seguito della rivalutazione, sono state effettuate nuove assunzioni di personale medico e/o infermieristico?   |  |
| 9.3 Nel sito internet della struttura:   |  |
| 9.3.1 è evidente l'appartenenza alla Rete?   | Si   |
| 9.3.2 vi sono informazioni circa l'articolazione dei servizi in Rete?  | Si   |
| 9.3.3 vi sono informazioni circa il ruolo svolto dalla struttura nella Rete?   | Si   |
| <b>SISTEMA INFORMATIVO</b>   |  |
| <b>10 Presenza di un software gestionale/sistema informativo</b>   | Si   |
| (5.1.1) Se sì, il sistema consente:  |  |
| 10.1 l'archiviazione dei dati informatizzati e la possibilità di elaborarli;   | Si   |
| 10.2 il dialogo con i centri screening;  | Si   |
| 10.3 il monitoraggio e benchmark dei principali tempi di erogazione;   | Si   |
| 10.4 la valutazione dei PDTA.  | Si   |
| <b>11 Istituzione ed utilizzo nella pratica quotidiana di un Fascicolo Sanitario Elettronico -o strumento analogo- capace di raccogliere gli eventi clinici salienti del paziente e che lo accompagni in tutte le fasi della malattia, nella logica della "cartella clinica" che non chiude mai.</b> | Si   |
| (5.2.1) Se sì, il fascicolo è condiviso:   |  |
| 11.1 tra i vari professionisti solo all'interno della struttura;   | Si   |
| 11.2 tra i vari professionisti coinvolti nel percorso di cura anche a livello territoriale e con il MMG.   | Si   |
| <b>SERVIZIO DI ACCOGLIENZA</b>   |  |
| <b>12 Presenza di una Struttura/Servizio che svolga la funzione di Accoglienza e Presa in carico del paziente</b>  | Si   |
| (6.1.1) Se sì, la Struttura/Servizio di Accoglienza svolge le seguenti funzioni:   |  |
| 12.1 Accoglie e orienta il cittadino   | Si   |
| 12.2 Informa circa le modalità di accesso ai servizi e le prenotazioni, le professionalità disponibili, i centri specializzati, gli orari, ecc.  | Si   |
| 12.3 Garantisce la presa in carico del paziente e ne assicura il mantenimento al termine di ogni ciclo terapeutico.  | Si   |
| 12.4 Garantisce che i percorsi diagnostico, terapeutico e assistenziale siano effettuati secondo le modalità interdisciplinari, gestendone anche l'iter amministrativo.  | Si   |
| 12.5 Realizza una valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente.  | Si   |
| 12.6 Prenota le prestazioni diagnostiche e visite specialistiche necessarie già al momento della prima visita.   | Si   |
| 12.7 Prenota i follow-up successivi al termine delle visite.   | Si   |
| 12.8 Tiene traccia del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale dei pazienti in formato elettronico.  | Si   |
| 12.9 Informa circa la presenza di associazioni di pazienti/civiche all'interno della struttura.  | Si   |
| <b>13 Presenza di un servizio telefonico presso il quale ogni paziente può rivolgersi in qualunque momento del percorso assistenziale</b>  | Si   |
| <b>TEMPI DI ATTESA</b>   |  |

|   |  |
|---|--|
| 14 Il paziente con sospetto diagnostico accede in via preferenziale, e comunque entro le 72 ore, alle prestazioni diagnostiche                                      | Si   |
| 15 Il paziente accede all'intervento chirurgico entro 60 giorni dal sospetto diagnostico rilevato in screening  | Si   |
| 16 L'inizio del trattamento chemio/radio terapia entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista  | Si   |
| 17 La gestione delle agende per le prenotazioni è centralizzata:  |  |
| 17.1 Agenda dei ricoveri  | Si   |
| 17.2 Agenda per interventi chirurgici   | Si   |
| <b>PRESA IN CARICO E APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE</b>  |  |
| 18 La presa in carico del paziente si realizza già dal sospetto oncologico  | Si   |
| 18.1 Se sì, già al momento del sospetto diagnostico è assegnato il codice esenzione 048   | Si   |
| 19 Procedure che garantiscono valutazioni multidimensionali dei casi clinici  | Si   |
| 19.1 Se sì, la valutazione multidimensionale indaga e registra aspetti relativi alle dimensioni:  |  |
| 19.1.1 Psico-emotive  | Si   |
| 19.1.2 Socio-familiari  | Si   |
| 20 Procedure che garantiscono l'adozione di un approccio multidisciplinare nella gestione dei casi clinici  | Si   |
| (8.3.1) Se sì,  |  |
| 20.1 Il coordinamento del gruppo multidisciplinare assicura il coinvolgimento di tutti gli specialisti direttamente interessati al percorso diagnostico-terapeutico | Si   |
| 20.2 Il gruppo multidisciplinare è sempre composto almeno dalle seguenti figure:  |  |
| 20.2.1 Oncologo   | Si   |
| 20.2.2 Infermiere   | Si   |
| 20.2.3 Psicologo  | Si   |
| 20.2.4 Farmacista   | Si   |
| 20.2.5 Assistente sociale   | Si   |
| 20.2.6 Terapista del dolore / Palliativista   | Si   |
| 20.2.7 Chirurgo di riferimento  | Si   |
| 20.2.8 Altro  | Si   |
| Specificare:  | anatomopatologo, radiologo, gastroenterologo |
| 20.3 Nel gruppo multidisciplinare è coinvolto il MMG dei singoli pazienti   | Si   |
| 20.4 I gruppi multidisciplinari sono:   |  |
| 20.4.1 Specifici per patologia  | Si   |
| 20.4.2 Diretti dallo specialista che ha maggior coinvolgimento e responsabilità nel singolo caso clinico  | Si   |
| 20.5 Il gruppo multidisciplinare:   |  |
| 20.5.1 Individua il PDTA più appropriato nel singolo caso   | Si   |
| 20.5.2 Definisce il Piano di Assistenza Individuale (PAI)   | Si   |
| 20.6 Sono previsti momenti strutturati di condivisione e di confronto tra i vari professionisti per discutere dei casi relativi ai pazienti in carico?              | Si   |
| 20.6.1 Se sì, il gruppo multidisciplinare si riunisce con cadenza settimanale?  | Si   |
| 20.6.1.1 Se non si riunisce settimanalmente, indicare la frequenza delle riunioni   |  |

|  |    |
|--|----|
| 20.7 Sul totale dei casi di pazienti in carico nel 2015, indicare la percentuale di casi discussi negli incontri multidisciplinari (percentuale: inserire numero intero tra 0 e 100)   | 90 |
| 20.7.1 Di questi (casi discussi negli incontri multidisciplinari) in quanti era presente anche il paziente interessato (percentuale: inserire numero intero tra 0 e 100)   | 20 |
| 20.7.2 Di questi (casi discussi negli incontri multidisciplinari) in quanti era presente anche il MMG del paziente interessato (percentuale: inserire numero intero tra 0 e 100)   | 5  |
| 20.8 Il gruppo multidisciplinare adotta un protocollo capace di garantire l'inserimento precoce delle cure palliative, della riabilitazione e del controllo dei sintomi legati alla malattia e/o alle terapie, come nel modello "Simultaneous Care". | Si |
| <b>21 E' individuato un Case manager quale punto di riferimento per ciascun paziente</b>   | Si |
| (8.4.1) Se sì:   |    |
| 21.1 il paziente riceve il recapito telefonico del Case manager  | Si |
| 21.2 il Case manager è reperibile, in caso di necessità, anche oltre gli orari di ufficio  | Si |
| <b>ACCESSO ALLE TERAPIE FARMACOLOGICHE</b>   |    |
| <b>22 Indicare quante ore settimanali è disponibile l'accesso alle terapie infusionali in Day Hospital:</b>  |    |
| 22.1 Ore MATTINA   | 20 |
| 22.2 Ore POMERIGGIO  | 20 |
| 22.3 Ore SABATO  | 0  |
| 22.4 Ore DOMENICA  | 0  |
| <b>23 Tempo medio (espresso in giorni) per l'inserimento in Prontuario Terapeutico Ospedaliero di:</b>   |    |
| 23.1 Giorni in media per NUOVI FARMACI   | 7  |
| 23.2 Giorni in media per FARMACI INNOVATIVI  | 25 |
| <b>24 Presenza di procedure per il sostegno dei costi dei farmaci non ancora passati dal SSN</b>   | Si |
| <b>25 La struttura fa parte di un network nel quale si condividono informazioni circa le sperimentazioni in atto</b>   | Si |
| <b>26 Presenza di procedure formalizzate per l'invio di pazienti in altre strutture che hanno attivato sperimentazioni.</b>  | Si |
| <b>27 La struttura effettua sperimentazioni cliniche?</b>  | Si |
| (9.6.1) Se sì:   |    |
| 27.1 L'allestimento e la gestione dei farmaci sperimentali viene effettuata dal servizio farmaceutico della struttura?   | Si |
| 27.2 Le informazioni sulle sperimentazioni attive nella struttura sono rese pubbliche sul Sito Web Aziendale   | Si |
| <b>SICUREZZA DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE</b>  |    |
| <b>28 Presenza di protocolli chemioterapici e per le cure di supporto codificati e condivisi</b>   | Si |
| <b>29 Presenza di un atto formale aziendale che introduca il Foglio unico (Scheda unica) di chemioterapia</b>  | Si |
| <b>30 Presenza di un Sistema informatizzato per il management dell'intero processo di gestione delle terapie farmacologiche</b>  | Si |
| (10.3.1) Se sì, il sistema informatizzato consente anche:  |    |
| 30.1 la gestione delle scorte dei farmaci: la verifica delle giacenze reali e la previsione dei consumi  | Si |
| 30.2 la messa in "rete" con altre Strutture delle informazioni sulla disponibilità dei farmaci   | Si |
| <b>31 L'allestimento dei farmaci antineoplastici si realizza mediante procedura centralizzata, con un farmacista dedicato</b>  | Si |

|  |     |
|--|-----|
| <b>32 Presenza di protocolli relativi al monitoraggio della qualità delle preparazioni oncologiche</b>   | Si  |
| 32.1 Se sì, in tema di controllo e accuratezza nella preparazione delle terapie, indicare la percentuale delle terapie sottoposte a controllo sul totale delle terapie prodotte (periodo di riferimento 2015; inserire numero intero compreso tra 0 e 100) | 100 |
| <b>33 Presenza di protocolli relativi al monitoraggio della sicurezza degli ambienti relativi alla preparazione</b>  | Si  |
| (10.6.1) Se sì, specificare se effettuati da personale:  |     |
| 33.1 interno alla struttura  | Si  |
| 33.2 esterno alla struttura  | Si  |
| <b>34 Prima della somministrazione delle terapie si adottano procedure per l'identificazione attiva del paziente?</b>  | Si  |
| <b>35 È presente un'attività di Counseling da parte del farmacista ospedaliero relativamente alle terapie orali?</b>   | No  |
| <b>36 Si consegnano ai pazienti istruzioni per la preparazione ai trattamenti, informazioni su eventuali effetti postumi e eventi avversi?</b>   | Si  |
| <b>37 Si coinvolge il paziente sul piano di trattamento invitandolo a comunicare ogni eventuale problema o sintomo?</b>  | Si  |
| <b>38 Durante la somministrazione delle terapie è sempre presente un medico e personale infermieristico preparati secondo le modalità Basic Life Support (BLS) per le eventuali urgenze</b>  | Si  |
| <b>39 Presenza di procedure codificate per la gestione delle reazioni avverse</b>  | Si  |
| <b>40 La Direzione aziendale ha implementato procedure/protocolli condivisi tra gli operatori sanitari per la gestione dei farmaci LASA?</b>   | Si  |
| <b>PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE</b>  |     |
| <b>41 E' prevista la possibilità di apportare modifiche ai protocolli, utilizzati nelle diverse fasi della cura dei pazienti, per garantire personalizzazione delle cure in funzione di esigenze personali, lavorative, familiari etc.</b>                 | Si  |
| <b>42 Presenza di procedure per favorire il ritorno dei pazienti, dalle strutture a più alta complessità verso quelle più prossimali, per la somministrazione delle terapie e controlli routinari</b>  | Si  |
| <b>43 A conclusione del ciclo terapeutico il paziente viene informato in merito a possibili sintomi o problemi di salute cui prestare attenzione</b>   | Si  |
| <b>ATTENZIONE AL DOLORE</b>  |     |
| <b>44 Presenza a livello aziendale di Linee guida/Protocolli per la misurazione, valutazione e annotazione del dolore dei pazienti a intervalli regolari</b>   | Si  |
| <b>45 Presenza nelle Linee guida/Protocolli operativi aziendali sulla rilevazione del dolore dell'obbligo di effettuare la ri-valutazione del dolore (re-assessment) dopo il trattamento</b>   | Si  |
| <b>46 Presenza di Protocolli/procedure aziendali da adottare per ridurre il dolore procedurale causato da interventi diagnostici e terapeutici dolorosi</b>  | Si  |
| <b>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</b>  |     |
| <b>47 Sono presenti Protocolli o modalità organizzative tali per cui viene verificata la continuità assistenziale</b>  | Si  |
| 47.1 Se sì; prevedono le modalità organizzative per garantire la continuità assistenziale del paziente al momento della dimissione dalla struttura verso   |     |
| 47.1.1 Strutture riabilitative   | Si  |
| 47.1.2 Centri di terapia del dolore  | Si  |
| 47.1.3 Hospice   | Si  |
| 47.1.4 Servizi territoriali  | Si  |

|   |          |
|---|----------|
| 47.1.5 Altro  | Si       |
| Specificare   | ADI STCP |
| 47.2 È individuato un referente per la continuità assistenziale per assicurare la continuità terapeutica ai pazienti nei diversi regimi assistenziali   | Si       |
| 47.3 La struttura gestisce la richiesta di ausili e presidi prima del rientro al domicilio  | Si       |
| 47.4 Presenza di procedure che garantiscono il contatto con il MMG del paziente rientrato al domicilio e la registrazione dell'andamento delle sue condizioni   | Si       |
| <b>COMUNICAZIONE E CONSENSO INFORMATO</b>   |          |
| 48 La comunicazione della diagnosi e della strategia terapeutica è data al paziente da un membro del gruppo multidisciplinare   | Si       |
| 49 L'organizzazione del servizio è tale che i professionisti hanno a disposizione tempo sufficiente per una buona comunicazione: almeno 10-15 minuti per la comunicazione iniziale della diagnosi e in caso di un peggioramento significativo del decorso | Si       |
| 50 La comunicazione del referto istologico positivo avviene in un colloquio personale con il paziente, escludendo l'invio diretto per posta   | Si       |
| <b>51 Il processo di informazione e acquisizione del Consenso informato da parte del paziente:</b>  |          |
| 51.1 è formalizzato in un documento condiviso (linea guida, etc.)   | Si       |
| 51.2 prevede la consegna del "modulo" di Consenso fin dalla visita preliminare al trattamento/intervento, lasciando al paziente il tempo adeguato per leggerlo e valutarlo  | Si       |
| 51.3 prevede momenti di confronto ad hoc con il paziente e, se lo desidera, un familiare  | Si       |
| 51.4 prevede informazioni relative alla proprietà di eventuali campioni biotici e successivi utilizzi   | Si       |
| 51.5 viene riconfermato nelle fasi cruciali del percorso (usato per aumentare l'alleanza terapeutica) e di ciò si tiene traccia in cartella clinica   | Si       |
| 51.6 prevede procedure per l'acquisizione del Consenso informato ad hoc per chi ha problemi di espressione  | Si       |
| <b>52 Il modulo del Consenso informato:</b>   |          |
| 52.1 E' personalizzato: indicando alternative terapeutiche per il paziente specifico  | Si       |
| 52.2 Contiene indicazioni di altre strutture/servizi della Rete ove potersi rivolgere per trattamenti non effettuati nella struttura  | No       |
| <b>PROCEDURE PER LA SEMPLIFICAZIONE</b>   |          |
| 53 Presenza di modalità di informatizzazione relative alla trasmissione telematica dei referti  | Si       |
| 54 Possibilità di effettuare prenotazione di visite ed esami on-line  | Si       |
| 55 Possibilità di richiedere on-line il rilascio di copia della Cartella clinica  | Si       |
| 56 Rilascio di una relazione/estratto della documentazione clinica prodotta e rilascio di immagini digitalizzate per l'ottenimento di un secondo parere   | Si       |
| <b>PROCESSI ORGANIZZATIVI VICINO ALLE ESIGENZE DEL CITTADINO</b>  |          |
| 57 Presenza di servizi di foresteria per i familiari dei pazienti   | Si       |
| (16.1.1) Se sì, indicare la tipologia:  |          |
| 57.1 Aziendale  | No       |
| 57.2 Strutture ricettive private in convenzione   | No       |
| 57.3 Privato sociale (volontariato)   | Si       |
| 58 Attivazione di Servizi aziendali e/o in convenzione per il trasporto dal domicilio alla struttura, e viceversa, di pazienti in chemio o radio terapia  | Si       |

|  |    |
|--|----|
| 59 Istituzione di uno spazio fisico dedicato a Organismi per il disbrigo di pratiche per l'invalidità civile, pensionistiche, medico legali, ecc.  | Si |
| <b>SUPPORTO PSICOLOGICO</b>  |    |
| 60 Al momento della presa in carico del paziente è sempre prevista anche una <b>valutazione psicologica</b>  | No |
| 60.1 Se no, si può attivare a richiesta?   | Si |
| (17.1.1.1) Se sì, indicare   |    |
| 60.1.1 da parte del paziente e/o caregiver   | Si |
| 60.1.2 da parte di un medico della struttura   | Si |
| 60.1.3 altro   | NP |
| specificare  |    |
| 61 La struttura offre <b>Supporto psicologico</b>  | Si |
| (17.2.1) Se sì, specificare il tipo di offerta:  |    |
| 61.1 Consulenze al bisogno   | Si |
| 61.2 Presa incarico del paziente in un percorso di psicoterapia individuale e/o di gruppo  | Si |
| 62 Il supporto psicologico è garantito attraverso la presenza di un Servizio <b>strutturato e continuativo, con personale dedicato</b>   | Si |
| (17.3.1) Se no, il supporto psicologico è garantito da:  |    |
| 62.1 uno o più psicologi, che intervengono in consulenza   |    |
| 62.2 <i>uno o più psicologi volontari</i>  |    |
| 62.3 tirocinanti psicologi   |    |
| 62.4 progetti promossi da Organizzazioni di pazienti, Associazioni di psicologi, etc.  |    |
| 62.5 altro   |    |
| specificare  |    |
| 63 Il supporto psicologico per i pazienti è  |    |
| (17.4.1) gratuito  | X  |
| (17.4.2) erogato attraverso pagamento di un ticket   |    |
| 64 Il supporto psicologico per i pazienti è garantito:   |    |
| (17.5.1) solo durante il ricovero in reparti di degenza e DH   |    |
| (17.5.2) durante tutto il periodo della presa in carico  | X  |
| 65 Il supporto psicologico è previsto anche per i familiari dei pazienti   | Si |
| (17.6.1) se sì, è  |    |
| (17.6.1.1) gratuito  | X  |
| (17.6.1.2) erogato attraverso pagamento di un ticket   |    |
| 66 La Struttura mette a disposizione personale qualificato per un supporto psicologico volto alla prevenzione e alla gestione del Burn out degli operatori sanitari  | Si |
| <b>TUTELA DELLA CAPACITÀ RIPRODUTTIVA</b>  |    |
| 67 Presenza di formale PDTA dedicato alla oncofertilità, finalizzato alla preservazione della fertilità in pazienti giovani affetti da neoplasia e al supporto alla procreazione dei soggetti guariti dal cancro | Si |
| (18.1.1) Se no:  |    |
| 67.1 Presenza di Protocolli/Linee Guida finalizzati alla tutela della capacità riproduttiva  |    |
| 67.1.1 Se non ha Protocolli/Linea Guida, la struttura ha almeno predisposto materiale informativo al riguardo?   |    |
| 67.1.2 Se ha Protocolli/Linea Guida, i documenti, garantiscono:  |    |



|  |    |
|--|----|
| 67.1.2.1 la comunicazione al paziente circa il rischio di infertilità dovuto a trattamenti chemioterapici, radioterapici e/o legati ad eventuali interventi chirurgici   |    |
| 67.1.2.2 l'invio del paziente ad un counseling riproduttivo subito dopo la diagnosi e stadiazione della malattia oncologica, così da avere il tempo necessario per la scelta delle migliori strategie di preservazione della fertilità |    |
| 67.1.2.3 specificare se l'invio al counseling riproduttivo avviene presso Servizi specializzati:   |    |
| (18.1.1.1.2.2.1.1) presenti nella struttura  |    |
| (18.1.1.1.2.2.1.2) in altre strutture pubbliche  |    |
| (18.1.1.1.2.2.1.3) in servizi privati  |    |
| <b>IMPEGNO PER LA NON DISCRIMINAZIONE CULTURALE, ETNICA E RELIGIOSA</b>  |    |
| <b>68 Presenza di Servizio di mediazione culturale</b>   | Si |
| (19.1.1) Se sì   |    |
| 68.1 disponibile nella struttura   |    |
| 68.2 disponibile a chiamata  | X  |
| <b>69 Presenza di un Servizio d'interpretariato</b>  | Si |
| (19.2.1) Se sì   |    |
| 69.1 disponibile nella struttura   |    |
| 69.1 disponibile a chiamata  | X  |
| <b>70 Presenza di Documentazione informativa multilingue</b>   | Si |
| (19.3.1) Se sì   |    |
| 70.1 fogli informativi multilingue su servizi presenti nella strutture   | Si |
| 70.2 moduli di consenso informato multilingue  | Si |
| <b>71 Assistenza religiosa</b>   |    |
| 71.1 per i cattolici è disponibile nella struttura   | Si |
| 71.1.1 se no, è prevista a chiamata  |    |
| 71.2 per i non cattolici è disponibile nella struttura   | No |
| 71.2.1 se no, è prevista a chiamata  | Si |
| <b>72 Presenza di un luogo per la meditazione o la preghiera per i pazienti non cristiani/cattolici</b>  | Si |
| <b>73 Possibilità di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza</b>   | Si |
| <b>74 Presenza di un prontuario dietetico che rispetti i credo religiosi nelle UO che svolgono attività in regime di ricovero</b>  | Si |
| <b>75 Possibilità di farsi assistere da una guida morale o spirituale</b>  | Si |
| <b>PRIVACY E RISERVATEZZA</b>  |    |
| <b>76 Al paziente viene chiesto di indicare quali sono le persone cui i professionisti sono autorizzati a dare le informazioni sanitarie che lo riguardano e quali informazioni sono autorizzate a comunicare</b>                      | Si |
| 76.1 Se sì, le autorizzazioni suddette sono registrate in cartella clinica   | Si |
| 77 Lo svolgimento di visite e colloqui avviene in ambienti riservati (stanza dedicata) e/o in modo che nessuna persona non autorizzata dal paziente, neppure un altro malato, possa udire quanto detto                                 | Si |
| <b>COMFORT E VIVIBILITÀ NEI REPARTI DI DEGENZA</b>   |    |
| <b>78 Orario della distribuzione dei pasti ai pazienti nei reparti di degenza</b>  |    |
| 78.1 distribuzione della colazione dalle 7:00 in poi   | Si |
| 78.2 distribuzione del pranzo dalle 12:00 in poi   | Si |
| 78.3 distribuzione della cena dalle 19:00 in poi   | Si |
| <b>79 Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera</b>  | Si |

|  |  |
|--|--|
| <b>80 Almeno i 2/3 delle stanze di degenza hanno:</b>  |  |
| 80.1 non più di 2 posti letto  | Si   |
| 80.2 servizi igienici interni per i degenti  | Si   |
| 80.3 sistema di climatizzazione regolabile dall'utente   | No   |
| 80.4 Wi-Fi   | No   |
| <b>81 Bagni per i visitatori diversi da quelli dei degenti</b>   | Si   |
| <b>82 Presenza di procedure che prevedono interventi straordinari di pulizia nel caso in cui un paziente e/ o un operatore sanitario lo richiedano</b> | Si   |
| <b>83 Presenza di salottini nei reparti di degenza con:</b>  |  |
| 83.1 congruo numero di posti a sedere  | Si   |
| 83.2 impianto di aria condizionata   | Si   |
| 83.3 televisore  | Si   |
| 83.4 distributore di bevande/alimenti  | Si   |
| 83.5 Wi-Fi   | No   |
| 83.6 biblioteca  | Si   |
| 83.7 videoteca   | No   |
| <b>84 I salottini sono accessibili oltre l'ufficiale orario di visita per l'incontro con familiari e amici</b>   | Si   |
| <b>85 Spazio di accoglienza in cui è permesso vedere i bambini sotto i 12 anni</b>   | Si   |
| <b>86 Presenza di servizi di supporto:</b>   |  |
| 86.1 Bar   | Si   |
| 86.2 Sportello bancomat/Banca  | Si   |
| 86.3 Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare giornali e riviste   | Si   |
| 86.4 Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona                                       | Si   |
| 86.5 Altro   | Si   |
| Specificare  | Servizio estetista e parrucchiere  |
| <b>87 COMFORT NEL DAY HOSPITAL</b>   |  |
| 87.1 Presenza di apparecchi televisivi   | Si   |
| 87.2 Impianto di filodiffusione musicale   | Si   |
| 87.3 Poltrone dotate di cuffie con lettore MP3 di file musicali  | No   |
| 87.4 Libreria a disposizione degli utenti  | Si   |
| 87.5 Viene erogata acqua e uno spuntino a metà mattinata   | Si   |
| 87.6 Altro, specificare:   | Gruppi di lavoro ricreativi: maglia, ceramica organizzati dalle associazioni di volontariato |
| <b>RAGGIUNGIBILITÀ E ACCESSIBILITÀ</b>   |  |
| <b>88 Presenza di mezzi pubblici</b>   |  |
| 88.1 Treno   | No   |
| 88.2 Autobus / Tram  | Si   |
| (22.1.2.1) Se sì:  |  |
| (22.1.2.1.1) numero di linee urbane  | 1  |
| (22.1.2.1.2) numero di linee extraurbane   | NP   |
| <b>89 Presenza di parcheggi</b>  | Si   |
| (22.2.1) Se sì:  |  |
| 89.1 Gratuito  | No   |

|  |  |
|--|--|
| 89.2 Convenzionato   | No   |
| 89.3 A pagamento   | Si   |
| <b>90 Presenza di segnaletica che faciliti l'orientamento e l'accesso ai servizi</b>   | Si   |
| <b>91 Assenza di barriere architettoniche:</b>   |  |
| 91.1 Accesso principale alla struttura   | Si   |
| 91.2 Day Hospital  | Si   |
| 91.3 CUP   | Si   |
| 91.4 Ambulatorio prelievi  | Si   |
| 91.5 Eventuali altri luoghi monitorati   | Si   |
| Specificare  | Tutto l'ospedale è stato costruito secondo i principi di accessibilità |
| <b>92 Possibilità di far scendere dall'auto i pazienti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale della struttura</b>   | Si   |
| <b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>  |  |
| <b>93 Presenza di procedure per la rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione al momento della introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative, nonché all'inserimento di nuovo personale</b> | Si   |
| <b>94 La formazione è programmata e realizzata con interventi dedicati a:</b>  |  |
| 94.1 singoli profili professionali   | Si   |
| 94.2 gruppi multidisciplinari  | Si   |
| <b>95 Viene realizzata la valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati</b>   | Si   |
| <b>96 Realizzazione, negli ultimi due anni, di uno o più corsi di formazione per gli operatori, su come si realizza un Consenso davvero Informato -oltre all'aspetto legale- quale strumento per l'Alleanza terapeutica</b>                          | No   |
| <b>97 Realizzazione, negli ultimi due anni, di uno o più corsi di formazione per gli operatori, sulla gestione del dolore</b>  | Si   |
| <b>98 Realizzazione, negli ultimi due anni, di uno o più corsi di formazione per gli operatori, sulla tutela della capacità riproduttiva del paziente</b>  | No   |
| <b>99 Formazione periodica agli operatori sul rischio da farmaci LASA</b>  | No   |
| <b>VALUTAZIONE DEL SERVIZIO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ</b>  |  |
| <b>100 E' stata realizzata negli ultimi due anni un'indagine sulla soddisfazione degli utenti?</b>   | Si   |
| (24.1.1) Se sì,  |  |
| 100.1 L'iniziativa è avvenuta con il coinvolgimento delle organizzazioni civiche e/o di pazienti?  | No   |
| 100.2 Tra gli argomenti oggetto dell'indagine sono state inserite domande per conoscere il punto di vista del paziente circa il coordinamento e la tempestività del passaggio ad altri setting assistenziali?  | No   |
| 100.3 I risultati sono stati resi pubblici?  | Si   |
| 100.4 In seguito a questa indagine sono state attuate azioni di miglioramento della qualità?   | Si   |
| <b>101 Si effettuano riunioni annuali multidisciplinari di audit per discutere e valutare la propria attività attraverso indicatori di qualità e pianificazione del miglioramento della performance</b>  | Si   |
| <b>102 Tra gli indicatori a fini di valutazione di performance aziendale e dipartimentale e/o dei Dirigenti sono contemplati:</b>  |  |
| 102.1 L'esistenza della Struttura/Servizio di accoglienza  | Si   |

|   |  |
|---|--|
| 102.2 La definizione del Piano Assistenziale Individualizzato per il singolo paziente   | Si   |
| 102.3 Il grado di adesione al percorso diagnostico terapeutico  | Si   |
| 102.4 L'attenzione al tema del dolore e implementazione Legge 38/2010   | Si   |
| 103 Tra le attività di valutazione del servizio è contemplato il monitoraggio dei tempi d'attesa e l'invio dei dati alla Regione  | Si   |
| <b>PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI, PAZIENTI E VOLONTARI</b>   |  |
| 104 Presenza di uno o più protocolli di collaborazione o Convenzioni tra la Direzione della struttura e una o più Organizzazioni civiche per la promozione di progetti/attività comuni e integrati per: |  |
| 104.1 Formazione ai pazienti  | No   |
| 104.2 Formazione ai Caregiver   | No   |
| 104.3 Accoglienza ai servizi  | Si   |
| 104.4 Supporto psicologico  | Si   |
| 104.5 Altro   | Si   |
| Specificare   | progetto parrucche, tatuaggio (per nascondere cicatrici)   |
| 105 Istituzione di uno spazio fisico dedicato alle Associazioni di Cittadini, Pazienti e Volontariato.  | Si   |
| <b>BUONE PRASSI</b>   |  |
| (26.1) Segnalare iniziativa/buona prassi realizzata dalla Struttura sanitaria sui temi oggetto del monitoraggio   | 1) cure simultanee: presa in carico precoce del paziente oncologico durante il percorso terapeutico da parte del palliativista insieme all'oncologo per la gestione degli effetti collaterali del trattamento e dei sintomi della malattia   |
| (26.2) Segnalare iniziativa/buona prassi realizzata dalla Struttura sanitaria sui temi oggetto del monitoraggio   | 2) PID (Pronto intervento diagnostico) nel sospetto di una patologia oncologica, il MMG può far accedere immediatamente il paziente ad un percorso oncologico rapido e dedicato  |
| (26.3) Segnalare iniziativa/buona prassi realizzata dalla Struttura sanitaria sui temi oggetto del monitoraggio   | 3) Presenza di gruppi multidisciplinari per affrontare percorsi oncologici specifici per patologia con rapidità ed efficienza  |
| (26.4) Segnalare iniziativa/buona prassi realizzata dalla Struttura sanitaria sui temi oggetto del monitoraggio   | 4) Disponibilità gratuita di parrucche per donne interessate in collaborazione con l'associazione AOB che mette a disposizione un servizio parrucchiere. Attività ludico ricreative portate avanti dalle associazioni<br>5) attività ludico ricreative portate avanti dalle associazioni |