

# MONITORAGGIO DELLE STRUTTURE ONCOLOGICHE

2016

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato

## Ospedale "Santa Maria Goretti"

|   |                      |
|---|----------------------|
| Comune                                    | LATINA               |
| Provincia                                 | LT                   |
| Regione                                   | LAZIO                |
| Tipologia struttura                       | Presidio Ospedaliero |
| Eventuale ASL di afferenza                | Asl Latina           |
| Numero posti letto totale della struttura | 333                  |
| Indirizzo                                 | Via Guido Reno snc   |
| Sito Web                                  | www.asl.latina.it    |
| Link alla Carta dei Servizi               |                      |

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

| ORGANIZZAZIONE   |   |
|--|---|
| <b>1 Elenco dei Servizi presenti nella struttura</b>   |   |
| 1.1 Day Hospital oncologico  | Si  |
| 1.2 Radioterapia   | Si  |
| 1.3 Psiconcologia  | No  |
| 1.4 Centro di terapia del dolore   | No  |
| 1.5 Pronto Soccorso o DEA  | Si  |
| 1.6 Reparto oncologico Pediatrico  | No  |
| 1.7 Riabilitazione oncologica  | No  |
| 1.8 Hospice  | No  |
| <b>2 Elenco di Dipartimenti, ulteriori Unità Operative o Servizi presenti nella struttura dedicati all'Oncologia</b> |   |
| 2.1 a:   | Breast unit                                       |
| 2.2 b:   | Sirt  |
| 2.3 c:   | chemioembolizzazioni (radiologia interventistica) |
| 2.4 d:   | termoablazioni (radiologia interventistica)       |
| 2.5 e:   | tac-pet ( medicina nucleare)                      |
| 2.6 f:   | radioiodio ca tiroide                             |
| 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>  |   |
| 3.1 Indicare il numero dei posti letto nel DH oncologico   | 10  |
| 3.2 Indicare il numero poltrone nel DH oncologico  | NP  |
| <b>4 Presenza di un Centro Unificato di Prenotazione (CUP)</b>   |   |
| (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   | 56   |
| 5.2 Radioterapia  | 1672   |
| 5.3 Psiconcologia   | NP   |
| 5.4 Centro di terapia del dolore  | NP   |
| 5.5 Reparto oncologico pediatrico   | NP   |
| 5.6 Riabilitazione oncologica   | NP   |
| 5.7 Hospice   | NP   |
| <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:  | NP   |
| 6.2 b:  | NP   |
| 6.3 c:  | NP   |
| 6.4 d:  | NP   |
| 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   | 90   |
| 7.2 mammella  | 60   |
| 7.3 colon retto   | 130  |
| 7.4 pelle (melanoma)  | 50   |
| 7.5 sangue  | 500  |
| 7.6 altro   | 240  |
| specificare   | prostata 90 / metastasi osee<br>100 / met. cel. 50 |
| <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)  | Spoke |
| 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?   | No    |
| 9.3.2 vi sono informazioni circa l'articolazione dei servizi in Rete?  | No    |
| 9.3.3 vi sono informazioni circa il ruolo svolto dalla struttura nella Rete?   | No    |
| <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;  | No    |
| 10.3 il monitoraggio e benchmark dei principali tempi di erogazione;   | No    |
| 10.4 la valutazione dei PDTA.  | No    |
| <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> | No    |
| (5.2.1) Se sì, il fascicolo è condiviso:   |       |
| 11.1 tra i vari professionisti solo all'interno della struttura;   |       |
| 11.2 tra i vari professionisti coinvolti nel percorso di cura anche a livello territoriale e con il MMG.   |       |
| <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>   |       |
| <b>14 Il paziente con sospetto diagnostico accede in via preferenziale, e comunque entro le 72 ore, alle prestazioni diagnostiche</b>  | No    |
| <b>15 Il paziente accede all'intervento chirurgico entro 60 giorni dal sospetto diagnostico rilevato in screening</b>  | Si    |

|  |                |
|--|----------------|
| 16 L'inizio del trattamento chemo/radio terapia entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista  | No             |
| 17 La gestione delle agende per le prenotazioni è centralizzata:   |                |
| 17.1 Agenda dei ricoveri   | No             |
| 17.2 Agenda per interventi chirurgici  | No             |
| <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   | No             |
| 19.1.2 Socio-familiari   | No             |
| 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   | No             |
| 20.2.4 Farmacista  | Si             |
| 20.2.5 Assistente sociale  | No             |
| 20.2.6 Terapista del dolore / Palliativista  | No             |
| 20.2.7 Chirurgo di riferimento   | Si             |
| 20.2.8 Altro   | Si             |
| Specificare:   | radioterapista |
| 20.3 Nel gruppo multidisciplinare è coinvolto il MMG dei singoli pazienti  | No             |
| 20.4 I gruppi multidisciplinari sono:  |                |
| 20.4.1 Specifici per patologia   | No             |
| 20.4.2 Diretti dallo specialista che ha maggior coinvolgimento e responsabilità nel singolo caso clinico   | No             |
| 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)  | No             |
| 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?   | No             |
| 20.6.1.1 Se non si riunisce settimanalmente, indicare la frequenza delle riunioni  | NP             |
| 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) | NP             |
| 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)             | NP             |

|  |     |
|--|-----|
| 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)   | NP  |
| 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>   | No  |
| (8.4.1) Se sì:   |     |
| 21.1 il paziente riceve il recapito telefonico del Case manager  |     |
| 21.2 il Case manager è reperibile, in caso di necessità, anche oltre gli orari di ufficio  |     |
| <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   | 25  |
| 22.2 Ore POMERIGGIO  | 15  |
| 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   | 60  |
| 23.2 Giorni in media per FARMACI INNOVATIVI  | 30  |
| <b>24 Presenza di procedure per il sostegno dei costi dei farmaci non ancora passati dal SSN</b>   | No  |
| <b>25 La struttura fa parte di un network nel quale si condividono informazioni circa le sperimentazioni in atto</b>   | No  |
| <b>26 Presenza di procedure formalizzate per l'invio di pazienti in altre strutture che hanno attivato sperimentazioni.</b>  | No  |
| <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>  | No  |
| <b>30 Presenza di un Sistema informatizzato per il management dell'intero processo di gestione delle terapie farmacologiche</b>  | No  |
| (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  |     |
| 30.2 la messa in "rete" con altre Strutture delle informazioni sulla disponibilità dei farmaci   |     |
| <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 |

|   |    |
|---|----|
| 33 Presenza di protocolli relativi al monitoraggio della sicurezza degli ambienti relativi alla preparazione  | Si |
| (10.6.1) Se sì, specificare se effettuati da personale:   |    |
| 33.1 interno alla struttura   | Si |
| 33.2 esterno alla struttura   | Si |
| 34 Prima della somministrazione delle terapie si adottano procedure per l'identificazione attiva del paziente?  | Si |
| 35 È presente un'attività di Counseling da parte del farmacista ospedaliero relativamente alle terapie orali?   | No |
| 36 Si consegnano ai pazienti istruzioni per la preparazione ai trattamenti, informazioni su eventuali effetti postumi e eventi avversi?   | Si |
| 37 Si coinvolge il paziente sul piano di trattamento invitandolo a comunicare ogni eventuale problema o sintomo?  | Si |
| 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  | Si |
| 39 Presenza di procedure codificate per la gestione delle reazioni avverse  | Si |
| 40 La Direzione aziendale ha implementato procedure/protocolli condivisi tra gli operatori sanitari per la gestione dei farmaci LASA?   | Si |
| <b>PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE</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. | Si |
| 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                                      | Si |
| 43 A conclusione del ciclo terapeutico il paziente viene informato in merito a possibili sintomi o problemi di salute cui prestare attenzione   | Si |
| <b>ATTENZIONE AL DOLORE</b>   |    |
| 44 Presenza a livello aziendale di Linee guida/Protocolli per la misurazione, valutazione e annotazione del dolore dei pazienti a intervalli regolari   | No |
| 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   | No |
| 46 Presenza di Protocolli/procedure aziendali da adottare per ridurre il dolore procedurale causato da interventi diagnostici e terapeutici dolorosi  | No |
| <b>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</b>   |    |
| 47 Sono presenti Protocolli o modalità organizzative tali per cui viene verificata la continuità assistenziale  | No |
| 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  |    |
| 47.1.2 Centri di terapia del dolore   |    |
| 47.1.3 Hospice  |    |
| 47.1.4 Servizi territoriali   |    |
| 47.1.5 Altro  |    |
| Specificare   |    |
| 47.2 È individuato un referente per la continuità assistenziale per assicurare la continuità terapeutica ai pazienti nei diversi regimi assistenziali   | No |
| 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   | No |
| <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  | No |
| <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  | No |
| 54 Possibilità di effettuare prenotazione di visite ed esami on-line  | No |
| 55 Possibilità di richiedere on-line il rilascio di copia della Cartella clinica  | No |
| 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  | No |
| 59 Istituzione di uno spazio fisico dedicato a Organismi per il disbrigo di pratiche per l'invalità civile, pensionistiche, medico legali, ecc.   | No |
| <b>SUPPORTO PSICOLOGICO</b>   |    |
| 60 Al momento della presa in carico del paziente è sempre prevista anche una valutazione psicologica  | 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   | Si                 |
| specificare  | medico di famiglia |
| <b>61 La struttura offre 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                 |
| <b>62 Il supporto psicologico è garantito attraverso la presenza di un Servizio 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 uno o più psicologi volontari   |                    |
| 62.3 tirocinanti psicologi   |                    |
| 62.4 progetti promossi da Organizzazioni di pazienti, Associazioni di psicologi, etc.  |                    |
| 62.5 altro   |                    |
| specificare  |                    |
| <b>63 Il supporto psicologico per i pazienti è</b>   |                    |
| (17.4.1) gratuito  | X                  |
| (17.4.2) erogato attraverso pagamento di un ticket   |                    |
| <b>64 Il supporto psicologico per i pazienti è garantito:</b>  |                    |
| (17.5.1) solo durante il ricovero in reparti di degenza e DH   | X                  |
| (17.5.2) durante tutto il periodo della presa in carico  |                    |
| <b>65 Il supporto psicologico è previsto anche per i familiari dei pazienti</b>  | Si                 |
| (17.6.1) se sì, è  |                    |
| (17.6.1.1) gratuito  | X                  |
| (17.6.1.2) erogato attraverso pagamento di un ticket   |                    |
| <b>66 La Struttura mette a disposizione personale qualificato per un supporto psicologico volto alla prevenzione e alla gestione del Burn out degli operatori sanitari</b>   | Si                 |
| <b>TUTELA DELLA CAPACITÀ RIPRODUTTIVA</b>  |                    |
| <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</b>                | Si                 |
| (18.1.1) Se no:  |                    |
| <b>67.1 Presenza di Protocolli/Linee Guida finalizzati alla tutela della capacità riproduttiva</b>   |                    |
| 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>  | No |
| (19.1.1) Se sì  |    |
| 68.1 disponibile nella struttura  |    |
| 68.2 disponibile a chiamata   |    |
| <b>69 Presenza di un Servizio d'interpretariato</b>   | No |
| (19.2.1) Se sì  |    |
| 69.1 disponibile nella struttura  |    |
| 69.1 disponibile a chiamata   |    |
| <b>70 Presenza di Documentazione informativa multilingue</b>  | No |
| (19.3.1) Se sì  |    |
| 70.1 fogli informativi multilingue su servizi presenti nella strutture  |    |
| 70.2 moduli di consenso informato multilingue   |    |
| <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   | No |
| <b>72 Presenza di un luogo per la meditazione o la preghiera per i pazienti non cristiani/cattolici</b>   | No |
| <b>73 Possibilità di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza</b>  | No |
| <b>74 Presenza di un prontuario dietetico che rispetti i credo religiosi nelle UO che svolgono attività in regime di ricovero</b>   | No |
| <b>75 Possibilità di farsi assistere da una guida morale o spirituale</b>   | No |
| <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  | No |
| 78.3 distribuzione della cena dalle 19:00 in poi  | No |
| <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  | Si |
| 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  | No |
| 83.7 videoteca   | No |
| <b>84 I salottini sono accessibili oltre l'ufficiale orario di visita per l'incontro con familiari e amici</b>   | No |
| <b>85 Spazio di accoglienza in cui è permesso vedere i bambini sotto i 12 anni</b>   | NP |
| <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                                       | No |
| 86.5 Altro   | No |
| Specificare  |    |
| <b>87 COMFORT NEL DAY HOSPITAL</b>   |    |
| 87.1 Presenza di apparecchi televisivi   | Si |
| 87.2 Impianto di filodiffusione musicale   | No |
| 87.3 Poltrone dotate di cuffie con lettore MP3 di file musicali  | No |
| 87.4 Libreria a disposizione degli utenti  | No |
| 87.5 Viene erogata acqua e uno spuntino a metà mattinata   | No |
| 87.6 Altro, specificare:   | NP |
| <b>RAGGIUNGIBILITÀ E ACCESSIBILITÀ</b>   |    |
| <b>88 Presenza di mezzi pubblici</b>   |    |
| 88.1 Treno   | Si |
| 88.2 Autobus / Tram  | Si |
| (22.1.2.1) Se sì:  |    |
| (22.1.2.1.1) numero di linee urbane  | NP |
| (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  | Si |
| 89.2 Convenzionato   | No |
| 89.3 A pagamento   | No |
| <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  |    |

|   |    |
|---|----|
| 92 Possibilità di far scendere dall'auto i pazienti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale della struttura   | Si |
| <b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</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 | Si |
| 94 La formazione è programmata e realizzata con interventi dedicati a:  |    |
| 94.1 singoli profili professionali  | Si |
| 94.2 gruppi multidisciplinari   | No |
| 95 Viene realizzata la valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati   | No |
| 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                          | No |
| 97 Realizzazione, negli ultimi due anni, di uno o più corsi di formazione per gli operatori, sulla gestione del dolore  | Si |
| 98 Realizzazione, negli ultimi due anni, di uno o più corsi di formazione per gli operatori, sulla tutela della capacità riproduttiva del paziente  | No |
| 99 Formazione periodica agli operatori sul rischio da farmaci LASA  | No |
| <b>VALUTAZIONE DEL SERVIZIO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ</b>   |    |
| 100 E' stata realizzata negli ultimi due anni un'indagine sulla soddisfazione degli utenti?   | No |
| (24.1.1) Se sì,   |    |
| 100.1 L'iniziativa è avvenuta con il coinvolgimento delle organizzazioni civiche e/o di pazienti?   |    |
| 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?                                 |    |
| 100.3 I risultati sono stati resi pubblici?   |    |
| 100.4 In seguito a questa indagine sono state attuate azioni di miglioramento della qualità?  |    |
| 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  | No |
| 102 Tra gli indicatori a fini di valutazione di performance aziendale e dipartimentale e/o dei Dirigenti sono contemplati:  |    |
| 102.1 L'esistenza della Struttura/Servizio di accoglienza   | No |
| 102.2 La definizione del Piano Assistenziale Individualizzato per il singolo paziente   | No |
| 102.3 Il grado di adesione al percorso diagnostico terapeutico  | No |
| 102.4 L'attenzione al tema del dolore e implementazione Legge 38/2010   | No |
| 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  | Si |
| 104.2 Formazione ai Caregiver   | No |
| 104.3 Accoglienza ai servizi  | Si |

|   |    |
|---|----|
| 104.4 Supporto psicologico  | No |
| 104.5 Altro   | No |
| Specificare   |    |
| <b>105 Istituzione di uno spazio fisico dedicato alle Associazioni di Cittadini, Pazienti e Volontariato.</b>   | Si |
| <b>BUONE PRASSI</b>   |    |
| <p><b>breast unit senologia:</b></p> <p>1-dell'azienda asl di latina prevede un pdta aziendale e un pdta intraospedaliero. essa si integra nella rete regionale della terapia del cancro della mammella e svolge un'attività continua di aggiornamento e di collegamento con i centri internazionali.</p> <p>2- la paziente viene presa in carico dal primo rilievo sospetto diagnostico sia proveniente dallo screening sia dall'ambulatorio di senologia. Esistono posti dedicati per invio in ambulatorio di casi urgenti da parte del MMG. collaborano strutture ospedaliere ed universitarie</p> <p>3- il percorso del paziente è personalizzato, è previsto un meeting multidisciplinare pre-trattamento e post-chirurgico. Al meeting sono presenti radiologo, chirurgo senologo, oncologo, radioterapista, anatomo patologo, infermiere, case-manager e viene compilata una cartella personalizzata per il paziente</p> <p>4-sono integrati specialisti e consulenti di : chirurgia plastica, fisioterapia, medicina nucleare, psicologia, sessuologia per fertilità, anestesia. Inoltre la BU senologia, collabora con l'università "la Sapienza" facendo da tutor per specializzandi di chirurgia generale e chirurgia plastica.</p> <p>5- l'intervento chirurgico di quadrantectomia e di biopsia del linfonodo sentinella viene effettuato in regime di Day Surgery e in anestesia locale, con supporto anestesiologicalo.</p> <p>La biopsia del linfonodo sentinella viene effettuata con la collaborazione del medico nucleare presente in sala operatoria e che utilizza personalmente la sonda rilevatrice.</p> |    |