

MONITORAGGIO DELLE STRUTTURE ONCOLOGICHE

2016

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato

Ospedale "San Pietro Fatebenefratelli"

| | |
|-------------------------------------------|-----------------------|
| Comune | ROMA |
| Provincia | RM |
| Regione | LAZIO |
| Tipologia struttura | Ospedale Classificato |
| Eventuale ASL di afferenza | RM1 |
| Numero posti letto totale della struttura | 414 |
| Indirizzo | Via Cassia 600 |
| Sito Web | |
| Link alla Carta dei Servizi | |

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

| ORGANIZZAZIONE | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1 Elenco dei Servizi presenti nella struttura | |
| 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 | No |
| 1.7 Riabilitazione oncologica | No |
| 1.8 Hospice | No |
| 2 Elenco di Dipartimenti, ulteriori Unità Operative o Servizi presenti nella struttura dedicati all'Oncologia | |
| 2.1 a: | Ematologia oncologica |
| 2.2 b: | Anestesia oncologica |
| 2.3 c: | Servizio nutrizione chimica |
| 2.4 d: | NP |
| 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: | |
| 3 Il Day Hospital Oncologico è aperto per almeno 250 giorni l'anno | Si |
| 3.1 Indicare il numero dei posti letto nel DH oncologico | 0 |
| 3.2 Indicare il numero poltrone nel DH oncologico | 8 |
| 4 Presenza di un Centro Unificato di Prenotazione (CUP) | 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 | No |
| 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 |
| VOLUMI DI ATTIVITÀ | |
| 5 Numero pazienti presi in carico nel 2015 per ciascuna unità clinica indicata: | |
| 5.1 Day Hospital Oncologico | 297 |
| 5.2 Radioterapia | 996 |
| 5.3 Psiconcologia | 100 |
| 5.4 Centro di terapia del dolore | 55 |
| 5.5 Reparto oncologico pediatrico | NP |
| 5.6 Riabilitazione oncologica | NP |
| 5.7 Hospice | NP |
| 6 Numero pazienti presi in carico nel 2015 per i Dipartimenti, o ulteriori U.O. e Servizi indicati alla domanda 2: | |
| 6.1 a: | 112 |
| 6.2 b: | 355 |
| 6.3 c: | 100 |
| 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 |
| 7 Numero pazienti presi in carico nel 2015 con tumori a: | |
| 7.1 polmone | 113 |
| 7.2 mammella | 126 |
| 7.3 colon retto | 166 |
| 7.4 pelle (melanoma) | 1 |
| 7.5 sangue | 29 |
| 7.6 altro | 45 |
| specificare | ovaie,utero,tiroide,ossa |
| APPARTENENZA E INTEGRAZIONE IN UNA RETE DI SERVIZI | |
| 8 Presenza nella Regione di formali Reti assistenziali distinte e dedicate : | |
| 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 | No |
| 8.3 Rete della Terapia del dolore | Si |
| 9 La struttura appartiene ad una Rete Oncologica formale? | 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) | Centro Spoke - Radioterapia di secondo livello |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 9.2 E' stata realizzata una rivalutazione con conseguente adeguamento dell'organico da quando è stata istituita la Rete oncologica? | Si |
| 9.2.1 A seguito della rivalutazione, sono state effettuate nuove assunzioni di personale medico e/o infermieristico? | Si |
| 9.3 Nel sito internet della struttura: | |
| 9.3.1 è evidente l'appartenenza alla Rete? | NP |
| 9.3.2 vi sono informazioni circa l'articolazione dei servizi in Rete? | NP |
| 9.3.3 vi sono informazioni circa il ruolo svolto dalla struttura nella Rete? | NP |
| SISTEMA INFORMATIVO | |
| 10 Presenza di un software gestionale/sistema informativo | 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; | Si |
| 10.4 la valutazione dei PDTA. | Si |
| 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. | 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. | No |
| SERVIZIO DI ACCOGLIENZA | |
| 12 Presenza di una Struttura/Servizio che svolga la funzione di Accoglienza e Presa in carico del paziente | 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 |
| 13 Presenza di un servizio telefonico presso il quale ogni paziente può rivolgersi in qualunque momento del percorso assistenziale | Si |
| TEMPI DI ATTESA | |
| 14 Il paziente con sospetto diagnostico accede in via preferenziale, e comunque entro le 72 ore, alle prestazioni diagnostiche | No |
| 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 | No |
| 17.2 Agenda per interventi chirurgici | No |
| PRESA IN CARICO E APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE | |
| 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 | No |
| 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 | NP |
| 20.2.4 Farmacista | NP |
| 20.2.5 Assistente sociale | NP |
| 20.2.6 Terapista del dolore / Palliativista | Si |
| 20.2.7 Chirurgo di riferimento | Si |
| 20.2.8 Altro | NP |
| Specificare: | specialista all'occorrenza |
| 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 | Si |
| 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) | 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) | 50 |
| 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) | 0 |
| 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) | 0 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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 |
| 21 E' individuato un Case manager quale punto di riferimento per ciascun paziente | 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 |
| ACCESSO ALLE TERAPIE FARMACOLOGICHE | |
| 22 Indicare quante ore settimanali è disponibile l'accesso alle terapie infusionali in Day Hospital: | |
| 22.1 Ore MATTINA | 6 |
| 22.2 Ore POMERIGGIO | 2 |
| 22.3 Ore SABATO | 0 |
| 22.4 Ore DOMENICA | 0 |
| 23 Tempo medio (espresso in giorni) per l'inserimento in Prontuario Terapeutico Ospedaliero di: | |
| 23.1 Giorni in media per NUOVI FARMACI | 7 |
| 23.2 Giorni in media per FARMACI INNOVATIVI | 7 |
| 24 Presenza di procedure per il sostegno dei costi dei farmaci non ancora passati dal SSN | Si |
| 25 La struttura fa parte di un network nel quale si condividono informazioni circa le sperimentazioni in atto | No |
| 26 Presenza di procedure formalizzate per l'invio di pazienti in altre strutture che hanno attivato sperimentazioni. | NoNP |
| 27 La struttura effettua sperimentazioni cliniche? | 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 | No |
| SICUREZZA DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE | |
| 28 Presenza di protocolli chemioterapici e per le cure di supporto codificati e condivisi | Si |
| 29 Presenza di un atto formale aziendale che introduca il Foglio unico (Scheda unica) di chemioterapia | Si |
| 30 Presenza di un Sistema informatizzato per il management dell'intero processo di gestione delle terapie farmacologiche | 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 | No |
| 31 L'allestimento dei farmaci antineoplastici si realizza mediante procedura centralizzata, con un farmacista dedicato | No |
| 32 Presenza di protocolli relativi al monitoraggio della qualità delle preparazioni oncologiche | 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 |
| PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE | |
| 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 prossime, per la somministrazione delle terapie e controlli routinari | No |
| 43 A conclusione del ciclo terapeutico il paziente viene informato in merito a possibili sintomi o problemi di salute cui prestare attenzione | Si |
| ATTENZIONE AL DOLORE | |
| 44 Presenza a livello aziendale di Linee guida/Protocolli per la misurazione, valutazione e annotazione del dolore dei pazienti a intervalli regolari | Si |
| 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 | Si |
| 46 Presenza di Protocolli/procedure aziendali da adottare per ridurre il dolore procedurale causato da interventi diagnostici e terapeutici dolorosi | Si |
| CONTINUITÀ ASSISTENZIALE | |
| 47 Sono presenti Protocolli o modalità organizzative tali per cui viene verificata la continuità assistenziale | 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 | No |
| 47.1.2 Centri di terapia del dolore | No |
| 47.1.3 Hospice | Si |
| 47.1.4 Servizi territoriali | No |
| 47.1.5 Altro | No |
| Specificare | |
| 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 |

| COMUNICAZIONE E CONSENSO INFORMATO | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 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 |
| 51 Il processo di informazione e acquisizione del Consenso informato da parte del paziente: | |
| 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 |
| 52 Il modulo del Consenso informato: | |
| 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 |
| PROCEDURE PER LA SEMPLIFICAZIONE | |
| 53 Presenza di modalità di informatizzazione relative alla trasmissione telematica dei referti | No |
| 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 | No |
| 56 Rilascio di una relazione/estratto della documentazione clinica prodotta e rilascio di immagini digitalizzate per l'ottenimento di un secondo parere | Si |
| PROCESSI ORGANIZZATIVI VICINO ALLE ESIGENZE DEL CITTADINO | |
| 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 | Si |
| 57.3 Privato sociale (volontariato) | No |
| 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'invalidità civile, pensionistiche, medico legali, ecc. | Si |
| SUPPORTO PSICOLOGICO | |
| 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 | No |
| specificare | |
| 61 La struttura offre Supporto psicologico | 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 strutturato e continuativo, con personale dedicato | 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 | |
| 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 |
| TUTELA DELLA CAPACITÀ RIPRODUTTIVA | |
| 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 | No |
| (18.1.1) Se no: | |
| 67.1 Presenza di Protocolli/Linee Guida finalizzati alla tutela della capacità riproduttiva | Si |
| 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 | Si |
| 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 | Si |
| 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 | X |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| (18.1.1.1.2.2.1.3) in servizi privati | |
| IMPEGNO PER LA NON DISCRIMINAZIONE CULTURALE, ETNICA E RELIGIOSA | |
| 68 Presenza di Servizio di mediazione culturale | Si |
| (19.1.1) Se sì | |
| 68.1 disponibile nella struttura | |
| 68.2 disponibile a chiamata | X |
| 69 Presenza di un Servizio d'interpretariato | Si |
| (19.2.1) Se sì | |
| 69.1 disponibile nella struttura | |
| 69.1 disponibile a chiamata | X |
| 70 Presenza di Documentazione informativa multilingue | Si |
| (19.3.1) Se sì | |
| 70.1 fogli informativi multilingue su servizi presenti nella strutture | Si |
| 70.2 moduli di consenso informato multilingue | No |
| 71 Assistenza religiosa | |
| 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 |
| 72 Presenza di un luogo per la meditazione o la preghiera per i pazienti non cristiani/cattolici | No |
| 73 Possibilità di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza | Si |
| 74 Presenza di un prontuario dietetico che rispetti i credo religiosi nelle UO che svolgono attività in regime di ricovero | Si |
| 75 Possibilità di farsi assistere da una guida morale o spirituale | Si |
| PRIVACY E RISERVATEZZA | |
| 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 | 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 |
| COMFORT E VIVIBILITÀ NEI REPARTI DI DEGENZA | |
| 78 Orario della distribuzione dei pasti ai pazienti nei reparti di degenza | |
| 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 |
| 79 Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera | Si |
| 80 Almeno i 2/3 delle stanze di degenza hanno: | |
| 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 |
| 81 Bagni per i visitatori diversi da quelli dei degenti | Si |
| 82 Presenza di procedure che prevedono interventi straordinari di pulizia nel caso in cui un paziente e/ o un operatore sanitario lo richiedano | Si |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 83 Presenza di salottini nei reparti di degenza con: | |
| 83.1 congruo numero di posti a sedere | Si |
| 83.2 impianto di aria condizionata | Si |
| 83.3 televisore | No |
| 83.4 distributore di bevande/alimenti | No |
| 83.5 Wi-Fi | No |
| 83.6 biblioteca | No |
| 83.7 videoteca | No |
| 84 I salottini sono accessibili oltre l'ufficiale orario di visita per l'incontro con familiari e amici | No |
| 85 Spazio di accoglienza in cui è permesso vedere i bambini sotto i 12 anni | No |
| 86 Presenza di servizi di supporto: | |
| 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 | articoli sanitari |
| 87 COMFORT NEL DAY HOSPITAL | |
| 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 | Si |
| 87.6 Altro, specificare: | NP |
| RAGGIUNGIBILITÀ E ACCESSIBILITÀ | |
| 88 Presenza di mezzi pubblici | |
| 88.1 Treno | Si |
| 88.2 Autobus / Tram | Si |
| (22.1.2.1) Se sì: | |
| (22.1.2.1.1) numero di linee urbane | 3 |
| (22.1.2.1.2) numero di linee extraurbane | 1 |
| 89 Presenza di parcheggi | Si |
| (22.2.1) Se sì: | |
| 89.1 Gratuito | Si |
| 89.2 Convenzionato | No |
| 89.3 A pagamento | Si |
| 90 Presenza di segnaletica che faciliti l'orientamento e l'accesso ai servizi | Si |
| 91 Assenza di barriere architettoniche: | |
| 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 | ambulatori, reparti, uffici |
| 92 Possibilità di far scendere dall'auto i pazienti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale della struttura | Si |
| FORMAZIONE DEL PERSONALE | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 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 | Si |
| 95 Viene realizzata la valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati | Si |
| 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 | Si |
| 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 | Si |
| VALUTAZIONE DEL SERVIZIO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ | |
| 100 E' stata realizzata negli ultimi due anni un'indagine sulla soddisfazione degli utenti? | Si |
| (24.1.1) Se sì, | |
| 100.1 L'iniziativa è avvenuta con il coinvolgimento delle organizzazioni civiche e/o di pazienti? | Si |
| 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? | No |
| 100.4 In seguito a questa indagine sono state attuate azioni di miglioramento della qualità? | Si |
| 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 | Si |
| 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 | Si |
| 102.2 La definizione del Piano Assistenziale Individualizzato per il singolo paziente | NP |
| 102.3 Il grado di adesione al percorso diagnostico terapeutico | NP |
| 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 |
| PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI, PAZIENTI E VOLONTARI | |
| 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 | Si |
| 104.3 Accoglienza ai servizi | Si |
| 104.4 Supporto psicologico | Si |
| 104.5 Altro | No |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Specificare | |
| 105 Istituzione di uno spazio fisico dedicato alle Associazioni di Cittadini, Pazienti e Volontariato. | Si |
| BUONE PRASSI | |
| (26.1) Segnalare iniziativa/buona prassi realizzata dalla Struttura sanitaria sui temi oggetto del monitoraggio | Per i pazienti oncologici vengono effettuati in sede corsi di disegno e pittura |