

MONITORAGGIO DELLE STRUTTURE ONCOLOGICHE

2016

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato

Presidio Ospedaliero di Mirano

Comune	MIRANO
Provincia	VE
Regione	VENETO
Tipologia struttura	Presidio Ospedaliero
Eventuale ASL di afferenza	Ulss 13 Mirano - Venezia
Numero posti letto totale della struttura	230
Indirizzo	Via Don Giacobbe Sartor 4
Sito Web	www.ulss13mirano.ven.it
Link alla Carta dei Servizi	www.ulss13mirano.ven.it ? Ospedale ? Oncologia

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	No
1.3 Psiconcologia	Si
1.4 Centro di terapia del dolore	Si
1.5 Pronto Soccorso o DEA	Si
1.6 Reparto oncologico Pediatrico	NP
1.7 Riabilitazione oncologica	Si
1.8 Hospice	No
2 Elenco di Dipartimenti, ulteriori Unità Operative o Servizi presenti nella struttura dedicati all'Oncologia	
2.1 a:	UOC Chirurgia Sedi di Mirano e Dolo (partecipanti attivamente ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari – GOM)
2.2 b:	UOC Urologia (partecipanti attivamente ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari – GOM)
2.3 c:	UOC Ginecologia (partecipanti attivamente ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari – GOM)
2.4 d:	Lungodegenza Riabilitativa
2.5 e:	
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	
3.1 Indicare il numero dei posti letto nel DH oncologico	6
3.2 Indicare il numero poltrone nel DH oncologico	24

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	Si
4.3 Consente il pagamento online delle prestazioni	Si
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	2012
5.2 Radioterapia	NP
5.3 Psiconcologia	348
5.4 Centro di terapia del dolore	1400
5.5 Reparto oncologico pediatrico	NP
5.6 Riabilitazione oncologica	26
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:	UOC Chirurgia Mirano - Dolo N. 800
6.2 b:	UOC Urologia N.500
6.3 c:	UOC Ginecologia N.80
6.4 d:	Lungodegenza Riabilitativa (LDR) N.26 (indicata anche nella risposta 5.6)
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	90
7.2 mammella	264
7.3 colon retto	94
7.4 pelle (melanoma)	149
7.5 sangue	111
7.6 altro	454

specificare	Distretto ORL36 //Apparato gastroenterico superiore 70//Prostata 160//Apparato urinario 74// Apparato genitale femminile 71//Apparato genitale maschile altro 3//SNC 11//Tumori rari 29//
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	Si
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)	Rete Oncologica Veneta (ROV) articolata in Poli Oncologici. La UOC afferisce al Polo Oncologico Veneziano come Centro Spoke articolato al suo interno in Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) per patologia. NB. Polo Oncologico Veneziano unico deliberato nella Regione Veneto.
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?	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
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;	Si
10.3 il monitoraggio e benchmark dei principali tempi di erogazione;	Si
10.4 la valutazione dei PDTA.	No

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.	Si
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	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	No
17.2 Agenda per interventi chirurgici	Si
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	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	No
20.2.3 Psicologo	Si
20.2.4 Farmacista	No
20.2.5 Assistente sociale	No
20.2.6 Terapista del dolore / Palliativista	Si
20.2.7 Chirurgo di riferimento	Si
20.2.8 Altro	Si
Specificare:	Internista Geriatra Pneumologo
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	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
<i>20.6 Sono previsti momenti strutturati di condivisione e di confronto tra i vari professionisti per discutere dei casi relativi ai pazienti in carico?</i>	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	Variabile tra 7 e 15 giorni
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)	30
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	No
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	4

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	5
23.2 Giorni in media per FARMACI INNOVATIVI	5
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	Si
26 Presenza di procedure formalizzate per l'invio di pazienti in altre strutture che hanno attivato sperimentazioni.	Si
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	Si
31 L'allestimento dei farmaci antineoplastici si realizza mediante procedura centralizzata, con un farmacista dedicato	Si
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)	10
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?	Si
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 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
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	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	ALTRE STRUTTURE SANITARIE (UO OSPEDALIERE, UNIVERSITARIE, IRCCS)
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 biotipici 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	No
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	No
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	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
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	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'invalità civile, pensionistiche, medico legali, ecc.	No
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	Si
specificare	MMG O ALTRO SPECIALISTA DELL'AZIENDA
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	No
(19.3.1) Se sì	
70.1 fogli informativi multilingue su servizi presenti nella strutture	
70.2 moduli di consenso informato multilingue	
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	No
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	No
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	Si
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	NP
83.2 impianto di aria condizionata	NP
83.3 televisore	NP
83.4 distributore di bevande/alimenti	NP
83.5 Wi-Fi	NP
83.6 biblioteca	NP
83.7 videoteca	NP

84 I salottini sono accessibili oltre l'ufficiale orario di visita per l'incontro con familiari e amici	NP
85 Spazio di accoglienza in cui è permesso vedere i bambini sotto i 12 anni	NP
86 Presenza di servizi di supporto:	
86.1 Bar	Si
86.2 Sportello bancomat/Banca	No
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	No
Specificare	
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	No
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
89 Presenza di parcheggi	Si
(22.2.1) Se sì:	
89.1 Gratuito	Si
89.2 Convenzionato	No
89.3 A pagamento	No
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	No
Specificare	
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	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
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?	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?	Si
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	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
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	No
104.2 Formazione ai Caregiver	No
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

CERTIFICAZIONE DI QUALITA' ISO-9001-2008

La U.O.C. ha ottenuto e mantenuto dal febbraio 2010 la certificazione secondo la norma UNI EN ISO 9001-2008 (Bureau Veritas) e ha proseguito il percorso delle verifiche ispettive con la collaborazione della Exprit Management Support Service di Firenze e l'ausilio economico della AIL - Sezione Riviera del Brenta. Rimane, a questo proposito, centrale anche il rapporto di collaborazione con la U.O.C. "Formazione, Qualità, Comunicazione" della nostra Azienda.

Il Sistema si applica all'attività di:

"GESTIONE RICOVERI E DIMISSIONI, AMBULATORIO E DAY HOSPITAL, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI MALATTIE ONCOLOGICHE ED EMATO-ONCOLOGICHE, SERVIZI DI PSICOLOGIA ONCOLOGICA E CURE PALLIATIVE."

La propria missione specifica è fornire assistenza e terapia a pazienti adulti affetti da patologia oncologica ed oncoematologica secondo le direttive nazionali ed internazionali in continuo aggiornamento*. L'attività viene svolta anche con metodiche multidisciplinari ed è supportata dalla attività di ricerca per la identificazione e sviluppo di approcci innovativi sempre rivolti alla guarigione o al controllo della malattia e dei suoi sintomi ed alla prevenzione.

L'attività assistenziale viene espletata in regime ambulatoriale di convenzione con il SSN, in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital, oppure in regime libero professionale intra-moenia (attività ambulatoriale intra-moenia).

In particolare, nel perseguire la propria missione il Dipartimento ha individuato degli obiettivi primari condivisi con l'Azienda e che possono essere così riassunti:

? Centralità del paziente. L'organizzazione dipartimentale ruota intorno ai bisogni della persona affetta da patologia oncologica e tende all'eccellenza delle prestazioni. Tutti i professionisti hanno un rapporto di esclusività con l'Azienda, potendo così fornire tutto il loro tempo alla assistenza, cura, ricerca e aggiornamento anche interdisciplinare con importanti ricadute positive sul paziente.

? Qualità del servizio. Efficienza ed efficacia sono i principi introdotti nella propria attività al fine di stabilire i criteri di scelta delle priorità di intervento per soddisfare i bisogni del paziente oncologico. A questo proposito il Dipartimento ha attivato un piano qualità di sviluppo di modelli gestionali ed organizzativi in linea con le normative internazionali più aggiornate (ISO) ed in accordo con le direttive aziendali e regionali.

? Miglioramento continuo della attività clinica e di ricerca. Nostro obiettivo è potenziare ed elevare continuamente il livello qualitativo della attività clinica e della ricerca in ambito oncologico con il trasferimento più rapido possibile delle innovazioni in ambito diagnostico e terapeutico-assistenziale.

? Multidisciplinarietà. Razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici mediante la creazione di cooperazioni interdipartimentali ed interdivisionali per il miglioramento del percorso assistenziale del paziente in tutte le fasi della sua malattia.

? Continuità assistenziale. Attivazione dell'insieme dei processi assistenziali che consentono la presa in carico globale del paziente in tutti i momenti del suo percorso di malattia, compresa la fase di assistenza a domicilio.

? Prevenzione. Coordinamento della attività di prevenzione primaria e secondaria oncologica in

linea con le più attuali linee guida.

? Valorizzazione delle risorse umane. Nell'ottica fondamentale di rispetto della persona nella sua completezza, il Dipartimento, grazie allo sviluppo di nuovi sistemi gestionali della qualità, promuove la integrazione di tutti gli operatori sanitari, la valorizzazione dei loro rispettivi contributi e la loro crescita professionale attraverso la incentivazione della attività scientifica e assistenziale ed una adeguata programmazione dell'aggiornamento.

CERTIFICAZIONE DI QUALITA' ISO-9001-2008

La U.O.C. ha ottenuto e mantenuto dal febbraio 2010 la certificazione secondo la norma UNI EN ISO 9001-2008 (Bureau Veritas) e ha proseguito il percorso delle verifiche ispettive con la collaborazione della Exprit Management Support Service di Firenze e l'ausilio economico della AIL - Sezione Riviera del Brenta. Rimane, a questo proposito, centrale anche il rapporto di collaborazione con la U.O.C. "Formazione, Qualità, Comunicazione" della nostra Azienda.

Il Sistema si applica all'attività di:

"GESTIONE RICOVERI E DIMISSIONI, AMBULATORIO E DAY HOSPITAL, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI MALATTIE ONCOLOGICHE ED EMATO-ONCOLOGICHE, SERVIZI DI PSICOLOGIA ONCOLOGICA E CURE PALLIATIVE."

La propria missione specifica è fornire assistenza e terapia a pazienti adulti affetti da patologia oncologica ed oncoematologica secondo le direttive nazionali ed internazionali in continuo aggiornamento*. L'attività viene svolta anche con metodiche multidisciplinari ed è supportata dalla attività di ricerca per la identificazione e sviluppo di approcci innovativi sempre rivolti alla guarigione o al controllo della malattia e dei suoi sintomi ed alla prevenzione.

L'attività assistenziale viene espletata in regime ambulatoriale di convenzione con il SSN, in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital, oppure in regime libero professionale intra-moenia (attività ambulatoriale intra-moenia).

In particolare, nel perseguire la propria missione il Dipartimento ha individuato degli obiettivi primari condivisi con l'Azienda e che possono essere così riassunti:

? Centralità del paziente. L'organizzazione dipartimentale ruota intorno ai bisogni della persona affetta da patologia oncologica e tende all'eccellenza delle prestazioni. Tutti i professionisti hanno un rapporto di esclusività con l'Azienda, potendo così fornire tutto il loro tempo alla assistenza, cura, ricerca e aggiornamento anche interdisciplinare con importanti ricadute positive sul paziente.

? Qualità del servizio. Efficienza ed efficacia sono i principi introdotti nella propria attività al fine di stabilire i criteri di scelta delle priorità di intervento per soddisfare i bisogni del paziente oncologico. A questo proposito il Dipartimento ha attivato un piano qualità di sviluppo di modelli gestionali ed organizzativi in linea con le normative internazionali più aggiornate (ISO) ed in accordo con le direttive aziendali e regionali.

? Miglioramento continuo della attività clinica e di ricerca. Nostro obiettivo è potenziare ed elevare continuamente il livello qualitativo della attività clinica e della ricerca in ambito oncologico con il trasferimento più rapido possibile delle innovazioni in ambito diagnostico e terapeutico-assistenziale.

? Multidisciplinarietà. Razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici mediante la creazione di cooperazioni interdipartimentali ed interdivisionali per il miglioramento del percorso assistenziale del paziente in tutte le fasi della sua malattia.

? Continuità assistenziale. Attivazione dell'insieme dei processi assistenziali che consentono la presa in carico globale del paziente in tutti i momenti del suo percorso di malattia, compresa la fase di assistenza a domicilio.

? Prevenzione. Coordinamento della attività di prevenzione primaria e secondaria oncologica in linea con le più attuali linee guida.

? Valorizzazione delle risorse umane. Nell'ottica fondamentale di rispetto della persona nella

sua completezza, il Dipartimento, grazie allo sviluppo di nuovi sistemi gestionali della qualità, promuove la integrazione di tutti gli operatori sanitari, la valorizzazione dei loro rispettivi contributi e la loro crescita professionale attraverso la incentivazione della attività scientifica e assistenziale ed una adeguata programmazione dell'aggiornamento.

? Apertura alle collaborazioni nazionali ed internazionali. La maggior parte dei professionisti operanti nel Dipartimento è affiliato alle più importanti Società Scientifiche ad indirizzo oncologico operanti a livello nazionale ed internazionale. Il Dipartimento promuove la partecipazione, previa acquisizione del parere del Comitato Etico Indipendente, agli studi cooperativi di ricerca clinica e applicata in ambito oncologico ed ematologico attivati in ambito nazionale o internazionale e promuove l'interscambio culturale e professionale con altre istituzioni che condividono le medesime finalità medico-scientifiche.

? Partecipazione alla Rete Oncologica Veneta. In questo ambito inoltre, all'interno del costituito Polo Oncologico Provinciale, promuove a livello Regionale le seguenti attività:

- a. confronto tra Regione e Oncologie Venete, IOV-IRCCS, CIPOMO, Scuole di Specialità in Oncologia di Padova e Verona, Associazioni di Volontariato sul tema della integrazione e condivisione di Percorsi Terapeutici Assistenziali elaborati a livello regionale per i principali tumori, Percorsi di Cure Simultanee, rete delle cure palliative territoriali;
- b. informatizzazione in ambito oncologico tramite utilizzo della cartella clinica informatizzata e possibile condivisione di software fra le diverse Oncologie regionali;
- c. condivisione dei criteri di utilizzo dei nuovi farmaci in termini di rispetto dell'appropriatezza terapeutica e gestione responsabile delle risorse disponibili, tramite collaborazione con il Gruppo Farmaci Innovativi del Coordinamento della Rete Oncologica Veneta;
- d. promozione di confronto con i Medici di Medicina Generale assieme al Coordinamento della ROV sul tema del follow-up oncologico.

Riferimenti e linee guida:

? European Society for Medical Oncology (ESMO) Minimum Clinical Recommendations; www.esmo.org

? American Society of Medical Oncology (ASCO); www.asco.org

? National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology; www.nccn.org

? European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT); www.ebmt.org

? Gruppo Italiano Trapianti Midollo Osseo (GITMO); www.gitmo.net

? Associazione Italiana Oncologia Medica; www.aiom.it

? Società Italiana di Ematologia; www.siematologia.it.

? Associazione Italiana Infermieri di Oncologia; www.aiio.it

? IPASVI – Collegio Infermieri Provincia di Venezia; www.ipasvive.it

? R.I.O. Nord-Est – Rete Infermieri Oncologia Nord Est; www.rionordest.it

? Ministero Salute – Coordinamento Commissione Ministeriale sulla Terapia del Dolore e Cure Palliative; www.vdanet.it

? Rete Oncologica Veneta; rov@ioveneto.it

Attivazione Procedura dal 2016

PROCESSO DI

“AMBULATORIO INFERMIERISTICO INTEGRATO PER LA CONTINUITA' E SIMULTANEITA' DELLE CURE”

(Procedura completa a disposizione presso Direzione UOC)

L'ambulatorio è stato istituito a partire dal 01/06/2015, in accordo con quanto previsto dalla DGR 2067 del 11/2013: "istituzione della Rete oncologica Veneta" e dalla "Rete Provinciale Veneziana". Lo scopo: creare una procedura di presa in carico per continuità delle cure e valutazione opportunità di cure simultanee del paziente oncologico nelle seguenti fasi cliniche – assistenziali e con le seguenti metodologie e finalità:

- dopo la dimissione dal ricovero ordinario (entro i trenta giorni, come da legge sulla continuità assistenziale)
- dopo dimissione da Day Hospital o Sezione Ambulatori
- approccio globale, mirato alla sua qualità di vita e a quella della famiglia
- stretta collaborazione con unità di psico-oncologia, per la gestione della sfera emotiva di paziente e familiari
- stretta collaborazione con il MMG
- stretta collaborazione con unità operativa di cure palliative
- stretta collaborazione con il servizio di assistenza domiciliare
- riduzione dei tempi di ricovero ordinario
- evitare accessi impropri in Pronto Soccorso
- riduzione della non appropriatezza delle cure supporto ad alcune attività assistenziali diurne ora eseguite con difficoltà a seguito dell'elevato n. di pazienti in sezione Day Hospital / Ambulatori
- diffusione la cultura dell' empowerment da parte del paziente, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute
- implementazione e aderenza a PDTA condivisi
- assunzione di responsabilità ed educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia, al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia
- Aderenza e monitoraggio di protocolli condivisi ospedale/territorio
- assicurare al paziente cure infermieristiche gestite da personale esperto
- gestione esami e/o indagini prescritti con visione e valutazione in tempo reale di esiti e valutazioni.

Inoltre, priorità a funzione di ponte e feedback continuo tra:

- Sezioni Day Hospital / Ambulatori
- Assistenza domiciliare
- Distretti Sanitari
- Medici di Medicina Generale
- Nucleo Cure Palliative
- Assistenti sociali

Attivazione dal 2016 del PROGETTO PET-THERAPY

“TI DONO UN SORRISO” L’animale domestico come risorsa di cura e benessere del degente nelle strutture Socio Sanitarie

Progetto completo a disposizione presso Direzione

1. SCOPO

La procedura descrive le azioni del progetto messe in atto per regolamentare e garantire il diritto di accesso di cani di proprietà degli utenti della nostra ULSS.

2. CAMPI DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta ai pazienti oncologici, ma viene estesa a tutti gli utenti della nostra

UISS lungodegenti (che superano almeno i sette giorni di degenza); viene applicato in tutte le zone

esterne e quelle interne identificate dall’infermiera referente, con l’approvazione del Direttore Sanitario e del Direttore dell’U.O.C. in cui è degente il paziente che la visita del proprio pet.

3. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

PET: letteralmente “anomale prediletto”, indica l’animale domestico

ANIMALE D’AFFEZIONE: ogni animale tenuto dall’uomo per compagnia. (I due termini succitati vengono usati come sinonimi)

U.O.C: Unità Operativa

D.S. Direzione Sanitaria

C.D.C: Center for Disease Control e Prevention (Atlanta)

I.C.I.: Infermiera addetta Infezioni ospedaliere

I.R: Infermiera Referente per l’attività

PROPRIETARIO: persona a cui il cane obbedisce perfettamente

4. RESPONSABILE DELLA PROCEDURA

La gestione della Procedura è affidata alla responsabile del progetto, Infermiera Referente, infermiera I.C.I coordinatrice dell’U.O.C. di Oncologia ed Ematologia Oncologica che ne garantisce la conservazione, l’integrità dei contenuti, la distribuzione, l’aggiornamento, la revisione e la verifica semestrale della sua applicazione e ne riferisce i risultati al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore Risorse Umane.

Attivazione da Novembre 2016 della procedura:

“Follow-up oncologico : integrazione tra ospedale e territorio” promossa dalla UOC di Oncologia – Ematologia Oncologica in collaborazione con i referenti della MG ASL 13.

Sintesi del progetto

La tematica in oggetto è attualmente riconosciuta come una delle più importanti sia da parte delle organizzazioni sanitarie (Rete Oncologica Veneta, Polo Oncologico Veneziano) che delle Società Scientifiche (AIOM, SIMG) per le enormi ricadute in termini di assistenza e programmazione sanitaria in ambito oncologico.

Attualmente i costi reali del follow-up oncologico superano di molto quelli attesi e la causa è da ricercare nella prescrizione di esami inappropriati e nella scarsa comunicazione tra oncologo e medico di famiglia.

Per la prima volta è stato quindi siglato un patto per realizzare un nuovo modello di cura e assistenza che prevede il superamento delle visite specialistiche per tempi indefiniti. Nel nuovo

modello è previsto il passaggio dall'ospedale al territorio, con modalità variabile in base ai parametri di prognosi. Sono state identificate precise categorie di pazienti "potenzialmente guariti", ma che necessitano ugualmente di periodici controlli secondo le più recenti linee guida sui piani di assistenza dei pazienti lungo sopravvivenza, con la possibilità di un ritorno sollecito allo specialista in presenza di qualsiasi sospetto di recidiva o necessità.

A questo progetto hanno lavorato a stretto contatto oncologi e referenti dei MMG per fornire una ancor migliore assistenza al paziente oncologico.