

MONITORAGGIO DELLE STRUTTURE ONCOLOGICHE

2016

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato

Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale "Policlinico"

Comune	BARI
Provincia	BA
Regione	PUGLIA
Tipologia struttura	Azienda Ospedaliera Universitaria
Eventuale ASL di afferenza	
Numero posti letto totale della struttura	1013
Indirizzo	Piazza Giulio Cesare 11
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	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	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:	CENTRO DI ONCOGENOMICA
2.2 b:	
2.3 c:	
2.4 d:	
2.5 e:	
2.6 f:	
2.7 g:	
2.8 h:	
2.9 i:	
2.10 l:	
(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	2
3.2 Indicare il numero poltrone nel DH oncologico	0
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	No
VOLUMI DI ATTIVITÀ	
5 Numero pazienti presi in carico nel 2015 per ciascuna unità clinica indicata:	
5.1 Day Hospital Oncologico	103
5.2 Radioterapia	0
5.3 Psiconcologia	0
5.4 Centro di terapia del dolore	0
5.5 Reparto oncologico pediatrico	0
5.6 Riabilitazione oncologica	0
5.7 Hospice	0
6 Numero pazienti presi in carico nel 2015 per i Dipartimenti, o ulteriori U.O. e Servizi indicati alla domanda 2:	
6.1 a:	0
6.2 b:	0
6.3 c:	0
6.4 d:	0
6.5 e:	0
6.6 f:	0
6.7 g:	0
6.8 h:	0
6.9 i:	0
6.10 l:	0
7 Numero pazienti presi in carico nel 2015 con tumori a:	
7.1 polmone	20
7.2 mammella	30
7.3 colon retto	50
7.4 pelle (melanoma)	25
7.5 sangue	10
7.6 altro	0
specificare	
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	No
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)	ROR IN FORMAZIONE

9.2 E' stata realizzata una rivalutazione con conseguente adeguamento dell'organico da quando è stata istituita la Rete oncologica?	No
9.2.1 A seguito della rivalutazione, sono state effettuate nuove assunzioni di personale medico e/o infermieristico?	
9.3 Nel sito internet della struttura:	
9.3.1 è evidente l'appartenenza alla Rete?	Si
9.3.2 vi sono informazioni circa l'articolazione dei servizi in Rete?	Si
9.3.3 vi sono informazioni circa il ruolo svolto dalla struttura nella Rete?	Si
SISTEMA INFORMATIVO	
10 Presenza di un software gestionale/sistema informativo	No
(5.1.1) Se sì, il sistema consente:	
10.1 l'archiviazione dei dati informatizzati e la possibilità di elaborarli;	
10.2 il dialogo con i centri screening;	
10.3 il monitoraggio e benchmark dei principali tempi di erogazione;	
10.4 la valutazione dei PDTA.	
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.	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.	
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	Si
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	Si
20.2.3 Psicologo	Si
20.2.4 Farmacista	Si
20.2.5 Assistente sociale	Si
20.2.6 Terapista del dolore / Palliativista	Si
20.2.7 Chirurgo di riferimento	Si
20.2.8 Altro	Si
Specificare:	GENETISTA BIOLOGO MOLECOLARE
20.3 Nel gruppo multidisciplinare è coinvolto il MMG dei singoli pazienti	Si
20.4 I gruppi multidisciplinari sono:	
20.4.1 Specifici per patologia	Si
20.4.2 Diretti dallo specialista che ha maggior coinvolgimento e responsabilità nel singolo caso clinico	Si
20.5 Il gruppo multidisciplinare:	
20.5.1 Individua il PDTA più appropriato nel singolo caso	Si
20.5.2 Definisce il Piano di Assistenza Individuale (PAI)	Si
<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?	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)	80
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)	70

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)	30
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	5
22.2 Ore POMERIGGIO	1
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	NP
23.2 Giorni in media per FARMACI INNOVATIVI	NP
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	Si
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)	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	NP
34 Prima della somministrazione delle terapie si adottano procedure per l'identificazione attiva del paziente?	No
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?	No
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	NP
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	Si
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	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
PROCESSI ORGANIZZATIVI VICINO ALLE ESIGENZE DEL CITTADINO	
57 Presenza di servizi di foresteria per i familiari dei pazienti	No
(16.1.1) Se sì, indicare la tipologia:	
57.1 Aziendale	
57.2 Strutture ricettive private in convenzione	
57.3 Privato sociale (volontariato)	
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'inabilità civile, pensionistiche, medico legali, ecc.	No
SUPPORTO PSICOLOGICO	

60 Al momento della presa in carico del paziente è sempre prevista anche una valutazione psicologica	Si
60.1 Se no, si può attivare a richiesta?	
(17.1.1.1) Se sì, indicare	
60.1.1 da parte del paziente e/o caregiver	
60.1.2 da parte di un medico della struttura	
60.1.3 altro	
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	No
(17.3.1) Se no, il supporto psicologico è garantito da:	
62.1 uno o più psicologi, che intervengono in consulenza	Si
62.2 uno o più psicologi volontari	Si
62.3 tirocinanti psicologi	Si
62.4 progetti promossi da Organizzazioni di pazienti, Associazioni di psicologi, etc.	No
62.5 altro	No
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	Si
(18.1.1) Se no:	
67.1 Presenza di Protocolli/Linee Guida finalizzati alla tutela della capacità riproduttiva	
67.1.1 Se non ha Protocolli/Linea Guida, la struttura ha almeno predisposto materiale informativo al riguardo?	
67.1.2 Se ha Protocolli/Linea Guida, i documenti, garantiscono:	
67.1.2.1 la comunicazione al paziente circa il rischio di infertilità dovuto a trattamenti chemioterapici, radioterapici e/o legati ad eventuali interventi chirurgici	
67.1.2.2 l'invio del paziente ad un counseling riproduttivo subito dopo la diagnosi e stadiazione della malattia oncologica, così da avere il tempo necessario per la scelta delle migliori strategie di preservazione della fertilità	

67.1.2.3 specificare se l'invio al counseling riproduttivo avviene presso Servizi specializzati:	
(18.1.1.1.2.2.1.1) presenti nella struttura	
(18.1.1.1.2.2.1.2) in altre strutture pubbliche	
(18.1.1.1.2.2.1.3) in servizi privati	
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	X
68.2 disponibile a chiamata	
69 Presenza di un Servizio d'interpretariato	Si
(19.2.1) Se sì	
69.1 disponibile nella struttura	X
69.1 disponibile a chiamata	
70 Presenza di Documentazione informativa multilingue	No
(19.3.1) Se sì	
70.1 fogli informativi multilingue su servizi presenti nella struttura	
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	No
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	No
80.2 servizi igienici interni per i degenti	Si
80.3 sistema di climatizzazione regolabile dall'utente	Si

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	Si
83.2 impianto di aria condizionata	Si
83.3 televisore	Si
83.4 distributore di bevande/alimenti	No
83.5 Wi-Fi	Si
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	Si
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	No
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	
87 COMFORT NEL DAY HOSPITAL	
87.1 Presenza di apparecchi televisivi	Si
87.2 Impianto di filodiffusione musicale	Si
87.3 Poltrone dotate di cuffie con lettore MP3 di file musicali	Si
87.4 Libreria a disposizione degli utenti	No
87.5 Viene erogata acqua e uno spuntino a metà mattinata	No
87.6 Altro, specificare:	NN
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	5
(22.1.2.1.2) numero di linee extraurbane	0
89 Presenza di parcheggi	Si
(22.2.1) Se sì:	
89.1 Gratuito	No
89.2 Convenzionato	Si
89.3 A pagamento	Si
90 Presenza di segnaletica che faciliti l'orientamento e l'accesso ai servizi	No
91 Assenza di barriere architettoniche:	
91.1 Accesso principale alla struttura	No
91.2 Day Hospital	No
91.3 CUP	Si
91.4 Ambulatorio prelievi	No

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	No
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	Si
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?	Si
100.3 I risultati sono stati resi pubblici?	Si
100.4 In seguito a questa indagine sono state attuate azioni di miglioramento della qualità?	Si
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	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	
<p>ALL'UOC DI ONCOLOGIA MEDICA AFFERISCE IL CENTRO DI RICERCHE ONCOGENOMICHE (CROG) ATTIVATO DALL'ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE DELLA REGIONE PUGLIA DAL 2015. IL CENTRO E' DEDICATO ALLA DIAGNOSTICA MOLECOLARE DEI TUMORI, PER LA TARGET THERAPY. INFATTI L'IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICHE ANOMALIE MOLECOLARI CONSENTE DI UTILIZZARE I NUOVI FARMACI A BERSAGLIO MOLECOLARE, CAPACI CIOE' DI RIPRISTINARE LE NORMALI FUNZIONI CELLULARI NEL TUMORE EVITANDO I COMUNI DANNI DELLA CHEMIOTERAPIA NEI TESSUTI SANI. LA CARATTERIZZAZIONE ONCOGENOMICA VIENE OGGI PRATICATA PER LA MAGGIOR PARTE DEI TUMORI SOLIDI PER I QUALI E' POSSIBILE UTILIZZARE LA TARGETED THERAPY. INOLTRE, PRESSO L'UOC DI ONCOLOGIA MEDICA VIENE PRATICATA LA BIOPSIA LIQUIDA. INFATTI, DAL SANGUE PERIFERICO E' POSSIBILE ISOLARE LE CELLULE TUMORALI CIRCOLANTI E DIAGNOSTICARE IL TUMORE ANCHE NEI DIFETTI DEL GENOMA, SENZA FARE PIU' RICORSO A PROCEDURE TALORA INVASIVE PER LE BIOPSIE TUMORALI</p>	