

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0001153	06/06/2023

OGGETTO: Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O) ASL BA - Presa d'atto del Regolamento Operativo

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20230001409 DEL 01/06/2023

COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE

DI 2 (due) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 55 (cinquantacinque) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
 Firmato Digitalmente il 06/06/2023 12:29 Luigi FRUSCIO	 Firmato Digitalmente il 06/06/2023 12:55 Luigi ROSSI
Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 06/06/2023 16:34 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 06/06/2023 15:38 Antonio SANGUEDOLCE

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **06/06/2023**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione

Firmato Digitalmente il 06/06/2023 16:34

Raffaele IORIO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO: Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O) ASL BA - Presa d'atto del Regolamento Operativo

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Delibera del Direttore Generale n. 239/DG del 16.02.2022, con l'assistenza del segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dal Dirigente Responsabile della U.O.S. Affari Generali, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

Visto:

- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n. 221 del 23 febbraio 2017, "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato – Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro – Anni 2014-2016";
- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n. 192 del 20 febbraio 2018, "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Presa d'atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento";
- l'Accordo Stato-Regioni n. 59/CSR del 17 aprile 2019, "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n. 230 del 9 luglio 2019, "Presa d'atto del Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e loro istituzione";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n. 18 del 5 febbraio 2020, "Proposta di individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e presa d'atto degli indicatori di Rete dei relativi Centri";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n. 132 del 19 giugno 2020, "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Proposta di revisione e aggiornamento dei P.D.T.A. regionali per Cr. Colon Retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n.137 del 25 giugno 2020, "Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento";
- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n.1103 del 16 luglio 2020, Individuazione dei centri Hub e Spoke chirurgici e degli indicatori – Revisione identificazione C.Or.O. – Istituzione Comitato etico unico oncologico e Alto comitato per la ricerca oncologica";
- la Deliberazione di Giunta regionale PUGLIA n.1104 del 16 luglio 2020, "Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. riferite ai PDTA regionali per Cr. Colon retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio";
- la Deliberazione del Direttore Generale ARESS n.18 del 28/01/2021, "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Presa d'atto della nomina dei componenti dei gruppi di patologia

interdisciplinari per PDTA cr epato-bilio-pancreatico, cr esofago-stomaco, cr melanoma-tumori cutanei, cr rene-vescica e cr tiroide”;

Premesso che:

- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 1585 del 12 agosto 2013, è stata istituita la "Breast Unit" ASL BA presso il Presidio Ospedaliero "San Paolo" di Bari;
- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 2014 del 22 ottobre 2019, in attuazione della D.G.R. n. 221/2017, è stato istituito il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) ASL BA ed approvato il Regolamento Aziendale del C.Or.O.;
- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 1661 del 28 settembre 2021, è stata recepita la DGR 854 del 22/05/2018 ed approvato il Regolamento Aziendale per il funzionamento della Breast Unit Asl Bari - P.O. San Paolo;
- con Deliberazione del Direttore Generale ASL BA n. 1959 del 2 novembre 2021, è stata recepita la DGR 1104 del 16/07/2020 ed approvato il “PDTA neoplasie mammarie Asl Bari – P.O. San Paolo”;

Preso atto che:

- con nota prot. 36768/2023, il C.Or.O. aziendale ha inviato alla Direzione Strategica ASL BA il “Regolamento Operativo C.Or.O.” per successiva adozione con atto deliberativo;

Considerato che:

- è necessario approvare il “Regolamento Operativo C.Or.O.”, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento


Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

1. di prendere atto del “Regolamento Operativo C.Or.O.”, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare atto che il presente provvedimento non determina oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale;
3. di demandare all’U.R.P. la pubblicazione del presente provvedimento sulla sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Disposizioni generali/Atti generali, presente sul sito web aziendale, ai sensi dell’art.12, d.lgs. 33/2013;
4. di trasmettere il presente provvedimento, per opportuna conoscenza e per gli adempimenti di competenza, al Dir. Resp. U.O.S.V.D. Oncologia Medica P.O. “San Paolo”, alle Direzioni Mediche dei Presidi e dei Distretti Socio-Sanitari, al Dipartimento di Area Medica Specialistica, nonché al Collegio Sindacale aziendale;

5. di trasmettere altresì, il presente provvedimento alla Consulta Oncologia Regionale, all'Unità di Coordinamento di Rete (U.Coo.R.) ed al Dipartimento Integrato di Oncologia barese (DIOnc barese);
6. di notificare il seguente provvedimento alla Regione Puglia, Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale, nonché all'Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale;
7. di dare atto che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO - tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 1 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Centro di ORientamento Oncologico

Presidio Ospedaliero SAN PAOLO

ASL Bari

Regolamento Operativo



coro

centro di
orientamento
oncologico


*oncologic
orienting
center*

Gruppo di lavoro:

Dr. F. Giuliani , Dr.ssa A. Leaci, A.S. M. Panebianco, A.S. V. D'Amato, Dr.ssa C. Zelano, Dr.ssa S. Bruno
Inf. G. De Candia, Inf. A. L. Squeo, Inf. L. Palmiotto


Redatto da:

A.S. M. Panebianco, Dr.ssa C. Zelano, Inf. G. De Candia

 <p>ASL Bari PugliaSalute</p>	PDTA	Pagina 2 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari</p>	REGOLAMENTO OPERATIVO	

INDICE

I. MANUALE DELLE PROCEDURE	Pag	3
1. OBIETTIVI E FUNZIONI		3
2. PAZIENTI ELEGGIBILI		4
3. MODALITÀ D'ACCESSO		4
4. MODELLO ORGANIZZATIVO		4
5. COMPITI DEL PERSONALE		6
6. FIGURE INTEGRATE NELL'EQUIPE		9
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO		11
8. PROCEDURE E ATTIVITÀ		12
9. ALTO RISCHIO ONCOGENETICO		14
10. INDICATORI DI MONITORAGGIO		14
11. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI		15
12. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO		15
13. ALLEGATI DEL MANUALE DELLE PROCEDURE		16
1) Data base COro		
2) Modello di Presa in carico e accettazione		
3) Modulo per le comunicazioni al MMG		
4) Richiesta accesso alla Rete Cure Palliative		
II. MANUALE DELLA QUALITÀ E SICUREZZA		21
1. POLITICA DELLA QUALITÀ		21
2. SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA		21
2.1 Piano di Miglioramento Annuale (PMA)		
2.2 Indagini sulla Qualità percepita dagli utenti		
2.3 Indagini sulla Qualità percepita dal personale		
2.3 Fascicolo Qualità e Sicurezza		
2.4 Il Responsabile della Qualità e Sicurezza del COro (RQS)		
3. SICUREZZA E RISCHIO CLINICO		24
3.1 Prevenzione, sicurezza e igiene sul lavoro		
3.2 Segnalazione degli eventi legati alla sicurezza delle cure erogate		
4. ALLEGATI DEL MANUALE DELLA QUALITÀ E SICUREZZA		25
1) L'audit		
2) Scheda Incident reporting		
3) Gestione delle Non Conformità		
4) Scheda segnalazione Non Conformità		
5) Questionario sulla soddisfazione degli utenti		

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 3 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO – P.O. SAN PAOLO

REGOLAMENTO OPERATIVO

I. MANUALE DELLE PROCEDURE

1. OBIETTIVI E FUNZIONI DEL COrO

Il COrO rappresenta la porta di ingresso al percorso di cura oncologica per pazienti con sospetta patologia oncologica, per pazienti con accertata diagnosi che necessitano di stadiazione e per quelli con sospetta recidiva.

È una struttura operativa collocata nei Dipartimenti Integrati Oncologici (DiOnc) della Rete Oncologica Pugliese e risponde ai requisiti previsti dalla Delibera di Giunta Regionale della Puglia n. 1103 del 2020 che recepisce la Delibera AReSS n. 137/2020.

Costituisce un polo di riferimento per il paziente oncologico o potenzialmente oncologico e fornisce accoglienza, informazione, assistenza, orientamento e supporto, rispondendo in maniera esaustiva al suo bisogno di salute, agevolando i percorsi diagnostici e umanizzando il percorso di cura oncologico.

L'organizzazione in equipe multidisciplinare integrata garantisce la presa in carico globale della persona avendo al suo interno le professionalità in grado di sostenere il paziente e il suo contesto familiare nella fase diagnostica e al momento della diagnosi oncologica.


Costituisce perciò la legittima e naturale porta di accesso alla ROP anche per quei pazienti che, sottoposti a screening organizzato di primo livello, necessitano di approfondimenti di II livello cui devono essere avviati dopo la presa in carico COrO.

Ha compiti di divulgazione delle proprie attività e funzionamento, tramite i media e altre modalità informative (video spot, diffusione brochure, eventi), funzioni di aggiornamento dei flussi informativi e di confronto e collaborazione con associazioni di volontariato di riferimento per garantire l'umanizzazione del servizio all'utenza.

In sintesi le sue funzioni sono:

- Informare e orientare l'utenza¹
- Accogliere e prendere in carico i pazienti
- Sostenere psicologicamente il paziente e la sua famiglia
- Supportare e accompagnare l'utente sul piano burocratico e sociale

¹ sulle modalità di accesso ai servizi e alle prenotazioni, sulle figure professionali disponibili, sui centri di riferimento specializzati e sui benefici e diritti a vantaggio del paziente oncologico

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 4 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

- Pianificare il percorso diagnostico con l'obiettivo dell'abbattimento delle liste di attesa
- Garantire la continuità assistenziale²
- Tracciare il percorso del paziente attraverso la raccolta e l'archiviazione dei dati³

L'equipe adegua le proprie modalità di approccio alle caratteristiche e peculiarità soggettive, oltre che alle eventuali fragilità e difficoltà di ogni paziente.

Garantisce l'inclusione e la personalizzazione delle attività rispettando gli orientamenti culturali, sociali, religiosi dell'utenza.

Si avvale perciò del Servizio di Interpretariato e mediazione culturale (SOS Infomondo) e dell'Assistenza Spirituale che viene richiesta ai ministri di culto di appartenenza presenti sul territorio.

2. PAZIENTI ELEGGIBILI

Persone con sospetta patologia oncologica, ovvero con diagnosi oncologica iniziale che necessitano di stadiazione, ovvero con sospetto di recidiva.

3. MODALITÀ DI ACCESSO

Al Centro di Orientamento si accede, previa prenotazione telefonica o per accesso diretto, con impegnativa di "Prima visita oncologica (COro)" a cura del MMG o di altro specialista, ovvero tramite programmi di screening oncologici.

4. MODELLO ORGANIZZATIVO

Il COro dell'ospedale San Paolo utilizza il metodo del lavoro d'equipe e il modello interdisciplinare integrato.

È situato al secondo piano lato est del Presidio, in adiacenza alla UOSVD di Oncologia Medica del Presidio.

Orari di funzionamento al pubblico:


dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 13.30;
martedì e giovedì anche dalle ore 15.00 alle 17.00

Informazioni di contatto :

Tel: 0805843551 (dalle ore 11:00 alle 13:00)

² assicurando il proseguo dei percorsi terapeutici, attraverso l'attivazione dei PDTA oncologici, la collaborazione con tutti i COro alla Rete Oncologica Pugliese, con i gruppi multidisciplinari oncologici e/o con le unità specialistiche di branca, oltre che con i MMG e i servizi socio-sanitari distrettuali

³ Cartelle COro, aggiornamento dei Fascicoli Sanitari Elettronici, se autorizzati, e tramite utilizzo di piattaforme digitali o software gestionali

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 5 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Mail: coro@asl.bari.it

N.Verde ROP: 800185003

4.1 Organigramma

L'equipe strutturale del Coro attualmente è costituita da:

- 3 infermiere-case manager
- 2 medici oncologi (di cui con funzione di Responsabile)
- 1 psicologa
- 1 assistente sociale

Per le valutazioni multidisciplinari l'equipe integra lo stesso paziente e/o il suo care giver e il suo medico di medicina generale.

A seconda del caso, all'equipe si possono aggiungere altri professionisti/specialisti la cui consulenza venga ritenuta necessaria per un miglior inquadramento diagnostico e ai fini della prosecuzione del percorso clinico.

Vengono nominati dal Dirigente Responsabile del Centro, su indicazione dell'equipe, il **Data Manager**⁴ e il **Responsabile della Qualità e della Sicurezza**⁵.

Al momento del primo accesso, al paziente viene assegnato un **Case Manager** (paragrafo successivo) tra il personale infermieristico.

4.2 Case Manager (C.M.)

Il C.M. costituisce il punto di riferimento per il paziente e per il suo care giver, funge da coordinatore del percorso e dei vari step clinici.

Compila la cartella COro ed effettua la prima valutazione del caso.

Si occupa della programmazione e prenotazione degli approfondimenti richiesti.

Insieme al medico oncologo, presenta i casi ai Gruppi Multidisciplinari oncologici.

È responsabile della tenuta della documentazione clinica dei pazienti assegnati.

Si occupa del raccordo con i MMG e con gli specialisti coinvolti per il caso.


4.3 Data Manager (D.M.)

Il DM è il referente per la raccolta, la condivisione, il controllo, la tenuta, la conservazione e la protezione dati, nonché per l'alimentazione dei flussi informativi e l'amministrazione dei software gestionali attivi.

Cura la Gestione della documentazione cartacea ed informatica e la compilazione del Database interno (all.to 1) per la determinazione di report sulle tipologie di utenza, sulle attività

⁴ vedasi paragrafo 4.3

⁵ vedasi paragrafo 4.4 e il Manuale della Qualità e Sicurezza

	PDTA	Pagina 6 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

svolte e sugli esiti, finalizzati ad orientare approcci, modalità e procedure operative e la programmazione annuale del Centro.

Viene nominato semestralmente a rotazione tra il personale infermieristico.

Ricerca i collegamenti e le risorse utili per la proficua gestione e pianificazione dei percorsi dei pazienti, intra ed extra percorso COro.

Tiene aggiornate le informazioni di contatto (indirizzi, recapiti, riferimenti diretti) dei Centri e Servizi, ospedalieri e territoriali, e degli altri COro regionali affinché i collegamenti siano rapidi ed efficaci, per interrelazioni di reciprocità, per scambi informativi e per la proficua condivisione delle risorse disponibili al fine di ottimizzare i percorsi diagnostici dei pazienti.

4.4 Responsabile della Qualità e della Sicurezza (RQS)

IL RQS dura in carico un anno e può essere riconfermato. Le sue funzioni sono dettagliate nel Manuale della Qualità e Sicurezza del COro.

5. COMPITI DEL PERSONALE

Tutto il personale è tenuto a rispettare il Manuale della Qualità e Sicurezza del COro, a partecipare ai briefing settimanali e al briefing gestionale mensile, agli audit indetti su tematiche di competenza ed agli incontri attinenti le funzioni e gli obiettivi del Centro.

È inoltre tenuto alla formazione e aggiornamento continuo, partecipando agli eventi formativi obbligatori aziendali, a quelli attinenti alla propria professione e a quelli relativi alla mission del COro, oltre alla formazione e aggiornamento su tematiche inerenti la comunicazione, la relazione e l'umanizzazione dell'assistenza.

Il personale di nuova assegnazione viene inserito attivamente nell'operatività del COro dopo aver eseguito un periodo di affiancamento di due mesi ad un tutor il quale, al termine di tale fase di training formativo, verificato il raggiungimento della necessaria competenza teorico- pratica, ne attesta l'idoneità al Responsabile del Centro che lo inserisce a pieno regime nelle attività di competenza.


5.1 Personale infermieristico

Il **personale infermieristico** svolge funzioni di :

- Orientamento e informazione telefonica (reperibilità telefonica garantita per almeno 2 h al giorno).
- Informazioni all'utenza sui servizi erogati e sulle modalità di accesso e di prenotazione.
- Accoglienza e accettazione del paziente e del suo care giver
- Case-Manager

In qualità di **Case Manager** effettua:

- Pre-accettazione dei pazienti in prima visita con compilazione della Cartella COro


 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 7 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

- Valutazione preliminare sulla situazione del paziente (condizioni generali, nutrizione, problemi assistenziali, fragilità, bisogni, risorse, ecc.)
- Attivazione del Servizio di psico-oncologia
- Attivazione del Servizio Sociale, se necessario
- Gestione e controllo della documentazione necessaria alle visite e al completamento diagnostico, compresa la raccolta del consenso informato
- Rilascio esenzione ticket 048, provvisorio in caso di sospetta patologia oncologica, a 5 anni in caso di patologia accertata da esito di esame istologico
- Prenotazione di visite ed esami strumentali in liste criptate prioritarie, necessarie all'iter diagnostico terapeutico del paziente
- Consegna delle eventuali impegnative e fornisce informazioni sulle modalità di esecuzione delle prestazioni, sulle procedure, sui consensi e sui farmaci necessari per l'esecuzione di alcuni esami
- Informa il paziente in merito ai diritti e alle risorse attivabili nella situazione contingente e fissa un eventuale incontro con l'assistente sociale per le ulteriori indicazioni e i supporto necessari
- Gestione della documentazione cartacea ed informatica dei pazienti
- Alimentazione dei flussi informativi sulle piattaforme attive e aggiornamento dei FSE dei pazienti (su autorizzazione)
- Messa a disposizione dei questionari di valutazione del gradimento e della qualità del servizio offerto, garantendo la compilazione e raccolta in forma riservata e anonima
- Cura i contatti con gli altri COro per scambi efficaci finalizzati all'ottimizzazione dei percorsi diagnostici e a orientare i pazienti verso ambiti clinici più appropriati, anche in base a motivazioni organizzative e logistiche degli stessi
- Mantiene rapporti costanti con i case manager dei GPI per riscontri sugli interventi effettuati in merito alla compliance dei pazienti e all'adesione ai percorsi terapeutici
- Verifica il regolare prosieguo dei percorsi dei pazienti attraverso periodici contatti con gli stessi

5.2 Psico-oncologo

Lo **psico-oncologo** effettua attività di counselling per tutti i pazienti. Fornisce supporto per ridurre il carico emotivo al momento della presa in carico e durante il percorso diagnostico, migliorando la compliance e le capacità di tollerare il cambiamento, aiutando il soggetto e i suoi familiari a fronteggiare la diagnosi di cancro che rappresenta un momento doloroso di solitudine e rottura nei confronti della vita.

Fornisce il sostegno utile ad attenuare i disagi psichici nella fase pre-diagnostica e diagnostica ed orienta le modalità di consegna della diagnosi da parte del medico oncologo.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 8 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Facilita il processo di decision-making al momento della condivisione del programma per il prosieguo del percorso clinico.

Programma un secondo appuntamento di rivalutazione a fine percorso COro, ovvero l'eventuale presa in carico con incontri periodici in caso di particolari fragilità, secondo un piano psicoterapeutico di sostegno e cura, al fine di non interrompere forzatamente l'alleanza terapeutica instaurata ed evitare conseguenti vissuti abbandonici.

Contatta gli utenti a distanza di 90 giorni dall'ultimo contatto, per conoscere le evoluzioni del caso e cercare di recuperare eventuali demotivazioni alla cura o la defezione dai percorsi terapeutici.

Per attuare le finalità assegnate, può organizzare percorsi di psicoterapia familiare e di gruppo, attivare gruppi di auto- mutuo aiuto, laboratori espressivi, training autogeno, attività artistiche e psico-sociali, anche in collaborazione con il Servizio Sociale e i volontari dell'OdV di riferimento, elabora progettualità in base ai bisogni dell'utenza e del servizio.

Sensibilizza e supervisiona l'equipe in merito alle problematiche comunicativo-relazionali con i pazienti e tra il personale.

5.3 Medico Oncologo

Il medico oncologo visita il paziente, ne valuta la documentazione sanitaria in possesso, definisce e concorda con lui il piano diagnostico, procede alla presa in carico/accettazione del percorso (*modello di presa in carico e accettazione COro*, a firma congiunta, all.to 2),.


Redige la Sintesi Oncologica preliminare e l'informativa per il MMG, prescrive gli approfondimenti da espletare, secondo i PDTA e le linee guida internazionali d'intesa con i GPI.

Compila la sezione di competenza della Cartella Coro e alimenta i flussi informativi sulla piattaforma dedicata, aggiorna i fascicoli sanitari elettronici dei pazienti (se attivi e con autorizzazione).

Effettua la visita di completamento con la valutazione dell'iter diagnostico compiuto condivisa con l'equipe.

Comunica le conclusioni diagnostiche (seguendo le indicazioni dello psico-oncologo) e spiega la/le proposta/e terapeutica/che al paziente, concerta e condivide con lo stesso il prosieguo clinico-terapeutico, indirizzandolo, a seconda del caso e sulla base di quanto previsto dai PDTA, ai Gruppi Multidisciplinari oncologici aziendali o extra-aziendali, ovvero ad altra branca specialistica, oppure, a seconda delle necessità, all'UVM distrettuale (per l'attivazione dell'ADI, ADO, per l'inserimento in struttura protetta, ecc.), al Servizio di Riabilitazione, alle Rete delle cure palliative, o, se il sospetto di patologia oncologica non viene confermato, rinvia il caso al MMG e/o allo specialista di competenza.

Redige la Sintesi Oncologica Conclusiva (rilasciata in copia al paziente e al suo MMG), nella quale riassume l'esito del percorso diagnostico.

	PDTA	Pagina 9 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Partecipa ai briefing settimanali e al briefing gestionale mensile del COro.

Interviene ai meeting multidisciplinari dei GPI aziendali attivi per la presentazione dei casi clinicamente eleggibili.

5.4 Assistente Sociale

L'assistente sociale, sulla scorta della "scheda di fragilità" compilata dall'infermiere e in funzione della fragilità sociale rilevata, interviene per il superamento delle problematiche evidenziate, garantendo l'integrazione con le risorse e con i Servizi territoriali competenti per l'attivazione degli interventi del caso.

Si occupa di problematiche attinenti in genere a: assenza di un contesto di appartenenza congruo, disagi economici, problematiche abitative, familiari, lavorative, sociali, culturali, personali (difficoltà comunicative o linguistiche, caratteriali, di appartenenza culturale, disabilità, limitazioni funzionali, fragilità psicologiche, patologie psichiatriche, incapacità di agire temporanea o permanente, dipendenze patologiche, appartenenza a minoranze etniche o religiose, vittime di maltrattamenti, di violenza psicologica, di tratta, bullismo, forme di oppressione e di discriminazioni di genere, ecc.).

6. FIGURE INTEGRATE NELL'EQUIPE

6.1 Medico di Medicina Generale (MMG)


Il MMG viene coinvolto nel percorso dal primo momento, sia attraverso contatti diretti con l'Oncologo e/o con il Case Manager, sia attraverso comunicazioni scritte nelle fasi di presa in carico e di conclusione del percorso COro.

Svolge l'importante funzione di implementare la fiducia e la *compliance* del pz al percorso diagnostico, per correggerne i possibili scostamenti e defaillance.

Partecipa al briefing per la valutazione multidisciplinare, ovvero ne prende visione per la condivisione e la proposta di integrazioni o modifiche.

6.2 Specialista di Branca

Nel caso si renda necessario l'approfondimento diagnostico di tipo specialistico per escludere patologie di base del paziente che potrebbero modificare il quesito diagnostico posto o il trattamento, oppure per determinate problematiche che devono essere valutate e risolte contestualmente, l'equipe si avvale dell'apporto di altre figure o centri specialistici che integrano la valutazione multidisciplinare finale dei pazienti (es.: geriatra, per pazienti di età superiore ai 65 anni, genetista, per pazienti con alto rischio oncogenetico, nutrizionista, per pazienti con problemi

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 10 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

annessi all'alimentazione, palliativista, per le cure simultanee o per la terapia del dolore, psichiatra, reumatologo, cardiologo, ginecologo, centro per la fertilità, ecc.).

6.3 Associazione di Volontariato

L'associazione di volontariato di riferimento collabora, con uno o più referenti, in termini di accoglienza e ascolto, sensibilizza e informa gli utenti e le famiglie sulle attività e iniziative del Centro e della ROP.

Coadiuvava l'equipe per l'incremento della qualità del servizio e nell'implementazione delle azioni di miglioramento.


Promuove attività e propone iniziative tese a rispondere adeguatamente alle esigenze di umanizzazione delle prestazioni del Centro.

Un volontario referente partecipa al **briefing gestionale mensile** (ultimo mercoledì del mese) costituendo parte integrante dell'equipe gestionale del COro.

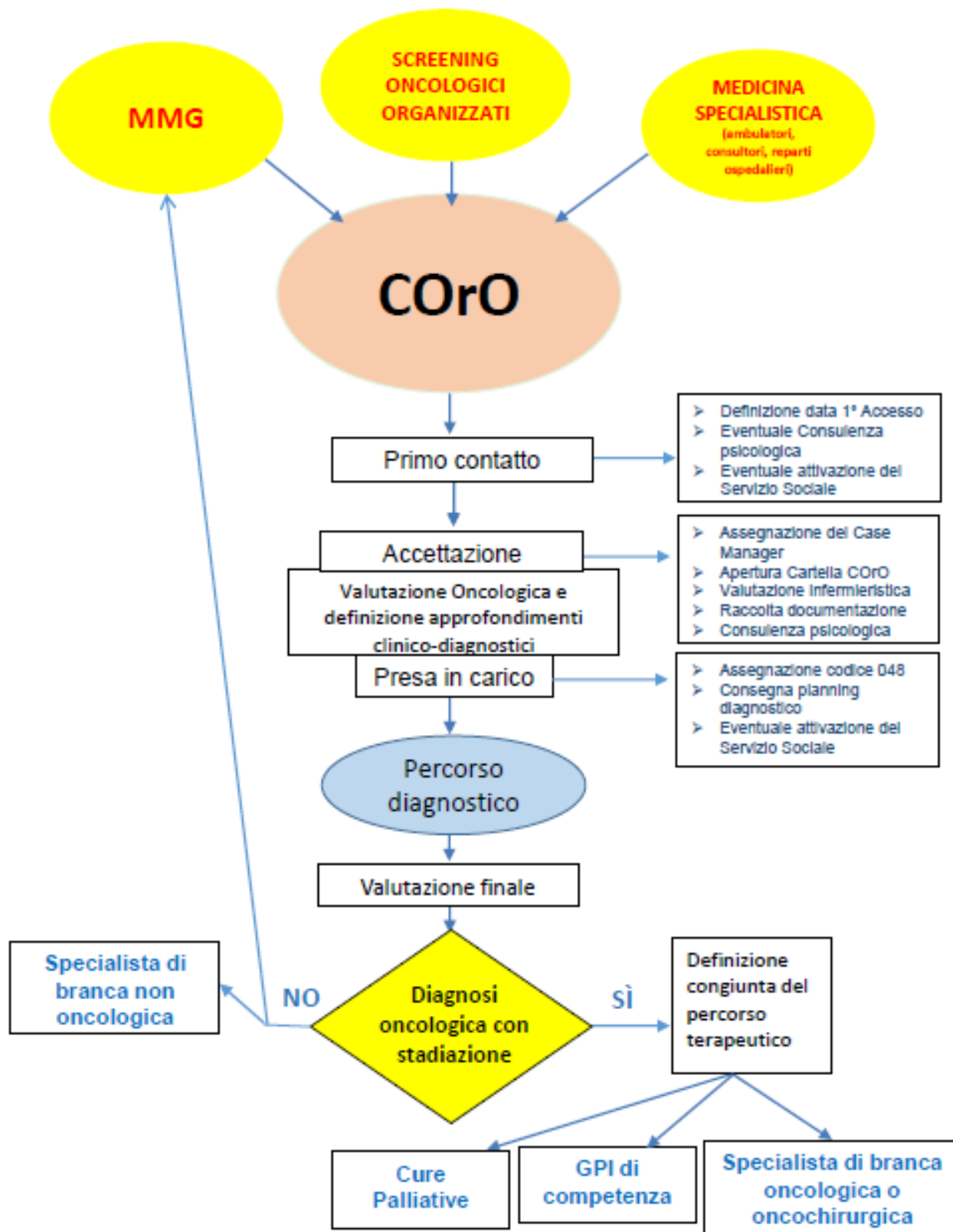
6.4 Paziente esperto


Il paziente esperto, partecipa al briefing gestionale mensile, fornisce liberamente, o su richiesta, indicazioni, suggerimenti e valutazioni sull'operato e sull'organizzazione del Centro.

È un portavoce qualificato dei bisogni dei pazienti, per linguaggio/cultura medico-sanitaria e per preparazione esperienziale diretta, rappresentando un punto di vista "decentrato", limitando l'autoreferenzialità del sistema e determinando l'ottimizzazione di interventi e programmi.

 <p>ASL Bari PugliaSalute</p>	PDTA	Pagina 11 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO REGOLAMENTO OPERATIVO	Revisione 0
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari</p>		

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



	PDTA	Pagina 12 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

8. PROCEDURE E ATTIVITÀ

A. Primo contatto

Sia in caso di contatto telefonico che di accesso diretto, l'operatore addetto all'accoglienza (in genere un infermiere coadiuvato da un volontario) fornisce al paziente tutte le informazioni del caso e, valutata l'eleggibilità, fissa il giorno della presa in carico e contestuale prima visita oncologica, in base alle disponibilità del paziente e alla prima data utile in agenda (in genere entro 3 giorni lavorativi).

Nel caso la persona sia sprovvista di richiesta medica vengono fornite indicazioni in merito alla corretta prescrizione necessaria.

In considerazione della situazione e delle condizioni psichiche ed emotive del paziente, viene effettuato un primo colloquio di accoglienza e counselling da parte dello psico-oncologo.

B. Primo accesso/accettazione

Il giorno del primo accesso, al paziente viene assegnato il Case Manager il quale raccoglie i dati, apre la cartella COro (all.to 1), prende in consegna copia della documentazione in possesso e la registra, effettua la valutazione preliminare, attiva, se del caso, l'Assistente Sociale, e accompagna il paziente dallo psico-oncologo per la consulenza psicologica che in genere precede la prima visita oncologica.

C. Prima consulenza psicologica

Lo psico-oncologo, dopo la valutazione del Case Manager, effettua un colloquio di conoscenza per valutare lo stato emotivo e i bisogni psicologici del paziente, del suo care giver e del suo contesto familiare.

Ha l'obiettivo di aiutare l'utente a contenere il distress psicologico, promuovendo l'elaborazione cognitiva e affettiva della malattia, favorendo modalità di coping attivo.


Caso per caso, suggerisce al medico oncologo le indicazioni per la consegna della diagnosi o delle notizie negative al paziente e ai suoi familiari.

D. Consulenza di Servizio Sociale

Sono segnalate all'assistente sociale pazienti per cui si siano evidenziate problematiche che impediscono o rendono difficoltoso il prosieguo del percorso diagnostico e/o che sono impattanti sulla qualità di vita e sul benessere della persona e del suo contesto familiare.

L'assistente sociale raccoglie i dati e le notizie utili ad una preliminare valutazione della situazione e attua i primi interventi d'urgenza per il superamento delle difficoltà emerse, soprattutto qualora si rilevi un rischio possibile o imminente o il proseguimento/aumento di un danno.

A seconda del caso si interfaccia con i parenti tenuti all'assistenza per attivare le risorse familiari esistenti, con il MMG, con il contesto di prossimità, con la comunità locale, con il privato sociale, con ogni possibile risorsa anche religiosa del luogo. Reperisce le risorse esistenti per creare una valida rete di aiuto e supporto per il caso e, se opportuno, lo segnala ai Servizi

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 13 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

socio-sanitari (Servizi Distrettuali, Consultorio, CSM, SerD), ai Servizi Sociali (Enti locali, centri sociali, centri anti violenza, patronati, ecc.) ed eventualmente all'autorità giudiziaria di competenza e/o alle forze dell'ordine.

E. Prima visita oncologica

Il medico oncologo visita il paziente e prescrive gli esami/visite specialistiche per gli approfondimenti necessari.

Compila la parte di competenza della Cartella COro, decide con il paziente ed il Case Manager i vari step del percorso diagnostico più appropriato, ovvero invia il caso al Gruppo Multidisciplinare di competenza, in caso non vi sia necessita di ulteriori approfondimenti stadiativi.

Redige la lettera informativa per il MMG e compila il *modello di presa in carico/accettazione* (all.to n. 3) a firma congiunta con il Case Manager e il paziente.

F. Presa in carico

Il Case Manager assegna il codice di esenzione per patologia attraverso il sistema operativo aziendale Edotto.

Predisporre il calendario degli approfondimenti prescritti e definisce di conseguenza la data di valutazione oncologica conclusiva.

Consegna al paziente il planning diagnostico definito, fornendo tutte le informazioni sulle modalità di espletamento delle visite ed esami previsti.

G. Visita di completamento e valutazione multidisciplinare

Al termine del percorso diagnostico, all'esito delle valutazioni ed approfondimenti effettuati viene effettuata la valutazione multidisciplinare d'equipe.


L'oncologo valuta i possibili approcci terapeutici appropriati in base ai dati clinici, alle evidenze scientifiche, alle linee guida internazionale ed alle condizioni cliniche e globali del paziente, considerando le peculiarità personali, familiari, sociali (es. disabilità, fragilità, disagi esistenziali, difficoltà di accesso e linguistico-comunicative, orientamenti religiosi e culturali, problemi logistici concreti).

Effettua la visita oncologica di fine staging durante la quale comunica la diagnosi al paziente seguendo le indicazioni eventualmente fornite dallo psico-oncologo, riconsidera e decide insieme al lui e al suo care giver il percorso diagnostico-assistenziale più appropriato per il prosieguo delle cure.

H. Conclusione del percorso diagnostico COro

Il medico fornisce copia al paziente delle conclusioni diagnostiche/valutazione multidisciplinare, alla cui definizione partecipa attivamente lo stesso paziente, il suo care giver, ed il MMG.

In questa fase è prevista una seconda consulenza psico-oncologica per eventuale supporto e per facilitare il processo di decision-making al momento della condivisione del programma per il prosieguo del percorso clinico.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 14 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

L'oncologo COro prende quindi contatti e si coordina con il professionista/centro clinico/TMD di riferimento prescelto per concordare l'accesso diretto del paziente e l'avvio del programma terapeutico ipotizzato.

Insieme al Case Manager (ed eventualmente allo psico-oncologo e/o all'assistente sociale, o altro specialista, se la situazione lo richiede), interviene nei meeting dei Gruppi Multidisciplinari oncologici attivi nel Presidio, per la presentazione dei casi e per la condivisione delle conclusioni diagnostiche.

I. Verifica dell'adesione ai programmi terapeutici e PDTA

Il Case Manager programma con il paziente e con lo psico-oncologo contatti trimestrali finalizzati a conoscere l'evoluzione del percorso terapeutico assistenziale successivo e ad attivare eventuali interventi in caso di defezioni o scarsa aderenza al programma intrapreso (colloquio con il care giver o altri familiari o conoscenti, contatto con il MMG, raccordo con il Case Manager o con lo psico-oncologo del GPI di riferimento, attivazione del Servizio Sociale e dei volontari per altre forme di risorse e aiuto).

9. ALTO RISCHIO ONCOGENETICO

Gli approfondimenti oncogenetici sono richiesti dall'oncologo del COro, per il paziente che viene valutato ad alto rischio per i tumori eredo-familiari (3 casi in famiglia) o per quadro significativo di mutazione genetica, in considerazione dell'istotipo e dell'età di insorgenza (≤ 40 anni).


In tali circostanze il paziente viene inviato in consulenza, tramite contatto diretto e definizione di appuntamento, all'U.O.C di Genetica Medica del P.O. Di Venere, ovvero al Servizio di Biologia Molecolare Oncologica degli Ospedali Riuniti di Foggia, per gli approfondimenti del caso.

10. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Le performance vengono misurate attraverso indicatori specifici, fissati annualmente entro la fine del mese di gennaio di ogni anno, riportati nel Piano delle attività del COro e nel Programma di miglioramento, e redatti e condivisi dall'Equipe del COro, tra questi:

- 1) indicatori di attività:
 - a) nr pz accettati/nr diagnosi oncologiche
 - b) nr esenzioni ticket/nr diagnosi oncologiche
 - c) nr questionari di qualità/nr pz
 - d) tempo intercorso tra primo contatto e presa in carico dei pz
- 2) nr eventi sentinella
- 3) nr non conformità/segnalazioni

Nel corso delle valutazioni periodiche gli indicatori e le azioni di miglioramento stabilite a inizio anno nel Piano Attività, possono essere ridefinite o integrate con nuovi indicatori specifici.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 15 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

L'analisi e la verifica degli indicatori, realizzata trimestralmente dal RQ in collaborazione con il Data-Manager del Centro (vedi regolamento interno), viene riesaminata in sede di riunione d'equipe e resa accessibile a tutti i componenti tramite pubblicazione nella Cartella Condivisa COro, attiva su ogni postazione pc del Centro, su cui vengono caricati anche il Manuale della Qualità e Sicurezza e il Programma Annuale Attività del Centro.

11. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADO	Assistenza Domiciliare Oncologica
AReSS	Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale
CM	Case Manager
COro	Centro Orientamento Oncologico
DataM	Data Manager
DiOnc	Dipartimenti Integrati Oncologici
GPI	Gruppi multidisciplinari oncologici
MMG	Medico di Medicina Generale
OdV	Organizzazione di Volontariato
PAA	Piano Annuale delle Attività
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
P.O.	Presidio Ospedaliero
ROP	Rete Oncologica Pugliese
RQS	Responsabile Qualità e Sicurezza
U.O.C	Unita Operativa Complessa
UOSVD	Unita Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale
UVM	Unita di Valutazione Multidisciplinare

12. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

REP N 144/CSR del 30 Ottobre 2014: Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano


“Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro –anni 2014-2016”

D.G.R. 221/2017

“Approvazione Modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento accordo Stato-Regioni concernente il documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burner del cancro-anni 2014-2016”.

D.G.R n. 192 del 20/02/2018

“Rete Oncologica (R.O.P)- Presa d’atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali. Dei componenti della Consulta Oncologica Regionale. Dei Componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell’Unità di Coordinamento”.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 16 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Deliberazione del Direttore Generale ARESS Puglia n.230/2019 del 09/07/19

“Preso d’atto del regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico(Coro) della Rete Oncologica Pugliese(R.O.P) e loro istituzione”

Deliberazione del Direttore Generale Asl Bari n 2014 del 22 ottobre 2019

“Attuazione DGR n 221/2017 “ Rete Oncologica Pugliese (ROP)- approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato-Regioni concernente il documento tecnico di indirizzo per ridurre il curden del cancro- anni 2014/2016” . Presa d’atto della istituzione del Centro Di Orientamento Oncologico (COro) presso il PO San Paolo ed approvazione del Regolamento Aziendale del COro ASL Bari”

Deliberazione del Direttore Generale ARESS N 137/2020

“Revisione identificazione Centri Di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e relativo regolamento”

Deliberazione della Giunta Regionale N. 1103 Del 16/07/2020 del Registro delle Deliberazioni

“Preso d’atto delle deliberazione del Direttore Generale dell’ARESS relativa all’individuazione dei Centri Hub E Spoke Chirurgici (ROP) e degli indicatori – revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l’Alto Comitato per la Ricerca Oncologica”

Deliberazione del Direttore Generale ASL BARI N 1661 del 28 settembre 2021


“Rete Oncologica- Recepimento dgr 854 del 22/05/2018 della Regione Puglia e approvazione del regolamento aziendale per il funzionamento della Breast Unit ASL Bari- Po San Paolo”

Deliberazione del Direttore Generale (ARESS) N 18 /2021 del 28/01/2021

“ Rete Oncologica Pugliese (ROP) . Presa d’atto della nomina dei componenti dei gruppi di patologia interdisciplinari per PDTA cr epato-bilio-pancreatico, cr esofago-stomaco, cr melanoma –tumori cutanei, cr rene-vescica e cr tiroide


13. ALLEGATI DEL MANUALE DELLE PROCEDURE

- 1) Data base COro
- 2) Modello di presa in carico e accettazione percorso COro
- 3) Modulo per comunicazioni al MMG
- 4) Scheda segnalazione alla rete Cure Palliative

 <p>ASL Bari PugliaSalute</p>	PDTA	Pagina 17 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO REGOLAMENTO OPERATIVO	Revisione 0
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari</p>		

Allegato 1 del Manuale delle Procedure

DATA BASE COFO			
GENERE	FASE DIAGNOSTICA	N. GIORNI PRIMO CONTATTO / PRIMA VISITA	TIPOLOGIA TUMORE (accertato o sospetto)
Donna	Sospetto Ca	Da 1 a 3	Mammella
Uomo	Ca certo in definizione	Da 4 a 6	Utero/endometrio cervice
Q+	Recidiva	Da 7 a 10	Ovario
FASCIA D'ETA'	NAZIONALITA'	CONDIZIONE PSICOLOGICA REATTIVA	PROSTATA
18-38	Italiana	Depressione reattiva	Retto/ano
39-59	Georgiana	Sindrome ansioso-depressiva	Intestino tenue
60-80	Albanese	DPTS	Fegato
Over 80	Altre	Altro	Pancreas
	MODALITA' D'ACCESSO	EVENTUALE DIAGNOSI PSICHIATRICA	Stomaco/giunzione esofago-gastrica
	Medico di base	Neurosi: Depressione, Ansia, Altre	Tiroide
	Specialista	Psicosi: Schizofrenia, Dist. Paranoideo, Altre	Linfoma
	Gruppo interdisciplinare	PROBLEMATICHE SOCIALI	Melanoma/carcinoma basocellulare
	Screening	Disagio economico	Tumore cerebrale
	Numero verde	Assenza di caregiver	Polmone
		Problematiche personali	Testicolo
		Problematiche familiari	Colon
		Problematiche abitative	Rene
		Difficoltà comunicative	Testa /collo
		Difficoltà negli spostamenti	Esofago
		Nessuna	Lesioni ossee

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 18 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Allegato 2 del Manuale delle Procedure



Centro di Orientamento Oncologico
 Presidio Ospedaliero San Paolo - ASL B A R I – Via Caposcardicchio, sn
 Tel.: 080 5843551 – e.mail: coro@asl.bari.it
 Dirigente Responsabile: Dott. Francesco GIULIANI

Presa in carico e accettazione del percorso COrO

Al fine di compiere un adeguato percorso diagnostico e formulare, a conclusione, la proposta di iter terapeutico più indicato, in data odierna, è stata effettuata la presa in carico da parte del COrO – P.O. San Paolo - ASL Bari del__ sig. __ per _1_ quale si pone

- il seguente quesito diagnostico
- la seguente diagnosi con necessità di stadiazione:

Firma del Case Manager

Timbro e firma del medico

Io sottoscritt _____

Nat_ il _____ a _____

Indirizzo di residenza _____


Telefono _____ e-mail _____

Dichiaro di

accettare rifiutare la presa in carico da parte del COrO per la gestione del percorso clinico-diagnostico che mi è stato prospettato in data odierna e di cui ho compreso modalità e finalità.

Data _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 19 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO REGOLAMENTO OPERATIVO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari		

Allegato 3 del Manuale delle Procedure



Centro di Orientamento Oncologico
 Presidio Ospedaliero San Paolo - ASL B A R I – Via Caposcardicchio, sn
 Tel: 080 5843551 – e.mail: coro@asl.bari.it
 Dirigente Responsabile: Dott. Francesco GIULIANI

Al Dr _____

Gent.mo collega,

con la presente si comunica che il suo assistito sig./ra _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via/piazza _____

è stato preso in carico dal Ns. Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O) per effettuare gli esami e gli approfondimenti clinici del caso (vedasi allegato)

ha effettuato gli esami e gli approfondimenti clinici del caso e si è pervenuti alle conclusioni diagnostiche ed indicazioni terapeutiche di cui all'allegato

Si prega di voler riscontrare il programma ipotizzato per opportuna condivisione, ovvero di inviare eventuali osservazioni o proposte integrative, all'indirizzo e-mail sottoindicato


Per ogni eventuale comunicazione si riportano di seguito recapito telefonico ed indirizzo e-mail:

- 080 5843551 (dal lunedì al venerdì dalle ore 11:00 alle ore 13:00);
- coro@asl.bari.it.

Data ____/____/____

Firma e timbro del Dirigente Medico



 <p>ASL Bari PugliaSalute</p>	PDTA	Pagina 20 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO REGOLAMENTO OPERATIVO	Revisione 0
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari</p>		

Allegato 4 del Manuale delle Procedure



Centro di Orientamento Oncologico
 Presidio Ospedaliero San Paolo - ASL B A R I - Via Caposcardicchio, sn
 Tel: 080 5843551 - e.mail: coro@asl.bari.it
 Dirigente Responsabile: Dott. Francesco GIULIANI

RICHIESTA ACCESSO ALLA RETE CURE PALLIATIVE

Al Responsabile Rete Cure Palliative ASL

Per il/la paziente sig.

Data e luogo di nascita Nazionalità

Indirizzo di residenza

telefono: email

Familiare di riferimento: tel

Distretto/asl di appartenenza: MMG: tel

Provenienza: ospedale U.O. domicilio ADI si ADI no altro

Consapevolezza di malattia si vaga no

Si richiede Consulenza Palliativista per :

- Cure simultanee
- Controllo sintomatologia
- Attivazione Assistenza Domiciliare Oncologica
- Ricovero in Hospice

CRITERI GENERALI DI ELEGGIBILITA'


- presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico)
 - Patologia primitiva
 - Metastasi: no si epatiche polmonari encefaliche altro
 - Trattamenti effettuati o in corso:**
 - Chirurgia: Data intervento: Sede:
 - Chemioterapia: Data inizio: Data fine:
 - Terapia immunologica: Data inizio: Data fine:
 - Radioterapia: Data inizio: Data fine:
- assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (criterio terapeutico)
- sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico) inserimento in Cure di Supporto
- riduzione delle performance con indice di Karnofsky ≤ 50 (criterio funzionale)

K 100%	Paziente in salute senza segni né sintomi
K 90%	Paziente con segni minori
K 80%	Paziente che svolge attività normale con fatica
K 70%	Paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso
K 60%	Paziente incapace di lavorare, richiede assistenza occasionale
K 50%	Paziente che richiede frequenti cure mediche e spesso assistenza
K 40%	Paziente inabile, richiede cure continue almeno per più del 50% del giorno
K 30%	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o supporto domiciliare intenso
K 20%	Paziente sempre ricoverato; necessità di supporto
K 10%	Paziente moribondo

DATA

FIRMA



	PDTA	Pagina 21 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Centro di Orientamento Oncologico - P.O. SAN PAOLO

II. MANUALE QUALITÀ E SICUREZZA

1. POLITICA DELLA QUALITÀ

L'equipe del COro del Presidio Ospedaliero "San Paolo" di Bari è responsabilmente e concretamente impegnata a garantire una politica della qualità che prevede di:

- porre il paziente al centro dell'attenzione secondo un approccio olistico, supportandolo e seguendo procedure atte a limitarne il disagio psichico, anche del suo contesto familiare, sia nella fase diagnostica che nella consegna della diagnosi, aiutandolo a tollerare il cambiamento, a ridurre il carico emotivo e ad aumentare la sua compliance;
- garantire appropriatezza, efficienza ed efficacia delle prestazioni fornite;
- migliorare l'umanizzazione del servizio in tutti i suoi aspetti;
- assicurare il rispetto di quanto definito nella Carta dei Servizi della ASL Bari;
- garantire tecnologie e professionalità competenti, appropriate e costantemente aggiornate, in un contesto di benessere lavorativo sostenuto da attività multidisciplinari integrate;
- rispettare la legislazione vigente rispetto alle attività svolte e osservare procedure e linee guida aggiornate;
- definire, verificare e migliorare costantemente i propri standard di risultato e di qualità;
- prevenire criticità ed intervenire celermente nel caso si manifestino, definendo procedure finalizzate a prevenirle.

È integrata da almeno un **rappresentante dell'associazione di volontariato di riferimento** (al momento dall'OdV "Energia Donna") e da un **paziente esperto**.


La Politica per la Qualità è attuata quotidianamente da tutto il personale, sotto la costante supervisione dei suoi organi gestionali, **Dirigente Responsabile** e **Responsabile della Qualità (RQS)**, secondo il **Sistema di Gestione Qualità e Sicurezza (SGQS)** del COro, e viene periodicamente esaminata, confermata e/o aggiornata.

È un impegno che deve coinvolgere responsabilmente tutta l'equipe, aumentando la competenza e la consapevolezza di ogni membro, al fine di garantire un servizio orientato al miglioramento continuo delle performances del COro.

2. SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA

Il Sistema di Gestione Qualità e Sicurezza del Centro viene perseguito attraverso i seguenti strumenti:

Il Briefing: Si svolge con cadenza settimanale, tutti i mercoledì dalle 13,00 alle 14,00. È uno strumento che consente la condivisione dei piani individuali, lo scambio interattivo tra i membri dell'equipe, l'analisi e il riadattamento delle modalità operative della comunicazione e delle

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 22 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

interrelazioni del gruppo. Permette di verificare e migliorare gli esiti e di aumentare il livello di soddisfazione del personale e dei pazienti.

Per l'analisi e la verifica delle attività organizzativo-gestionali, per l'implementazione e valutazione del Piano Annuale delle Attività e del Piano di Miglioramento, viene effettuato un briefing mensile con la partecipazione attiva del rappresentante dell'OdV di riferimento ed il paziente esperto.

Il "**Ciclo di Deming**" (Plan, Do, Check e Act): è la modalità di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali si potrebbero verificare disservizi all'interno del COro (errori, ritardi, incomprensioni tra operatori e tra operatori e utenti).

L'**audit** : è un'attività finalizzata alla revisione, valutazione e analisi dei casi, con l'obiettivo di migliorare i processi e gli esiti del percorso di cura, sulla base di un confronto effettuato rispetto a standard precisi, espliciti e concordati (vedasi all.to 1).

La **Gestione delle Non-Conformità** (vedasi all.to 2)

La **Customer satisfaction**: (vedasi paragrafo 2.2)

Il **Piano di Miglioramento Annuale (PMA)**(vedasi paragrafo 2.1)

2.1 Piano di Miglioramento Annuale (PMA)

Il Piano di Miglioramento Annuale è inserito all'interno del Programma Annuale Attività del COro e prevede specifiche azioni di miglioramento dei processi, delle attività, della gestione del rischio, della qualità, dell'efficacia del sistema, oltre che la definizione di procedure, l'aggiornamento del regolamento, l'individuazione del fabbisogno di nuove risorse e i volumi e i costi delle attività.

L'analisi effettuata sul raggiungimento degli obiettivi di qualità e sui report delle prestazioni e degli indicatori di attività, nonché la verifica dei protocolli adottati, sulle non conformità, sulle schede di incident reporting, sulle segnalazioni dell'utenza e sul grado di soddisfazione dei pazienti e degli operatori, consente di definire Il Piano di Miglioramento Annuale (PMA).


Vengono stabiliti tempi, risorse e mezzi per la realizzazione di ciascuna azione ed i rispettivi referenti.

L'efficacia del PMA e la sua implementazione vengono valutate mensilmente dall'equipe del COro.

2.2 Indagini sulla Qualità percepita dagli utenti

Il COro effettua monitoraggi continui per la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei loro familiari.

Viene messa a disposizione, nell'area di accesso al Centro, un'apposita scheda di valutazione dei servizi che deve essere inserita in un apposito box sito nelle immediate vicinanze, in modo da garantire riservatezza, oltre all'anonimato della scheda. Viene inoltre somministrato all'utenza un questionario di valutazione a fine percorso per la valutazione complessiva dell'operatività del Centro (All.to 5).

	PDTA	Pagina 23 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

I dati rilevati ed elaborati dal RQS vengono condivisi semestralmente con il personale del COro, comunicati annualmente alla Direzione Medica di Presidio e pubblicati sul portale ASL.

Le organizzazioni di volontariato autorizzate, ovvero altre associazioni di tutela del cittadino, possono effettuare loro proprie indagini dirette per la rilevazione della qualità percepita dagli utenti.

I reclami e le segnalazioni inviate dai pazienti, pervenuti tramite URP o con altre modalità, relative ai disservizi, incomprensioni con il personale, ritardi, mancata assistenza, discriminazioni, difformità, ecc., prevedono, per il superamento della problematica e la pianificazione di azioni correttive, l'attivazione di audit interni oltre a conseguenti azioni correttive da attuare nell'immediato, se possibile, ovvero inserire in una programmazione a medio o a lungo termine (nel piano di miglioramento annuale).

2.3 Indagini sulla Qualità percepita dal personale

Il COro promuove la partecipazione di tutto il personale alle indagini per la rilevazione del clima lavorativo realizzate periodicamente a livello aziendale.

Inoltre effettua annualmente, attraverso il RQS, sue proprie indagini per conoscerne il benessere lavorativo e individuarne gli eventuali disagi oltre a cercare di prevenire o evidenziare fenomeni di discriminazione, stalking, mobbing, vessazioni, ecc.

2.3 Fascicolo Qualità e Sicurezza

Copia di tutte le segnalazioni e dei relativi audit, per il loro monitoraggio periodico (semestrale) e per la definizione dei relativi report e delle azioni di miglioramento, viene tenuta agli atti dal RQS nel **Fascicolo Qualità e Sicurezza**, istituito presso il COro ai fini della sicurezza dell'utenza e del personale.


Nel Fascicolo Qualità e Sicurezza vengono allegati:

- la documentazione inerente le non conformità verificatesi (incident reporting, segnalazioni, verbali e risultanze degli audit clinici);
- le indagini sulla qualità percepita dall'utenza e dal personale;
- la mappatura dei rischi, aggiornata annualmente dal Responsabile e verificata dal RQS, con la partecipazione del "paziente esperto" e approvata in sede di equipe multidisciplinare, oltre alle analisi, secondo il metodo del ciclo di Deming, della individuazione dei nodi critici e delle circostanze in cui potrebbero verificarsi disservizi.

2.4 Il Responsabile della Qualità e Sicurezza del COro (RQS)

Il RQS raccoglie le revisioni o integrazioni annuali delle mappe di rischio con le indicazioni delle possibili azioni correttive per la riduzione dei rischi evidenziati.

Ha il compito di implementare, seguire, verificare, monitorare lo stato dell'arte degli interventi inseriti nel Piano delle Attività e nel Piano di Miglioramento annuale del COro.

	PDTA	Pagina 24 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Cura l'aggiornamento del "Fascicolo Sicurezza e Qualità" in cui sono inserite le mappe dei rischi specifici del Centro, il registro e la documentazione inerente le non conformità verificatesi (incident reporting, segnalazioni, verbali e risultanze degli audit clinici), di cui redige il report annuale da sottoporre all'U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, ai fini della pianificazione annuale della riduzione dei rischi.

Le segnalazioni dei singoli "eventi" verificatisi vengono trasmesse dall'RQS nelle tempistiche previste all' UOC Medicina Forense, alla Gestione Rischio Clinico, al Sistema Qualità e Formazione Aziendale, il quale le rende disponibili a livello regionale e nazionale tramite piattaforma SIMES.

3. SICUREZZA E RISCHIO CLINICO

3.1 Prevenzione, sicurezza e igiene sul lavoro

In recepimento al Manuale Ministeriale "Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico"- (Dipartimento della qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III), presso il COro vengono implementate le buone pratiche e messe in atto iniziative finalizzate ad accrescere la **sicurezza dei pazienti**.

L'U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione della ASL Bari, attua periodiche valutazioni (a cadenza semestrale) delle attività di audit, FMECA, safety walk around con la finalità di evidenziare preventivamente gli eventuali rischi/esiti inattesi per i pazienti, durante le fasi assistenziali e le procedure diagnostiche.

La Asl Bari, in applicazione della normativa in tema di **prevenzione, sicurezza e igiene sul lavoro** (Dlgs 81/2008), ha istituito, all'interno dell'Azienda, il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPPA) e designato il suo relativo Responsabile.


Ha predisposto il Documento di Valutazione dei rischi (DVR), la Pianificazione delle Misure di Adeguamento impiantistico e strumentale (PMA), il Piano delle misure di Prevenzione (PMP), il piano di Emergenza (PDE) e il Piano delle competenze e delle Responsabilità (PCR), tutti oggetto di aggiornamento annuale.

Il monitoraggio dell'idoneità delle strutture del COro viene eseguito da parte del SPPA, che effettua rilievi annuali per l'aggiornamento della mappa dei rischi cui è esposto il personale. Sulla base di tali rilievi redige conseguenziali revisioni del DVR aziendale.

Il Direttore Generale (D.G.), con atto formale di delega ("Atto di Delega di Funzioni ai sensi dell'articolo del D.Lgs 81/2008", nr. prot 57348/2019), ha nominato Delegato per il P.O. San Paolo il Direttore Medico di Presidio (dr.ssa Angela Leaci)

3.2 Segnalazione degli eventi legati alla sicurezza delle cure erogate

Per quanto presso il COro non vengano erogate prestazioni terapeutiche e assistenziali, è bene rimarcare in questa sede che è responsabilità di tutti gli operatori segnalare attraverso la

	PDTA	Pagina 25 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Scheda di Incident Reporting (all.to 3) U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, anche in forma anonima, tutti gli Eventi Potenzialmente Dannosi e gli Eventi Dannosi, al fine di individuare e condividere appropriate azioni di miglioramento della sicurezza delle prestazioni erogate.

Gli eventi legati alla sicurezza delle cure erogate si distinguono in:

- Near miss: quasi eventi (Eventi Potenzialmente Dannosi);
- Incident: eventi non produttivi di danno per i pazienti (Eventi Potenzialmente Dannosi);
- Accident: eventi produttivi di danno per i pazienti (Eventi Dannosi);
- Eventi Sentinella: eventi dannosi di particolare gravità, secondo quanto definito nell'elenco degli eventi Sentinella del ministero della Salute.

A differenza degli *Eventi Potenzialmente Dannosi* e degli *Eventi Dannosi* (soggetti a segnalazione spontanea), gli *Eventi Sentinella* sono sottoposti ad obbligo di segnalazione da parte degli operatori coinvolti, ovvero degli operatori che ne siano venuti a conoscenza, secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute⁶.

Il referente aziendale per la gestione del rischio clinico (Clinical Risk Manager), o suo delegato, secondo quanto previsto dalla procedura ministeriale, ricevuta la segnalazione, entro 48 ore dal verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso, provvederà a compilare la scheda A ed inviarla al Ministero, anche per il tramite della Regione di appartenenza, attraverso il Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (SIMES).


L'evento sarà oggetto di Audit da parte dell'U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento. Il Clinical Risk Manager, o suo delegato, trasmetterà i risultati dell'analisi e le azioni correttive applicate, con la compilazione della scheda B e la trasmissione della medesima al Ministero, attraverso il SIMES, entro 45 giorni dalla segnalazione.

NB: *l'articolo 16 della legge 8 marzo 2017, n.24 al comma 1 recita: «I VERBALI E GLI ATTI CONSEGUENTI ALL'ATTIVITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NON POSSONO ESSERE ACQUISITI O UTILIZZATI NELL'AMBITO DI PROCEDIMENTI GIUDIZIARI».*

4. ALLEGATI DEL MANUALE DELLA QUALITÀ E SICUREZZA

- 1) L'audit
- 2) Scheda Incident reporting
- 3) Gestione delle non conformità
- 4) Scheda segnalazione Non Conformità
- 5) Questionario sulla soddisfazione degli utenti

⁶ NB: L'evento sentinella "Morte per suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale, inclusi anche i Servizi Territoriali di Salute Mentale." è sottoposto a obbligo di segnalazione secondo il Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 26 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

All.to 1 Manuale Qualità e Sicurezza del COro - P.O. San Paolo

L'AUDIT CLINICO

È un'attività governata dai professionisti sanitari e focalizzata su tematiche relative all'area clinica. È finalizzato alla revisione, valutazione e analisi dei casi clinici, con l'obiettivo di migliorare i processi e gli esiti, sulla base di un confronto rispetto a standard precisi, espliciti e concordati.

L'audit clinico viene distinto in:

Proattivo (effettuato in fase di programmazione e progettazione di un'attività, prima che si verifichi un evento indesiderato nell'ambito della medesima attività assistenziale);

Reattivo (viene effettuato in risposta ad un evento indesiderato che si è manifestato nell'ambito di un processo assistenziale, a posteriori rispetto alla manifestazione del rischio). Ha la finalità di analizzare e identificare la causa profonda - ACP- ANALISI DELLA CAUSA PROFONDA o causa radice - che lo ha generato, con lo scopo di apportare azioni correttive di miglioramento volte a ridurre e minimizzare il rischio che l'evento indesiderato possa ripetersi.

Il processo dell'audit clinico consiste in un ciclo della qualità che si articola in 4 fasi:

a) FASE 1 - Preparazione (pianificazione) dell'audit clinico


Una preparazione accurata è fondamentale per il successo dell'audit clinico in quanto determina la piena efficacia della fase operativa. Questa fase prevede:

1. la scelta del tema dell'audit clinico
2. la costituzione del gruppo di lavoro. In fase di preparazione dell'audit, una volta scelto il tema, deve essere costituito il gruppo di lavoro. Infatti la buona conduzione dell'audit e del relativo piano di miglioramento richiede un lavoro di squadra e diversi tipi di "giocatori" con esperienza in vari campi. Devono essere definiti i ruoli e la distribuzione dei compiti; la posizione di ciascuno può essere diversa dal ruolo professionale di solito ricoperto; devono essere evitate relazioni di tipo gerarchico.
3. la definizione dei criteri di comunicazione che devono essere applicati lungo tutto lo svolgimento del processo di audit.

b) FASE II — Attuare l'audit clinico —

Questa fase prevede:

1. la definizione degli obiettivi dell'audit
2. la valutazione dell'esistente
3. la selezione dei criteri, degli standard, degli indicatori
4. la raccolta dei dati
5. l'analisi e la valutazione
6. la condivisione dell'analisi dei risultati con i servizi coinvolti
7. la comunicazione dei risultati.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 27 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO REGOLAMENTO OPERATIVO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari		

RUOLI/RESPONSABILITÀ nell'analisi delle cause profonde ACP (Audit Reattivo)

RUOLI/ RESPONSABILITÀ	FACILITATORE	COORDINATORE/ LEADER	OPERATORI COINVOLTI NELL'EVENTO	ALTRO PERSONALE ED ESPERTI CON SPECIFICHE COMPETENZE SETTORIALI	DIREZIONE
CONOSCENZA DELLA METODOLOGIA ACP	Esperto in ACP	Conoscenza del metodo di base	Non necessario	Non necessario	Non necessario
CONOSCENZA DEL SETTORE SOTTOPOSTO AD ACP	Non necessario	Si	Si	Si	Non necessario
COINVOLGIMENTO DIRETTO NELL'EVENTO	No	Non necessario	Si	No	No
POTERE DECISIONALE	No	Parziale	No	No	Si
ADESIONE AI PRINCIPI DI CONFIDENZIALITÀ	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario

c) FASE III — Attuare le Azioni di Miglioramento-

In questa fase:

- viene definito il piano di azione sulla base degli ambiti di miglioramento e delle raccomandazioni individuate;
- vengono individuate le strategie per "accompagnare" e guidare il cambiamento.


d) FASE IV — Rivalutare i risultati

In questa fase, attuato il piano di azione, occorre procedere alla valutazione dell'efficacia dei miglioramenti apportati. Occorre individuare il metodo più appropriato per la valutazione, quale lo svolgimento di un secondo audit (re-audit), oppure una valutazione con l'utilizzo di indicatori. Inoltre è necessario assicurare che il cambiamento si inserisca in un processo di miglioramento continuo della qualità, pertanto esso va sostenuto e mantenuto nel tempo. Anche in questa fase è essenziale curare gli aspetti della comunicazione e della formazione per dare la massima visibilità ai cambiamenti avvenuti ed ai risultati raggiunti.

"SIGNIFICANT EVENT AUDIT"(SEA)

Il SEA è una forma di audit REATTIVO che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare.

Più formalmente può essere definito come un processo in cui singoli eventi o singoli casi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 28 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

Il SEA si caratterizza per due aspetti:

- Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, near miss, eventi avversi) è indirizzato alla individuazione di comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci e ad evidenziare, anche in momenti di grandi difficoltà, esempi di buone pratiche.
- Non è un metodo quantitativo, ma piuttosto un'attività di riflessione condivisa tra pari. Pertanto si diversifica dal tradizionale processo di audit clinico che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti. È un metodo di audit di tipo qualitativo.

Il SEA coinvolge un ristretto numero di persone che devono creare un clima di reciproco supporto, favorevole all'apprendimento.

Il metodo deve essere rigoroso e sistematico senza essere inquisitorio e punitivo e viene generalmente coordinato dall'operatore che presenta il caso.

Il SEA racchiude in un'unica attività diversi aspetti che svolgono un ruolo fondamentale nel miglioramento della qualità delle cure:

- Lavoro di gruppo: il SEA è un'"attività multi-professionale" che aiuta i professionisti a comprendere e sostenere il lavoro degli altri.
- Sicurezza dei pazienti: il SEA è un forum dove gli eventi, sia quelli positivi che negativi, possono essere discussi in un ambiente esente da colpa, ponendo l'accento sul miglioramento del sistema.
- Cultura della trasparenza: quanto appreso nel corso del SEA può essere condiviso sia all'interno del gruppo sia con gli altri professionisti, nel rispetto della confidenzialità.
- Sviluppo delle competenze: il SEA facilita l'apprendimento, individuale e del gruppo; potrebbe rappresentare, pertanto, una modalità di formazione continua.


Il SEA prevede una attenta e strutturata analisi dei fatti che hanno determinato il caso per dare risposta a 3 domande cruciali:

- a) In che modo le cose potevano andare diversamente?
- b) Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?
- c) Che cosa deve cambiare?"

Realizzazione del SEA: l'analisi della letteratura disponibile evidenzia diversi modelli di svolgimento di un SEA; solitamente prevede incontri regolari, mensili o quindicinali, tra un team di operatori, per discutere i casi significativi. In alternativa è possibile effettuare il SEA immediatamente dopo un evento significativo. Indipendentemente dall'approccio scelto, è importante che il SEA venga svolto, con metodo strutturato, da un gruppo costituito da tutti i professionisti interessati.

Il SEA si sviluppa attraverso alcune fasi fondamentali di seguito riportate.

- Fase 1— Scelta dell'evento significativo
- Fase 2 - Raccolta delle informazioni
- Fase 3 - Costituzione del gruppo e organizzazione degli incontri

	PDTA	Pagina 29 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	


- Fase 4 - Analisi dell'evento significativo
L'analisi di un evento significativo deve essere guidata rispondendo a quattro quesiti:
1) Cosa è successo? 2) Perché è successo? 3) Cosa abbiamo imparato? 4) Quali sono le azioni da intraprendere?
- Fase 5 - Attuare e monitorare i cambiamenti
- Fase 6- Documentare il SEA
- Fase 7- Condividere le conoscenze

Il SEA è un metodo qualitativo che si presta ad analizzare singoli eventi definiti significativi dal gruppo per imparare da essi e migliorare la qualità dell'assistenza principalmente nel contesto delle cure primarie. Si differenzia dall'audit clinico poiché non prevede una misura delle performance e si distingue da altri metodi di studio reattivi/retrospettivi quali il la Root Cause Analysis (RCA)⁷ e la Discussione dei casi clinici⁸.

È uno strumento comunemente utilizzato in campo sanitario ed in taluni casi scambiato per audit clinico- da questo si differenzia in quanto è informale, scarsamente approfondito e soggettivo e non stabilisce a priori obiettivi specifici di apprendimento e di cambiamento.

⁷ La RCA è una analisi retrospettiva di eventi avversi gravi condotta da un gruppo composto da persone formate che si avvale di una metodologia strutturata allo scopo di individuare le cause profonde di un evento.

⁸ La discussione di casi infatti è una discussione di gruppo, spesso uni-professionale, retrospettiva, di casi clinici di particolare interesse o complessità.

 <p>ASL Bari PugliaSalute</p>	PDTA	Pagina 30 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO REGOLAMENTO OPERATIVO	Revisione 0
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari</p>		

All.to 2 Manuale Qualità e Sicurezza del COO P.O. San Paolo


Scheda di segnalazione spontanea degli eventi

Data compilazione

Dati relativi a Struttura e Operatore	Struttura			Unità Operativa		
	Operatore che segnala l'evento (facoltativo)					
	Qualifica		<input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> Altre (specificare) _____			
			<input type="checkbox"/> infermiere			
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome paziente (facoltativo)					
	Anno nascita/età			n. ricovero (facoltativo)		
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ord.		<input type="checkbox"/> Prestazione Amb.		<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare	
	<input type="checkbox"/> Ricovero DH		<input type="checkbox"/> Intenuto chirurg.		<input type="checkbox"/> Altro	
PROCEDURA	RTARDO PROCEDURA	INESATTA/NON APPROPRIATA		MANGATA PROCEDURA		
Tipo di evento	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica		<input type="checkbox"/> inesatta identificazione paziente/lato		<input type="checkbox"/> procedura diagnostica	
	<input type="checkbox"/> procedura chirurgica		<input type="checkbox"/> inesatta procedura Chirurgica		<input type="checkbox"/> procedura chirurgica	
	<input type="checkbox"/> procedura terapeutica		<input type="checkbox"/> inesatta procedura Terapeutica		<input type="checkbox"/> procedura terapeutica	
	<input type="checkbox"/> somministrazione farmaco		<input type="checkbox"/> inesatta somministrazione farmaco		<input type="checkbox"/> somministrazione farmaco	
	<input type="checkbox"/> prestazione assistenziale		<input type="checkbox"/> inappropriata procedura Diagnostica		<input type="checkbox"/> prestazione assistenziale	
	<input type="checkbox"/> prestazione riabilitativa		<input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Chirurgica			
			<input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Riabilitativa			
			<input type="checkbox"/> inappropriata procedura terapia			
Altro	<input type="checkbox"/> Aggressione operatore		<input type="checkbox"/> Trasfusione emoderivati		<input type="checkbox"/> Lesioni da pressione (nuova insorgenza)	
	<input type="checkbox"/> Trasporto paziente		<input type="checkbox"/> Utilizzo impianti/attrezzature		<input type="checkbox"/> Condizioni ambientali pericolose	
	<input type="checkbox"/> Caduta accidentale		<input type="checkbox"/> Infezioni Correlate Assistenza		<input type="checkbox"/> Altro	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO - svolgimento dei fatti						
(Che cosa è successo? Dove? Quando? Come e perchè è accaduto?)						
Data _____ ora _____ Luogo (camera, bagno...) _____ <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Feriale						

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)						
Fattori legati al paziente	<input type="checkbox"/> Condizioni generali fragilità/infermità					
	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo					
	<input type="checkbox"/> Instabilità della marcia					
	<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali					
	<input type="checkbox"/> Utilizzo farmaci					
	<input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Contenzione					
Fattori legati al personale	<input type="checkbox"/> Difficoltà nell'eseguire istruzioni/procedure					
	<input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza					
	<input type="checkbox"/> Fatica/stress					
	<input type="checkbox"/> Inosservanza procedura/protocollo					
	<input type="checkbox"/> Inesatta lettura documento/etichetta					
	<input type="checkbox"/> Mancata supervisione					
	<input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchio					
Fattori legati al sistema	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente					
	<input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento					
	<input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto					
	<input type="checkbox"/> Elevato turn-over					
	<input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale					
<input type="checkbox"/> Difetto/assenza Procedura/protocollo						
<input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo						
<input type="checkbox"/> Inadeguata comunicazione						
<input type="checkbox"/> Mancata/inadeguatezza attrezzature						
<input type="checkbox"/> Mancata/inadeg. Manutenzione attrezz.						
<input type="checkbox"/> Mancata/inadeguatezza materiale						
<input type="checkbox"/> Altri fattori: (specificare) _____						
Fattori che possono aver ridotto l'esito						
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce			<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo			
<input type="checkbox"/> Osservanza dei protocolli/procedure			<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
<input type="checkbox"/> Casualità						
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni						
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> Medicazione		<input type="checkbox"/> Ricovero in T.I.
<input type="checkbox"/> Indagini radiologiche		<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica		<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico		<input type="checkbox"/> Altro
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no						
Come si poteva prevenire/evitare il ripetersi dell'evento						

Livello di gravità	<input type="checkbox"/> nessun danno		<input type="checkbox"/> medio danno		<input type="checkbox"/> morte	
	<input type="checkbox"/> lieve danno		<input type="checkbox"/> grave danno			

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 31 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

All.to 3 Manuale Qualità e Sicurezza del COro P.O. San Paolo

GESTIONE DELLE NON-CONFORMITÀ

ISTRUZIONI OPERATIVE

1. SCOPO

La presente procedura stabilisce le modalità, le prescrizioni e le responsabilità relative alla rilevazione delle Non Conformità (NC) nei processi principali, nei processi direzionali ed in quelli di supporto gestiti COro del P.O San Paolo.

La gestione delle NC è attuata per assicurare che ogni prodotto, processo o attività non conforme sia adeguatamente registrato, analizzato e risolto.

Viene considerata NC:

- uno scostamento riscontrato nelle caratteristiche del servizio, processo, materiali, rispetto ai requisiti e prescrizioni specificati nelle linee Guida, protocolli, PDTA (non conformità di servizio, processo, materiali);
- una carenza nelle procedure standard nella loro applicazione, oppure relativamente alla documentazione, tali da rendere inaccettabile o indeterminata la qualità del materiale, servizio o di una sua parte.

Tutto il personale del COro ha il dovere di segnalare e registrare le NC riscontrate su qualsiasi ambito della loro attività lavorativa.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica al Sistema di Gestione Qualità (SGQ) del COro

3. RIFERIMENTI

Norma UNI EN 150 9001:2008


4. RESPONSABILITA'

Il Coordinatore, tramite il RQ ha la responsabilità di tenere costantemente sotto controllo il livello di qualità dei processi e del servizio erogato, attraverso l'attivazione di un sistema di monitoraggio atto ad identificare e a correggere eventuali situazioni di NC, nonché ad individuare la necessità di miglioramento degli standard qualitativi e ad implementare i cambiamenti organizzativi e tecnico-professionali conseguenti.

Il RQS deve informare il Direttore e tutto il personale coinvolto nel processo di soluzione della Non Conformità rilevata, al fine di procedere ad un tempestivo e corretto trattamento della stessa, in modo da individuarne ed eliminare le cause mediante opportune Azioni Correttive.

Tutti i rapporti e la documentazione relativa alle conseguenti azioni intraprese, tra cui audit clinici, relazioni, azioni correttive, ecc. vengono inserite nel Fascicolo Sicurezza e Qualità.

Il RQS ne effettua il monitoraggio e ne tiene conto per la redazione del Piano di Miglioramento e ne tiene conto anche per trarne opportuni indicatori.

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 32 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

5. MODALITA' OPERATIVE

5.1 Identificazione e registrazione delle Non Conformità (NC).

Chiunque rilevi una NC è tenuto a registrarla sul "Modulo di registrazione Rapporto di NC" provvedendo alla sua descrizione.

Viene considerata NC:

- uno scostamento riscontrato nelle caratteristiche del servizio, processo, materiale, rispetto ai requisiti e prescrizioni specificati (non conformità di servizio, processo, materiale);
- una carenza nelle procedure standard nella loro applicazione, oppure relativamente alla documentazione, tali da rendere inaccettabile o indeterminata la qualità del servizio materiale, prodotto, od una sua parte.

Le principali tipologie di NC sono:


- a. **NC di servizio/prodotto:** Riguardano un servizio o prodotto acquistato o fornito e le loro caratteristiche.
 - Sono *NC di servizio*: tempi di attesa più elevati di quanto dichiarato, ritardo nell'esecuzione di una prestazione urgente, ecc..
 - Sono *NC di prodotto*: elementi acquisiti o prodotti non rispondenti ai requisiti. Nel caso di guasto della strumentazione, oltre ad essere richiesto l'intervento tecnico per il ripristino di funzionalità, deve essere registrata la NC sul modulo.
- b. **NC di processo:** Riguardano la mancata o scorretta applicazione di procedure o istruzioni operative.
- c. **NC del sistema qualità:** Per lo più, si riferiscono a NC documentali; possono essere: modulistica di difficile interpretazione, di non facile compilazione, mancata applicazione di Procedure Generali.
- d. **NC di Audit:** Riguardano NC rilevate dal RQS durante gli Audit clinici.
- e. **NC di Sicurezza/Privacy:** Riguardano NC verificatesi agli operatori o ai pazienti per omissione o violazione delle norme di sicurezza o della privacy.
- f. **NC da fornitori:** Le NC rilevate sui prodotti e servizi forniti, dopo loro registrazione a cura del personale addetto ai controlli dei materiali in ingresso.
- g. **NC da guasto:** Qualsiasi anomalia riscontrata che discosti lo strumento dalla sua corretta funzionalità.

5.2 Trattamento delle NC.

Chi individua e registra la NC su apposita modulistica è tenuto a prendere subito decisioni in merito al suo trattamento eventualmente consultandosi con il RQS e/o con il Responsabile del COro. Tale correzione è volta a rimuovere nell'immediato la NC riscontrata. Una volta segnalata la NC, il RQ con il Coordinatore/Responsabile di U.O. si attiva per il suo trattamento, se non ancora risolta, e costituisce un gruppo di lavoro per valutarne le cause, impatto, conseguenze e la necessità o meno di intraprendere un'Azione Correttiva (AC) e di verificare gli sviluppi della correzione nel tempo (vedasi descrizione seguente).

Gestione della non conformità da parte del Responsabile di U.O. e dal rGSQ:

- identificare e classificare la NC
- fare una prima valutazione e attivarsi per il possibile immediato trattamento della NC, se non risolta

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 33 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

- costituire un gruppo di lavoro per:
 - analizzarla e identificarne l'impatto
 - diagnosticare le cause e definire quella scatenante
 - determinare gli effetti immediati e a lungo termine
 - determinare la necessità di ricorrere a particolari azioni correttive
 - stabilire i criteri e priorità di risoluzione
 - determinare l'A.C.
 - determinare azioni preventive per evitare che il problema si verifichi nuovamente
 - implementare le Azioni Correttive e Preventive
- registrare tutte le azioni fatte
- effettuare un monitoraggio sui risultati raggiunti
- ripetere la procedura in caso di risultati non soddisfacenti

5.3 Azioni Correttive e Preventive.


Le AC sono intraprese a seguito della elaborazione di NC e presuppongono un'analisi delle cause che hanno generato le NC rilevate. Le azioni preventive sono intraprese per eliminare le cause potenziali di NC (audit proattivi, Ciclo di Deming - PDCA). Il trattamento delle NC si conclude con la risoluzione di quest'ultima. Il RQ, valuta l'importanza di ciascuna NC al momento del suo trattamento e decide se avviare la procedura di richiesta di azione correttiva.

5.4 Riesame delle NC.

Sistematicamente (almeno annualmente) il RQS riesamina l'andamento delle NC, valutando la loro incidenza, la distribuzione per tipologia e qualsiasi altro criterio utile per individuarne le probabili cause, e ne presenta il report all'equipe. Sulla base di questo riesame viene definita la necessità di avviare opportune AC per rimuovere le cause delle NC integrando il Piano di Miglioramento annuale del G.M.


6. INDICATORI

N° NC anno in corso / N° NC dell'anno precedente

 ASL Bari PugliaSalute	PDTA	Pagina 34 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO	Revisione 0
ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari	REGOLAMENTO OPERATIVO	

All.to 4 Manuale Qualità e Sicurezza del COro P.O. San Paolo

Presidio Ospedaliero "San Paolo"	
SCHEDA DI NON CONFORMITÀ	
N° _____/_____/_____	
Tipologia di non conformità	
Descrizione della NC:	
Firma	Firma Referente Gestione Qualità
Data	
Trattamento e Risoluzione della Non Conformità	
Modalità Risoluzione:	
Tempo previsto per la Risoluzione della NC:	Esito Risoluzione:
Nome della persona responsabile della Risoluzione della NC:	

 <p>ASL Bari PugliaSalute</p>	PDTA	Pagina 35 di 35
	CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO P.O. SAN PAOLO REGOLAMENTO OPERATIVO	Revisione 0
<p>ASL BARI Direzione Generale Direzione Sanitaria Aziendale P.O. San Paolo Bari</p>		

All.to 5 - Manuale Qualità e Sicurezza del COro P.O. San Paolo



SCHEDA DI VALUTAZIONE PERCORSO C.Or.O Data

Gentile signore/a,
 avendo Lei usufruito delle prestazioni del C.Or.O., Le chiediamo la cortesia di esprimere la Sua valutazione su alcuni aspetti dell'assistenza ricevuta, barrando la casella corrispondente al suo giudizio. Il questionario è anonimo (non deve inserire i suoi dati né firmarlo).
 Dopo la compilazione, La preghiamo di ripiegarlo e di riporlo negli appositi contenitori.
 Grazie

ASPETTI DA VALUTARE	Non so	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
Reperibilità telefonica, cortesia e adeguatezza delle informazioni ricevute al telefono	0	1	2	3	4	5
Adeguatezza degli orari di accesso	0	1	2	3	4	5
Tempi di attesa in sala d'aspetto	0	1	2	3	4	5
Comfort (ambienti, arredi, climatizzazione, pulizia)	0	1	2	3	4	5
Disponibilità di informazioni (tramite cartelli affissi, brochure, modulistica, sito web)	0	1	2	3	4	5
Gentilezza e cortesia del personale dell'ambulatorio in fase di accoglienza	0	1	2	3	4	5
Organizzazione generale del servizio	0	1	2	3	4	5
Gestione aspetti burocratici	0	1	2	3	4	5
Tutela della privacy	0	1	2	3	4	5
Tempi di attesa per completamento stadiazione	0	1	2	3	4	5
Qualità delle prestazioni ricevute	0	1	2	3	4	5
Professionalità degli operatori sanitari	0	1	2	3	4	5
Correttezza e disponibilità del personale	0	1	2	3	4	5
Comunicazione tra pazienti e operatori sanitari	0	1	2	3	4	5
Disponibilità, per il paziente e/o caregiver, delle informazioni sulle condizioni di salute	0	1	2	3	4	5
Chiarezza e adeguatezza delle risposte del personale alle domande poste	0	1	2	3	4	5
Coinvolgimento e condivisione del paziente nelle decisioni inerenti la salute e il percorso clinico	0	1	2	3	4	5
Rispetto della dignità del paziente durante il percorso diagnostico	0	1	2	3	4	5
Sostegno del personale in merito alle paure e alla preoccupazione per lo stato di salute	0	1	2	3	4	5
Giudizio complessivo	0	1	2	3	4	5
Raccomanderebbe ad altri di rivolgersi a questo Servizio			<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No	
Spazio per eventuali osservazioni e suggerimenti						



centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Via Caposcardicchio70123 BARI

n° Cartella _____

AMBULATORIO
Centro di Orientamento Oncologico
C.Or.O

Responsabile dott. Francesco GIULIANI

Data di primo contatto ____/____/____

Data di ingresso ____/____/____

Accesso tramite:

N. Verde MMG Screening GPI Specialista Altro _____

Case manager _____

ALLERGIE NO

Sì

- da farmaci
- ambientale
- alimenti
- lattice
- Altro _____

La presente cartella ambulatoriale è composta di n° _____ Fogli e n° _____ Allegati

CHECK LIST sulla COMPILAZIONE della CARTELLA AMBULATORIALE COrO

Dati del paziente	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Consenso al trattamento dati personali	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Valutazione infermieristica	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Valutazione clinica	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Valutazione psicologica	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Conclusioni diagnostiche	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Valutazione Multidisciplinare	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diario d'equipe	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Altro _____

ELENCO degli ALLEGATI

Copia docum. identità e tessera sanitaria	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presa in carico	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comunicazione presa in carico per MMG	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attivazione 048	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Certificato INPS	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comunicazione dimissione per MMG	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Altro _____

Elenco Documentazione clinica pregressa (allegata in copia)	Data

Referti allegati	Data



centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Nazionalità _____ Sesso M F Q

Indirizzo _____ Tel _____

E-mail _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titolo di studio

Nessuno licenza elementare scuola media I grado scuola media II grado laurea

Professione _____

Stato civile

libero coniugato unione civile convivenza di fatto separato divorziato vedovo

Medico curante _____ tel _____

e-mail _____

Care giver _____ tel _____

Persona autorizzata dal paziente a ricevere le informazioni sanitarie:

_____ tel _____

Non desidera dare comunicazioni del proprio stato di salute

Difficoltà comunicative NO Sì Quali? _____

Diagnosi d'ingresso _____



centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi degli artt. 4-7-9 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679)

Il sottoscritto (nome e cognome).....nato a il / / codice fiscale..... residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

per sé

oppure - consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge

in qualità di: esercente responsabilità genitoriale prossimo congiunto familiare convivente o unito civilmente legale rappresentante fiduciario (L. 219/2017) responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

del Sig.re/ra (nome e cognome).....nato/a a il / / codice fiscale..... residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

DICHIARA

- di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito delle prestazioni sanitarie rese dalle strutture aziendali dell'ASL BARI ("informativa privacy assistiti" disponibile sul sito internet aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>, nell'apposita sezione Privacy);
- di essere consapevole che il consenso prestato resterà valido anche per tutti i successivi eventuali accessi presso le varie strutture sanitarie dell'ASL BARI, anche in tempi diversi, e per tutte le diverse prestazioni che verranno erogate, anche da distinti reparti ed unità della stessa struttura o di articolazioni ospedaliere o territoriali, fino ad esplicita revoca del consenso medesimo

ACCONSENSO alla comunicazione, in ordine allo STATO DI SALUTE, alle sottoindicate persone:

a nessuno al coniuge/convivente altro

ACCONSENSO alla comunicazione della PRESENZA IN STRUTTURA SANITARIA/REPARTO a:

nessuno chiunque lo richieda altro

ACCONSENSO all'utilizzo dei dati personali per scopi di RICERCA scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico **SI** **NO**

ACCONSENSO che nel corso di eventuali procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate per scopi di formazione e studio, nel rispetto della dignità, dei diritti e libertà del sottoscritto o del soggetto rappresentato **SI** **NO**

Data:Firma Assistito/Legale rappresentante: _____

Identificazione avvenuta tramite documento di riconoscimento
tipo.....

n.....rilasciato il.....

Data:Firma dell'operatore in servizio:.....

** il presente consenso deve essere custodito nella cartella clinica dell'assistito*

Modulo Consenso Privacy – Prestazioni Sanitarie

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALL'INGRESSO:

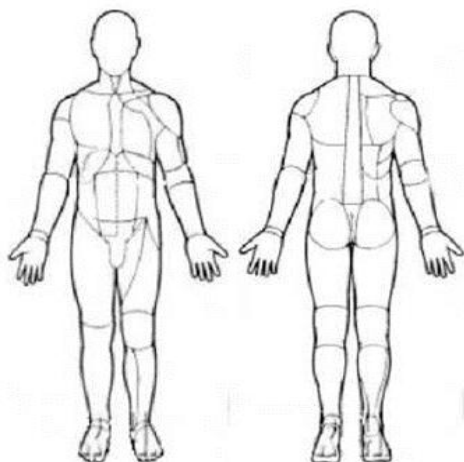
Condizioni fisiche buone discrete scadenti pessime

Stato mentale: lucido apatico confuso stuporoso

Dembulazione: normale con aiuto/ausilio con sedia a rotelle allettato

Stato Relazionale: disponibile poco disponibile non disponibile

Dolore: Assente Presente



sede:

irradiazione

INTENSITÀ con scala NRS (NUMERAL RATING SCALE)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO

COMORBILITA' RILEVANTI:(alterazioni del circolo vp, neuropatie, diabete, immunodepressione, disturbi coagulativi, dialisi, obesità, agitazione psicomotoria)

Assenti Presenti

FISIOLOGIA DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO:

Vene poco visibili/poco palpabili Vene Tortuose e/o Mobili Vene di piccolo calibro

ALTERAZIONI DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO:

Segni di ecchimosi/ematomi segni di flebite/infiltrazioni/stravasi

Vene dure/sclerotiche

CONDIZIONE ARTI SUPERIORI: Entrambi disponibili Un solo arto disponibile

TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO: Assente Presente

DIABETE Assente Presente

ALTERAZIONI SENSORIE E MOTORIE Assenti Presenti



centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



SCHEDA FRAGILITA'

(valutazione per eventuale invio allo psicologo e/o all'assistente sociale)

AREA BIOLOGICA - Indicatori

- E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo? Si NO
- Sono presenti sintomi rilevanti? Si NO
- E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia? Si NO
- Sono presenti importanti difficoltà nutrizionali e/o significativa alterazione di peso? Si NO
- E' presente un indice di Karnofsky <a 70? Si NO
- Vi sono casi di tumore in famiglia? Si NO

AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA - Indicatori

- Ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o difficoltà cognitive? Si NO
- E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI? Si NO
- Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione? Si NO
- E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione? Si NO
- Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente? Si NO
- Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari? Si NO

AREA SOCIALE – Indicatori di fragilità familiare

- Il caregiver è assente o in difficoltà? Si NO
- E' presente uno stato di gravidanza/ puerperio? Si NO
- Ci sono figli minori in famiglia? Si NO
- Sono presenti disabili psichici/ fisici in famiglia? Si NO
- E' in carico al servizio sociale territoriale? Si NO
- Ha una situazione abitativa critica? Si NO
- Ha una situazione economica critica? Si NO
- E' Cittadino Straniero irregolare? Si NO
- La famiglia ha/ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti? Si NO

Valutazione del Case Manager _____

Data valutazione _____

FIRMA del Case Manager _____

VALUTAZIONE CLINICA

ANAMNESI FAMILIARE

N.A.(NonAppl.)

Padre: Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Madre: Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Fratelli: no sì Quanti _____

Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Figli : no sì Quanti _____

Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Vivente età _____ Deceduto età _____ Causa _____

Malattie ereditarie _____

Malattie a predisposizione familiare _____

Neoplasie familiari: no sì

Quali? Polmone Prostata Mammella Colon retto

Altro _____

ANAMNESI FIOLOGICA

N.A. (Non Appl.)

Nato/a a termine: Sì No Parto eutocico: Sì No Allattamento materno: Sì No

Sviluppo psicosomatico:

Nella norma Ritardo psichico Ritardo motorio Ritardo del linguaggio

Menarca aa. _____ cicli regolari cicli irregolari contraccettivi orali

Gravidanze: _____ Nati vivi: _____ Aborti spontanei _____ IVG _____

Menopausa: No Sì Fisiologica aa. _____ Chirurgica aa. _____

ANAMNESI LAVORATIVA

Attività svolta _____ dall'età _____ all'età _____

Attività progressa: _____ dall'età _____ all'età _____

Esposizioni: _____



centro di orientamento oncologico

oncologic orienting center



STILE DI VITA

Consumo alcolici	Fumo	Attività fisica
<input type="checkbox"/> Astemio/a <input type="checkbox"/> Vino < 1/2 lit./die <input type="checkbox"/> Vino > lit./die <input type="checkbox"/> Superalcolico: <input type="checkbox"/> - occasionale <input type="checkbox"/> - abitudinario	<input type="checkbox"/> Non ha mai fumato <input type="checkbox"/> Ex Fumatore da ___anni <input type="checkbox"/> Fumatore dall'età di ___ <input type="checkbox"/> <10 sigarette/die <input type="checkbox"/> 10 - 20 sigarette/die <input type="checkbox"/> >20 sigarette/die	<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Leggera <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Saltuaria <input type="checkbox"/> Abituale
Sonno	Alvo	Diuresi
<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Insonnia abituale <input type="checkbox"/> Insonnia occasionale <input type="checkbox"/> Risvegli notturni n° ____ Russamenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Russamento irregolare <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Uso di ipoiduttori <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Farmaco _____	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Alterno	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Poliuria

PATOLOGIE CRONICHE

SINTOMATOLOGIE ATTUALI

INTOLLERANZE/ALLERGIE



centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



ESAME OBIETTIVO

Peso Kg____ Altezza____ BMI____

Pa____/____mmHg fc____ batt/min SpO2____ T____°C fr____/min

Condizioni generali: Buone Discrete Scadenti Pessime

Stato nutrizionale: Buono Discreto Scadente Cachessia Obesità

Appetito: normale scarso aumentato altro _____

Disturbi del comportamento alimentare No Sì quali? _____

Alimentazione normale SNG/PEG Nutrizione enterale/parenterale

Calo ponderale (negli ultimi 3 mesi) No Sì Volontario Involontario
 Lieve (5-10% del peso abituale)
 Moderato (11-20% del peso abituale)
 Grave (>20% del peso abituale)

Sensorio: Integro Depresso Sonnolento Obnubilato Soporoso Coma

Cute Colorito: Roseo Pallido Itterico Cianotico

Elastica: Sì No Edemi: Sì No

Stato idratazione: Normoidratata Secca Edematosa Diaforesi

Normotrofica Atrofica Distrofica

Apparato cardiovascolare

ASCOLTAZIONE:

Polso: Ritmico Aritmico Toni: Validi Parafonici

Pause: Validi Parafonici Soffi: Sì No

Apparato respiratorio

ASCOLTAZIONE:

Murmure vescicolare: Presente Ridotto Assente

Rumori aggiunti: Crepitii Rantoli A piccole bolle Medie bolle Grandi bolle

Sfregamenti: Ronchi Sibili Dispnea: Sì No

Addome e organi ipocondriaci

ISPEZIONE: Cicatrici: Sì No Altro _____

PALPAZIONE:

Addome: Dolente: NO Sì Palpazione superficiale Palpazione profonda

Blumberg: Neg Pos

Fegato: Debordante: NO Sì quanto _____

Manovra di Murphy: Neg Pos

Milza: Non apprezzabile Palpabile Dolente

Reni: Manovra di Giordano: Destra: Neg Pos Sinistra: Neg Pos

ASCOLTAZIONE:

Peristalsi: Normale Ridotta Assente Aumentata Altro _____

Sistema nervoso Segni patologici: NO Sì

Stato psichico Segni patologici: NO Sì

Apparato muscolo – scheletrico Segni patologici: NO Sì

Apparato linfonodale Linfonodi apprezzabili: NO Sì

Apparato genito-urinario / ghiandole mammarie:

DOLORE: Assente Presente

SOSPETTA CAUSA: compressione delle radici nervose interessamento del tessuto osseo
 ostruzioni vasali necrosi infezioni fratture patologiche
 radioterapia chemioterapia altro _____

POSSIBILE QUALITÀ: dolore nocicettivo dolore neuropatico dolore viscerale

TEMPORALITÀ: Dolore episodico Lento Rapido

Dolore continuo Acuto (inferiore ad 1 mese) Cronico (superiore ad 1 mese)

Dolore incidente (Breakthrough Cancer Pain Btcp) nr episodi /24 h 1 2 3 4

INSORGENZA: Pulsante Trafittivo Altro _____



ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA: Analgesici Antipiretici Antinfiammatori
 Oppioidi per il dolore moderato Oppioidi per il dolore severo

VIA DI SOMMINISTRAZIONE:

Orale Sottocute Sublinguale Endovenosa Rettale Transdermica

Ricognizione farmaci						Riconciliazione
Farmaco/principio attivo	Posologia, dosaggio via di somministrazione	Interrompere	Continuare	Modificare	Aggiungere	Commenti

Alimenti che possono interferire con la terapia NO Sì _____

Valutazione della documentazione clinica e indicazioni diagnostiche

Data ____/____/____

Firma e timbro del Dirigente Medico



centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



SINTESI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Neoplasia confermata <input type="checkbox"/>	Neoplasia non confermata <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Necessita di trattamento oncologico medico/chirurgico <input type="checkbox"/> Attivazione PDTA _____ Invio a: <input type="checkbox"/> TMD (_____) data presentazione _____ <input type="checkbox"/> Specialista (_____) <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero presso _____ <input type="checkbox"/> Altro (_____)	<input type="checkbox"/> Necessita di trattamento Invio a: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista (_____) <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero presso _____ <input type="checkbox"/> Centro di Riabilitazione <input type="checkbox"/> Servizi socio sanitari territoriali (_____) <input type="checkbox"/> Percorso psicoterapeutico <input type="checkbox"/> Altro (_____)
<input type="checkbox"/> Necessita di trattamento sintomatologico Invio a: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista (_____) <input type="checkbox"/> Centro di Riabilitazione <input type="checkbox"/> Cure sintomatologiche/palliative <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> Altro (_____)	<input type="checkbox"/> Non necessita di trattamento Invio a: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Altro (_____)

Data _____

Case manager

Dirigente psicologo

Assistente sociale

MMG

Dirigente medico

Paziente

Care giver

Interprete

Data di chiusura cartella _____

Data di archiviazione _____

Consegnata copia al paziente NO Sì (Data _____)

Valutazione qualità della documentazione contenuta in cartella

Chiara Pertinente e congrua Accurata Completa

Inadeguata (motivazione _____)

Check list corrispondente NO Sì

Data valutazione _____

firma _____

Note



coro

centro di
orientamento
oncologico

*oncologic
orienting
center*



PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su: NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Disposizioni generali	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013

ONERI DI RISERVATEZZA:




CONTIENE dati personali da NON pubblicare NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20230001409 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20230001153 DEL 06/06/2023

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Coppola Cristina	 Firmato digitalmente il 05/06/2023 13:17
Dirigente Medico/Sanitario	Mudoni Simona	 Firmato digitalmente il 05/06/2023 13:20
Direttore/Responsabile di Struttura	Iorio Raffaele	 Firmato digitalmente il 05/06/2023 13:51