

 <p>ASL Brindisi PugliaSalute</p>	<p align="center">MANUALE DELLE PROCEDURE CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO PO "D. CAMBERLINGO" DI FRANCAVILLA FONTANA</p>	 <p>RETE ONCOLOGICA PUGLIESE</p> 
---	--	---

MANUALE DELLE PROCEDURE
CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO
PO "D. CAMBERLINGO" DI FRANCAVILLA FONTANA

<p align="center">REDAZIONE</p>	<p>Gruppo di lavoro Dott.ssa Palma Fedele Direttore UOC Oncologia PO "D. Camberlingo" - Francavilla Fontana Dott.ssa Maria Laura Iaia Dirigente Medico UOC Oncologia PO "D. Camberlingo" - Francavilla Fontana Dott. Carmelo Laface Dirigente Medico UOC Oncologia PO "D. Camberlingo" - Francavilla Fontana Dott.ssa Felicia Maria Maselli Dirigente Medico UOC Oncologia PO "D. Camberlingo" - Francavilla Fontana Dott.ssa Anna Santoro Dirigente Medico UOC Oncologia PO "D. Camberlingo" - Francavilla Fontana Dott.ssa Daniela Carrozzo Infermiere Case Manager C.Or.O. PO "D. Camberlingo" - Francavilla Fontana</p>
<p align="center">VERIFICA</p>	<p>Dott.ssa Stefania Bello Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi Dott. Gino Elia Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi Dott. Giuseppe Lecce Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi Dott.ssa Francesca Caputo Dirigente Medico – Direzione Sanitaria – ASL Brindisi</p>
<p align="center">VALIDAZIONE</p>	<p>Dott.ssa Palma Fedele Direttore UOC Oncologia Medica P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla Fontana Dott. Antonio Montanile Direttore Medico P.O. "D. Camberlingo" – Francavilla Fontana Dott. Maurizio Portaluri Direttore Dipartimento OERR</p>
<p align="center">AUTORIZZAZIONE</p>	<p>Dott. Flavio Maria Roseto Direttore Generale ASL Brindisi Dott. Vito Campanile Direttore Sanitario ASL Brindisi Dott. Andrea Chiari Direttore Amministrativo ASL Brindisi</p>

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE REVISIONE	DATA
Versione 1.0			30/08/2022

Sommario

1. PREMESSA.....	4
2. ORGANIZZAZIONE DEL C.Or.O.....	4
3. FLOW CHART SUL FUNZIONAMENTO DEL C.Or.O.	6
4. ACRONIMI	6
5. ACCESSO AL SERVIZIO C.Or.O.	7
6. PRIMA VISITA C.Or.O.	8
7. SECONDA VISITA C.Or.O. (VISITA DI COMPLETAMENTO)	10
8. GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA C.Or.O.	11
9. DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITA' NELLA PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE C.Or.O.	13
10. GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA C.Or.O. DOPO LA PRESA IN CARICO DEL GPI.....	15
11. IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA	15
12. IL PERSONALE DEL C.Or.O. DI FRANCAVILLA FONTANA: INSERIMENTO, REQUISITI, OBBLIGHI	16
13. VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE DEFINITA DAL RESPONSABILE	16
14. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI	16
15. MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	17
ALLEGATO 1 – SCHEDA SINTETICA ONCOLOGICA	18
ALLEGATO 2 - CONSENSO INFORMATO ALLA PRESA IN CARICO C.Or.O.	21
ALLEGATO 3 – LETTERA DI PRESA IN CARICO.....	22
ALLEGATO 4 – INFORMATIVE E CONSENSI AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI	24
ALLEGATO 5 – SCHEDA TRIAGE PER COVID-19	33
ALLEGATO 6 – SCHEDA VALUTAZIONE DEL DOLORE	34
ALLEGATO 7 – SCHEDA VALUTAZIONE FRAGILITA'	36
ALLEGATO 8 – SCHEDA VALUTAZIONE GERIATRICA	38
ALLEGATO 9 – SCHEDA VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO	40
ALLEGATO 10 – SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA'	42
ALLEGATO 11 – SCHEDA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL CAREGIVER	45
ALLEGATO 12 - PERCORSO DIAGNOSTICO E VISITE SPECIALISTICHE DEDICATE AL PAZIENTE PRESO IN CARICO DAL C.OR.O DI FRANCAVILLA FONTANA – NOTA PROT. N. 98522 DEL 6 DICEMBRE 2021	46
ALLEGATO 13 - ESAMI DI LABORATORIO PAZIENTI C.OR.O - COMUNICAZIONE DIREZIONE SANITARIA DEL 21 FEBBRAIO 2022.....	48
ALLEGATO 14 – LETTERA DI PRESENTAZIONE C.OR.O AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE - NOTA PROT. N. 8450 DEL 28 GENNAIO 2022	49
ALLEGATO 15 - CHECK LIST DI VERIFICA CARTELLA C.Or.O.	51

1. PREMESSA

Il presente documento assolve alle direttive del “Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico nella Rete Oncologica Pugliese”, deliberato con atto n. 230/2019 “Preso d’atto del Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e loro istituzione” del 09/07/2019 a firma del Direttore Generale A.Re.S.S. (Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale) Puglia. Recepisce le direttive di cui alla “Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e relativo Regolamento” deliberata con atto n. 137 del 25/06/2020 a firma del Direttore Generale A.Re.S.S., e recepisce mediante Deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 1103 del 16/07/2020 avente oggetto “Preso d’atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell’A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della ROP e degli indicatori – Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Unico Oncologico e l’Alto Comitato per la ricerca Oncologica”.

Recepisce, infine, le ulteriori Direttive di cui alla “Ricostituzione centri di orientamento oncologico (C.Or.O.) ASL Brindisi e individuazione dei componenti”, deliberate con atto n. 2808 del 28/10/2021 dal Direttore Generale ASL BR.

2. ORGANIZZAZIONE DEL C.Or.O.

Il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) di Francavilla Fontana ha sede presso l’UOC di Oncologia del Presidio Ospedaliero “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana, al 5° piano, stanza n. 7.

Orari di apertura al pubblico:

- dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 14.00
- apertura pomeridiana: martedì e giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00
- Tel: 0831851510

Numero verde regionale: 800185003

E-mail: coro.francavilla@asl.brindisi.it

Personale C.Or.O.

- ✓ il Responsabile C.Or.O.;
- ✓ 1 oncologo prestabilito sulla base dei turni di servizio;
- ✓ 1 dipendente amministrativo;
- ✓ 1 psiconcologo;

- ✓ 1 assistente sociale;
- ✓ 1 infermiere dedicato con ruolo di Case/Care Manager.

Come da Delibera n. 2808 del 28/10/2021 del Direttore Generale ASL Brindisi, le figure professionali individuate per il C.Or.O. di Francavilla Fontana sono riportate nella Tabella 1:

Tabella 1. Organigramma C.Or.O. PO Francavilla Fontana

	RUOLO
Palma Fedele	Responsabile C.Or.O.
Domenico Argese	Amministrativo
Manuela Caloro	Psiconcologo
Massimiliano Fiorentino	Assistente Sociale
Gabriella Pagano	CPS Inf. Case Manager

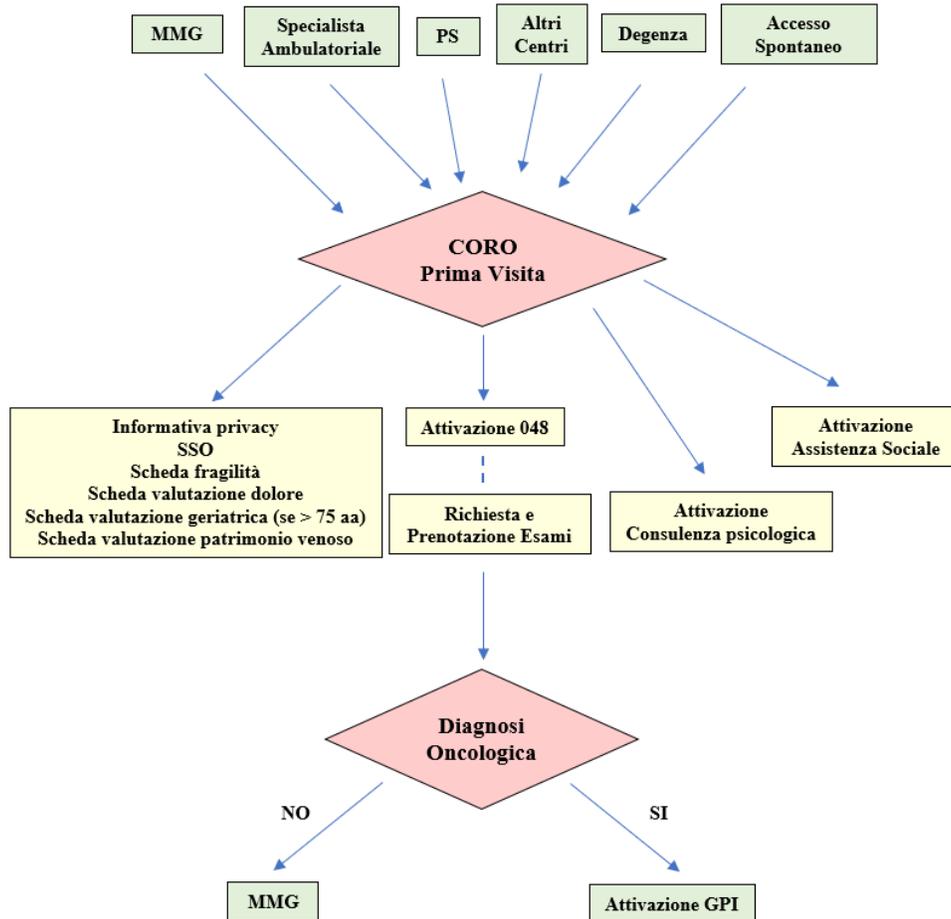
Le figure dello psiconcologo e dell'assistente sociale sono state provvisoriamente individuate tra quelle afferenti al C.Or.O. di Brindisi, nelle more dell'assegnazione delle figure dedicate al C.Or.O. di Francavilla Fontana.

A seguito di riorganizzazione del personale sono attualmente operanti nel C.Or.O. di Francavilla Fontana:

- ✓ 1 medico oncologo, sulla base dei turni di servizio;
- ✓ 1 infermiere dedicato Case Manager (dott.ssa Daniela Carrozzo).

L'agenda interna C.Or.O. prevede 4 prime visite al giorno più 4 visite di completamento (2° accesso), per un totale di 8 accessi giornalieri e 48 accessi settimanali.

3. FLOW CHART SUL FUNZIONAMENTO DEL C.Or.O.



4. ACRONIMI

MMG: Medico di Medicina Generale

SSO: Scheda Sintetica Oncologica

GPI o GIP: Gruppo Interdisciplinare di Patologia

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

PUA: Porta Unica di Accesso

TMD: Team Multi-Disciplinare

PDTA: Percorso Diagnostico-Terapeutico

Di. Onc.: Dipartimento Oncologico

ROP: Rete Oncologica Pugliese

5. ACCESSO AL SERVIZIO C.Or.O.

L'accesso al servizio può avvenire attraverso diverse modalità:

- Accesso spontaneo del paziente per contatto diretto con il C.Or.O. (accesso diretto o chiamando la segreteria del C.Or.O.);
- Invio dallo Specialista Ambulatoriale o dal Medico di Medicina Generale tramite contatto diretto per email o chiamando la segreteria del C.Or.O.;
- Invio da altri Reparti o da Pronto Soccorso;
- Invio da altri C.Or.O.;
- Invio da Gruppi Interdisciplinari di Patologia (e.g. Breast Unit, le patologie ginecologiche, gastroenterologiche).

Gli accessi possono avvenire per contatto telefonico al numero C.Or.O., per email all'indirizzo coro.francavilla@asl.brindisi.it o per accesso diretto del paziente o del suo caregiver che si presenta nella sede del C.Or.O. negli orari prestabiliti.

Al primo contatto telefonico, l'infermiere dedicato registra la chiamata nell'agenda C.Or.O, segnando generalità del chiamante, data di nascita, codice fiscale e motivo della chiamata.

L'infermiere fornisce inoltre:

- informazioni relative alla documentazione da produrre al momento della visita;
- informazioni circa le modalità di redazione dell'impegnativa necessaria a cura del MMG (l'impegnativa di "Prima visita oncologica" dovrà riportare nelle note la dicitura "Visita C.Or.O.")
- il primo appuntamento utile e lo registra in agenda.

Laddove il paziente e/o il suo caregiver siano impossibilitati a recarsi dal curante per la redazione dell'impegnativa, la stessa viene prodotta dal medico oncologo dedicato al C.Or.O..

L'infermiere case manager informa il medico oncologo degli appuntamenti previsti e predispone la cartella C.Or.O..

La cartella C.Or.O. deve includere:

- Lettera di presa in carico
- Scheda Sintetica Oncologica (SSO);
- I moduli per il consenso al trattamento dei dati personali, da far firmare al paziente in occasione della prima visita;
- Foglio di diario;
- La scheda di triage firmata dal paziente e dall'eventuale caregiver accompagnatore ad ogni accesso presso il C.Or.O.;
- La scheda di rilevazione del dolore, Numeral Rating Scale (NRS), compilata dal medico oncologo e dall'infermiere alla prima visita;
- La scheda di valutazione delle fragilità, la cui compilazione avviene a cura dell'infermiere per eventuali segnalazioni allo Psiconcologo e/o all'Assistente Sociale;
- La scheda di valutazione geriatrica per i pazienti di età superiore a 75 anni, la cui compilazione avviene ad opera del medico e dell'infermiere durante la prima visita;
- La scheda di valutazione del patrimonio venoso, compilata dal personale infermieristico alla prima visita;
- Scheda per l'identificazione del caregiver cui dare informazioni circa lo stato di salute del paziente;
- Le copie delle relazioni e referti rilasciati al paziente in occasione della prima visita e dei successivi accessi presso il C.Or.O.;
- La scheda di valutazione psicologica per i pazienti e/o caregiver per i quali viene attivato un percorso di supporto psicologico, compilata ad opera dello Psiconcologo;
- La scheda di valutazione della qualità del servizio, che ogni paziente è invitato a compilare in forma anonima dopo la visita di completamento (2° accesso) e da riporre in box dedicato.

Le cartelle devono essere riposte, terminato l'utilizzo, nell'apposito schedario C.Or.O., collocato nella stanza visite C.Or.O., presso la UOC Oncologia, sita al 5° piano, del P.O. "D. Camberlingo".

È fatto divieto a chiunque non sia autorizzato in qualità di personale C.Or.O. di aver accesso alle cartelle, leggerne il contenuto o modificare il contenuto stesso.

6. PRIMA VISITA C.Or.O.

Nel giorno e all'ora prestabiliti, il paziente viene accolto per la visita tramite il servizio di accettazione sito al 5° piano, stanza n°7, nella stanza denominata C.Or.O., c/o la UOC di Oncologia del PO "D. Camberlingo", dal medico e dall'infermiere dedicato, che avrà il compito di registrare l'impegnativa prodotta dal MMG o dallo specialista di "prima visita oncologica C.Or.O.".

L'agenda dedicata alle prestazioni del C.Or.O. di Francavilla Fontana è registrata sulla piattaforma edotto come ON01M e denominata "ONCOLOGIA-PROGETTO CORO"

Dopo aver illustrato le modalità di funzionamento del servizio, l'operatore sanitario provvede a compilare il frontespizio della cartella C.Or.O..

Il medico oncologo effettua la visita, visiona e raccoglie la eventuale documentazione clinica in possesso del paziente e compila la Scheda Sintetica Oncologica (**Allegato 1**).

Sulla base della visita effettuata e degli esami visionati, l'oncologo del C.Or.O. formula un'ipotesi diagnostica e redige le richieste per gli esami strumentali e/o le visite specialistiche di approfondimento necessari per giungere ad una diagnosi. Il medico può decidere, se necessario, di portare il caso in discussione ai Gruppi Interdisciplinari di Patologia se già dopo la prima visita dispone degli approfondimenti diagnostici necessari per formulare una diagnosi e una proposta terapeutica.

Se il paziente non è in possesso di esenzione specifica si provvede ad attivare l'esenzione per patologia oncologica (048).

Nel caso di patologia oncologica istologicamente accertata l'esenzione avrà validità di 5 anni (rinnovabile), nel caso di sospetto di patologia in fase di accertamento istologico si attiverà una esenzione temporanea (3 mesi rinnovabili).

L'infermiere Case manager provvede, quindi, a prenotare gli esami richiesti utilizzando le liste riservate messe a disposizione da ogni Unità Operativa (e.g.: Radiologia, Medicina Nucleare, Cardiologia, Ginecologia ecc.), e la visita di completamento C.Or.O. (2° accesso C.Or.O.) (vedi **Allegato 12**).

L'infermiere, con l'ausilio del medico oncologo, somministra al paziente la "Scheda delle fragilità" (**Allegato 7**) per l'identificazione delle caratteristiche familiari, utilizzata per l'individuazione di fattori familiari che possano incidere nella gestione del paziente oncologico (e.g.: limitazioni delle autonomie e/o delle abilità del paziente stesso, problematiche economiche e sociali svantaggiose del paziente e/o della famiglia, presenza di problematiche di disabilità fisiche e/o mentali, problematiche di dipendenze del paziente e/o dei familiari, ecc.). Nel caso in cui dall'esame del questionario emergesse la necessità di una presa in carico da parte dell'assistente sociale e/o dello psicologo, il medico richiede l'attivazione dell'iter psicoterapeutico necessario e/o provvede a segnalare il caso all'assistente sociale ospedaliero. Il medico oncologo e l'infermiere dedicato al termine della visita firmano, in modo leggibile e con timbro, la Scheda Sintetica Oncologica (**Allegato 1**).

L'infermiere Case manager, al termine della visita, provvede ad inserire sul database C.Or.O. (CoreHealth/GARSIA dell'ARESS) i dati raccolti relativi al paziente.

Prima di iniziare qualsiasi altra procedura, viene data ampia comunicazione al paziente/caregiver.

Nella stessa SSO il paziente, dopo essere stato informato delle procedure del C.Or.O., firma il consenso informato alla presa in carico da parte del C.Or.O. e al prosieguo dell'iter diagnostico e/o terapeutico. Tale consenso cartaceo viene conservato in cartella e una copia va consegnata al paziente (**Allegato 2**).

Al termine della prima visita C.Or.O. viene rilasciata al paziente la lettera di presa in carico in due copie: una per il MMG e l'altra per il paziente (**Allegato 3**).

La SSO viene consegnata al paziente in due copie: una per il MMG e l'altra per il paziente.

Qualora il caso necessitasse di discussione multidisciplinare innanzi al GPI, il medico oncologo provvede a redigere una relazione da presentare in sede di discussione collegiale.

Nel caso in cui per l'età del paziente e/o comorbidità e/o condizione cliniche generali (e.g. Performance Status > 3) o anche per scelta del paziente e dei caregiver, non dovesse essere possibile garantire il prosieguo dell'iter diagnostico e/o terapeutico, viene contattato dall'infermiere case manager e dal medico oncologo il Medico Curante ed il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la presa in carico del paziente e la terapia di supporto.

In questo caso viene rilasciata al paziente relazione riportante l'indicazione alla terapia di supporto.

Il MMG, sulla base della segnalazione del Team Multi-Disciplinare ovvero del Servizio Sociale Ospedaliero, contatta direttamente la Porta Unica di Accesso (PUA) del Distretto Socio-Sanitario per l'attivazione dell'assistenza specialistica, per le cure domiciliari, per le cure palliative, per il trattamento delle cronicità, e per i soggetti con fragilità sanitarie, personali, esistenziali, familiari.

L'Assistenza Sanitaria Domiciliare Integrata (ADI) è l'attività organizzata dall'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi mediante Contratto di Associazione in Partecipazione Pubblico - Privato con la Società Cooperativa Sociale Onlus "San Bernardo" a.r.l. di Latiano. Tale tipologia di assistenza prevede l'erogazione di prestazioni diagnostico-terapeutiche presso il domicilio di soggetti/utenti non autosufficienti con particolari fragilità e patologie ingravescenti residenti nella provincia di Brindisi e che sono affetti da particolari condizioni patologiche accertate dal MMG su segnalazione del medico specialista.

7. SECONDA VISITA C.Or.O. (VISITA DI COMPLETAMENTO)

Gli esiti degli esami richiesti vengono sottoposti dall'infermiere Case manager all'attenzione del medico oncologo.

Se non programmato in occasione della prima visita, l'infermiere case manager contatta il paziente per fornire l'appuntamento per "seconda visita C.Or.O.".

Durante la visita, l'oncologo illustra al paziente le risultanze degli esami eseguiti e le eventuali opzioni terapeutiche.

Nel caso in cui l'ipotesi iniziale non sia confermata, e quindi non vi sia alcuna malattia oncologica allo stato diagnosticabile, il medico provvede a rilasciare una relazione indirizzata al Medico di Medicina Generale nella quale riassume le indagini effettuate e i loro esiti. In questo caso il paziente viene affidato al MMG per il prosieguo di eventuali controlli.

Nel caso in cui, invece, l'ipotesi diagnostica di patologia oncologica sia stata confermata, il medico provvede a comunicare la diagnosi e chiarire eventuali dubbi del paziente.

Se necessario il medico oncologo contatta il Gruppo Interdisciplinare di Patologia (GIP) per discutere le opzioni terapeutiche con gli altri specialisti (Chirurghi Generali, Ginecologi, ecc).

Il medico oncologo fornisce al GIP una copia della Relazione clinica e degli esami effettuati, di modo che il Gruppo possa definire il miglior percorso terapeutico.

Al termine della visita di completamento l'infermiere C.Or.O. somministra al paziente, in forma anonima, la Scheda di Valutazione della Qualità, da riporre in apposito box nell'archivio del C.Or.O. (**Allegato 10**).

Dopo discussione in sede di GIP del caso clinico, l'infermiere C.Or.O. provvede a contattare il paziente per programmare la visita con un referente del GIP che prende in carico il paziente.

In occasione della seconda visita C.Or.O. viene consegnata al paziente relazione per il MMG in cui viene riportato il percorso diagnostico effettuato e la proposta terapeutica.

Il medico oncologo, successivamente, aggiorna la cartella C.Or.O. con l'iter terapeutico definito.

Nel caso in cui per l'età del paziente e/o comorbidità e/o condizione cliniche generali (e.g. Performance Status > 3,) o anche per scelta del paziente e dei caregiver, non dovesse essere possibile garantire il prosieguo dell'iter diagnostico e/o terapeutico, viene contattato dall'infermiere case manager e dal medico oncologo il Medico Curante ed il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la presa in carico del paziente e la terapia di supporto.

8. GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA C.Or.O.

La Cartella Clinica C.Or.O. viene redatta nel rispetto dei requisiti di qualità (tracciabilità, chiarezza, accuratezza e appropriatezza, veridicità, attualità, pertinenza, completezza, congruenza cronologica) definiti dalla ASL Brindisi come da Nota Prot. n. 13042 del 27.02.2009 avente oggetto "Indirizzo sulla compilazione della cartella clinica nel rispetto dei requisiti di qualità e inserimento della check list di verifica".

Ogni cartella clinica è composta da diverse parti chiaramente individuabili:

- **Frontespizio:** compilato al primo accesso del paziente con tutti i dati dello stesso, a cura dell'infermiere case manager.
- **Contenuto:**
 1. Lettera di presa in carico, indirizzata al MMG, a cura del Medico che esegue la prima visita e contenente tutte le informazioni cliniche del caso in esame ai fini della formulazione di un sospetto diagnostico o diagnosi definitiva, con definizione del successivo iter diagnostico-terapeutico (**Allegato 3**);

2. Scheda Sintetica Oncologica (SSO), comprensiva di tutti i dati anagrafici e clinici del paziente nonché di tutti gli esami portati in visione e di quelli richiesti al momento della visita (**Allegato 1**);
3. Consenso informato del paziente alla presa in carico da parte del C.Or.O. (**Allegato 2**);
4. Informative e consensi al trattamento dei dati personali come da format su CoreHealth/GARSIA e come da modulistica aziendale, firmati dal paziente al primo accesso in ambulatorio (**Allegato 4**);
5. Copie referti di tutti gli esami di laboratorio;
6. Copie referti di tutti gli esami strumentali;
7. Referti di eventuali consulenze richieste ed eseguite;
8. Scheda triage per COVID-19, uno per ogni accesso del pz e del caregiver preventivamente indicato dallo stesso paziente che ne richiede la presenza in ambulatorio durante la visita (**Allegato 5**);
9. Scheda rilevazione dolore, Numeric Rating Scale (NRS) (**Allegato 6**);
10. Scheda valutazione fragilità (**Allegato 7**);
11. Scheda valutazione geriatrica per paziente over 75 (**Allegato 8**);
12. Scheda valutazione patrimonio venoso (**Allegato 9**);
13. Scheda di valutazione della qualità, somministrata al paziente al secondo accesso, con la quale esprime il proprio livello di gradimento del servizio ricevuto dal C.Or.O. (**Allegato 10**) da archiviare dopo compilazione anonima in apposito box;
14. Scheda per l'identificazione del caregiver cui dare informazioni circa lo stato di salute del paziente (**Allegato 11**);
15. Scheda di valutazione psicologica.

Per facilitare la consultazione della documentazione clinica del paziente da parte di tutti gli operatori del C.Or.O. è presente una cartella elettronica condivisa fra tutti computer della UOC di Oncologia, che è accessibile da ogni ambulatorio e in qualsiasi momento.

Le cartelle cliniche sono conservate in apposito archivio, situato nella stanza n° 7, 5° piano, identificata come stanza C.Or.O. c/o la UOC di Oncologia del PO "D. Camberlingo", e sono custodite nel rispetto della privacy del paziente. Rimangono disponibili all'eventuale richiesta di copia, da inoltrare a cura del paziente alla Direzione Medica del PO secondo la procedura stabilita dalla stessa Direzione Medica di Presidio. È fatto divieto a chiunque non sia autorizzato in qualità di personale facente parte del C.Or.O., di avere accesso alle cartelle, leggerne o modificarne il contenuto.

9. DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITA' NELLA PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE C.Or.O.

All'interno del processo di gestione del paziente che accede al C.Or.O. ogni figura ha delle specifiche responsabilità e funzioni:

Personale amministrativo:

è preposto al primo contatto con i pazienti, data entry, valutazione delle necessità con eventuale attivazione del personale sanitario e fissazione "prima consulenza C.Or.O.", nello specifico:

- Prenotazione degli esami;
- Informativa trattamento dati personali;
- Gestione della procedura di assegnazione di esenzione ticket per patologia (Cod. 048) su richiesta dello specialista che ha formulato la diagnosi;
- Contatto con i Servizi distrettuali per la gestione e semplificazione delle pratiche necessarie alla prescrizione di ausili protesici/dispositivi medici monouso (sacche, placche, cateteri, cannule tracheali, etc.) su indicazione dell'oncologo;
- Tenuta ed aggiornamento dei contatti (indirizzi mail, n. di telefono, etc.) con gli altri C.Or.O., con i Servizi Sanitari e Sociali del territorio;
- Tenuta documentale del fascicolo sanitario del paziente;
- Rendicontazione trimestrale del C.Or.O.;
- Partecipazione alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica della Puglia.

Infermiere Case manager:

- Accoglienza dei pazienti e valutazione di specifiche necessità (problemi assistenziali, psicologici, sociali, nutrizionali, di comorbidità, dolore, etc.);
- Pre-accettazione dei pazienti in "prima consulenza C.Or.O." con compilazione della anagrafica ed infermieristica;
- Colloquio con il paziente e compilazione della "Scheda fragilità" con eventuale attivazione del Servizio di Psico-Oncologia su richiesta del paziente e coinvolgimento dell'Assistente sociale in caso di fragilità sociale;
- Consegna delle impegnative redatte dal medico finalizzate all'esecuzione degli esami strumentali ed il modulo di consenso informato per l'esecuzione degli stessi;
- Consegna del questionario anonimo per la valutazione della qualità di accesso al C.Or.O.;
- Conservazione referti in archivio cartaceo e inserimento in database C.Or.O. (GARSIA) relativo al paziente oltre che predisposizione documentazione per visite successive;

- Monitoraggio della presa in carico (attivazione TMD di patologia, aderenza ai PDTA);
- Collaborazione alla rendicontazione trimestrale del C.Or.O.;
- Partecipazione alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica della Puglia.

Medico oncologo:

- Effettuazione della “prima visita C.Or.O.”, colloquio con il paziente e valutazione delle necessità anche sulla scorta degli input infermieristici, attivazione del percorso diagnostico terapeutico;
- Valutazione della documentazione sanitaria prodotta dallo specialista e/o Medico di Medicina Generale (o Pediatra di Libera Scelta), arruolamento del paziente nel percorso diagnostico terapeutico;
- Redazione delle impegnative per l’esecuzione di esami e procedure previste dal PDTA, stesura della relazione informativa per il Medico di Medicina Generale;
- Accesso ed implementazione del database C.Or.O. relativo al paziente;
- Agevolazione del raccordo tra il paziente e i relativi Servizi distrettuali per l’accesso ad ausili protesici o dispositivi medici correlati alla patologia neoplastica;
- Dissipazione di eventuali dubbi manifestati dal paziente sul modulo di consenso informato all’esecuzione di indagini e procedure specifiche;
- Partecipazione alle riunioni o eventi formativi Rete Oncologica Pugliese;
- Coordinamento e formazione del personale infermieristico e amministrativo del C.Or.O.;
- Rendicontazione con cadenze prestabilite sulle attività dei TMD infra-aziendali al Di. Onc. di riferimento;
- Rendicontazione con cadenze prestabilite sulle performance e sulle attività del C.Or.O.

Psico-oncologo:

- Counselling con tutti i pazienti che presentano indicazione specifica anche sulla base delle indicazioni dell’infermiere e del medico;
- Pianificazione sedute periodiche in funzione della complessità del paziente e della fase di malattia.

Assistente sociale:

- Colloquio con tutti i pazienti che presentano indicazione specifica sulla scorta della “Scheda fragilità” compilata dall’infermiere;

- In funzione della fragilità sociale, attivazione dell'Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente;
- Raccordo e contatto periodico con gli Assistenti Sociali dei Comuni di afferenza al C.Or.O. per un monitoraggio della presa in carico dell'assistito.

Volontario:

- Collaborazione in termini di accoglienza e ascolto degli utenti;
- Facilitazione dei contatti fra i C.Or.O. della ROP, anche con finalità di confronto e segnalazione di buone pratiche;
- Rilevazione di bisogni specifici e particolarmente impattanti sulla qualità di vita dei pazienti;
- Somministrazione di questionari o "check list" specifiche per la valutazione di aspetti di "umanizzazione delle cure" nella rete;
- Supporto ai pazienti nella compilazione di questionari anonimi sulla qualità delle cure e sulle modalità di accesso alle strutture del territorio.

10. GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA C.Or.O. DOPO LA PRESA IN CARICO DEL GPI

Una volta che il paziente è inserito nel percorso terapeutico previsto dal GPI, l'operatore sanitario C.Or.O. contatta periodicamente il referente del GPI, al fine di tenere traccia del percorso del paziente e aggiornare la cartella C.Or.O..

I pazienti del C.Or.O. di Francavilla Fontana vengono sottoposti a recall da parte dell'infermiere case manager ogni 90 giorni.

Vengono registrati in cartella eventuali cambi di terapia, interventi chirurgici e/o prese in carico da altri reparti, variazioni delle condizioni cliniche del paziente ed eventuale decesso.

11. IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

Il personale C.Or.O. si impegna formalmente a mantenere la riservatezza su qualsiasi informazione e notizia appresa durante l'attività, osservando le misure di tutela e di sicurezza secondo la normativa del Codice in materia di protezione dei dati personali.

12. IL PERSONALE DEL C.Or.O. DI FRANCAVILLA FONTANA: INSERIMENTO, REQUISITI, OBBLIGHI

Tutto il personale assegnato al C.Or.O. del PO "D. Camberlingo" di Francavilla Fontana, prima del diretto impiego in compiti inerenti, deve svolgere un periodo di affiancamento con personale già inserito in organico, con comprovata esperienza e preparazione, che al termine del training teorico-pratico attesta la raggiunta competenza richiesta dall'operatore.

Tale training formativo oncologico specifico deve apportare adeguata conoscenza delle problematiche attinenti alla gestione del paziente oncologico e il suo percorso clinico.

Il personale C.Or.O. è tenuto al costante aggiornamento professionale inerente alle patologie oncologiche, partecipando agli eventi formativi organizzati o promossi da organi interni o esterni all'Azienda.

Poiché il personale appartenente al C.Or.O. del PO "D. Camberlingo" di Francavilla Fontana, ha contatti diretti con l'utenza, è indispensabile che segua periodicamente corsi di aggiornamento per accrescere le capacità comunicative e relazionali.

13. VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE DEFINITA DAL RESPONSABILE

Le competenze del personale C.Or.O. del PO "D. Camberlingo" di Francavilla Fontana vengono attestate dal Responsabile C.Or.O. e inviate annualmente alla Direzione Medica di Presidio e all'Organismo Indipendente di Valutazione.

14. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

Al fine di consentire ai nuovi inseriti un'integrazione autentica nel gruppo di lavoro del C.Or.O. del PO "D. Camberlingo" e la loro partecipazione attiva e consapevole alla politica e mission del C.Or.O. nonché alla programmazione delle attività (formazione, conseguimento di obiettivi specifici, piano di miglioramento), al momento dell'assegnazione ogni dipendente viene edotto dal Responsabile C.Or.O. in merito ai succitati compiti specifici e ai contributi professionali attesi da ciascuno.

A tal fine una copia del presente Manuale C.Or.O. viene consegnata a tutto il personale operante.

Tutti i giovedì il personale della UOC Oncologia del PO "D. Camberlingo" di Francavilla Fontana si incontra in riunione collegiale divisionale, presso la Sala Riunioni sita nella stanza n°7 della UOC Oncologia. Durante la riunione vengono discussi tutti i casi presi in carico dal C.Or.O. e condivise le decisioni terapeutiche e/o eventuali criticità riscontrate nel percorso di cura e/o rilevate durante le attività del C.Or.O.

La gestione integrata dei casi avviene in aderenza ai PDTA regionali approvati con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1104 del 16/07/2020, alle linee guida AIOM e ai PDTA aziendali.

Ogni giorno, al termine dell'attività lavorativa, il medico oncologo dedicato al C.Or.O. rilascia consegne scritte delle visite eseguite nella giornata e degli eventuali esami e/o visite specialistiche dallo stesso richieste sia agli infermieri che al Responsabile C.Or.O..

15. MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'

Al fine di monitorare l'attività del C.Or.O. in termini di appropriatezza, efficienza ed efficacia si adottano i seguenti indicatori:

- Indicatore n. 1: n. pazienti presi in carico dal C.Or.O./ n. pazienti con diagnosi di cancro;
- Indicatore n. 2: n. esenzioni ticket 048/ n. diagnosi certe;
- Indicatore n. 3: n. questionari sulla qualità di percorso/ n. pazienti presi in carico;
- Indicatore n. 4: tempo di attesa tra "primo contatto C.Or.O." e "prima visita C.Or.O.";
- Indicatore n. 5: n. questionari sulla qualità di percorso con valutazione sintetica pari a "buono" / n. questionari sulla qualità di percorso.

Il C.Or.O. con cadenza trimestrale, si riunisce per la redazione della reportistica di monitoraggio degli indicatori di attività e di una relazione di accompagnamento sulle attività svolte, ed eventuali piani di miglioramento per le criticità rilevate, da inviare al Direttore del Dipartimento Oncologico e all'Ufficio di Rete della R.O.P.

Presso il C.Or.O. vengono conservati sia i verbali relativi alle suddette riunioni che la citata reportistica.

ALLEGATO 1 – SCHEDA SINTETICA ONCOLOGICA



Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

SCHEDA SINTETICA ONCOLOGICA

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente in _____
Via _____ telefono _____ cellulare _____
email _____

MMG dott. _____ del DSS di _____
telefono _____ cellulare _____ indirizzo email _____

convocato a visita presso il C.Or.O. in data ____/____/____ alle ore _____
presso l'ambulatorio della U.O.C di Oncologia P.O. "D. Camberlingo" di Francavilla Fontana (5° piano, stanza 7)

1° visita in data ____/____/____ alle ore: _____

COMPONENTE	QUALIFICA	FIRMA
Dott.ssa Palma Fedele	Dirigente medico oncologo	
Dott.ssa Manuela Caloro	Dirigente psicologo	
Dott. Massimiliano Fiorentino	Assistente sociale	
Dott.	MMG	
CPS Daniela Carrozzo	CPS Infermiere	

2° visita in data ____/____/____ alle ore _____

COMPONENTE	QUALIFICA	FIRMA
Dott.ssa Palma Fedele	Dirigente medico oncologo	
Dott.ssa Manuela Caloro	Dirigente psicologo	
Dott. Massimiliano Fiorentino	Assistente sociale	
Dott.	MMG	
CPS Daniela Carrozzo	CPS Infermiere	

ESAMI DIAGNOSTICI

A seguito del sospetto clinico anamnestico di _____ per il completamento dell'iter diagnostico della malattia si prescrivono i seguenti esami dei quali si rilascia impegnativa e si comunica di seguito data, ora e struttura dove gli stessi saranno eseguiti.

ESAME	DATA E ORA PROGRAMMAZIONE	STRUTTURA	OPERATORE	ALLERGIE	ESEGUITO
	//___ : __:___				
	//___ : __:___				
	//___ : __:___				
	//___ : __:___				
	//___ : __:___				
	//___ : __:___				

Considerato l'ultimo esame richiesto, si programma la 2° visita C.Or.O. in data ___/___/___ alle ore __:___

2° visita _____

Referto:

Eseguite le seguenti valutazioni (in allegato alla presente scheda):

- valutazione del patrimonio venoso
- valutazione psicodiagnostica
- valutazione geriatrica
- valutazione delle fragilità psicosociali

Visionati gli esami richiesti, si informa il paziente che deve continuare il suo percorso di cura e viene affidato al gruppo interdisciplinare di patologia (GIP) _____ di competenza che programma visita in data ___/___/___ alle ore __:___ presso l'ambulatorio di _____ come da accordi telefonici con il Sig./Dott. _____

Al fine di aggiornare costantemente questa scheda, si chiede alla segreteria del GIP di afferenza di trasmettere tutti gli atti terapeutici effettuati e l'esame istologico definitivo della neoplasia al fine di inviare i dati al registro tumori del DIPARTIMENTO JONICO-ADRIATICO.

Inviata comunicazione al registro tumori del DIPARTIMENTO JONICO-ADRIATICO: SI NO

L'Oncologo del C.Or.O.

Sig. _____

n.ro accesso C.Or.O. _____/

Breve accesso anamnestico:

—

—

Esame Obiettivo

—

—

—

Esami strumentali in possesso

—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

Ipotesi diagnostica:

L'Oncologo del Coro

Rilascio codice esenzione ticket 048 T (temporaneo) in data ___/___/___ con scadenza in data ___/___/___

ALLEGATO 2 - CONSENSO INFORMATO ALLA PRESA IN CARICO C.Or.O.



Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

Io sottoscritto Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente in _____
Via _____ cellulare _____ email _____

informato sullo stato di salute, sul sospetto diagnostico e sulle possibilità diagnostico-terapeutiche delle strutture ospedaliere operanti sul territorio e sulle possibilità di essere gestito da gruppi oncologici multidisciplinari della Rete Oncologica Pugliese

- ACCETTO** la presa in carico da parte del C.Or.O. della gestione del percorso diagnostico-terapeutico inerente la malattia/sospetto di malattia.

Firma del paziente

(in caso di paziente assistito da tutore / curatore/ amministratore di sostegno)

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____ (Prov. ____)
alla Via _____ Telefono _____ in qualità di _____
Firma del rappresentante legale _____
Documento di identità _____

- RIFIUTO** la gestione del percorso diagnostico del C.Or.O., dichiarando di provvedere personalmente alla prenotazione delle indagini diagnostiche finalizzate alla definizione della malattia, nonché alle cure della stessa, presso strutture di mia fiducia.

Firma del paziente

(in caso di paziente assistito da tutore / curatore/ amministratore di sostegno)

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____ (Prov. ____)
alla Via _____ Telefono _____ in qualità di _____
Firma del rappresentante legale _____
Documento di identità _____

ALLEGATO 3 – LETTERA DI PRESA IN CARICO



Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

LETTERA DI PRESA IN CARICO

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	

Triage eseguito:

Vaccinazione anti SARS-CoV-19:

PS (ECOG):

Diagnosi o sospetta diagnosi:

Familiarità oncologica:

Comorbidità:

Terapie concomitanti:

Precedenti interventi:

Esami strumentali già eseguiti:

Esami strumentali da eseguire:

In data odierna ___/___/___, il/la Sig./ra _____ è stato/a preso/a in carico dal C.Or.O. di Francavilla Fontana al fine di giungere ad una diagnosi oncologica e/o stabilire l'iter terapeutico.

Sarà nostra premura ricontattare il/la paziente dopo discussione collegiale del caso.

ANAMNESI ONCOLOGICA

Stato attuale

Conclusioni

Indicazioni

L'oncologo medico

L'Infermiere Case Manager

ALLEGATO 4 – INFORMATIVE E CONSENSI AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI



Gentile Utente,

La Regione Puglia, l'Agenzia Regionale per la Sanità e il Sociale (AReSS Puglia), le ASL, le A.O. e gli IRCCS tutti della Regione Puglia, ai sensi della normativa che si occupa della protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 articoli 13 e 14), sono tenute a fornirLe precise informazioni, sull'utilizzo che verrà fatto dei Suoi dati personali o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale.

In questa pagina sono descritte le modalità di gestione della Centrale Operativa Regionale di Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche denominata COReHealth in virtù di Deliberazione della Giunta Regionale 16 luglio 2020 n. 1088 e Deliberazione della Giunta Regionale n. 1231/2016 avente ad oggetto: indirizzi operativi per la promozione e la diffusione della telemedicina nel servizio sanitario, in conformità al D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, all'Accordo Stato-Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" del 17/12/2020 ed al DM Salute n. 77 del 23.05.2022.

1. Titolari del trattamento

Contitolari del trattamento sono:

Ente Titolare	Indirizzo	Contatti (email/PEC)
ASL BARI	Lungomare Starita, 6 70123 Bari	dpo@asl.bari.it protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it
ASL BRINDISI	Via Napoli 8, 72100 Brindisi	responsabileprotezionedati@asl.brindisi.it
ASL BAT	Via Fornaci, 201 76123 Andria	dpo@mailcert.aslbat.it
ASL FOGGIA	Via Michele Protano 13, 71121 Foggia	rpd@aslfg.it
ASL LECCE	Via Miglietta, 5 Lecce - 73100	dpo@ausl.le.it
ASL TARANTO	V.le Virgilio, 31 - 74121 TARANTO	dpo@asl.taranto.it dpo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it
AOU Policlinico di Bari	Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari	rpd.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it
AOU Ospedali Riuniti di Foggia	Viale Pinto, 1 - 71122 Foggia	lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it
IRCCS Istituto Tumori G. Paolo II Bari	Viale Orazio Flacco, 65 - 70124 Bari	rpd@oncologico.bari.it
IRCCS de Bellis	Via Turi, 27 - 70013 Castellana Grotte (Bari)	giuseppe.campanile@irccsdebellis.it
Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale - ARESS	Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari	dpo.aress@pec.rupar.puglia.it



Ospedale Generale Regionale "F. Miulli"	Strada Prov. 127 Acquaviva – Santeramo Km, 4, 100 - 70021 Acquaviva delle Fonti (BARI)	dpo@miulli.it
Pia Fondazione di Culto e Religione Azienda Ospedaliera "Card.G.Panico"	Via S. Pio X, 4 - 73039 Tricase (LE)	rpd@piafondazionepanico.it
Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza	Viale Cappuccini s.n.c, 71013 – San Giovanni Rotondo (FG)	privacy@operapadregio.it

L'estratto dell'accordo di contitolarità può essere richiesto agli indirizzi di contatto di cui sopra.

2. Responsabile della Protezione Dati

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è la persona a cui Lei potrà rivolgersi per avere informazioni e segnalare eventuali problemi o disagi inerenti i Suoi dati personali. Tutti i contitolari del trattamento hanno un proprio Responsabile della Protezione dei Dati contattabile agli indirizzi indicati nella tabella sopra riportata.

3. Responsabile del trattamento

Responsabile del trattamento con funzioni di Amministratore di Sistema è: Telecom Italia S.p.A. Il Responsabile del trattamento è autorizzato a nominare sub-responsabili del trattamento.

4. Tipologia dei dati trattati.

Durante l'erogazione del servizio di Telemedicina verranno trattati i seguenti dati personali:

4.1. Dati personali forniti volontariamente dall'utente (Personal Generated Data)

- Dati anagrafici
- Dati di contatto (recapiti telefonici e email);
- Documento di riconoscimento;
- Dati relativi allo stato di salute ivi inclusi prescrizioni diagnostiche o farmaceutiche, visite specialistiche o ricoveri ospedalieri, piani terapeutici o assistenziali, esiti di esami diagnostici, terapie e referti medici, inseriti dall'utente;
- Indirizzo di domicilio
- Nome del medico curante

4.2. Dati clinici: Servizio di raccolta, razionalizzazione e organizzazione dei dati provenienti dagli esiti delle prestazioni sanitarie e dai dispositivi medici in dotazione al paziente al fine di determinare, in maniera quantitativa e omogenea su tutto il territorio regionale, l'efficacia dei servizi erogati tramite la Centrale e consentendo l'abilitazione dei processi di Value Based Healthcare.

4.3. Dati amministrativi: Aggregazione e valorizzazione dei dati amministrativi connessi alle prestazioni sanitarie erogate in regime di telemedicina (volumi di prestazioni, esenzioni, prenotazioni, etc.) al fine di abilitare sia attività di monitoraggio economico/finanziario sia la possibilità di sviluppare logiche di programmazione strategica per la gestione ed evoluzione della Piattaforma rispetto ai fabbisogni rilevati.

4.4. Cookies tecnici

L'uso dei cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sull'App dell'utente e svaniscono con la chiusura dell'App) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione necessari per consentire l'esplorazione sicura ed efficiente dell'App. I cookies di sessione utilizzati evitano il ricorso ad altre tecniche informatiche potenzialmente pregiudizievoli per la riservatezza della navigazione degli utenti e non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

4.5. Cookie di terze parti

L'APP non utilizza cookie di terze parti.

5. Per quali finalità trattiamo i Suoi dati?

Nell'ambito del progetto di TELEMEDICINA, i dati saranno trattati, da parte delle AA.SS.LL., delle AA.OO., degli IRCCS e degli E.E. per il perseguimento delle seguenti finalità:



- a. Arruolamento proattivo nei Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) regionali e conseguenti adempimenti gestionali al fine di migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria, anche tramite App mediche o nel caso di accesso da parte di soggetti diversi dai professionisti sanitari o non tenuti al segreto professionale;
- b. Assistenza e cura nell'ambito dei PDTA;
- c. Monitoraggio e controllo dei trattamenti sanitari erogati, anche al fine di una corretta gestione delle connesse voci di spesa;
- d. Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, ivi incluse l'instaurazione, la gestione, la pianificazione e il controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati con il servizio sanitario nazionale;
- e. Salvaguardia degli interessi vitali della popolazione;
- f. Medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale;
- g. Protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici;
- h. Garantire lo screening e monitoraggio della popolazione;
- i. Garantire un'assistenza a distanza continuativa, anche attraverso attività di Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio, Telecooperazione e Teleconferenza tramite piattaforme tecnologiche innovative e App mobili (COReHealth) nonché per la eventuale gestione dei dispositivi medici forniti all'assistito (tablet, saturimetro, multiparametrico, bilancia, etc..) per la rilevazione e monitoraggio da remoto, in tempo reale, dei parametri vitali; e, previa anonimizzazione o pseudonimizzazione, da parte di AReSS Puglia e degli altri contitolari per le seguenti finalità:
- j. Ricerca scientifica e attività didattica;
- k. Ricerca scientifica anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche;
- l. Sistemi di sorveglianza e dei registri (art. 12 D.L. 18 ottobre 2012, n° 179 e successive modificazioni);
- m. Attività didattiche e di formazione professionale, sul campo, dei medici, degli altri esercenti una professione sanitaria e degli studenti frequentanti i corsi di studio, nel rispetto del diritto alla riservatezza del paziente;
- n. Attività didattiche in aula utilizzando informazioni prive dei dati identificativi.

6. Basi giuridiche che legittimano il trattamento

Il trattamento dei dati raccolti per la corretta attuazione delle attività direttamente o indirettamente connesse alle prestazioni sanitarie è legittimato dalle disposizioni del GDPR, come esplicitato di seguito:

- o Art. 9 comma 2 lett. a): il trattamento è basato sul consenso esplicito dell'interessato (*rif. lett. a), i), j), k), m), n) di cui al precedente punto 5*);
- o Art. 9 comma 2 lett. g) e 2-sexies, comma 2, lett. u), v), d.lgs. 196/03, nonché artt. 6, comma 1, lett. e), e 6, comma 3, lett. b), Regolamento UE 2016/679, e 2-ter, comma 1, d.lgs. 196/03: il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante (*rif. lett. a), c) e d) di cui al precedente punto 5*);
- o Art. 9 comma 2 lett. h): il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali (*rif. lett. a), b), c), f) e i) di cui al precedente punto 5*);
- o Art. 9 comma 2 lett. i): il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici (*rif. lett. e), g), h), l) di cui al precedente punto 5*);
- o Art. 9 comma 2 lett. j): il trattamento è necessario a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici in conformità dell'articolo 89, paragrafo 1, sulla base del diritto dell'Unione o nazionale, che è proporzionato alla finalità perseguita, rispetta l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato (*rif. lett. j), k), m), n) di cui al precedente punto 5*).

7. A chi comunichiamo i Suoi dati?

I dati potranno essere comunicati per adempiere alla specifica normativa e/o regolamento, o per l'adesione volontaria a specifiche iniziative e progetti (in questo caso sulla base del consenso, se previsto dalla normativa) a vari enti e/o soggetti quali ad esempio:

- a) soggetti ai quali i Contitolari hanno affidato attività di trattamento, nei limiti e per le finalità esposte al punto 5, nominati soggetti autorizzati al trattamento ai sensi dell'art 29 e 32 del regolamento UE 2016/679 e dell'Art. 2-quaterdecies D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003;
- b) soggetti ai quali i Contitolari hanno affidato attività di trattamento, nei limiti e per le finalità esposte al punto 5, nominati responsabili o sub-responsabili esterni ai sensi dell'art 28 del regolamento UE 2016/679;
- c) strutture accreditate e altre aziende sanitarie ed ospedaliere, (ad es. Osservatorio Epidemiologico, ecc.);
- d) centri di ricerca scientifica e di sperimentazione clinica nel rispetto della specifica normativa prevedendo che il consenso, ove richiesto, venga manifestato liberamente;
- e) enti pubblici e/o privati che forniscono la copertura assicurativa delle prestazioni erogate;
- f) altri soggetti pubblici tra i quali ad esempio il Ministero della Salute e altri Ministeri, Regioni ed enti collegati, INAIL e Procura della Repubblica (per malattie professionali), Prefettura, Forze dell'Ordine, ecc..

I dati oggetto del trattamento, in quanto idonei a rivelare lo stato di salute non saranno diffusi.



8. Modalità di erogazione dei servizi

I servizi sono erogati mediante l'utilizzo di:

- APP
- Webapp
- Telefono
- SMS e servizi di messaggistica
- email
- Centrale di Controllo
- Link a servizi web esterni del Portale della Salute della Regione Puglia

9. Per quanto tempo conserviamo i Suoi dati?

Tutti i dati personali acquisiti saranno trattati per il periodo di erogazione del servizio di Telemedicina. Concluso tale periodo, i dati saranno conservati solo limitatamente a quei dati necessari all'erogazione del servizio di assistenza sanitaria ed in conformità alla normativa sulla conservazione della documentazione amministrativa.

10. Quali obblighi abbiamo nei Suoi confronti?

Abbiamo l'obbligo di rispondere alle Sue richieste e, specificamente di consentirLe di esercitare i Suoi diritti come di seguito esplicitato:

- a) Accesso: conoscere quali dati trattiamo, come e perché li trattiamo;
- b) Rettifica: correggere i dati personali inesatti, ove applicabile;
- c) Cancellazione (diritto all'oblio), ove applicabile;
- d) Limitazione del trattamento: attuabile solo per alcune specifiche situazioni;
- e) Ricevere comunicazione in caso di rettifica, cancellazione, limitazione, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato;
- f) Diritto alla portabilità dei dati: non applicabile al trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;
- g) Diritto di opposizione: l'interessato ha il diritto di opporsi in qualunque momento al trattamento per finalità ulteriori a quelle direttamente o indirettamente connesse al ricovero per fini di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria, fatta salva l'esistenza di motivi legittimi che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà fondamentali dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- h) Diritto di revoca del consenso: applicabile esclusivamente ai trattamenti effettuati sulla base del rilascio del consenso rimanendo tuttavia valido per i trattamenti effettuati precedentemente alla revoca;
- i) Diritto di proporre un reclamo ad un'Autorità di Controllo: nel caso in cui ritenesse di non avere ricevuto risposte adeguate alle Sue richieste potrà rivolgersi all'Autorità Garante Privacy dello stato in cui risiede o lavora o proporre un ricorso dinanzi all'autorità giudiziaria.

11. È obbligato a fornire i Suoi dati?

L'adesione ai servizi resi dalla Centrale di Telemedicina è del tutto facoltativa, ma nel caso di mancata adesione potrebbe non risultare possibile svolgere le attività e le prestazioni così come normalmente organizzate per l'assistenza, con la conseguenza di ritardi nell'erogazione dei servizi e nella disponibilità di referti ed informazioni connesse al PDTA, con possibili effetti prognostici sulla stessa malattia, laddove le prospettive di guarigione siano tempo-dipendenti.

12. Da dove hanno origine i Suoi dati?

I dati personali necessari per la corretta attuazione delle attività direttamente o indirettamente connesse alle prestazioni sanitarie erogate sono forniti direttamente dall'interessato o prelevati dalle banche dati in possesso dalle autorità sanitarie regionali.

13. Reclamo all'autorità di controllo.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento UE 2016/679, Le ricordiamo che Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante per la Protezione dei dati personali), nel caso in cui ritenga che il trattamento che la riguarda violi le disposizioni del Regolamento medesimo.

14. Esistenza di processi decisionali automatizzati nel trattamento.

Si specifica che per il trattamento dei dati di cui sopra NON è presente nessun tipo di processo decisionale automatizzato, ai sensi dell'art. 22 del Regolamento UE 2016/679

15. Non è previsto alcun trasferimento di dati personali al di fuori dell'U.E.

16. A chi rivolgersi e come esercitare i Suoi diritti?

Per far valere i suoi diritti come previsto al CAPO III del Regolamento 2016/679 (sinteticamente esplicitati al punto 7) può rivolgersi ai Responsabili della protezione dei dati personali agli indirizzi indicati al punto 1.



**REGIONE
PUGLIA**



COReHealth
Centrale Operativa
Regionale di Telemedicina
delle Croniche e delle Reti
Cliniche

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI E AUTORIZZAZIONI PER L'ACCESSO AI DATI

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il ___/___/___

Codice fiscale
preso atto di quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali

ESPRIME esplicitamente e liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati per:

- a) arruolamento proattivo nella Centrale e conseguenti adempimenti gestionali, al fine di migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria, anche tramite App mediche o nel caso di accesso da parte di soggetti diversi dai professionisti sanitari o non tenuti al segreto professionale;
- b) ricerca scientifica e statistica ex art. 110 D.L.vo 196/03;

AUTORIZZA i contitolari del trattamento, così come individuati nell'informativa, ad effettuare i suddetti trattamenti nei limiti delle finalità proprie di ciascun contitolare come indicate al superiore punto 5 dell'informativa stessa.

Luogo e Data

Firma leggibile dell'assistito

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER I SERVIZI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE
Articoli 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Gentile Utente,

l'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, in qualità di TITOLARE del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora in poi, per brevità, il "TITOLARE"). Le fornisce le seguenti informazioni con riferimento all'attività che complessivamente può essere esercitata nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture ospedaliere, relativamente al servizio di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che Lei intendesse richiedere:

	<p>ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE E DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI</p>			
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="409 573 771 695"> <p>TITOLARE DEL TRATTAMENTO</p> </td> <td data-bbox="771 573 1291 695"> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR nella persona del suo legale rappresentante, il Direttore Generale, con sede legale in via Napoli n°8, 72100 – Brindisi E-mail: direzione generale@asl.brindisi.it Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 695 771 779"> <p>RESPONSABILE PROTEZIONE DATI</p> </td> <td data-bbox="771 695 1291 779"> <p>DATI DI CONTATTO: Via Napoli n°8, 72100 – Brindisi E-mail: responsabileprotezionedati@asl.brindisi.it Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</p> </td> </tr> </table>	<p>TITOLARE DEL TRATTAMENTO</p>	<p>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR nella persona del suo legale rappresentante, il Direttore Generale, con sede legale in via Napoli n°8, 72100 – Brindisi E-mail: direzione generale@asl.brindisi.it Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</p>	<p>RESPONSABILE PROTEZIONE DATI</p>
<p>TITOLARE DEL TRATTAMENTO</p>	<p>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR nella persona del suo legale rappresentante, il Direttore Generale, con sede legale in via Napoli n°8, 72100 – Brindisi E-mail: direzione generale@asl.brindisi.it Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</p>			
<p>RESPONSABILE PROTEZIONE DATI</p>	<p>DATI DI CONTATTO: Via Napoli n°8, 72100 – Brindisi E-mail: responsabileprotezionedati@asl.brindisi.it Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</p>			
	<p>OGGETTO E FINALITA' DEL TRATTAMENTO</p> <p>Il trattamento dei Suoi dati personali comuni (ad es: nome e cognome, data di nascita, immagini/foto, codice fiscale, indirizzo IP, numero di telefono, indirizzo E- mail ecc.), dati appartenenti a categorie particolari (" <i>dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona</i> ") e dati giudiziari (" <i>relativi a condanne penali e reati</i> "), di seguito definiti congiuntamente come "dati personali", da Lei forniti direttamente o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, sarà effettuato esclusivamente per le finalità di seguito specificate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. attività sanitarie a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi incluse quelle correlate ai trapianti di organo e di tessuti, nonché alle trasfusioni di sangue umano; 2. attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, attività certificatorie relative allo stato di salute, contabilizzazione, ecc.); 3. attività socio-assistenziali a favore di minori e soggetti fragili, non autosufficienti o incapaci; 4. attività legate alla fornitura di beni o servizi all'utente per la salvaguardia della salute (es. fornitura di protesi ed ausili); 5. programmazione dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria erogata e della qualità del servizio, anche attraverso questionari di valutazione del gradimento; 6. attività svolte in ottemperanza agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria (es: flussi informativi obbligatori verso Regione, Ministero della Salute ed altri Enti competenti, investigazioni della Autorità Giudiziaria, ecc.); 7. attività amministrative correlate all'applicazione della disciplina in materia di tutela sociale della maternità e di interruzione della gravidanza, stupefacenti e sostanze psicotrope, assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate, finalità indennitarie; 8. attività di accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, della condizione di handicap e della disabilità; adempimenti medico-legali (visite fiscali - visite collegiali - idoneità alla guida: giudizi collegiali o monocratici, attività di valutazione e di certificazione medico-legale); 9. implementazione dei sistemi di sorveglianza/registri di patologia, in conformità alle leggi ed ai regolamenti; 10. attività epidemiologica e statistica, con la garanzia dell'assoluto anonimato e nel rispetto dei limiti e delle condizioni dettate dalla legge, per fini di ricerca scientifica e/o valutazioni inerenti la qualità e appropriatezza delle prestazioni; 11. farmacovigilanza e dispositivo vigilanza, igiene e sanità pubblica; 12. attività didattica e di formazione in campo universitario e professionale nel rispetto del diritto alla riservatezza del paziente; 13. instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria Locale ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale; 14. ricerca scientifica, anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche, effettuata in base a norme di legge o di regolamento, con la garanzia dell'assoluto anonimato e nel rispetto dei diritti e delle libertà dell'interessato; 15. implementazione, gestione e manutenzione dell'infrastruttura tecnologica; 16. gestione di eventuali richieste risarcitorie, conseguenti contenziosi ed altre finalità difensive. 			
	<p>BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO</p> <p>Il trattamento dei Suoi dati personali per tutte le finalità sopraindicate sarà effettuato per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico e sulla base di una norma di legge o di regolamento (art. 6 paragrafo 1, lett. e, GDPR). La base giuridica del trattamento di categorie particolari di dati personali risiede nello svolgimento dei compiti del Servizio Sanitario Nazionale (art. 9 par. 2 lettere f, g, h, i, j, GDPR ed art. 2 sexies, co.2, Codice Privacy). Il conferimento dei dati personali richiesti è indispensabile; in mancanza non sarà possibile erogare i servizi e le prestazioni sopraindicate, salvo i casi di urgenza e/o emergenza sanitaria.]</p>			

	<p>TRASFERIMENTO DI DATI EXTRA UE Il Titolare rende noto che, qualora necessario, l'eventuale trasferimento dei dati personali verso Paesi extra UE sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente, ovvero secondo una delle modalità consentite dalla legge (presenza di una decisione di adeguatezza o di garanzie adeguate, comprese le norme vincolanti di impresa e le clausole contrattuali standard, il suo consenso, ecc.).</p>
	<p>MODALITA' DI TRATTAMENTO Il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità e della conservazione, minimizzazione dei dati (i dati raccolti saranno adeguati, pertinenti e limitati a quanto strettamente necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati), esattezza, integrità e riservatezza. I Suoi dati saranno trattati sia in forma cartacea, che in formato digitale e con l'adozione di misure tecniche ed organizzative per assicurare adeguati livelli di sicurezza. Qualora utile per le cure o per la valutazione del Suo percorso diagnostico-terapeutico, potranno anche essere utilizzate immagini diagnostiche e foto, sistemi di ripresa audio - video, ovvero modalità di erogazione di servizi di assistenza tramite il ricorso alla telemedicina/telemonitoraggio, con la predisposizione di adeguate misure di protezione dei dati. Le sue immagini diagnostiche, foto, riprese audio-video potranno essere utilizzate anche a scopo didattico solo in forma rigorosamente anonima e comunque secondo modalità che non La rendano identificabile. Il trattamento dei Suoi dati sarà svolto da personale dipendente o da altri soggetti che collaborano con l'Azienda, tutti debitamente a ciò autorizzati dal Titolare o da un suo delegato, nonché da soggetti appositamente designati dal Titolare quali Responsabili del trattamento dei dati personali, tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di protezione dati.</p> <p>CONSERVAZIONE DEI DATI I Suoi dati personali saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati e, successivamente, nel rispetto dei termini previsti dalle disposizioni di legge e dalle vigenti procedure di scarto degli archivi documentali. Le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, saranno conservate a tempo indeterminato.</p> <p>COMUNICAZIONE DEI DATI I Suoi dati personali non verranno in alcun modo diffusi e saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e di ufficio. Le informazioni sul Suo stato di salute potranno essere comunicate a soggetti terzi (familiari, conoscenti, ecc.) solo se da Lei specificatamente consentito. Per finalità istituzionali e/o amministrative, o nei casi previsti da norme di legge o di regolamento, potranno essere comunicati ad altri soggetti ed agli enti competenti. In particolare, a titolo esemplificativo, potranno essere comunicati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Servizio Sanitario Nazionale e Regionale; ➤ Soggetti Pubblici (altre Aziende sanitarie ed ospedaliere) e Privati (strutture sanitarie private, case di riposo, ecc.), coinvolti nel Suo percorso diagnostico-terapeutico; ➤ Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, quando previsto; ➤ Servizi Sociali dei Comuni per le attività connesse all'assistenza di soggetti deboli; ➤ Istituti bancari che erogano prestazioni funzionali ai fini sopra indicati; ➤ Compagnia Assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per le ipotesi di responsabilità; ➤ legali e consulenti qualificati ad intervenire nelle controversie in cui è parte l'Azienda Sanitaria Locale Br; ➤ altri soggetti pubblici (ad esempio Regione, Comune, INAIL, INPS, ecc.) o privati a cui siano affidati compiti da parte dell'Azienda per finalità istituzionali (es. Igiene, sanità pubblica, controllo assistenza e spesa sanitaria) e per disposizione di legge o regolamento; ➤ Autorità Giudiziarie e di Pubblica Sicurezza, nei casi previsti dalla legge.
	<p>DIRITTI DELL'INTERESSATO In qualsiasi momento Lei può esercitare i seguenti diritti relativamente ai Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento Europeo 2016/679:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ottenere l'accesso ai propri dati personali ed alle informazioni relative agli stessi; ➤ ottenere l'aggiornamento, la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; ➤ ottenere la limitazione del trattamento, nei casi previsti; ➤ opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, per motivi legittimi; ➤ proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, qualora ne ricorrano i presupposti, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web dell'Autorità Garante www.garanteprivacy.it. <p>Il diritto alla cancellazione (oblio) non è esercitabile nel settore della sanità pubblica. Il diritto alla portabilità non è esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario. Il diritto di revoca del consenso è applicabile esclusivamente ai trattamenti effettuati sulla base del rilascio del consenso, rimanendo tuttavia valido per i trattamenti effettuati precedentemente alla revoca.</p> <p>PER ESERCITARE I SUOI DIRITTI PUO' SCRIVERE A:</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR nella persona del suo legale rappresentante, il Direttore Generale Via Napoli, n°8, 72100 - Brindisi Pec: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it E-Mail: direzione generale@asl.brindisi.it</p> <p>La presente informativa ha efficacia in riferimento alla pluralità di prestazioni erogate nei Suoi confronti da ogni distinta Struttura/Unità Operativa di questa ASL BR, anche in tempi diversi ed è consultabile sul sito internet istituzionale della ASL BR all'indirizzo https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi, sezione Privacy, nell'ultima versione aggiornata.</p>

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 4 – 6 – 7 - 9 del Regolamento europeo 2016/679 (detto GDPR)

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente in _____, via _____ e
il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente in _____, via _____
nella qualità di **diretto interessato** e/o **genitore/legale rappresentante** dell'interessato _____
nato a _____ il _____,
residente in _____, via _____

dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR, anche affissa nei locali dell'ASL BR e consultabile sul sito internet istituzionale dell'Azienda <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi>, sezione Privacy, **consapevole che il trattamento riguarderà dati appartenenti a categorie particolari di dati personali** "dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona" e **che il consenso prestato resterà valido anche per tutti i successivi eventuali accessi presso le varie strutture sanitarie dell'ASL BR**, pure in tempi diversi, e per tutte le diverse prestazioni che verranno erogate nei Suoi confronti, anche da distinti reparti ed unità della stessa struttura o di articolazioni ospedaliere o territoriali, **fino ad esplicita revoca del consenso medesimo.**

AUTORIZZA

- 1)** che sia data comunicazione in ordine allo stato di salute dell'interessato:
 a nessuno a tutti al proprio medico curante _____
 a _____
- 2)** che la presenza dell'interessato nella Struttura Sanitaria sia comunicata a:
 a nessuno a tutti al proprio medico curante _____
 a _____

CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI TELEFONICHE E/O TRAMITE E-MAIL/PEC

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

che il numero di telefono _____ e/o l'indirizzo E-mail/Pec _____
possano essere utilizzati da personale della ASL BR per le comunicazioni inerenti le prestazioni sanitarie che intende eseguire. Dichiaro di essere a conoscenza che la comunicazione telefonica sarà effettuata alla persona che risponderà alla chiamata, data l'impossibilità di accertare correttamente la sua identità.

Data _____ Firma del paziente/utente/Legale rappresentante _____

Firma del Legale rappresentante _____

Il presente consenso viene raccolto dall'operatore _____

in servizio presso _____

Data _____ **Firma** _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI
NOTORIETÀ
(Modello per consenso di persona diversa dall'interessato)**

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente in _____, via _____
e il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente in _____, via _____
nella qualità di **genitore/legale rappresentante/** _____ dell'interessato
nato a _____ il _____, residente in _____,
via _____,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall' art. 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA, sotto la propria responsabilità:

- di esercitare la potestà nei confronti del minore sopra indicato:
 - congiunta con il coniuge che è informato ed acconsente al suddetto trattamento dei dati personali del minore;
 - in via esclusiva;
- di essere il legale rappresentante dell'interessato sopra indicato (tutore/ amministratore di sostegno/ _____);

In caso di emergenza sanitaria e/o di igiene pubblica:

- di essere convivente o unito civilmente con l'interessato sopra indicato;
- di essere familiare _____ (indicare il rapporto di parentela/affinità) dell'interessato sopra indicato;
- di essere un fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219;
- di essere responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'interessato di aver prestato in sua vece il consenso e della possibilità di revocarlo, non appena questi sia in grado di prestarlo autonomamente.

Data _____

Firma del dichiarante _____

Firma del dichiarante _____

**Il presente consenso viene raccolto dall'operatore _____
in servizio presso _____**

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art.38 D.P.R. n.445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via e-mail/pec di detto Ufficio, tramite un incaricato, oppure a mezzo servizio postale.

ALLEGATO 5 – SCHEDA TRIAGE PER COVID-19



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



ASL Brindisi

PugliaSalute

Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

UTENTE

CAREGIVER

DATI ANAGRAFICI		
Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Residenza	N. Comune	Provincia
Numero dei conviventi	Tel/cell.	E-mail
Nei 14 giorni precedenti all'accesso alla Struttura Sanitaria		
Febbre > 37.5 °C	SI	NO
Tosse		
Difficoltà respiratoria		
Difficoltà a riconoscere sapori e odori		
Contatti con casi accertati di Covid-19		
Contatti con persone in isolamento fiduciario per Covid-19		
Contatti con persone con febbre e sintomi respiratori		
Tampone per SARS-CoV-2 in attesa di risposta		

L'interessato dichiara sotto la propria responsabilità e, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art 75 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di avere fornito tutte le dichiarazioni in sua conoscenza utili ai fini della compilazione del seguente modulo.

Sede e data _____

Firma dell'interessato _____

L'Operatore _____

ALLEGATO 6 – SCHEDA VALUTAZIONE DEL DOLORE



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



ASL Brindisi

PugliaSalute

Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

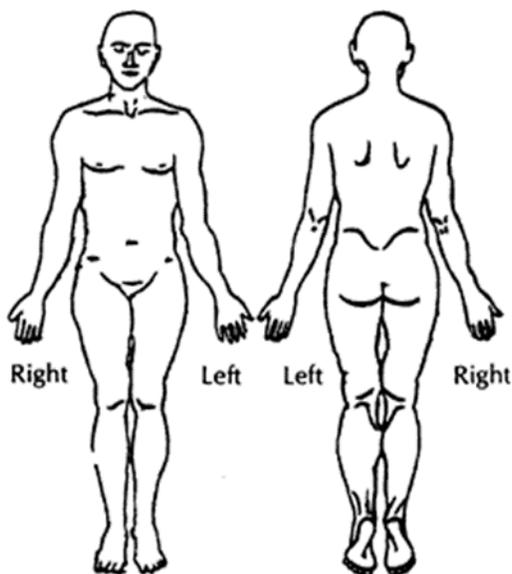
P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

SCHEDA VALUTAZIONE DOLORE

Sig./Sig.ra _____ Data di nascita ____/____/____

Patologia _____

Medico referente _____



3) Sede dolore: _____

Irradiazione _____

4) Sospetta causa:

- compressione delle radici nervose
- interessamento del tessuto osseo
- ostruzioni vasali
- necrosi
- infezioni
- fratture patologiche
- radioterapia
- chemioterapia

5) Possibile qualità:

- dolore nocicettivo
- dolore neuropatico
- dolore viscerale

6) Intensità dolore: Numeral Rating Scale (NRS)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) Temporalità

DOLORE CONTINUO	DOLORE EPISODICO
<input type="checkbox"/> ACUTO (inferiore ad 1 mese) <input type="checkbox"/> CRONICO (superiore ad 1 mese)	<input type="checkbox"/> LENTO <input type="checkbox"/> RAPIDO
	<input type="checkbox"/> DOLORE INCIDENTE (Breakthrough Cancer Pain BToP) numero episodi/24h <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

6) Insorgenza

- Pulsante Trafittivo altro _____

7) Attuale terapia antidolorifica

ANALGESICI ANTIPIRETICI ANTINFIAMMATORI	OPPIOIDI PER IL DOLORE MODERATO	OPPIOIDI PER IL DOLORE SEVERO

8) Vie di somministrazione

- Orale Sottocute Sublinguale Endovena Rettale Transdermica Altro _____

Data rilevazione dolore ____/____/____ Ora ____:____

Firma _____

ALLEGATO 7 – SCHEDA VALUTAZIONE FRAGILITA'



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



ASL Brindisi

PugliaSalute

Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

SCHEDA VALUTAZIONE FRAGILITÀ

Valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale

Cognome e nome _____ Età _____

INDICATORI	SI	NO
AREA BIOLOGICA		
È presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		
Sono presenti sintomi rilevanti?		
È presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?		
Sono presenti importanti difficoltà nutrizionali e/o significativa alterazione di peso		
È presente un indice di Karnofsky < 70?		
Vi sono casi di tumore in famiglia?		
AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA		
Ha mai sofferto di depressione o di altri disturbi psichici o difficoltà cognitive?		
Era o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI?		
Assume o ha assunto farmaci per ansia/depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione?		
Ha o ha avuto dipendenze da sostanze alcoliche?		
Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?		
AREA SOCIALE		
Il caregiver è assente o in difficoltà?		
È presente uno stato di gravidanza/puerperio?		
Ci sono figli minori in famiglia?		
Sono presenti disabili psichici/fisici in famiglia?		
È in carico al servizio sociale territoriale?		
Ha una situazione economica critica?		
È cittadino straniero irregolare?		
La famiglia ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti?		

Note _____

Firma Operatore

L'infermiere segnalerà allo psicologo i casi in cui compaiono più di un SI in Area Psicologica, oppure un SI in area Psicologica + uno o più SI in altre Aree, o anche solo un SI in Area Psicologica se valutato come molto rilevante. Se non compaiono SI in Area Psicologica l'infermiere segnalerà eventuali criticità al servizio sociale o al Medico. In assenza di indicatori positivi il paziente verrà ritenuto non complesso dal punto di vista psicosociale e la valutazione verrà ripetuta al successivo step del percorso di cura o in occasione di eventi avversi anche psicosociali noti (v. PDTA complessivo), applicando la scheda complessiva dell'Area Assistenziale.

Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell' Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documentoinformatico sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

ALLEGATO 8 – SCHEDA VALUTAZIONE GERIATRICA



Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

SCHEDA VALUTAZIONE GERIATRICA

Sig./Sig.ra _____

Data di nascita ____/____/____

Paziente con età > 75 anni

Operatore compilatore:

Medico

Infermiere

	Domande	Possibili risposte	Punteggio
A	Negli ultimi 3 mesi, considerando le abitudini alimentari, è diminuita l'assunzione di cibo a causa di: perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e/o deglutizione?	0: normale riduzione 1: moderata riduzione 2: grave riduzione	
B	Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?	0: non perdita di peso 1: riduzione fra 1 e 3 Kg 2: sconosciuta 3: riduzione > 3 Kg	
C	Movimento?	0: normale riduzione 1: moderata riduzione 2: grave riduzione	
D	Problemi neuropsicologici? Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio specialista Neurologo	0: non problemi psicologici 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: demenza o depressione severa	
E	Body Mass Index (BMI) Peso in Kg/altezza in m2	0: BMI >23 1: BMI 21-23 2: BMI 19-21 3: BMI < 19	
F	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: no 1: si	
G	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: ottimo 0,5: buono 1: ignoto 2: non buono	
H	Età	0: > 80 1: 80-85 2: > 85	
PUNTEGGIO TOTALE			

Punteggio

- score < 14: paziente non a rischio
- score = > 14: paziente a rischio (consulenza Onco-geriatrica)

Data valutazione ____/____/____

Firma Operatore _____

Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell' Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documentoinformatico sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

ALLEGATO 9 – SCHEDA VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



ASL Brindisi

PugliaSalute

Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

SCHEDA VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO

Sig./Sig.ra _____ Data di nascita ____/____/____

Diagnosi _____

Intento Trattamento CHT

Aduvante/Neoadiuvante

Palliativo

A) Fattori correlati al paziente		
1. KPS	70-100%	0
	< 70%	1
2. ETA'	= < 70 anni	0
	> 70 anni	1
3. ALTERAZIONI SENSORIALI E MOTORIE	ASSENTI	0
	PRESENTI	1
4. DIABETE	ASSENTI	0
	PRESENTI	1
5. COMORBILITA' RILEVANTI: patologie del circolo venoso periferico; neuropatie periferiche; trattamento dialitico con fav; immunodepressione; stafilococco aureus meticillino resistente; disturbi coagulativi; obesità; agitazione psicomotoria; affezioni cutanee	ASSENTI	0
	PRESENTI (anche solo una comorbilità)	1

A) Fattori correlati al paziente = tot ____/5

B) Fattori correlati alle condizioni del circolo venosoperiferico	
1. FISIOLÓGICA DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/> Vene poco visibili e/o poco palpabili
	<input type="checkbox"/> Vene tortuose/mobili
	<input type="checkbox"/> Vene di piccolo calibro
2. ALTERAZIONI DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/> Segni di precedenti venipunture (ecchimosi e/o ematomi)
	<input type="checkbox"/> Segni di flebite/infiltrazioni/stravasi
	<input type="checkbox"/> Vene dure e sclerotiche
3. CONDIZIONI ARTI INFERIORI	<input type="checkbox"/> Entrambi gli arti superiori disponibili
	<input type="checkbox"/> Un solo arto superiore disponibile (per linfedema, fratture, ecc...)

B) Fattori correlati alle condizioni del circolo venoso periferico = tot ____/8

Data valutazione ____/____/____

Firma Infermiere _____

Legenda Punteggio:

0-3 = indicato accesso venoso periferico (AVP) con monitoraggio delle complicanze;

4-6 = non indicato AVP; indicato posizionamento Midline o PICC con valutazione della durata del trattamento e delle preferenze del paziente;

>8 = non indicato AVP; indicato posizionamento di accesso venoso centrale (AVC) deve avvenire sulla base delle preferenze del paziente e del tipo di trattamento in corso.

Ai sensi del D.Lgs. n.82 del 7 marzo 2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) e successive modifiche, integrazioni e norme collegate, il presente documento informatico sottoscritto con firma digitale qualificata sostituisce il documento cartaceo sottoscritto con firma autografa.

ALLEGATO 10 – SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ



Centro di Orientamento Oncologico
 Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele
 P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ

Gentile Signora, Gentile Signore,

siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso il nostro Ospedale: grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni che forniamo alla cittadinanza.

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nelle fasi successive di trattamento ed elaborazione dati. Risponda alle domande che ritiene opportune, completare il questionario non è obbligatorio.

Chi compila il questionario è: il paziente stesso genitore, parente, altro

➔ Il paziente è:

<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	
<input type="checkbox"/> di nazionalità italiana	<input type="checkbox"/> di nazionalità straniera	
<input type="checkbox"/> residente in provincia di Brindisi	<input type="checkbox"/> residente in Regione Puglia	<input type="checkbox"/> residente fuori Regione Puglia
Eta:		

➔ Per quale motivo ha scelto questa struttura sanitaria?

- Me l'ha consigliata il medico di base
- E' il centro di riferimento per la mia patologia
- Me l'hanno consigliata amici/ familiari
- Conosco gli operatori e ho fiducia in loro
- E' vicina a casa
- Altro (specificare) _____

➔ Come valuta la facilità di accesso all'Ospedale?

	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
Visibilità segnaletica esterna della struttura					
Mezzi di trasporto					
Parcheggio					

→ Come valuta l'accoglienza del servizio?

	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
Accoglienza del personale medico					
Accoglienza del personale infermieristico					
Ascolto e disponibilità del personale medico					
Ascolto e disponibilità del personale infermieristico					
Cortesìa e professionalità del personale amministrativo					

→ Come valuta la professionalità del personale medico?

	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
Competenza					
Qualità umane / Cortesìa					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

→ Come valuta la professionalità del personale infermieristico?

	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
Competenza					
Qualità umane / Cortesìa					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

→ Come valuta la professionalità del personale amministrativo?

	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
Competenza					
Qualità umane / Cortesìa					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

➔ **Valutazioni personali**

	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
Complessivamente, quanto è soddisfatto					

➔ **Ritiene sia opportuno apportare miglioramenti in questo Ospedale?**

SI NO

Se sì quali sono i tre aspetti principali che, secondo Lei, andrebbero sicuramente migliorati in questo Ospedale?

1 _____

2 _____

3 _____

ALLEGATO 11 – SCHEDA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL CAREGIVER



Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente in _____
Via _____ cellulare _____
email _____

informato/a della possibilità di indicare una persona a mia scelta che possa rimanere al mio fianco durante gli accessi ambulatoriali C.Or.O. dichiara di:

NON indicare nessuna persona;

di indicare come CAREGIVER il/la sig./sig.ra _____,
nato/a a _____ (Prov. ____) il _____ e residente in
_____ (Prov. ____) alla via _____

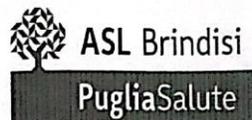
Con la presente espressione di volontà, il/la sottoscritto/a autorizza la comunicazione delle informazioni in ordine al proprio stato di salute alla persona da me indicata in ottemperanza a quanto previsto per la tutela della protezione dei dati personali di cui al D. Lgs. n. 101 del 2018 (adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679).

Sede e data _____

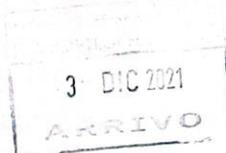
Firma dell'interessato/a _____

L'Operatore _____

ALLEGATO 12 - PERCORSO DIAGNOSTICO E VISITE SPECIALISTICHE DEDICATE AL PAZIENTE PRESO IN CARICO DAL C.OR.O DI FRANCAVILLA FONTANA – NOTA PROT. N. 98522 DEL 6 DICEMBRE 2021

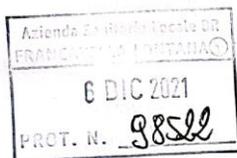


Presidio ospedaliero "D. Camberlingo" –
Via Mons. A. Franco 72021 - FRANCAVILLA FONTANA
Tel. 0831/851111 - fax 0831/851263



Francavilla Fontana, 2.12.2021

**Alla c.a. del Direttore Generale ASL Brindisi,
Direttore Sanitario ASL Brindisi,
Direttore Amministrativo ASL Brindisi,
Al Direttore Medico P.O. Camberlingo-Francavilla Fontana
Al Direttore Amministrativo P.O. Camberlingo-Francavilla Fontana
e p.c
Direttore UOC Radiologia P.O. Camberlingo-Francavilla Fontana
Direttore UOC Medicina Nucleare Osp. "Perrino" Brindisi
Direttore UOC Chirurgia P.O. Camberlingo-Francavilla Fontana
Direttore UOSD Chirurgia Senologica Osp. "Perrino" Brindisi
Direttore UOC Ginecologia P.O. Camberlingo-Francavilla Fontana
Direttore UOC Cardiologia P.O. Camberlingo-Francavilla Fontana**



Oggetto: Attività Centro di orientamento oncologico Francavilla Fontana

Con la presente si segnala che dal 30.11.2021 è stato attivato il Centro di orientamento oncologico (CorO) di Francavilla Fontana.

La sede è presso la stanza n. 7 situata nella UOC di Oncologia al 5° piano dell'Ospedale "Dario Camberlingo" di Francavilla Fontana.

Il numero dedicato è 0831/851510, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,30 e il martedì e giovedì dalle 15,00 alle 17,00.

Si allega alla presente la programmazione dei percorsi diagnostici e delle visite specialistiche dedicati ai pazienti presi in carico dal C.Or.O di Francavilla Fontana.

Distinti Saluti

Il Responsabile C.Or.O Francavilla Fontana

Dr.ssa Palma Fedele
AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
P.O. FRANCAVILLA FONTANA
UOC ONCOLOGIA
Dr.ssa PALMA FEDELE
Cod. 7 12 1 3 1



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



ASL Brindisi



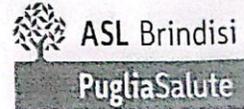
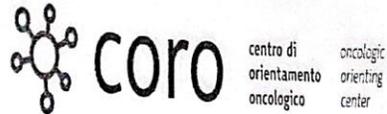
Allegato 1

Percorso diagnostico e visite specialistiche dedicate al paziente preso in carico dal C.Or.O di Francavilla Fontana

- 1) Esami strumentali radiologici c/o UOC Radiologia Osp. "Camberlingo" Francavilla Fontana (dott. Anglani)**
 - N° 2 TC alla settimana
 - ecografie: martedì e giovedì alle h 10.00
 - esami di radiologia: martedì e giovedì alle h 10.00
- 2) Esami di Medicina Nucleare c/o UOC Medicina Nucleare Osp. "Perrino" Brindisi (dott. Niccoli Asabella)**
 - 1 PET ogni giovedì
 - 1 Scintigrafia Ossea ogni giovedì
- 3) Visita Chirurgica c/o UOC Chirurgia Osp. "Camberlingo" Francavilla Fontana (dott. Bellanova)**
 - N° 2 visite il lunedì alle h 13.00 nell'ambito del GICOF (Gruppo multidisciplinare di Chirurgia Oncologica Francavilla)
- 4) Visita Chirurgia Senologica c/o UOSD Chirurgia Senologica c/o Osp. "Perrino" Brindisi (Dott. Burlizzi)**
 - N° 1 visita il lunedì h 10.00
 - N° 1 visita il mercoledì h 10.00
- 5) Visita ginecologica c/o UOC Ginecologia Osp. "Camberlingo" Francavilla Fontana (Dott. Stomati, Dr Difiore)**
 - N° 2 visite il venerdì alle ore 14
- 6) visita cardiologica + ecocardiogramma c/o UOC Cardiologia Osp. "Camberlingo" Francavilla Fontana (dott Giaccari, dott.ssa Melpignano)**
 - N° 1 visita il lunedì h 14,30
 - N° 1 visita il mercoledì h 14.30



**ALLEGATO 13 - ESAMI DI LABORATORIO PAZIENTI C.OR.O - COMUNICAZIONE
DIREZIONE SANITARIA DEL 21 FEBBRAIO 2022**



Presidio ospedaliero "D. Camberlingo" –
Via Mons. A. Franco 72021 - FRANCAVILLA FONTANA
Tel. 0831/851111 - fax 0831/851263

Al Direttore Medico
e p.c. Direttore del Laboratorio
Dott. Cornacchiulo
Sede

Oggetto: Esami di laboratorio pazienti COro

Come da accordi con il Dott. Cornacchiulo, si comunica che gli esami di laboratorio dei pazienti COro, che verranno identificati sulla richiesta SSN con la dicitura "Paziente COro" verranno refertati in giornata.

Cordiali saluti.

N. O.

Francavilla Fontana 21/02/2022

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
P.O. FRANCAVILLA FONTANA
UOC ONCOLOGIA
Dr.ssa PALMA FEDELE
Cod. 7212131

P.O. DI FRANCAVILLA FONTANA
DIREZIONE MEDICA
21 FEB 2022
ARRIVO

ALLEGATO 14 – LETTERA DI PRESENTAZIONE C.OR.O AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE - NOTA PROT. N. 8450 DEL 28 GENNAIO 2022



Presidio ospedaliero "D. Camberlingo" –
Via Mons. A. Franco 72021 - FRANCAVILLA FONTANA
Tel. 0831/851111 - fax 0831/851263

Francavilla Fontana, 28.1.2022

Alla c.a. del Direttore Generale ASL Brindisi,
Direttore Sanitario ASL Brindisi

Oggetto: lettera di presentazione C.Or.O ai medici di Medicina Generale

Si porta a conoscenza delle SS.VV. la lettera informativa per i MMG circa la riattivazione del Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O) di Francavilla Fontana.

Nella stessa sono riportati gli obiettivi del C.Or.O, nonché le modalità di accesso, giorni e orari di attività.

Si segnala che, ad oggi, i componenti assegnati al C.Or.O di Francavilla Fontana sono l'infermiere case manager e l'amministrativo. Si resta in attesa dell'assegnazione delle figure di psicologo e assistente sociale così come indicato nella nota protocollo n 2808 del 28/10/2021.

Tanto per i consequenziali adempimenti di competenza compreso l'aggiornamento della Carta Dei Servizi della Breast Unit.

Distinti saluti



Il Coordinatore C.Or.O Francavilla Fontana

Dr.ssa Palma Fedele



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. na
Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.)
Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele
TEL. 0831.851510

Centro di Orientamento Oncologico
Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele
P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510
email: coro.francavilla@asl.brindisi.it

28.1.2022

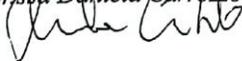
Oggetto: presentazione CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO (C.Or.O) di FRANCAVILLA FONTANA

Gentile collega,
con la presente desideriamo informarti che il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O) di Francavilla Fontana è nuovamente attivo presso il Reparto di Oncologia Medica dell'Ospedale "Dario Camberlingo".
L'obiettivo del C.Or.O è quello di prendere prontamente in carico il paziente con una diagnosi o con un sospetto di malattia neoplastica, orientandolo, informandolo e accompagnandolo attivamente in tutto il percorso assistenziale.

Presso il C.Or.O viene fornito ai nuovi pazienti oncologici (pazienti con sospetta diagnosi di patologia oncologica o con diagnosi recente di neoplasia) il supporto necessario per gli aspetti relativi al percorso diagnostico-terapeutico (es. prenotazione delle prime prestazioni di approfondimento diagnostico delle diverse patologie oncologiche) e per quelli amministrativo-gestionali (es. rilascio esenzione 048).
Il C.Or.O è situato c/o l'UOC di Oncologia, al 5° piano dell'Ospedale "Dario Camberlingo" di Francavilla Fontana e presenta il seguente orario di apertura: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 14.00; il martedì e giovedì dalle 15:00 alle 17:00.
Per prenotazioni telefoniche visite COro/informazioni:
tel 0831/851510
email: coro.francavilla@asl.brindisi.it

Cordiali saluti

L'infermiere case-manager
Dr.ssa Daniela Carrozzo



Il Responsabile C.Or.O
Dr.ssa Palma Fedele



ALLEGATO 15 - CHECK LIST DI VERIFICA CARTELLA C.Or.O.



Centro di Orientamento Oncologico

Coordinatore Dott.ssa Palma Fedele

P.O. "D. Camberlingo" - Francavilla F. - Tel. 0831851510

CHECK LIST DI VERIFICA CARTELLA C.Or.O.

Sig./Sig.ra _____ Data di nascita ___/___/___

N. C.C. _____

ITEM	SI	NO	NP
Diario clinico			
Lettera di presa in carico			
Scheda Sintetica Oncologica			
Consenso informato del paziente alla presa in carico C.Or.O.			
Consenso al trattamento dei dati personali			
Referti di esami di laboratorio			
Referti di esami strumentali			
Referti di consulenze			
Scheda triage per Covid-19			
Scheda rilevazione del dolore			
Scheda di valutazione fragilità			
Scheda di valutazione geriatrica			
Scheda di valutazione patrimonio venoso			
Scheda di identificazione del caregiver			
Scheda psicologica			

NP: Non Previsto

Firma del Coordinatore C.Or.O. (o suo delegato)
