



ASL Brindisi

PugliaSalute

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO-RADIOTERAPICO-RADIODIAGNOSTICO (DOERR) – direttore: Maurizio Portaluri m.portaluri@asl.brindisi.it

VERBALE

Riunione del Comitato di DOERR il giorno **14 giugno 2022 alle ore 10.30** in modalità a distanza

Sono Presenti

Direttore di Dipartimento Dott. Maurizio Portaluri	Si
Direttore UOC Ematologia dott. Domenico Pastore	No
Direttore UOC Medicina Nucleare dott. Artor Niccoli Asabella	Si
Direttore UOC Oncologia Medica dott. Saverio Cinieri	Si
Direttore FF UOC Radiagnostica PO Perrino dott.ssa Elisa Muscogiuri, in collegamento on line	Si
Direttore FF UOC Radiodiagnostica PO Francavilla F. dott. Alessandro Anglani	Si
Direttore UOC Oncologia Francavilla F. dr.ssa Palma Fedele	No
Dirigente Responsabile UOSD DH SO Ostuni/Day Service Fasano dott.ssa Giustina Ricciardi	Si
Dirigente Responsabile UOSD Senologia ospedaliera Dott.ssa Mariangela Capodiecì	No
Dirigente Responsabile UOSD Fisica Sanitaria dott.ssa Maria Natali	Si
Dirigente Responsabile UOSD Senologia Territoriale Dott. Alessandro Galiano	No
Dirigente Responsabile UOSD Dirigente Responsabile UOSD Terapia Antalgica e Cure Palliative dott. Giovanni Vitale	No
Componente elettivo in rappresentanza dei dirigenti dott. Pietro Rizzo	Si
Componente elettivo in rappresentanza dei dirigenti: dott. Alessandro Spina	Si
Componente elettivo in rappres. dei Titolari di Incarichi di Funzione: dott. Alberto Barletta	Si
Referente amministrativo dott.ssa Simona Giannelli	Si

Invitati:

Dirigente Medico UOSD Terapia Antalgica e Cure Palliative dr. Vito Fumai	Si
--	----

Ordine del Giorno:

Approvazione del regolamento interno del DOERR

Il Dott. Portaluri apre i lavori e propone di procedere con la lettura e la approvazione per singolo ar

I componenti del Comitato condividono la modalità proposta

Iniziano i lavori

Il Comitato approva all'unanimità il regolamento allegato

I lavori terminano alle ore 13.00

Brindisi, 14.06.2022

(dr Maurizio Portaluri)

F.to

Il presente verbale è stato approvato da tutti i presenti in modalità telematica.



MAURIZIO
GIOVANNI
AGOSTINO
PORTALURI
Regione
Puglia
29.11.2022
13:19:43
GMT+01:00

REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO-RADIOTERAPICO-RADIODIAGNOSTICO (DOERR) (ART 5 Regolamento di funzionamento dei dipartimenti della ASL Brindisi Delibera 1164/2021)

art. 1 – Il presente regolamento disciplina le attività del Direttore, del Comitato di Dipartimento nonché le modalità di interazione tra le UUOO che compongono il DOERR per quanto già non previsto nel “Regolamento di Funzionamento dei Dipartimenti della ASL di Brindisi” (RFD) approvato con Deliberazione 1164/2021 e dagli altri regolamenti aziendali.

art 2 Il Dipartimento promuove e sviluppa il lavoro interdisciplinare all'interno del Dipartimento stesso nonché con gli altri Dipartimenti della Azienda. A tal fine possono essere costituiti Gruppi Operativi Interdipartimentali Permanenti (GOIP) o Temporanei (GOIT), in relazione a specifici percorsi di cura. I Gruppi Operativi integrano la programmazione regionale sulle “Reti” per patologia.

Il coordinatore del gruppo operativo è nominato, d'intesa, dai direttori dei dipartimenti coinvolti, in base alla specifica competenza in ordine alla tematica del gruppo. La formalizzazione dei gruppi operativi e l'assegnazione agli stessi delle risorse devono essere definite nel piano annuale di attività dei dipartimenti interessati; qualora la formalizzazione intervenga successivamente alla definizione del piano, la formalizzazione dei gruppi stessi e l'assegnazione delle risorse devono essere approvate dalla Direzione Generale.

Il Comitato di Dipartimento

Art. 3 – Viene convocato almeno bimestralmente dal Direttore o da 1/3 dei componenti che lo chiedono al direttore, con posta elettronica da inviarsi almeno 10 giorni prima della data stabilita, con le modalità del successivo art. 5. Le riunioni possono svolgersi in presenza, a distanza o in forma mista su richiesta dei componenti.

Art 4 la partecipazione alla riunione del Comitato è obbligatoria: i componenti convocati comunicano in tempo utile l'impossibilità a partecipare alla riunione.

Art 5 - L'ordine del giorno deve indicare con precisione i temi di discussione. I componenti che vogliono iscrivere all'ordine del giorno uno o più argomenti li comunicano al Direttore di Dipartimento preferibilmente entro i 15 giorni antecedenti la data di convocazione che viene stabilita al termine di ogni riunione per le convocazioni ordinarie.

La convocazione è valida se sono presenti la metà più uno dei componenti. Le decisioni sono assunte a maggioranza più uno. In caso di parità decide il voto del Direttore.

Il CdD si conclude con l'approvazione a maggioranza di decisioni o proposte alla DG che il Direttore deve, rispettivamente, attuare o comunicare alla DG.

Art. 6 Il referente amministrativo redige il verbale di ogni incontro che viene inviato per

posta elettronica in bozza ai componenti effettivi i quali o apportano modifiche nelle parti a loro attribuite rispondendo, al medesimo messaggio con cui lo hanno ricevuto entro tre giorni lavorativi dalla ricezione. Quando tutti i presenti alla seduta a cui il verbale si riferisce hanno comunicato l'approvazione, anche tramite silenzio assenso, il Direttore trasmette il verbale alla Direzione generale, sanitaria ed amministrativa aziendale, nonché ai componenti invitati alla seduta, agli altri Direttori di Dipartimento e al presidente del Collegio di Direzione. I Componenti del CD danno diffusione del verbale all'interno della loro unità operativa.

Art. 7 – Possono partecipare alle riunioni del CdD, oltre le figure previste dall'articolo 5 del RFD, anche altre figure individuate dal Direttore o proposte dai componenti, le cui competenze siano ritenute pertinenti agli argomenti in discussione. L'invito viene formulato dal Direttore nella convocazione.

Piano delle attività

Art 8

Il Direttore predispone annualmente, sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato di Dipartimento, il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, da negoziare con la Direzione Generale, nell'ambito della programmazione aziendale; la programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e dei titolari degli incarichi di funzione assegnati al Dipartimento; è facoltà del Direttore richiedere relazioni sulle attività svolte ai dirigenti assegnati

Comunicazione interna ed esterna

Art. 9 L'identità visiva del dipartimento è coerente con quella della ASL e rappresentata dal suo logo. La carta intestata delle UUOO che compongono il dipartimento ed ogni formato di documento per la comunicazione di referti, relazioni, email ecc. deve riportare sotto il logo della ASL la dicitura "Dipartimento Onco – Ematologico -Radioterapico – Radiodiagnostico" seguito dalla denominazione della UO.

Per le comunicazioni dalle singole UUOO all'interno e all'esterno del DOERR si deve usare la casella di posta elettronica aziendale. Tutti i dirigenti sanitari e non sanitari e i coordinatori afferenti al DOERR devono utilizzare e presidiare gli indirizzi di posta. Ogni UO deve utilizzare e pubblicizzare un indirizzo di posta elettronica.

Presa in carico

Art. 10 Il paziente oncoematologico che entra nel percorso diagnostico-terapeutico della ASL Brindisi da qualunque accesso (ricovero ospedaliero, diagnostica, ALPI, C.O.R.O., CUP degli ambulatori del dipartimento e del territorio, chirurgie aziendali, assistenza domiciliare oncologica ecc.) prosegue nello stesso a mezzo di prenotazioni al

CUP/C.O.R.O., con relativa relazione di accompagnamento dello specialista

Se il paziente è stato preso in carico con consulenza intraospedaliera, gli viene dato appuntamento per l'eventuale successiva visita o prestazione ambulatoriale.

Al termine della prestazione richiesta, un referto della stessa viene inviato allo specialista referente.

Registrazione dell'attività

Art. 11 E' compito di ogni UO curare la massima completezza e tempestività nella registrazione nel CUP dell'attività ambulatoriale svolta. Il CUP, pertanto, si configura quale strumento di registrazione dell'attività assistenziale ambulatoriale.

Con analogo completezza e tempestività ogni UO si comporterà per la compilazione delle SDO.

Ogni UO invia trimestralmente all'Unità Controllo di Gestione, fino alla informatizzazione delle prestazioni rese ad altre UO, l'attività svolta in favore dei pazienti ricoverati secondo la modulistica predisposta.

Art. 12 Le articolazioni del DOERR comunicano tra di loro preferibilmente attraverso strumenti telematici come posta elettronica e sistema documentale fino a quando non sarà disponibile la cartella clinica elettronica

Utilizzazione del personale e delle risorse strutturali e tecnologiche

Art. 13 Il personale temporaneamente assegnato alle UUOO del DOERR, gli spazi e le tecnologie sono da intendersi appartenenti all'azienda sanitaria. Nel rispetto delle norme contrattuali, delle certificazioni e delle specializzazioni necessarie per l'espletamento del ruolo di ciascun professionista, in caso di necessità il personale può essere destinato temporaneamente ad altre UUOO come previsto dall'art. 1 del Regolamento di funzionamento dei Dipartimenti della ASL Brindisi (Deliberazione 1164/2021). Analogamente spazi e tecnologie possono essere condivisi ove ne ricorrano le esigenze e le condizioni di legge.

Tecnologie e presidi

Art 14 Le UUOO del DOERR inviano al CdD le proposte di acquisto o sostituzione di nuove tecnologie. Il CdD le valuta ed invia quelle approvate alla Direzione Sanitaria.

Art 15 Il Direttore di Dipartimento nomina tra i professionisti sanitari un referente per il monitoraggio della obsolescenza e dell'impiego delle apparecchiature biomediche che redige una relazione annuale.

Orario di servizio

Art 16 L'orario di servizio delle UUOO del DOERR si articola preferibilmente su 5 giorni a settimana assicurando nei presidi ospedalieri l'assistenza a turno per i reparti di degenza e nelle strutture di diagnostica per le urgenze.

Negoziazione degli obiettivi aziendali

Art. 17 Entro il mese di gennaio di ogni anno il direttore del DOERR raccoglie dalle UUOO le proposte di obiettivi da proporre alla Direzione Generale e redige il Piano di Azione e di Utilizzazione delle Risorse con il quale negozia gli obiettivi di budget con la DG che verranno poi riassegnati alle UUOO.

Art 18 Entro il mese di gennaio di ogni anno i responsabili di ciascuna unità operativa fanno pervenire al direttore del DOERR una relazione sul raggiungimento degli obiettivi negoziati per l'anno precedente. Il direttore del DOERR redigerà una relazione complessiva alla DG.

Agende CUP, registri di ricovero, tempi massima di attesa e ALPI

Art 19 Le agende CUP per prestazioni ambulatoriali devono essere aperte almeno fino al 31 dicembre di ogni anno e, nel caso in cui siano esaurite prima di quella data, devono essere riproiettate fino al 31 dicembre dell'anno successivo e comunque non devono risultare mai chiuse. E' compito e responsabilità di ogni direttore e responsabile di UO, in ossequio alla normativa vigente, vigilare sul rispetto dei tempi massimi di attesa segnalando al direttore del DOERR quando e per quali prestazioni ciò non sia motivatamente possibile.

Le agende non visibili all'utenza devono riguardare prestazioni di alta specialità o percorsi diagnostico-terapeutici e vanno ridefinite annualmente o all'introduzione di nuove metodiche con decisione del CdD. La presenza di agende non visibili all'utenza deve essere segnalata nel sistema CUP e sul sito aziendale specificando che l'accesso è comunque garantito attraverso richiesta programmabile del medico prescrittore accompagnata da relazione clinica da indirizzarsi direttamente alla UO erogante.

Art 20 I direttori e i responsabili di UO di degenza, con l'ausilio dei coordinatori, tengono il registro dei ricoveri aggiornato con l'esplicitazione delle priorità. In caso di tempi di attesa per ricovero incompatibili con la normativa nazionale, ne danno informazione al direttore del DOERR.

Art 21 I direttori e responsabili di UUOO comunicano, in sede di avvio del DOERR, la propria organizzazione interna relativa all'ALPI (nominativi dei professionisti interessati, giorni orari) e garantiscono il rispetto della normativa in materia.

Normativa privacy, anticorruzione, accreditamento istituzionale, sicurezza e formazione, risk management

Art. 22 Il personale del DOERR è tenuto a formarsi al rispetto della normativa sulla privacy. Il DOERR includerà nel programma formativo la conoscenza della legislazione sulla privacy e sulla sicurezza.

Art 23 il personale del DOERR rispetta le raccomandazioni e le procedure attinenti alla prevenzione e gestione del rischio clinico, nell'ottica del miglioramento continuo della sicurezza delle cure sia attraverso l'implementazione del sistema di incident reporting e degli audit interni sia attraverso la continua analisi dei processi assistenziali volta a individuare e rimuovere possibili failure mode. Il direttore individua un referente per l'area clinica ed uno per l'area radiologica con l'incarico di relazionare annualmente sulle attività suddette.

Art 24 Le UUOO del DOERR sono impegnate a conseguire e a mantenere l'accreditamento istituzionale. Il direttore di dipartimento nomina un referente con il compito di supportare le UUOO in questa attività.

Art 25 Entro il mese di ottobre di ogni anno le UUOO fanno pervenire al CdD le proposte di attività formative il quale le valuta e le inoltra all'Ufficio Formazione. Il direttore di dipartimento nomina un referente che raccoglie le proposte formative e coordina la ricerca clinica spontanea.

Conferenza di dipartimento

Art 26 Tutti i dirigenti ed i titolari degli incarichi di Funzione assegnati al Dipartimento sono convocati almeno una volta all'anno dal Direttore di Dipartimento per discutere i punti critici dell'organizzazione.

Adozione e revisione del regolamento

Art 27 Il Regolamento del Dipartimento approvato viene proposto dal Comitato di Dipartimento e adottato dal Direttore Generale con atto deliberativo, sentite le OO.SS.

Il Regolamento viene sottoposto a revisione ogni qualvolta se ne determini la necessità. La proposta di revisione viene approvata dal Comitato di Dipartimento, che, per il tramite del Direttore di Dipartimento, la propone alla Direzione Generale che, sentite le OO.SS., ha titolo a deliberare le variazioni.

Art. 28 er quanto non previsto dal presente Regolamento si farà riferimento alle vigenti disposizioni normative e contrattuali.

AJzWw1YwXtWmD9SrAjx3wXNj8kwc1lzc99/YpHZB0qxNKYJHI3pT0p22Y0BQ5I9heKdwckjGwxa/
 QpmoWZAJLBMCDMh+aXc4VHWk+Ck6LeVDX0vGypsoiq23d0JJJeGE5DHpyw5I6havsQgn7rUdS0uBR
 qrK5DfT9Eiq7/rjeHNTvJTRbiXiQ4xqKD6TcbujffaMZwNrL0oV6i4IbjVSVrzkd4I18rchcJjnf
 fUFiExGM9KnNACM1X6md08kRABAHdnjflNvPUfz3KRdIwbW5T1WwbUYdkehco6TDMqeKnQvuILpX
 LRm/K5UOfGob1LLWMD4BcxsPuwkzAUHSHGVAHZ8CAwEAAaOCAzUwggMxMH8GCCsGAQUFBwEBBHMw
 cTA4BggrBgEFBQcwAoYsaHR0cDovL2NhY2VydC5wZWMuaXQvY2VydHMvYXJ1YmFwZWmtZWlkYXMT
 ZzIwNQYIKwYBBQUHMAGGKWh0dHA6Ly9vY3NmMDEucGvjLm10L3Zl2FydWJhcGVjLWVpZGFzLWcy
 MB0GA1UdDgQWBbTedyTbySj3+UmmBLjeFtanuTdjhdAFBgNVHSMEGDAwBQT1voTlJ+14cEgYqj7
 wu43TZ/tJTAbBgNVHRIEFDAsgRBpbmZvQGfYdWJhcGVjLm10MIHUBggrBgEFBQcBAwSBxZCBxDAI
 BgYEAISGAQEWcWYGBACORgEDAgEUMAGGBGQAJkYBBDATBgYEAISGAQYwCQYHBACORgEGAJCBiwYG
 BACORgEFMIGAMD4WOGH0dHBz0i8vd3d3LnBlYy5pdC9yZXBvc2l0b3J5L2FydWJhcGVjLXF1YwXp
 Zi1wZHMtaXQucGRmEwJpdDA+FjhodHRwczovL3d3dy5wZWMuaXQvcmVwb3NpdG9yeS9hcnViYXB1
 Yy1xdWFsaWYtcGRzLWVuLnBkZHMCMZw4wggEpBgNVHSAEggEgMIIBHDAJBgcEAIvsQAEDMIIBBQYL
 KwYBBAGB6C0BBWYwgfUwga8GCCsGAQUFBwICMIGiDIGfSwwgcHJlc2VudGUgY2VydG1maWVhdG8g
 w6ggdmFsaWRvIHNVbG8gcGVyIGZpcm1lIGFwcG9zdGUgY29uIHByb2NlZHVyYSBhdXRvbWw0awNh
 LiBUaGUgY2VydG1maWVhdGUGbW5IG9ubHkgYmUgdXNlZCBmb3IgdW5hdHR1bmRlZC9hdXRvbWw0
 aWMgZGlnaXRhbCBzaWduYXR1cmUuMEEGCCsGAQUFBwIBFjVodHRwczovL3d3dy5wZWMuaXQvcmVw
 b3NpdG9yeS9hcnViYXB1Yy1xdWFsaWYtY3BzLnBkZjAGBgQrTBAGMD0GA1UdHwQ2MDQwMqAwoC6G
 LGh0dHA6Ly9jcmwwMS5wZWMuaXQvdmEvYXJ1YmFwZWmtZWlkYXMTZzIvY3J5MA4GA1UdDwEB/wQE
 AwIGQDANBgkqhkiG9w0BAQsFAAOCAgEAj9tR7Tn5UAMEjGpml/6cJXZ/URUuWj3TvcrgFAIRn+Dc
 ziiQ2eyUcpd/kack+oHJkz4E3ZM1j2iS/YffVzcdBcWJq6ItduNwzViCbY59obrH1j1a9vJWDdan
 jv8qf1z9UnaJ/3wSj6KL0XA+TgquC/r419EtRQ74QcZNBzVJWnu0jpoY/hOwnKy19RBI07zHxYW9
 XCA992TTVWAjniSFb/YwQz/+24P3sfiwnSmM74FjvqmisDTSMGj1FeTmXhkBVRPVe7BLSJdmW1e6
 KqKneQI5UUKydJN9FIgCX2FG19AMnattoISJTSKr+OFEqm+F84BUiszgmoEp81tzXMKf4YXNGbb0
 Awmh7D1M1VR30wy6eaa6VqLrMG8RXKqgYji1UREe89QkgUBr9k/znaF+sWBd/FczYNFDZcjHyte0
 qo2G9TIEHcSwiUN5FCAZqrZ4fU4KwetiGqa422Xuipv1ks503pSrEncUgeA2kE5rb0JWmIQLs2hu
 Y3FTOHS8e8d1wTA8pT36YGHDOEITc6jKsmeQHKfj+BpA3zi1niinkxXylV4nFfs17a5qNW/Fkbnj
 13GY18Bi+rXdwEw110QOU5qmcTqScpfdcpsxkqvSNXuEJCAPVJ01ral15NGwWqtOP4awdVMXSHCZ
 lcTtn5JzzG8c4PMD0K0U5w6VLWfDvoI=</ds:X509Certificate>

</ds:X509Data>

</ds:KeyInfo>

<ds:Object>

<xades:QualifyingProperties xmlns:xades="http://uri.etsi.org/01903/v1.3.2#" Target="#Signer-T-1670323713169">

<xades:SignedProperties Id="SignedProperties-Signer-T-1670323713169">

<xades:SignedSignatureProperties>

<xades:SigningTime>2022-12-06T11:48:33+01:00</xades:SigningTime>

<xades:SigningCertificate>

<xades:Cert>

<xades:CertDigest>

<ds:DigestMethod Algorithm="http://www.w3.org/2001/04/xmlenc#sha256"/>

<ds:DigestValue>9jwvLvCuxg2qV90jTKaS0L9Mqxt0eHWJ4eAfGFz0Ess=</ds:DigestValue>

</xades:CertDigest>

<xades:IssuerSerial>

<ds:X509IssuerName>CN=ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G2,OU=Qualified Trust Service Provider,2.5.4.97=#0c1156415449542d3031383739303230353137,0=ArubaPEC S.p.A.,L=Ponte San Pietro,C=IT</ds:X509IssuerName>

<ds:X509SerialNumber>8395825801163641934</ds:X509SerialNumber>

</xades:IssuerSerial>

</xades:Cert>

</xades:SigningCertificate>

</xades:SignedSignatureProperties>

<xades:SignedDataObjectProperties>

<xades:DataObjectFormat ObjectReference="#r-doc-Signer-T-1670323713169">

<xades:MimeType>text/xml</xades:MimeType>

</xades:DataObjectFormat>

<xades:DataObjectFormat ObjectReference="#r-keyinfo-Signer-T-1670323713169">

<xades:MimeType>text/xml</xades:MimeType>

</xades:DataObjectFormat>

</xades:SignedDataObjectProperties>

</xades:SignedProperties>

</xades:QualifyingProperties>

</ds:Object>

</ds:Signature>

</prot:SegnaturaInformatica>