

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	



REGIONE PUGLIA



**RETE ONCOLOGICA PUGLIESE C.O.R.O.
(CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO)
ASL FOGGIA
MANUALE PROCEDURE OPERATIVE**

Comuni ASL FG: Foggia - Cerignola - Manfredonia - San Severo - Lucera - San Giovanni Rotondo - Orta Nova - Torremaggiore - San Nicandro - Garganico - San Marco in Lamis - Vieste - Apricena - Monte Sant'Angelo - Vico del Gargano - Troia - Cagnano Varano - Carapelle - Mattinata - Lesina - Ascoli Satriano - San Paolo di Civitate - Stornara - Stornarella - Ischitella - Carpino - Peschici - Serracapriola - Delicato - Rodi Garganico - Bovino - Zapponata - Biccari - Orsara di Puglia - Poggio Imperiale - Pietramontecorvino - Ordina - Candela - Accadia - Rignano Garganico - Castelluccio dei Sauri - Sant'Agata di Puglia - Casalvecchio di Puglia - Rocchetta - Sant'Antonio - Volturino - Chiesti - Celenza Valfortore - Casalnuovo Monterotaro - Anzano di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Castelluccio Valmaggiore - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Monteleone di Puglia - Carlintino - Alberona - Panni - Motta - Montecorvino - Faeto - Volturara Appula - Isole Tremiti - Celle di San Vito

REDATTO	VERIFICATO	VALIDATO	APPROVATO
Dott. Massimo Lombardi Dirigente Coordinatore Responsabile C.Or.O. Dott.ssa Gabriella Di Matteo Specialista in Formazione Igiene e Medicina Preventiva Dott.ssa Maria Silvestre Medico DS ASL FG Dott.ssa Annarita Stoppiello, Coordinatore Responsabile Servizio Civile ASL FG Dott.ssa Circella Germana CPS C.Or.O.;	Dott.ssa Carmela Fiore Dirigente Medico Responsabile SS. Rischio Clinico Dott.ssa Girolama De Gennaro Dirigente Infermieristico delle Professioni Sanitarie	Dott. Massimo Lombardi Dirigente Coordinatore/Responsabi le C.Or.O. Dott. Matteo Buono Responsabile Hospice Torremaggiore Dott. Angelo Benvenuto Direttore Dipartimento Multidisciplinare Internistico	Dott. Franco Angelo Mezzadri Direttore Sanitario ASL FG Dott. Michelangelo Armenise Direttore Amministrativo ASL FG Dott. Antonio Giuseppe Nigri Direttore Generale ASL FG

Revisione n. 1 - Anno 2023

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. ACRONIMI.....	3
3. C.OR.O. ASL FOGGIA: ASSISTENZA, ORIENTAMENTO E SUPPORTO AL PAZIENTE	4
4. OBIETTIVI	4
5. FUNZIONI.....	4
6. MODELLO ORGANIZZATIVO DEL C.OR.O. ASL FOGGIA	5
7. DOTAZIONE STRUTTURALE.....	6
8. PERSONALE.....	6
8.1 PERSONALE AMMINISTRATIVO	7
8.2 PERSONALE INFERMIERISTICO.....	7
8.3 MEDICO ONCOLOGO.....	8
8.4 PSICO-ONCOLOGO.....	8
8.5 ASSISTENTE SOCIALE.....	8
8.6 VOLONTARI.....	9
8.7 MEDICO DI MEDICINA GENERALE	10
9. MODALITÀ OPERATIVE	10
9.1 MODALITÀ DI ACCESSO AL C.OR.O.....	10
9.2 PRIMA VISITA C.OR.O.	11
9.3 SECONDA VISITA C.OR.O.	13
9.4 PRESTAZIONI INDIFFERIBILI EROGATE DALLA COT AI PAZIENTI PRESI IN CARICO DAL C.OR.O	13
10. GESTIONE DOCUMENTAZIONE C.OR.O.	15
10.1 DETTAGLIO SCHEDE	16
10.2 GESTIONE CARTELLA CLINICA C.OR.O.	18
11. FORMAZIONE DEL PERSONALE DEL C.OR.O. P.O. S. SEVERO: INSERIMENTO, REQUISITI, OBBLIGHI.....	18
12. VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE DEFINITE DAL RESPONSABILE	19
13. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI ALL'INTERNO DEL TEAM.....	19
14. CONFLITTO DI INTERESSE E RISERVATEZZA	19
15. INDICATORI DI QUALITÀ.....	20

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

1. PREMESSA

I C.Or.O. sono strutture operative aziendali che orientano e supportano i nuovi pazienti oncologici, assicurandone la presa in carico iniziale e la guida fino al termine del percorso diagnostico-stadiativo con l'affido finale allo specialista per la patologia di competenza.

I C.Or.O. rappresentano, quindi, una vera opportunità per il paziente che, in questo modo, si vedrà realmente al centro dell'iter diagnostico-terapeutico.

La scelta di utilizzare i C.Or.O. permetterà di evitare dispersioni di tempo e risorse, migliorando l'offerta diagnostico-terapeutica in termini di efficienza del sistema e di efficacia delle cure.

I compiti principali affidati ai C.Or.O., infatti, presuppongono un approccio globale alla diagnosi e cura delle patologie tumorali.

Il presente documento assolve alle direttive del “Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico nella Rete Oncologica Pugliese”, deliberato con atto n. 230/2019 “Presenza 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 recepitata mediante Deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 1103 del 16/07/2020 avente come oggetto “Presenza 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 (C.Or.O.) della Rete Oncologica Pugliese (ROP) e relativo regolamento”.

2. ACRONIMI

ASL: Azienda Sanitaria Locale

C.OR.O.: Centro di Orientamento Oncologico

ROP: Rete Oncologica Pugliese

A.Re.S.S.: Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale

MMG: Medico di Medicina Generale

DEU: Dipartimento di Emergenza e Urgenza

CUP: Centro Unico Prenotazione

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

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

3. C.OR.O. ASL FOGGIA: ASSISTENZA, ORIENTAMENTO E SUPPORTO AL PAZIENTE

Il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) della ASL Foggia è la struttura di riferimento del Paziente nell'ambito della Rete Oncologica della Puglia in termini di assistenza, orientamento e supporto.

Il C.Or.O. svolge un duplice ruolo:

- 1) accoglie la persona assistita, informandola in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni;
- 2) svolge mansioni amministrativo-gestionali lungo tutto il percorso diagnostico terapeutico della persona assistita, prevedendo le seguenti principali attività:
 - attivazione del Gruppo Interdisciplinare di Patologia (G.I.P.) di riferimento;
 - verifica della presa in carico della persona assistita e della continuità assistenziale;
 - prenotazione delle prestazioni diagnostiche preliminari;
 - gestione della documentazione informatica;
 - comunicazione costante con gli altri C.Or.O. della Rete, pur rimanendo garantita alla persona assistita la libertà di scegliere la sede dove farsi curare.

Per le patologie oncologiche non trattate nella ASL Foggia, la persona assistita, adeguatamente informata, dev'essere indirizzata presso gli altri Centri Hub della Rete Oncologica della Puglia.

4. OBIETTIVI

L'obiettivo è quello di accompagnare la Persona Assistita, in modo coordinato, appropriato e tempestivo, nel percorso di diagnosi e cura della malattia oncologica all'interno dell'Azienda, informandola e indirizzandola presso i Centri della ASL Foggia che la Rete Oncologica ha individuato come Hub per le singole patologie tumorali in base a criteri di attività e di qualità, pur rimanendo garantita alla Persona assistita la libertà di scegliere la sede dove farsi curare.

5. FUNZIONI

Le funzioni principali del C.Or.O., sono:

- informazione;
- accoglienza;
- funzioni amministrative e gestionali;
- supporto al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (P.D.T.A.).

I compiti e le funzioni svolti dal personale coinvolto all'interno del C.Or.O. della ASL Foggia sono definiti, ciascuno per relativo ambito di competenza professionale, al paragrafo "Personale".

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	



Figure 1 - Funzioni principali C.Or.O. Asl Fg

6. MODELLO ORGANIZZATIVO DEL C.OR.O. ASL FOGGIA

Il modello organizzativo del C.Or.O. ASL Foggia prevede un nucleo centrale, con un Responsabile con sede principale presso la U.O. di Oncologia del P.O. “Masselli-Mascia” di San Severo.

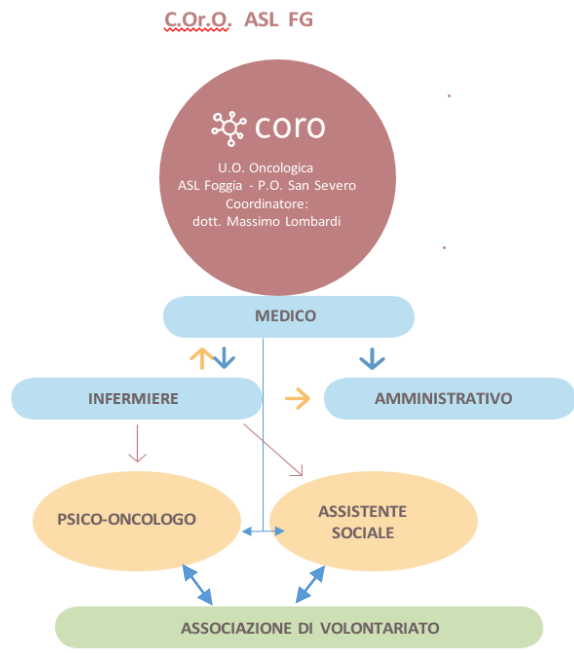


Figure 2 - Modello organizzativo C.Or.O. Asl Fg

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

7. DOTAZIONE STRUTTURALE

Il C.Or.O. è situato nel P.O. di San Severo, al piano Terzo, in locali adiacenti alla U.O. di Oncologia.

È dotato di una stanza per il medico, una stanza per l'infermiere, una per il personale amministrativo, una per lo psico-oncologo ed una sala d'attesa interattiva, confortevole per i pazienti. Tutte le stanze sono dotate di rete informatica, servizi telefonici e relativi computer; la sala di attesa, inoltre, è dotata di punto internet e TV. Tutta l'area del C.Or.O. è provvista di segnalazione conforme alla grafica regionale.

Il centro C.Or.O. è dotato di una linea telefonica fissa e di una linea telefonica mobile; i pc disponibili per il personale sono dotati di software CUP-IE OPERA, Edotto, COREHealth, Sist, Talete.

8. PERSONALE

Il C.Or.O. nella sua configurazione minima, dev'essere composto da:

- Medico;
- Infermiere;
- Amministrativo;
- Psico-oncologo;
- Assistente Sociale;
- 1-2 volontari.

Nella configurazione del C.Or.O. della ASL Foggia rientra anche il referente dei Medici di Medicina Generale, così come definito dalla Delibera n. 844 del 15 giugno 2020. Tanto deriva dalla sempre più pregnante necessità di coinvolgere i Medici di medicina generale, attraverso la collaborazione dei Direttori di Distretto, nella definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici nelle diverse patologie neoplastiche.

TABELLA 1: PERSONALE OPERANTE C.OR.O. ASL FOGGIA – P.O. SAN SEVERO

1. Medico Oncologo - Coordinatore C.Or.O.
2. Medico Oncologo
3. MMG referente
4. Psico-Ocologo
5. Assistente Sociale
6. Infermiere care-manager
7. Amministrativo
8. Associazioni Di Volontariato
- A.d.O.S. Associazione di Oncologia Solidale” S. Lombardi Torremaggiore Aderente al RUNTS
- Associazione “Esserci” – San Severo

I compiti e le funzioni svolti all'interno del C.Or.O. della ASL Foggia sono di seguito definiti.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

8.1 PERSONALE AMMINISTRATIVO

Il personale amministrativo risponde al n. verde della ROP (800.185003), al numero dedicato del C.Or.O. attivato dalla ASL Foggia (338.9365907), gestendo il primo contatto con i pazienti. Nel dettaglio il personale amministrativo si occupa di:

- raccogliere i dati anagrafici ed inserire gli stessi nel database dedicato e nella piattaforma regionale COREHealth;
- prenotare gli esami;
- gestire le procedure di assegnazione esenzione ticket per patologie (048) su indicazione dell'oncologo;
- calendarizzare gli eventi parte del percorso diagnostico-terapeutico del paziente;
- tenere ed aggiornare i contatti (indirizzi, mail, n. telefonici) con gli altri C.Or.O. e di tutti i servizi Sanitari e Sociali del Territorio;
- custodire la documentazione del fascicolo sanitario del paziente;
- attivare il personale sanitario per la presa in carico del caso;
- rendicontare trimestralmente le attività del C.Or.O.;
- partecipare alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica Pugliese.

8.2 PERSONALE INFERMIERISTICO

Il Personale Infermieristico ha il compito di:

- accogliere i pazienti e valutare le specifiche necessità (problemi assistenziali, psicologici, sociali, nutrizionali, di comorbidità);
- effettuare la pre-accettazione dei pazienti in “prima consulenza C.Or.O.”;
- consegnare le impegnative e i moduli per esecuzione degli esami;
- consegnare il modulo di informativa e consenso al trattamento dei dati personali (allegato n.3), da ritirare debitamente compilato e firmato dal paziente;
- compilare la Scheda di valutazione del dolore (allegato n.6);
- gestire il colloquio con il paziente e compilare le schede di fragilità (allegato n.7) con eventuale attivazione del Servizio di Psicologia su richiesta del paziente e coinvolgimento dell'Assistente Sociale (quando necessario);
- compilare la Scheda di valutazione geriatrica (allegato n.8) e la Scheda valutazione del patrimonio venoso (allegato n.9);
- compilare il Promemoria di appuntamento con lo psico-oncologo (allegato n. 12);
- somministrare al paziente la Scheda di autovalutazione dell'ansia (allegato n.13), la Scheda di autovalutazione della depressione (allegato n.14) e la Scheda di autovalutazione del disagio (stress) (allegato n.15);
- compilare e consegnare il Promemoria degli esami da eseguire (allegato n.16);
- consegnare il Questionario anonimo per la valutazione della qualità del servizio (allegato n.17);
- compilare la Check list di verifica della documentazione in cartella (allegato n.18);
- raccogliere i referti e predisporre la documentazione per le visite successive;
- accertata la patologia tumorale (mammella, cervice uterina e colon retto) di un paziente, trasmettere al Servizio Screening l'informativa al fine di sottoporre a

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

- controllo i parenti di primo grado rientranti nel target previsto;
- eseguire il monitoraggio della presa in carico (Attiva i GIP e verifica l'aderenza ai PDTA);
- collaborare per la rendicontazione trimestrale del C.Or.O.;
- partecipare alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica Pugliese.

8.3 MEDICO ONCOLOGO

L'Oncologo responsabile del centro coordina il centro ed il suo personale.

Il Medico Oncologo:

- effettua la "prima consulenza del C.Or.O." ed il colloquio con il paziente e valuta le necessità, anche in ragione degli input infermieristici, di attivare il percorso diagnostico terapeutico;
- valuta la documentazione sanitaria prodotta dallo specialista e/o MMG e, se necessario, arruola il paziente nel percorso terapeutico;
- informa a mezzo relazione il MMG (allegato n.1);
- avvia il paziente, dopo aver caratterizzato la patologia, ai GIP di competenza;
- agevola il raccordo tra paziente e servizi distrettuali per accesso ad ausili protesici o dispositivi medici correlati alla patologia neoplastica;
- chiarisce ogni dubbio del paziente in merito al consenso informato all'esecuzione di indagini e procedure specifiche;
- partecipa alle riunioni o eventi formativi della Rete oncologica pugliese;
- è responsabile del coordinamento e della formazione del personale infermieristico e amministrativo del C.Or.O.;
- cura l'implementazione del database C.Or.O. relativo al paziente.

L'Oncologo Responsabile si occupa inoltre della redazione dei seguenti documenti:

- lettera di presa in carico al MMG (allegato n.1);
- Scheda Sintetica Oncologica (SSO, allegato n.2)
- impegnative per l'esecuzione di esami e procedure previste;
- relazione conclusiva oncologica;
- report periodico sulle performance e sulle attività del C.Or.O.;
- report periodico sulle attività dei GIOP infra-aziendali al Di.Onc di Capitanata.

8.4 PSICO-ONCOLOGO

Lo Psico-oncologo si occupa in dettaglio:

- del counselling con tutti i pazienti che presentano indicazione specifica, anche sulla base delle indicazioni dell'infermiere, e della compilazione della Cartella Psicologica (allegato n.11);
- della pianificazione sedute periodiche in funzione della complessità del paziente e della fase di malattia.

8.5 ASSISTENTE SOCIALE

L'assistente sociale si occupa di:

- prendere in carico i pazienti che presentano specifica necessità di carattere

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

- oncologico, anche attraverso l'utilizzo della "scheda di fragilità socio-sanitaria";
- informare ed orientare il paziente verso un corretto utilizzo dei vari servizi socio-sanitari esistenti sul territorio (screening oncologici, cure palliative, assistenza domiciliare oncologica e relativi servizi di supporto psicologico);
- fornire informazioni circa la tutela dei diritti del paziente oncologico di carattere previdenziale e assistenziale;
- gestire e coordinare centri di ascolto oncologici in favore del paziente e dei loro familiari;
- creare o attivare reti di supporto per i pazienti oncologici e i relativi caregiver;
- contribuire all'organizzazione di corsi di formazione per il personale del C.Or.O. e dei volontari.

8.6 VOLONTARI

I volontari sono coinvolti nella:

- collaborazione in termini di accoglienza e ascolto degli utenti;
- facilitazione dei contatti tra i C.Or.O. della ROP finalizzato al confronto e all'implementazione di buone pratiche;
- supporto e accompagnamento alla gestione dei percorsi di cura e assistenza per i caregiver;
- informazione circa i programmi di screening e sui percorsi di prevenzione secondaria attivati nella ASL;
- rilevazione di bisogni specifici e particolarmente impattanti sulla qualità di vita dei pazienti;
- somministrazione di questionari o "Check list" specifiche per la valutazione degli aspetti relativi alla "umanizzazione delle cure";
- supporto ai pazienti nella compilazione di questionari anonimi sulla qualità delle cure mantenendo il focus su particolari fasi del percorso (es. gestione del fine vita in hospice o in assistenza domiciliare).

Nell'ambito della rete dei volontari, prezioso contributo è offerto dagli operatori volontari del **Servizio Civile Universale ASL FG**.

Nello specifico tutti gli operatori coinvolti si occupano della:

- formazione dei pazienti e dei caregivers finalizzata al corretto utilizzo dei sistemi digitali a disposizione del C.Or.O.;
- collaborazione alla gestione dell'agenda digitale del C.Or.O. delle prenotazioni di visite ed esami presso le varie unità operative di competenza;
- informazione e supporto finalizzato all'utilizzo consapevole delle potenzialità dell'APP Puglia Salute e del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- informazione e supporto al paziente e al caregiver per la predisposizione delle istanze relative ai contributi economici dedicati alla non autosufficienza grave come: Assegno di Cura, Assegno Caregiver, Pro.V.I;
- rilevazione dei bisogni digitali, attraverso il Questionario competenze e gradimento dei servizi digitali offerti (allegato n.19) da somministrare al paziente e al caregiver, al fine di programmare interventi di educazione digitali mirati.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

8.7 REFERENTE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il Referente Medico di Medicina Generale:

- partecipa alle riunioni e ai feedback del personale C.Or.O. indicando azioni di miglioramento di integrazione C.Or.O. – Territorio;
- collabora nella organizzazione della formazione ai colleghi MMG operanti sul territorio in base alle necessità rilevate;
- fornisce supporto nei contatti con la Rete oncologica regionale per la presa in carico del paziente necessitante cure palliative ed aiuta i familiari nella elaborazione del lutto;
- cura aspetti riabilitativi collaborando con l'assistente sociale del C.Or.O. al reinserimento sociale e alla risoluzione delle fragilità sociali;
- collabora nella stesura di un periodico report di news per il costante aggiornamento dei medici e dei pazienti.

Inoltre provvede a programmare momenti di confronto formativi riguardo:

- prevenzione primaria: cambiamenti degli stili di vita;
- prevenzione secondaria: motivazione all'adesione ai programmi di screening regionali.

9. MODALITÀ OPERATIVE

La prestazione "Visita C.Or.O." viene refertata allo stato attuale su sistema cartaceo nelle more del completamento del sistema informatico.

Tutti gli esami vengono prenotati attraverso l'utilizzo di liste "dedicate" o attraverso il CUP o attraverso contatto diretto con i Servizi che effettuano l'esame.

Alla Persona Assistita vengono sempre fornite tutte le informazioni inerenti l'esame e rilasciato pro-memoria scritto della prenotazione.

9.1 MODALITÀ DI ACCESSO AL C.OR.O.

Al C.Or.O. si accede attraverso:

- a) Accesso spontaneo del paziente per contatto diretto con il C.Or.O. (accesso diretto chiamando la segreteria del C.Or.O.):
 - Al primo contatto telefonico, l'infermiere registra la chiamata nell'agenda C.Or.O., annotando l'anagrafica del paziente e i recapiti telefonici sulla Cartella C.Or.O. e successivamente su "Primo contatto della Cartella clinica Talete" (attualmente in sperimentazione).

Alla chiamata l'infermiere fornisce inoltre:

- indicazioni circa come raggiungere l'ambulatorio C.Or.O.;
- 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.") e qualora il paziente sia impossibilitato

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

a raggiungere il MMG o non abbia le esenzioni, tale operazione viene eseguita all'atto della visita dal personale C.Or.O.;

- programma il primo appuntamento utile e lo registra in agenda entro 3 gg dalla data di richiesta.

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

b) Medico di Medicina Generale (MMG) – Specialisti:

- qualora la richiesta venga dal MMG o da altro specialista, sarà cura di questi inviare la documentazione clinica al medico del C.Or.O. oltre a fornire i dati necessari per contattare il paziente a domicilio e comunicare la data della visita. La stessa visita verrà espletata entro 3 gg lavorativi dalla segnalazione;

c) screening:

- qualora il /la paziente venga segnalato dal centro screening, tale struttura provvede, a mezzo mail, ad inviare le generalità del paziente e l'esame eseguito; entro 3 gg lavorativi il/la paziente viene contattato a domicilio dal personale C.Or.O. per eseguire la prima visita;

d) altri reparti (paziente ricoverato);

e) Dipartimento di Emergenza e Urgenza (D.E.U.);

f) invio da altri C.Or.O.;

g) invio da Gruppi Interdisciplinari di Patologia (es. Breast Unit, ecc...).

Gli accessi possono avvenire per contatto telefonico al numero C.Or.O. (linea fissa 0882 200494 - linea mobile 338 9365907) e per email all'indirizzo mail coro.posansevero.lombardi@aslfg.it o per accesso diretto del paziente o del suo caregiver che si presenta nella sede del C.Or.O. negli orari prestabiliti.

9.2 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 3° piano del P.O. di S. Severo dall'infermiere care-manager, che avrà il compito di registrare l'impegnativa di "prima visita oncologica C.Or.O." prodotta dal MMG o dallo specialista.

L'agenda dedicata alle prestazioni del C.Or.O. dell'ASL Foggia è registrata sulla piattaforma Edotto e denominata "ONCOLOGIA-PROGETTO C.OR.O."

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 l'eventuale documentazione clinica in possesso del paziente e compila la Scheda Sintetica Oncologica (allegato n.2).

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.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

Nel corso della prima visita inoltre, viene compilata la Scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica (allegato n.10), con indicazione di data, ora, nome e firma del professionista sanitario (medico, infermiere) che – coinvolto a pieno titolo nel processo terapeutico - ha raccolto le informazioni al momento dell’accesso. La stessa deve essere completata entro 24 ore dalla presa in carico del paziente; inoltre, se viene eseguita in fasi successive, ogni atto deve essere documentato.

Nel caso in cui, già a seguito della prima visita, il medico oncologo disponga gli approfondimenti necessari a formulare diagnosi e proposta terapeutica, può decidere di portare il caso in discussione ai Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP).

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 (della durata di 2 mesi, rinnovabili).

L’infermiere care-manager provvede, quindi, a prenotare gli esami richiesti utilizzando le liste riservate messe a disposizione da ogni Unità Operativa (es.: Radiologia, Medicina nucleare, Cardiologia, Ginecologia ecc.), e la seconda visita C.Or.O..

L’infermiere, con l’ausilio del medico oncologo, somministra al paziente la “Scheda di fragilità” (allegato 7) utilizzata per l’individuazione di fattori familiari che possano incidere nella gestione del paziente oncologico (es.: 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 ed allo psicologo del team. Il medico oncologo e l’infermiere dedicato al termine della visita firmano, in modo leggibile e con timbro, la Scheda Sintetica Oncologica (allegato n.2).

L’infermiere, 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. Nell’ambito della 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 (allegato n.2).

Al termine della prima visita C.Or.O. viene rilasciata al paziente la lettera di presa in carico (allegato n.1) 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, l’infermiere care-manager ed il medico oncologo contattano il Medico di Medicina Generale per la presa in carico del paziente e l’attivazione dei servizi sociosanitari

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

necessari (ADI, specialisti ecc.).

In questo caso viene rilasciata al paziente relazione riportante l'indicazione alla terapia di supporto che consegnerà in copia al MMG.

9.3 SECONDA VISITA C.OR.O.

Gli esiti degli esami richiesti vengono sottoposti dall'infermiere all'attenzione del medico oncologo e, se non definita in occasione della prima visita, viene programmata la seconda visita e contattato il paziente.

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 ed invia il paziente al 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.

In occasione della seconda visita C.Or.O. viene consegnata al paziente una 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 per il paziente.

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 stesso e dei caregiver, non dovesse essere possibile garantire il prosieguo dell'iter diagnostico e/o terapeutico, l'infermiere care-manager ed il medico oncologo contattano il Medico di Medicina Generale per la presa in carico del paziente e l'attivazione dei servizi sociosanitari necessari (ADI, specialisti ecc.).

9.4 PRESTAZIONI INDIFFERIBILI EROGATE DALLA COT AI PAZIENTI PRESI IN CARICO DAL C.OR.O.

Il Documento AGENAS del luglio 2021 recante "Modelli e standard di sviluppo dell'Assistenza Territoriale del SSN" declina ruolo, funzioni ed attori coinvolti in una Centrale Operativa Territoriale.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

DOCUMENTO AGENAS: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - 2021	
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)	
DEFINIZIONE	COT è un modello organizzativo che svolge funzioni di: - coordinamento della presa in carico della persona; - raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliera; - dialogo con la rete emergenza - urgenza
FUNZIONI	- Coordinamento e presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti in diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting assistenziali) - Coordinamento /ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale; - tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro e da un livello clinico e assistenziale all'altro; - Supporto informativi e logistico, ai professionisti della rete riguardo le attività e servizi distrettuali; - Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.
ATTIVAZIONE	Tutti gli attori, operatori e professionisti del sistema (compreso i familiari, limitativamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento)

In accordo a tanto, la COT della ASL FG si impegna a fornire assistenza sanitaria di tipo infermieristico anche ai pazienti in carico al C.Or.O., nell'ambito di prestazioni infermieristiche indifferibili che non rientrano nelle seguenti attività:

- di routine (demandabili al servizio di assistenza domiciliare integrata);
- di emergenza (che richiedono l'attivazione del servizio 118).

L'erogazione del servizio è subordinata alla compilazione di un modulo di consenso da parte dell'infermiere e dell'utente (allegato n. 20).

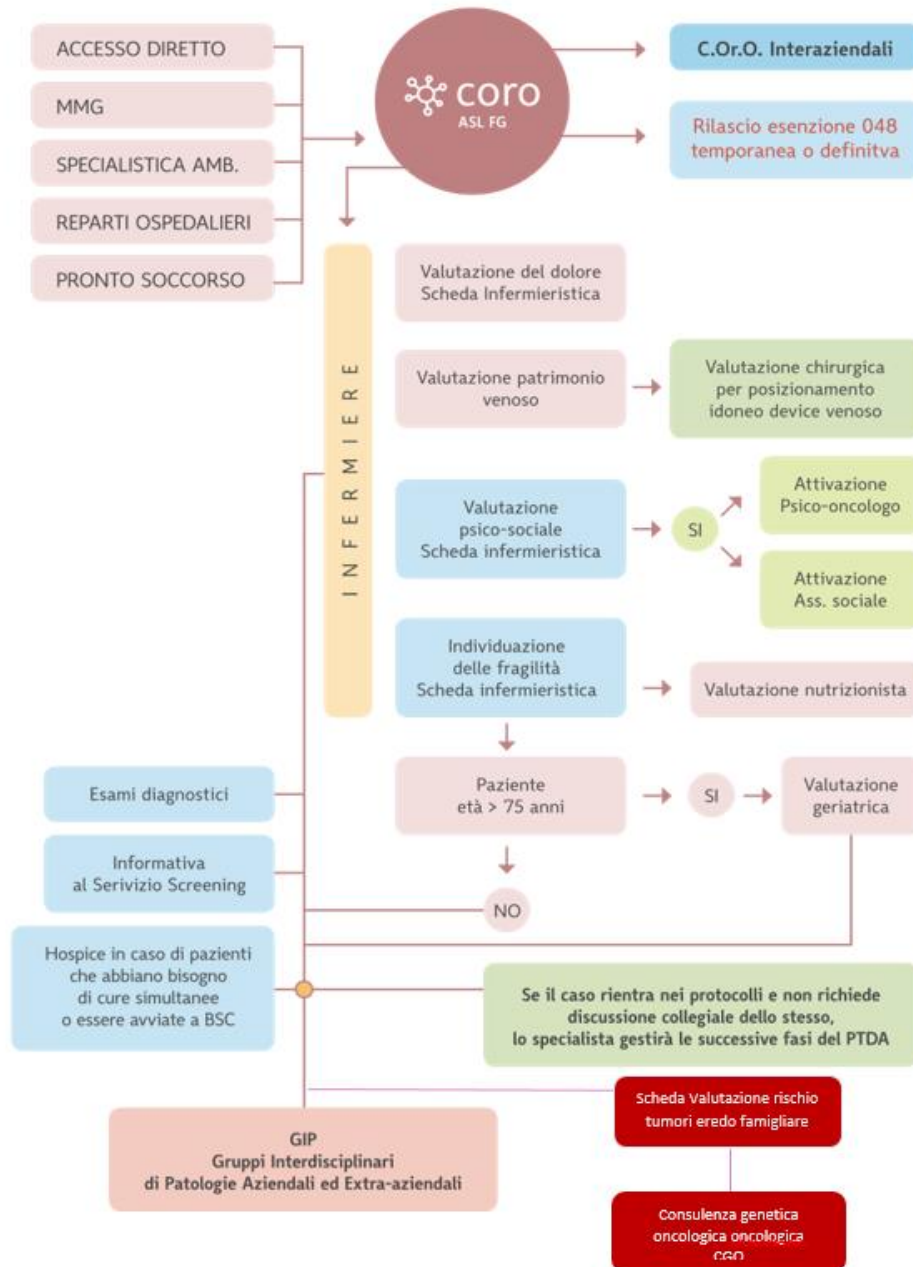


Figure 3 - Percorso del paziente oncologico nel C.Or.O. ASL Foggia – P.O. San Severo

10. GESTIONE DOCUMENTAZIONE 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).

La cartella C.Or.O. contiene:

- 1) Lettera di presa in carico al MMG (allegato n.1);

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

- 2) Scheda Sintetica Oncologica (SSO) (allegato n.2);
- 3) Informativa e consenso 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 n.3)
- 4) copie referti di tutti gli esami di laboratorio;
- 5) copie referti di tutti gli esami strumentali;
- 6) referti di eventuali consulenze richieste ed eseguite;
- 7) Scheda identificazione caregiver, se presente (allegato n.4);
- 8) Scheda valutazione rischio eredo-familiare per patologia oncologica della mammella e dell'ovaio in pazienti con mutazioni di geni (allegato n.5);
- 9) Scheda di rilevazione del dolore, compilata dal medico oncologo e/o dall'infermiere alla prima visita (allegato n.6);
- 10) Scheda di valutazione delle fragilità, la cui compilazione avviene a cura dell'infermiere per eventuali segnalazioni allo Psiconcologo e/o all'Assistente Sociale (allegato n.7);
- 11) 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 (allegato n.8);
- 12) Scheda di valutazione del patrimonio venoso, compilata dal personale infermieristico alla prima visita (allegato n.9);
- 13) Scheda riconciliazione farmacologica (allegato n.10);
- 14) Cartella psicologica (allegato n.11)
- 15) Promemoria appuntamento con lo psiconcologo (allegato n.12);
- 16) Scheda di autovalutazione dell'ansia (allegato n.13);
- 17) Scheda di autovalutazione della depressione (allegato n.14);
- 18) Scheda di valutazione del disagio (stress) emotivo (allegato n.15)
- 19) Promemoria esami (allegato n.16)
- 20) Scheda di valutazione della qualità del servizio (allegato n.17)
- 21) Check list di verifica cartella C.Or.O. (allegato n.18)
- 22) Questionario competenze e gradimento dei servizi digitali offerti (allegato n.19)
- 23) Modulo richiesta prestazioni infermieristiche indifferibili (allegato n.20)

10.1 DETTAGLIO SCHEDE

Di seguito sono riportati i dettagli delle singole schede valutative allegate in cartella:

A) SCHEDE VALUTAZIONE DOLORE

L'infermiere, spiegando al paziente della necessità di misurare eventuale dolore presente, rileva:

- sede del dolore;
- sospetta causa;
- possibile qualità;
- intensità del dolore (usando la scala NRS);
- temporalità;
- insorgenza;
- eventuale terapia antidolorifica assunta dal paziente.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

Se necessario, in riferimento alla scala dell'OMS (gradino 1 dolore lieve, gradino 2 dolore moderato, gradino 3 dolore severo) il paziente viene valutato dapprima dall'oncologo del C.Or.O. per un primo programma terapeutico; in caso di non compenso antalgico, viene avviato a visita in ambulatorio dedicato di terapia antalgica nella UOC di Anestesia e Rianimazione del P.O. di S. Severo per l'impostazione della terapia adeguata, consegnando al paziente impegnativa e prenotazione con orario.

B) SCHEDA VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO

La valutazione del patrimonio venoso periferico, la valutazione di fattori legati alla scelta terapeutica (programma chemioterapico e/o nutrizionale) e la valutazione delle condizioni generali del paziente sono fondamentali al fine di definire la necessità di far posizionare il presidio vascolare più appropriato.

L'utilizzo del dispositivo più idoneo è fondamentale per migliorare la compliance terapeutica e per ridurre il disagio del paziente.

Per selezionare il tipo di presidio vascolare bisogna considerare alcuni fattori, quali:

- tipo di terapia prescritta (infusione di farmaci vescicanti o irritanti)
- durata e schedula del trattamento;
- valutazione fisica e anamnesi del paziente (eventuale presenza di malattie croniche, età, diagnosi, prognosi, eventuali allergie, alterazioni motorie presenti...). Tale valutazione verrà effettuata in collaborazione con il team degli accessi vascolari operante nella S.S.D. di Rete Oncologica Ospedale Territorio.

La scheda è costituita da 3 sezioni ognuna delle quali valuterà:

- fattori correlati al paziente;
- fattori correlati al circolo venoso periferico;
- fattori correlati al trattamento.

L'infermiera del C.Or.O., in accordo con il medico, programma la valutazione multidisciplinare effettuata nell' ambulatorio accessi vascolari da:

- oncologo del C.Or.O.;
- anestesista impiantatore;
- infermiere impiantatore;

Successivamente si procede al posizionamento del device vascolare appropriato.

C) SCHEDA VALUTAZIONE GERIATRICA

L'infermiere compila la scheda se il paziente ha età superiore ai 75 anni.

Questo strumento di screening valuta 7 elementi di Mini Nutritional Assessment e l'età del paziente. Le risultanze della valutazione sono così riassumibili:

- a) Punteggio/score >14: pz non a rischio (invio al GIC);
- b) Punteggio/score ≤14: pz a rischio (consulenza Onco-Geriatrica per valutazione se GIC o MMG/CP).

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

D) SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'INVIO ALLO PSICOLOGO E/O ALL'ASSISTENTE SOCIALE

La compilazione della scheda, suddivisa in area biologica, area psicologica/psichiatrica e area sociale permette di definire il grado di complessità, da un punto di vista psicosociale, del paziente.

In presenza di indicatori positivi l'infermiere care-manager segnala le criticità al servizio sociale o a quello psicologico.

Essendo una scheda complessa e di difficile espletazione viene spesso compilata, o completata, nei successivi accessi che il paziente farà durante il percorso diagnostico terapeutico.

La scheda costituisce uno strumento per l'identificazione delle caratteristiche familiari utilizzata dal progetto "Protezione Famiglia" per dare supporto alle famiglie più svantaggiate (presenza di minori, disabili, tossicodipendenti, alcolisti...) che devono affrontare la gestione del malato oncologico, la morte dello stesso e il successivo lutto familiare.

Per riuscire a compilare questa scheda è necessario creare uno spazio riservato in cui il paziente possa esprimersi, favorendo un clima tale da consentire domande private; è fondamentale riuscire a creare una atmosfera relazionale basata sulla fiducia.

10.2 GESTIONE CARTELLA CLINICA C.OR.O.

Le cartelle devono essere riposte, terminato l'utilizzo, nell'apposito schedario C.Or.O., collocato nella stanza visite C.Or.O., presso la SSD Rete Oncologica Ospedale Territorio P.O. "T. Masselli-Mascia" San Severo.

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.

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 i computer della UOC di Oncologia, che è accessibile da ogni ambulatorio e in qualsiasi momento.

Le cartelle cliniche sono conservate in apposito archivio, situato nell'accettazione del C.Or.O. o c/o la SSD Rete Oncologica Ospedale Territorio, 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.

11. FORMAZIONE DEL PERSONALE DEL C.OR.O. P.O. S. SEVERO: INSERIMENTO, REQUISITI, OBBLIGHI

Tutto il personale assegnato al C.Or.O. dell'ASL Foggia P.O. "T. Masselli-Mascia" San Severo, prima dell'impiego in compiti inerenti, deve svolgere un periodo di affiancamento con personale già inserito in organico, con comprovata esperienza e preparazione, che al

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

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. dell'ASL Foggia P.O. "T. Masselli-Mascia" San Severo, ha contatti diretti con l'utenza, è indispensabile che segua periodicamente corsi di aggiornamento per accrescere le capacità comunicative e relazionali.

12. VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE DEFINITE DAL RESPONSABILE

Le competenze del personale C.Or.O. dell'ASL Foggia P.O. "T. Masselli-Mascia" San Severo vengono attestate dal Responsabile C.Or.O. e inviate annualmente alla Direzione Medica di Presidio.

13. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI ALL'INTERNO DEL TEAM

Al fine di consentire ai nuovi inseriti un'integrazione autentica nel gruppo di lavoro del C.Or.O. dell'ASL Foggia - P.O. "T. Masselli-Mascia" di San Severo e la loro partecipazione attiva e consapevole alla politica ed alla 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.

L'ultimo venerdì di ogni mese, il personale del C.Or.O. dell'ASL Foggia - P.O. "T. Masselli-Mascia" San Severo si riunisce nei locali del C.Or.O..

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 ed alle linee guida AIOM.

14. CONFLITTO DI INTERESSE E RISERVATEZZA

Il personale del C.Or.O., compresi i volontari, si impegnano formalmente a non divulgare le informazioni e notizie apprese nell'ambito dell'attività del C.Or.O. e, a tal fine, sono tenuti alla compilazione del questionario sulla dichiarazione di eventuali interessi secondari e del questionario di impegno alla riservatezza opportunamente stilato dal Coordinamento della Rete.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

15. INDICATORI DI QUALITÀ

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.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.1 – Lettera di presa in carico al MMG



C.Or.O.
Centro di Orientamento Oncologico
P.O. "T. Masselli-Mascia" San Severo
Responsabile: dott. Massimo Lombardi
uo.oncologianosansevero.lombardi@aslfg.it
 cell: 3389365907

Al Dott. _____
 Medico curante del paziente _____
 San Severo, _____

Gentile Collega,

Con la presente desideriamo informati che il/la tuo/a paziente giunto a noi

- Per sua segnalazione
- Spontaneamente
- Screening _____
- Specialista _____
- Altro _____

Familiarità Oncologica: _____
 Invio Ambulatorio per lo studio rischio eredo familiare si _____ no
 Comorbilità: _____

Precedenti Interventi: _____

Terapie concomitanti: _____

Esami eseguiti: _____

In data odierna è stato preso in carico dallo specialista del nostro C.Or.O. (Centro di Orientamento Oncologico) dott. _____ per un sospetto di:

Esami da eseguire – Vedi promemoria consegnato e in possesso del paziente.

Per tale motivo è stato affidato per le indagini di II livello e le necessarie cure:

Sarà nostra cura informarla per tramite del paziente sugli sviluppi del caso.

Restiamo a disposizione per ogni ed eventuale necessità o chiarimento.

Infermiere C.Or.O.

Oncologo del C.Or.O.

San Severo, _____



C.Or.O.
CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO
 ASL della Provincia di Foggia
 P.O. "T. Masselli-Mascia" - San Severo
Coordinatore: dott. Massimo Lombardi
 cell. 3389365907

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.2 – Scheda Sintetica Oncologica (SSO)



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE
REGIONALE CO.RO

Cell. C.OrO.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

ANNO _____

Progressivo _____ / _____

Tipologia di accesso:

Contatto telefonico spontaneo MMG specialista altro _____

data ____/____/____ ora ____:____

Sig. _____ nato a _____
il ____/____/____ e residente in _____ Via _____
telefono _____ Cod. Fiscale _____ mail _____
MMG dott. _____ del DSS di _____
telefono _____ cellulare _____ indirizzo email _____
convocato a visita presso il CO.RO in data ____/____/____ alle ore ____:____ presso l'ambulatorio sito c/o la
U.O. di oncologia del P.O. "Masselli Mascia" San Severo.

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

COMPONENTE	QUALIFICA	FIRMA
Dott.	Dirigente medico oncologo	
Dott.	Dirigente psicologo	
Dott.	Assistente sociale	
Dott.	MMG	
Coord. Prof. Sanit.	CPS Infermiere	

2° visita in data ____/____/____ **alle ore** ____:____

COMPONENTE	QUALIFICA	FIRMA
Dott.	Dirigente medico oncologo	
Dott.	Dirigente psicologo	
Dott.	Assistente sociale	
Dott.	MMG	
Coord. Prof. Sanit.	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
	___/___/____ __:___				
	___/___/____ __:___				
	___/___/____ __:___				
	___/___/____ __:___				
	___/___/____ __:___				
	___/___/____ __:___				

Il paziente accetta di eseguire gli esami richiesti all'interno delle strutture su indicate, rilasciandone il consenso.

Firma del paziente

Considerato l'ultimo esame richiesto si programma la 2° visita presso il 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, i referti di visita eseguiti presso il COro si informa il paziente che deve continuare il suo percorso di cura e viene affidato al gruppo interdisciplinare di patologia (GIP) _____ di competenza



ASL Foggia
PugliaSalute

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA
PROVINCIA DI FOGGIA**

**MANUALE PROCEDURE OPERATIVE
C.OR.O.
REV. 1**

**FEBBRAIO
2023**

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 di capitanata.

Inviata comunicata al registro tumori di capitanata: SI NO

L'Oncologo del Coro

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

Breve accesso anamnestico:

Esame Obiettivo

Esami strumentali in possesso

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Ipotesi diagnostica: _____

L'Oncologo del Coro

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

con scadenza in data ___/___/_____

Il paziente informato sulla stato di salute e sul sospetto diagnostico e sulle possibilità diagnostiche-terapeutiche delle strutture ospedaliere operanti sul territorio e sulle possibilità di essere gestito da gruppi oncologici multidisciplinari della ROP

RILASCIA IL CONSENSO alla presa in carico da parte del COro della gestione del percorso diagnostico-terapeutico inerente la gestione della propria malattia/sospetto di malattia, sapendo che i dati personali saranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (il "GDPR").

Firma del paziente _____

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

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

e residente a _____ prov. _____ alla Via _____

Telefono _____ C.F. _____ in qualità di _____

Firma del rappresentante legale _____ Documento di identità _____

NON RILASCIA IL CONSENSO alla gestione del percorso diagnostico del COro, dichiarando di provvedere personalmente alla prenotazione delle indagini diagnostiche finalizzate alla definizione della malattia, nonché alle cure della stessa, presso strutture di propria 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 _____ prov. _____ il _____

e residente a _____ prov. _____ alla Via _____

Telefono _____ C.F. _____ in qualità di _____

Firma del rappresentante legale _____ Documento di identità _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.3 – Modulo per il consenso al trattamento dei 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@asifg.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

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	



**REGIONE
PUGLIA**



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

- 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 (CORéHealth) 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 ARéSS 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.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	



**REGIONE
PUGLIA**



COReHealth
Centrale Operativa
Regionale di Telemedicina
delle Cronicità 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

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

Allegato n.4 – Scheda identificazione caregiver



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca

Coord. Prof. San.: Germana Circella



NUMERO VERDE REGIONALE COVO

c Cell. C.Or.O.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ nato/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./ra _____
nata a _____ (Prov. _____) il _____
e residente in _____ (Prov. _____) alla via _____
tel. _____ mail _____
Documento di riconoscimento: _____

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. Leg. 101 del 2018 (adeguamento alle disposizioni del regolamento UE 2016/679).

San Severo, _____

Firma del paziente _____

L'operatore _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.5 – Scheda valutazione rischio eredo-familiare per patologia oncologica della mammella e dell’ovaio in pazienti con mutazioni di geni



coro

centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca



Cell. C.Or.O.: 338 93 65 907

LEGGE REGIONALE 2 febbraio 2022, n. 1 “Misure per il potenziamento dello screening di popolazione sul tumore mammario e istituzione del programma di valutazione del rischio per pazienti e famiglie con mutazioni geniche germinali”.

CAPO II

PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER TUMORE DELLA MAMMELLA E DELL’OVAIO IN PAZIENTI CON MUTAZIONE DI GENI.

Art. 6

Criteri di avvio del programma di CGO (consulenza genetica oncologica).
comma 1) La CGO è avviata nel rispetto dei criteri indicati dai commi 2 e 3.comma 2)

Il programma è avviato sulle base dei seguenti criteri

- a) pazienti con storia personale di:
1. carcinoma mammario maschile
 2. donna con carcinoma mammario e carcinoma ovarico
 3. donna minore di 36 anni d’età con carcinoma mammario
 4. donna minore di 60 anni d’età con carcinoma mammario triplo negativo
 5. donna minore di 50 anni d’età con carcinoma mammario bilaterale
 6. donna di qualsiasi età con carcinoma ovarico non mucinoso e non borderline
- b) pazienti con storia personale di carcinoma mammario in età inferiore a 50 anni e familiarità di primo grado (anche secondo grado per il lato paterno della parentela) per:
1. carcinoma mammario in soggetto minore di 50 anni d’età
 2. carcinoma ovarico non mucinoso e non borderline, in qualsiasi età
 3. carcinoma mammario bilaterale
 4. carcinoma mammario maschile
 5. carcinoma pancreatico localmente avanzato o metastatico
 6. carcinoma prostatico metastatico
- c) pazienti con storia personale di carcinoma mammario in età superiore a 50 anni e familiarità per carcinoma mammario, ovarico, prostatico metastatico o pancreatico localmente avanzato o metastatico in due o più parenti in primo grado tra loro (anche secondo grado per il lato paterno della parentela)
- d) soggetti sani con precedente identificazione in famiglia di una mutazione ereditaria in un gene predisponente o parente di primo grado (anche secondo grado per il lato paterno della parentela) con storia personale di tumore rispondente ai criteri indicati nelle lettere a), b) e c) comma 3) Per il lato paterno della parentela vanno considerati anche i parenti di secondo grado.

San Severo, _____

Firma del paziente

Firma del medico

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.6 – Scheda di rilevazione del dolore





centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



RETE ONCOLOGICA PUGLIESE

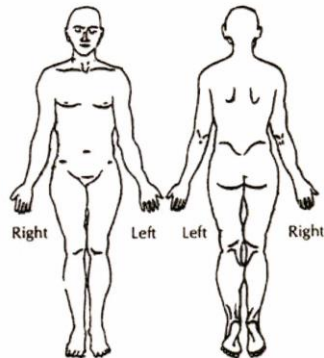
U.O.C. MEDICINA INTERNA- LUNGODEGENZA- ONCOLOGIA
 Direttore: dr. Angelo Benvenuto
 DH - DS ONCOLOGIA
 Dirigente Medico: dr. Massimo Lombardi

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COro
 Cell. C.Or.O.: 338 93 65 907

SCHEDA VALUTAZIONE DOLORE

CORO - ASL DELLE PROVINCIA DI FOGGIA - SAN SEVERO

Sig./Sig.ra _____
 Data di nascita ____/____/____ Patologia _____
 Medico referente _____



1. Sede dolore: _____
 Irradiazione _____

2. Sospetta causa:
- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> compressione delle radici nervose | <input type="checkbox"/> necrosi | <input type="checkbox"/> infezioni |
| <input type="checkbox"/> interessamento del tessuto osseo | <input type="checkbox"/> radioterapia | <input type="checkbox"/> chemioterapia |
| <input type="checkbox"/> ostruzioni vasali | | |
| <input type="checkbox"/> fratture patologiche | | |



3. Possibile qualità:

- dolore nocicettivo
 dolore neuropatico
 dolore viscerale

4. 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"/> LENTO
<input type="checkbox"/> CRONICO (superiore ad 1 mese)	<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 antidolorifico

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 di nascita ____/____/____ Ora ____:____

Firma _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.7 – Scheda di valutazione delle fragilità



coro

centro di
orientamento
oncologico oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE
REGIONALE CoRo

Cell. C.OrO.: 338 93 65 907

SCHEDA DI FRAGILITÀ

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA PER L'INVIO ALLO PSICOLOGO E/O ALL'ASSISTENTE SOCIALE

Cognome e nome _____ Età _____

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

Note: _____

Data ____/____/____

Firma infermiere

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

U.O. ONCOLOGIA - C.Or.O. - P.O. "T. Masselli Mascia" - San Severo (FG)

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.8 – Scheda di valutazione geriatrica



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA

Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca

Numero Verde
800.185003

NUMERO VERDE
REGIONALE CORO

Cell. C.OrO.: 338 93 65 907

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: grave riduzione 1: moderata riduzione 2: normale riduzione	
B	Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?	0: riduzione > 3 Kg 1: sconosciuta 2: riduzione fra 1 e 3 Kg 3: non perdita di peso	
C	Movimento?	0: grave riduzione 1: moderata riduzione 2: normale riduzione	
D	Problemi neuropsicologici? (anamnestico) Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio specialista Neurologo	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: non problemi psicologici	
E	Body mass Index (BMI) Peso in Kg/altezza in m ²	0: BMI < 19 1: BMI 19-21 2: BMI 21-23 3: BMI >23	
F	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: si 1: no	
G	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: non buono 0,5: ignoto 1: buono 2: ottimo	
H	Età	0: > 85 1: 80-85 2: < 80	
PUNTEGGIO TOTALE			

Punteggio

score < 14: paziente non a rischio (invio al GIC)

score = > 14: paziente a rischio (consulenza Onco-geriatrica per valutazione se GIC o MMG/CP)

Data valutazione ____/____/____

Firma Operatore _____

U.O. ONCOLOGIA - C.Or.O. - P.O. "T. Masselli Mascia" - San Severo (FG)

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.9 – Scheda di valutazione del patrimonio venoso





centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca

Numero Verde
800.185003
NUMERO VERDE REGIONALE CO.R.O.
Cell. C.Or.O.: 338 93 65 907

SCHEDA VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO

Sig./Sig.ra _____ N. c.c. _____
 Data di nascita ____/____/____ Data di ricovero ____/____/____
 Diagnosi _____
 Intento Trattamento CHT Aduvante/Neoadiuvante Palliativo

A) Fattori correlati al paziente	
1. KPS	70-100% < 70%
2. ETÀ	= < 70 anni > 70 anni
3. ALTERAZIONI SENSORIALI E MOTORIE	ASSENTI PRESENTI
4. DIABETE	ASSENTI PRESENTI
5. COMORBILITÀ 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 PRESENTI (anche solo una comorbilità)

A) Fattori correlati al paziente = tot ____/7

B) Fattori correlati alle condizioni del circolo venoso periferico	
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 (echimosi 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 ____/7

Data valutazione ____/____/____ Firma Infermiere _____

Legenda Punteggio:

0-4 = indicato accesso venoso periferico (AVP) con monitoraggio delle complicanze;
 5-10 = non indicato AVP; indicato posizionamento Midline o PICC con valutazione della durata del trattamento e delle preferenze del paziente;
 >10 = 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.

Cognome e Nome: _____ Letto _____
Camera _____

Luogo e Data di nascita: _____
Allergie documentate/segnalate _____

RICOGNIZIONE		RICONCILIAZIONE	
DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO		DELLA TERAPIA EMERSA IN FASE RICOGNITIVA	
Forma farmaceutica	Via di somministrazione	Dosaggio della forma farmaceutica	Posologia (dose e frequenza di assunzione)
<input type="checkbox"/> Compressa, <input type="checkbox"/> capsula <input type="checkbox"/> fiale <input type="checkbox"/> soluzione <input type="checkbox"/> sospensione <input type="checkbox"/> collutorio <input type="checkbox"/> cerotti <input type="checkbox"/> supposte <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> cutanea <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> sottocutanea <input type="checkbox"/> intratecale <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Data e ora ultima dose _____ <input type="checkbox"/> Data periodo inizio terapia _____ <input type="checkbox"/> Data prevista fine terapia _____	<input type="checkbox"/> Motivo assunzione _____ <input type="checkbox"/> Prescrittore o chi ha consigliato il farmaco _____ <input type="checkbox"/> MMG/med <input type="checkbox"/> specialista <input type="checkbox"/> farmacista <input type="checkbox"/> otorientista <input type="checkbox"/> consulente <input type="checkbox"/> internet
<input type="checkbox"/> Compressa, <input type="checkbox"/> capsula <input type="checkbox"/> fiale <input type="checkbox"/> soluzione <input type="checkbox"/> sospensione <input type="checkbox"/> collutorio <input type="checkbox"/> cerotti <input type="checkbox"/> supposte <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> cutanea <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> sottocutanea <input type="checkbox"/> intratecale <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Data e ora ultima dose _____ <input type="checkbox"/> Data periodo inizio terapia _____ <input type="checkbox"/> Data prevista fine terapia _____	<input type="checkbox"/> MMG/med <input type="checkbox"/> specialista <input type="checkbox"/> farmacista <input type="checkbox"/> otorientista <input type="checkbox"/> consulente <input type="checkbox"/> internet
<input type="checkbox"/> Compressa, <input type="checkbox"/> capsula <input type="checkbox"/> fiale <input type="checkbox"/> soluzione <input type="checkbox"/> sospensione <input type="checkbox"/> collutorio <input type="checkbox"/> cerotti <input type="checkbox"/> supposte <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> cutanea <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> sottocutanea <input type="checkbox"/> intratecale <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Data e ora ultima dose _____ <input type="checkbox"/> Data periodo inizio terapia _____ <input type="checkbox"/> Data prevista fine terapia _____	<input type="checkbox"/> MMG/med <input type="checkbox"/> specialista <input type="checkbox"/> farmacista <input type="checkbox"/> otorientista <input type="checkbox"/> consulente <input type="checkbox"/> internet
Nome e Cognome _____ Firma _____		Professione _____ Sigla _____	

NOTE: Difficoltà nella gestione della terapia al domicilio (es: problemi di deglutizione, etc)
Necessità di manipolazione della forma farmaceutica (es: necessità di triturazione, etc)

Altro _____

Cognome e Nome: _____ Luogo e Data di nascita: _____
 Camera _____ Letto _____ Allergie documentate/segnalate _____

TERAPIE NON CONVENZIONALI

A - FITOTERAPICI		B - ALIMENTI/SPEZIE		C - INTEGRATORI ALIMENTARI/VITAMINICI D - OMEOPATICI	
RICOGNIZIONE		RICOGNIZIONE		RICOGNIZIONE	
Quantità	Data e ora Rilevazione Sigla professionista	Quantità	Data e ora Rilevazione Sigla professionista	Nome	Quantità Data e ora Rilevazione Sigla professionista
RICONCILIAZIONE		RICONCILIAZIONE		RICONCILIAZIONE	
Decisione, motivazione, data, ora e sigla del medico		Decisione, motivazione, data, ora e sigla del medico		Decisione, motivazione, data, ora e sigla del medico	
Aloe	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente	Caffè	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente		<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente
Carbone	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente	Pepe, peperoncino	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente		
Curcuma	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente	Poinpello	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente		
Echinacea	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente	Tè (verde, nero)	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente		
Ginseng	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente	Altro: indicare	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente		
Guaranà	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente				
Iperico	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente				
Lievito di riso rosso	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente				
Manna	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente				
Sola	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente				
Zenzero	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente				
Altro (indicare nome)	<input type="checkbox"/> abitualmente <input type="checkbox"/> saltuariamente				
Nome e Cognome _____		Professione _____			
Firma _____		Sigla _____			

NOTE: Difficoltà nella gestione della terapia al domicilio (es: problemi di deglutizione, etc)
 Necessità di manipolazione della forma farmaceutica (es: necessità di tritrazione, etc)

Altro _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.11 – Cartella psicologica





centro di orientamento oncologico oncologic orienting center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca

Numero Verde **800.185003** NUMERO VERDE REGIONALE COro
Cell. C.OrO.: 338 93 65 907

CARTELLA PSICOLOGICA
(COLLOQUIO SEMISTRUTTURATO)

Dott. Data dell'incontro.....Cognome e Nome paziente..... M F
 Nr. di archiviazione..... Inviante..... Modalità primo contatto.....

Dati generali:

Data di nascita..... Luogo nascita Prov. Cod. Fisc.....
 Via..... Città Tel. Cell.
 Professione..... Luogo..... Tel. lav. Fax.
 Titolo di studio..... Hobbies.....
 Composizione famiglia attuale
 Composizione famiglia di origine
 Altri componenti familiari

Anamnesi:

Precedenti psicoterapie NO - SI:
 Diagnosi psichiatrica.....
 Disturbi somatici.....
 Importanti malattie pregresse.....
 Infortuni ed eventi traumatici.....
 Terapie psicofarmacologiche in corso.....

Dati sul paziente derivati dall'incontro:

Orientamento spazio-temporale Eloquio
 Attenzione..... Alimentazione.....
 Sonno
 Memoria..... Aspetto
 Odori
 Comunicazione..... Non verbale.....
 Tono dell'umore..... Ansietà
 Primo tema esposto

 Impressioni sul livello culturale.....
 Capacità introspettiva.....
 Altri temi esposti

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Test somministrati

Prime note sulla personalità

Diagnosi provvisoria

Cod. DSM IV

Tipo di prestazione concordata Frequenza Onorario

Modalità di pagamento Altro

Prime note cliniche:

Famiglia di origine (clima familiare, livello di sostegno pratico e morale, rapporto con la madre, il padre e fratelli)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Famiglia attuale (clima familiare, livello di sostegno pratico e morale, rapporto affettivo/sessuale con il partner, con i figli)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sviluppo psicosessuale (infanzia, adolescenza, età adulta)

.....

.....

.....

Relazioni sentimentali.....

Relazioni sociali.....

Relazioni lavorative

Eventi traumatici (vissuto emotivo, evoluzione, rapporti con l'immagine di sé).....

.....

.....

.....

Conclusioni e impressioni generali:

Area normale/integrata

Area nevrotica

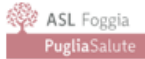
Area borderline

Area psicotica

Altro

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

Allegato n.12 – Promemoria appuntamento psiconcologo C.Or.O.



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COO
Cell. C.Or.O.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

PROMEMORIA APPUNTAMENTO PSICONCOLOGO C.Or.O

Si ricorda al/alla Sig./Sig.ra _____ che al completamento del percorso C.Or.O. è stato programmato un primo appuntamento con lo specialista Psico-Oncologo per il giorno ___/___/_____ alle ore ___:___, che si terrà presso _____ del P.O. "Teresa Masselli" di San Severo.

San Severo, _____

L'infermiere

Nel caso sia impossibilitato/a a presentarsi, è pregato/a di comunicarlo entro 48 ore prima della data di appuntamento al numero del C.Or.O.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.13 – Scheda di autovalutazione dell'ansia



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca



centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



NUMERO VERDE REGIONALE CORO
800.185003
Cell. C.OrO.: 338 93 65 907

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELL'ANSIA (ZUNG, 1971)

Il seguente test, permette di misurare l'ansia di stato relativa al periodo attuale. Leggi con attenzione le 20 frasi elencate di seguito e scegli la risposta che meglio descrive la tua situazione nell'**ultima settimana**. Rispondi velocemente **senza riflettere molto** e segna il punteggio relativo alla tua risposta su di un foglio a parte.

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto Spesso
Mi sento più nervoso ed ansioso del solito	1	2	3	4
Mi sento impaurito senza alcun motivo	1	2	3	4
Mi spavento facilmente o sono preso dal panico	1	2	3	4
Mi sento a pezzi e mi sembra di stare per crollare	1	2	3	4
Mi sembra che tutto vada bene e che non capiterà niente di male	1	2	3	4
Mi tremano le braccia e le gambe	1	2	3	4
Sono tormentato dal mal di testa e dai dolori al collo e alla schiena	1	2	3	4
Mi sento debole e mi stanco facilmente	1	2	3	4
Mi sento calmo e posso stare seduto facilmente	1	2	3	4
Sento che il mio cuore batte veloce	1	2	3	4
Soffro di vertigini	1	2	3	4
Mi sembra di stare per svenire	1	2	3	4
Respiro con difficoltà	1	2	3	4
Ho sensazioni di intorpidimento e di formicolio alle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
Soffro di mal di stomaco o di indigestione	1	2	3	4
Ho bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
Le mie mani sono in genere asciutte e calde	1	2	3	4
La mia faccia diventa facilmente calda e arrossata	1	2	3	4
Mi addormento facilmente e mi sveglio riposato	1	2	3	4
Ho degli incubi	1	2	3	4

Somma i punti ottenuti e verifica il **risultato**:

Da **0 a 20** il tuo livello di ansia potrebbe essere **molto basso**.

Tra **21 e 40** il tuo livello di ansia potrebbe essere **basso**.

Tra **41 e 60** il tuo livello di ansia potrebbe essere **moderato**, potrebbe essere utile ridurla.

Tra **61 e 80** il tuo livello di ansia potrebbe essere **elevato** ed il problema meriterebbe attenzione clinica.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.14 – Scheda di autovalutazione della depressione.



coro

centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



U.O. ONCOLOGIA

Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca



Cell. C.OrO.: 338 93 65 907

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE (ZUNG, 1974)

Il seguente test, permette di misurare l'ansia di stato relativa al periodo attuale. Leggi con attenzione le 20 frasi elencate di seguito e scegli la risposta che meglio descrive la tua situazione nell'**ultima settimana**. Rispondi velocemente **senza riflettere molto** e segna il punteggio relativo alla tua risposta su di un foglio a parte.

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto Spesso
1. Mi sento scoraggiato, depresso e triste	1	2	3	4
2. La mattina è il momento in cui mi sento meglio	1	2	3	4
3. Ho crisi di pianto o mi sento come se stessi per piangere	1	2	3	4
4. Ho problemi di sonno durante la notte	1	2	3	4
5. Continuo a mangiare tanto quanto mangiavo prima	4	3	2	1
6. Mi piace ancora avere rapporti sessuali	4	3	2	1
7. Ho notato che sto perdendo peso	1	2	3	4
8. Ho problemi di stipsi	1	2	3	4
9. Il mio cuore batte più velocemente del solito	1	2	3	4
10. Mi stanco senza motivo	1	2	3	4
11. La mia mente è lucida quanto prima	4	3	2	1
12. Trovo facile fare le cose che facevo prima	4	3	2	1
13. Sono agitato e non riesco a rimanere fermo	1	2	3	4
14. Sono ottimista riguardo al futuro	4	3	2	1
15. Sono più irritabile del solito	1	2	3	4
16. Trovo facile prendere decisioni	4	3	2	1
17. Mi sento utile e necessario	4	3	2	1
18. Ho una vita piuttosto intensa	4	3	2	1
19. Ho la sensazione che gli altri starebbero meglio se io morissi	1	2	3	4
20. Gradisco ancora fare le cose che facevo prima	4	3	2	1

Somma i punti ottenuti e verifica il **risultato**:

Da **20 a 31** il livello di gravità potrebbe essere **molto basso**;

Tra **32 e 43** il livello di gravità potrebbe essere **basso**;

Tra **44 e 55** il livello di gravità potrebbe essere **moderato**, potrebbe essere utile intervenire;

Tra **56 e 67** il livello di gravità potrebbe essere **elevato** ed il problema meriterebbe attenzione clinica;

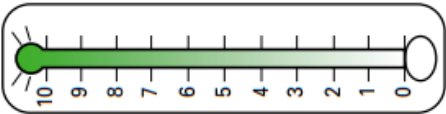
Tra **68 e 80** il tuo livello di depressione potrebbe essere molto **elevato**, converrebbe rivolgersi ad un esperto.

Allegato n.15 – Scheda di valutazione del disagio (stress)

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

Cognome e Nome: _____ Sesso **M** **F** Età _____ Diagnosi _____ Data _____

Istruzioni:
La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana oggi compreso



**10 = MASSIMO
DISAGIO EMOTIVO
(MASSIMO STRESS)**

**0 = NESSUN
DISAGIO EMOTIVO
(NESSUNO STRESS)**

La preghiamo o di indicare con una crocetta sul **SI** o sul **NO** se qualcuna delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso

<p>SI NO</p> <p>A. PROBLEMI PRATICI</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi nella cura dei figli</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi di alloggio</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi economici</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi scolastici/lavorativi</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi di trasporto</p> <p>B. PROBLEMI RELAZIONALI</p> <p><input type="checkbox"/> Nel rapporto con il partner</p> <p><input type="checkbox"/> Nel rapporto con i figli</p> <p><input type="checkbox"/> Nel rapporto con altri</p> <p>C. PROBLEMI EMOZIONALI</p> <p><input type="checkbox"/> Depressione</p> <p><input type="checkbox"/> Paure</p> <p><input type="checkbox"/> Nervosismo</p> <p><input type="checkbox"/> Tristezza</p> <p><input type="checkbox"/> Preoccupazione</p> <p><input type="checkbox"/> Perdita di interessi nelle usuali attività</p> <p>D. ASPETTI SPIRITUALI</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi inerenti la propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso della esistenza)</p>	<p>SI NO</p> <p>E. PROBLEMI FISICI</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi di sonno</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi a lavarsi/vestirsi</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> Senso di fatica e stanchezza</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi a muoversi</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi respiratori</p> <p><input type="checkbox"/> Ulcere alla bocca</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi ad alimentarsi</p> <p><input type="checkbox"/> Difficoltà a digerire</p> <p><input type="checkbox"/> Stipsi</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi della minzione</p> <p><input type="checkbox"/> Febbre</p> <p><input type="checkbox"/> Secchezza della cute/prurito</p> <p><input type="checkbox"/> Naso chiuso o senso di secchezza</p> <p><input type="checkbox"/> Formicolio alle mani o ai piedi</p> <p><input type="checkbox"/> Senso di gonfiore</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi sessuali</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi di memoria/concentrazione</p> <p><input type="checkbox"/> Problemi su come ci si vede e come si appare</p>	<p>Altro: specificare _____</p>
--	---	---------------------------------

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.16 – Promemoria esami



coro

centro di orientamento oncologico

oncologic orienting center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COro
Cell. C.Or.O.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

ASL DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
C.Or.O.
(Centro di Orientamento Oncologico)

SEDE DI SAN SEVERO
(Coordinatore: dott. Massimo Lombardi)

PROMEMORIA ESAMI

Data ___/___/___

Spett.le Sig./Sig.ra _____

A seguito del sospetto clinico di malattia oncologica di _____

_____ emerso in sede di visita oncologica c/o il C.Or.O. dell'ASL Foggia – sede di San Severo, per maggiore definizione di malattia si prescrivono e programmano i seguenti esami dei quali si rilascia impegnativa comunicando le date, l'ora, la U.O. e la sede dove eseguirla:

Esame	Programmat o il	Ora	Struttura	Appuntamento fissato con	Allergie	Note	Eseguito

Al termine dell'iter diagnostico il Sig./Sig. ra _____ contatterà telefonicamente il C.Or.O. al numero dedicato per nuovo controllo oncologico al fine di valutare successivo iter oncologico/chirurgico/terapeutico.

Il medico del C.Or.O.

____ U.O. ONCOLOGIA - C.Or.O. - P. O. "T. Masselli Mascia" - San Severo (FG) _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

Allegato n.17 – Scheda di valutazione della qualità del servizio



coro

centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE
COrO
Cell. C.OrO.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

CUSTOMER SATISFACTION

Data ____/____/____

Gentile Sig. /Sig. ra,
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 nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati. Le domande non sono obbligatorie, risponda a quelle che ritiene opportune.
Riconsegni, per favore, il questionario compilato presso la struttura dove Le è stato consegnato. Le siamo davvero grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

Chi compila il questionario: il paziente familiare caregiver

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 nel territorio della ASL FG	<input type="checkbox"/> residente all'interno della Regione Puglia	<input type="checkbox"/> residente fuori dalla Regione Puglia
Età: _____		

Per quale motivo ha scelto questa struttura sanitaria?

- me l'ha consigliata il MMG
- è il centro di riferimento per la mia patologia
- me l'hanno consigliata amici/familiari
- conosco gli operatori e ho fiducia in loro
- è vicina a casa
- Altro _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	



coro

centro di orientamento oncologico
oncologic orienting center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COro
Cell. C.OrO.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

VALUTAZIONI

ACCESSO OSPEDALE	insufficiente	sufficiente	discreto	Buono	Ottimo
Visibilità segnaletica esterna della struttura					
Collegamento con mezzi di trasporto					
Possibilità di parcheggio					

ACCOGLIENZA DEL SERVIZIO	insufficiente	sufficiente	discreto	Buono	Ottimo
Accoglienza personale Medico					
Accoglienza personale Infermieristico					
Disponibilità personale Medico					
Disponibilità personale Infermieristico					
Cortesia e disponibilità personale amministrativo					

PROFESSIONALITA' PERSONALE MEDICO	insufficiente	sufficiente	discreto	Buono	Ottimo
Competente					
Qualità umane/cortesia					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

PROFESSIONALITA' PERSONALE INFERMIERISTICO	insufficiente	sufficiente	discreto	Buono	Ottimo
Competente					
Qualità umane/cortesia					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

PROFESSIONALITA' PERSONALE AMMINISTRATIVO	insufficiente	sufficiente	discreto	Buono	Ottimo
Competente					
Qualità umane/cortesia					
Disponibilità a fornire spiegazioni					
Attenzione ai bisogni e ai problemi riferiti					
Rispetto della privacy					

VALUTAZIONE COMPLESSIVA	insufficiente	sufficiente	discreto	Buono	Ottimo
Complessivamente quanto è soddisfatto					

Ritene opportuno che vengano applicati miglioramenti in questo servizio? SI NO

Se sì, quali sono gli aspetti principali che secondo lei andrebbero migliorati?

1. _____
2. _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	

Allegato n.18 – Check list di verifica cartella C.Or.O.



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COO
Cell. C.Or.O.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

CHECK LIST DI VERIFICA CARTELLA C.Or.O.

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

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)

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.19 – Questionario competenze e gradimento dei servizi digitali offerti



QUESTIONARIO COMPETENZE E GRADIMENTO DEI SERVIZI DIGITALI OFFERTI

Sez. 1 “Competenze Digitali del Paziente”

1. Quali sono i dispositivi tecnologici di cui sei in possesso? (sono possibili più risposte)
 - a. Smartphone
 - b. Pc o Notebook
 - c. Tablet

2. Hai la disponibilità di una connessione Internet mobile e/o fissa?
 - a. Sì
 - b. No

3. Sei in grado di navigare autonomamente su Internet?
 - a. Sì
 - b. No

4. Se NO, il tuo CAREGIVER (accompagnatore) ha una connessione ad Internet ed è in grado di utilizzarla autonomamente?
 - a. Sì
 - b. No

5. Sai cosa sono i “Social Network”?
 - a. Sì
 - b. No

6. Quali sono i Social Network che conosci?
 - a. Nessuno
 - b. Facebook
 - c. Instagram
 - d. Twitter
 - e. TikTok
 - f. Altro (specificare) _____

7. Quali sono i Social Network che utilizzi di frequente? (sono possibili più risposte)
 - a. Facebook
 - b. Instagram
 - c. Twitter
 - d. TikTok
 - e. Altro (specificare) _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COVO
Cell. C.O.R.O.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

8. Quali sono i motivi per cui utilizzi maggiormente la connessione Internet? (sono possibili più risposte)
 - a. Attività sanitarie
 - b. Attività lavorative/studio
 - c. Attività di ricerca

9. Ti è mai capitato di utilizzare i servizi ONLINE presenti sulla piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG?
 - a. Sì
 - b. No

10. Se NO, per quale motivo non ne hai mai usufruito? (sono possibili più risposte)
 - a. Perché non ero a conoscenza di tali servizi ONLINE
 - b. Perché non sono in grado di utilizzare internet
 - c. Perché, fino ad oggi, non ne ho avuto necessità
 - d. Altro (specificare) _____

11. Saresti interessato a conoscere le modalità pratiche per l'utilizzo dei servizi ONLINE presenti sulla piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG?
 - a. Sì
 - b. No

12. Se la tua risposta è stata "Sì", in che modo ritieni sia utile guidarti nell'utilizzo della piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG?
 - a. Sportello informativo/educativo
 - b. Video tutorial
 - c. Altro (specificare) _____

13. Se la sua risposta, invece, è stata "No" puoi indicarci il motivo?

14. Quali sono i servizi ONLINE presenti sulla piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG che conosci? (sono possibili più risposte)
 - a. Prenotazione di visite ed esami
 - b. Disdetta prenotazione
 - c. Pagamento ticket
 - d. Consultazione del Fascicolo Sanitario
 - e. Referto Online
 - f. Scelta/Revoca medico
 - g. Consultazione del diario delle vaccinazioni
 - h. Altro (specificare anche se la risposta è "nessuno") _____

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COYO
Cell. C.O.r.O.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

Sez. 2 “Competenze Digitali del Caregiver”

1. Quali sono i dispositivi tecnologici di cui sei in possesso? (sono possibili più risposte)
 - a. Smartphone
 - b. Pc o Notebook
 - c. Tablet
2. Hai la disponibilità di una connessione Internet mobile e/o fissa?
 - a. Sì
 - b. No
3. Sai cosa sono i Social Network?
 - a. Sì
 - b. No
4. Quali sono i Social che conosci?
 - a. Facebook
 - b. Tik Tok
 - c. Twitter
 - d. Instagram
 - e. Altro(specificare)_____
5. Ti è mai capitato di utilizzare Internet per usufruire dei servizi ONLINE presenti sulla piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG?
 - a. Sì
 - b. No
6. Se NO, per quale motivo non ne hai mai usufruito? (sono possibili più risposte)
 - a. Perché non ero a conoscenza di tali servizi ONLINE
 - b. Perché non sono in grado di utilizzare internet
 - c. Perché, fino ad oggi, non ne ho avuto necessità
 - d. Altro (specificare)_____
7. Saresti interessato a conoscere le modalità pratiche per l'utilizzo dei servizi ONLINE presenti sulla piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG?
 - a. Sì
 - b. No
 - c. Forse

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COO
Cell. C.OrO.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

8. Se la tua risposta è stata "SI", in che modo ritieni sia utile guidarti nell'utilizzo della piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG?
 - a. Sportello informativo/educativo
 - b. Video tutorial esplicativi pubblicati sui Social Network
 - c. Altro (specificare) _____

9. Se la sua risposta, invece, è stata "No" puoi indicarci il motivo?

10. Quali sono i servizi ONLINE presenti sulla piattaforma PUGLIA SALUTE della ASL FG che conosci? (sono possibili più risposte)
 - a. Prenotazione di visite ed esami
 - b. Disdetta prenotazione
 - c. Pagamento ticket
 - d. Consultazione del Fascicolo Sanitario
 - e. Referto Online
 - f. Scelta/Revoca medico
 - g. Consultazione del diario delle vaccinazioni
 - h. Altro (specificare anche se la risposta è "nessuno") _____

Sez. 3 "Livello di Gradimento dei servizi online della ASL FG"

1. Ritieni sia semplice individuare i servizi ONLINE presenti sulla piattaforma PUGLIA SALUTE?
 - a. Poco
 - b. Per niente
 - c. Abbastanza
 - d. Molto

2. Ritieni che la piattaforma online PUGLIA SALUTE della ASL FG sia utile?
 - a. Si
 - b. No

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.OR.O. REV. 1	



coro

centro di
orientamento
oncologico

oncologic
orienting
center



U.O. ONCOLOGIA
Dirigenti medici: dr. Massimo Lombardi - dr.ssa Lucia Moraca
Coord. Prof. San.: Germana Circella

Numero Verde
800.185003 NUMERO VERDE REGIONALE COO
Cell. C.OrO.: 338 93 65 907
Telefono: 0882 200 494

3. Ritieni che i servizi ONLINE presenti su PUGLIA SALUTE siano efficienti?

- a. Poco
- b. Per niente
- c. Abbastanza
- d. Molto

4. Secondo il tuo parere i servizi online di PUGLIA SALUTE sono esaurienti?

- a. Sì
- b. No

5. Quale servizio/i ONLINE potresti proporre di aggiungere a quelli già esistenti?

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	

Allegato n.20 – Modulo richiesta prestazioni infermieristiche indifferibili



Regione Puglia
 ASL FG
 AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA DI
 FOGGIA
 (Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)
 C.F. e P.IVA: 03499370710

COT – Centrale Operativa Territoriale
 di Telemedicina A.S.L. FOGGIA
 E-mail cot@aslfg.it
 Numero telefonico unico: 0882078530
 Numero Aziendale WhatsApp 3346450627
 Dirigente: Dr.ssa Girolama De Gennaro

Modulo 2/h rev. 000 data 01/12/2022

CONSENSO INFORMATO – CONTRATTO PRESTAZIONI INDIFFERIBILI.

Descrizione

La presente scheda comprende:

- Sezione che descrive l'impegno dell'utente e dei parenti nella corretta gestione del servizio infermieristico offerto.
- Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili.

Scopo

Questo modulo rappresenta l'autorizzazione espressa dal paziente al servizio delle prestazioni infermieristiche indifferibili offerto dall'ASL di Foggia.

Responsabilità

L'ASL si impegna ad offrire l'assistenza sanitaria infermieristica. Il PAZIENTE e/o PARENTI si impegnano alla collaborazione e alla esclusività del servizio offerto.

Compilazione

Cognome _____ Nome _____ Data _____

CONSENSO INFORMATO/CONTRATTO PRESTAZIONI INDIFFERIBILI.	
<ul style="list-style-type: none"> • Il servizio di Telemedicina si impegna a fornire assistenza sanitaria di tipo esclusivamente infermieristico, con operatori interscambiabili secondo le necessità del servizio. • L'esecuzione delle prestazioni possono subire variazioni negli orari giornalieri a causa di eventuali imprevisti da gestire a domicilio degli assistiti e dal numero complessivo delle prestazioni da erogare. • Il materiale sanitario e i farmaci da somministrare devono essere forniti dall'assistito. 	<p style="text-align: center;">L'utente e i parenti si impegnano a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire la presenza a domicilio nei tempi e nei modi concordati. • Garantire la collaborazione con gli operatori durante il percorso assistenziale. • Comunicare tempestivamente alla Centrale Operativa Territoriale eventuali sospensioni per ricovero, trasferimento presso altra sede, etc. • Non usufruire di prestazioni sanitarie erogate da parte di altri enti pubblici, privati, o privati convenzionati per la medesima prescrizione fino al termine della stessa.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	FEBBRAIO 2023
	MANUALE PROCEDURE OPERATIVE C.O.R.O. REV. 1	



Regione Puglia
 ASL FG
 AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA DI
 FOGGIA
 (Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)
 C.F. e P.IVA: 03499370710

COT – Centrale Operativa Territoriale
 di Telemedicina A.S.L. FOGGIA
 E-mail cot@aslf.it
 Numero telefonico unico: 0882078530
 Numero Aziendale WhatsApp 3346450627
 Dirigente: Dr.ssa Girolama De Gennaro

Ai sensi della normativa vigente (D. Lgs. 196 del 30/06/2003 e GDPR - Regolamento UE 2016/679) per la tutela della privacy e autorizzazione al trattamento dei dati personali, sottoscrivo il presente modulo con la Centrale Operativa Territoriale dell'ASL FG:

1. Al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, esclusivamente per la necessità di servizio e per fini di statistica e ricerca. **acconsento** **non acconsento**
2. All'acquisizione di immagini di documenti sanitari per le necessità di Servizio. **acconsento** **non acconsento**
3. All'acquisizione di immagini personali relative anche a lesioni cutanee di qualsiasi natura, per le necessità di Servizio da utilizzare esclusivamente per gli scopi consentiti dalla legge vigente.
 acconsento **non acconsento**
4. All'esecuzione di videochiamate (teleassistenza) per le attività correlate alla prescrizione di attività infermieristiche. **acconsento** **non acconsento**
5. A visualizzare la documentazione relativa a precedenti ricoveri e/o presa in carico presso Servizi della ASL FG.
 acconsento **non acconsento**

Firma Infermiere

Letto, confermato e sottoscritto utente o familiare delegato.
