



**BARI – 11 APRILE 2019**

**Salvatore Pisconti, Coordinatore Operativo  
DIOnc Jonico-Adriatico**

**La ROP si popola: aspetti di  
coordinamento tra COrO, MMG e Gruppi  
di Patologia**



**ROP**  
**Dipartimento Jonico Adriatico**  
**Coordinatore Dr. Salvatore Pisconti**  
**C.O.r.O.**  
**Ospedale Oncologico Moscati**

Dal 14 Gennaio 2019 presso l'O.O. "San Giuseppe Moscati" di Taranto, successivamente presso l'Ospedale "D. Camberlingo" di Francavilla Fontana, l'Ospedale "San Pio da Pietralcina" di Castellaneta, e l'Ospedale A. Perrino di Brindisi (in corso di attivazione), facenti parte del Dipartimento Integrato Jonico Adriatico, diretto dal Dr. Salvatore Pisconti, è attivo il COrO (Centro Orientamento Regionale Oncologico).

I COrO sono strutture operative collocate nei Dipartimenti Integrati Oncologici della Rete Oncologica Pugliese (ROP) nel territorio di ciascuna azienda.

Al COrO si accede attraverso il **NUMERO VERDE 800185003** o tramite **numero diretto**:

<b>Taranto</b>	<b>099 4585734</b>
<b>Francavilla F.na</b>	<b>0831 851510</b>
<b>Castellaneta</b>	<b>099 8496593</b>
<b>Brindisi</b>	<b>in corso di attivazione</b>



## INIZIATIVE AFFIDATE AI COrO

- Promozione dell'attività dei COrO all'interno della Azienda e sul territorio;
- Adesione ai progetti della Rete Oncologica della Puglia;
- Formazione del personale dedicato al COrO;
- Comunicazione costante con gli altri COrO della Rete;
- Rendiconto periodico sulle attività svolte, con misurazione degli indicatori di processo.





## MODALITA' DI ACCESSO AL COrO

I pazienti possono accedere al COrO su proposta di:

- MMG e/o lo specialista (territoriale o ospedaliero) che formula la prima diagnosi/sospetto diagnostico di cancro;
- dai programmi di screening oncologico;
- direttamente lo stesso paziente cui sia stata formulata una diagnosi o sospetta diagnosi di neoplasia, mediante chiamata al Num Verde Reg 800185003 o al numero diretto del COrO

In occasione del primo contatto il COrO fisserà una “prima consulenza COrO” (valutazione documentazione sanitaria, compilazione scheda, preparazione impegnative, prenotazione esami diagnostico/terapeutici) finalizzata ad attivare la presa in carico





## **COMPITI E FUNZIONI DEI COrO**

I COrO devono orientare e supportare l'ingresso dei nuovi pazienti nella Rete Oncologica Regionale, indirizzarli ai Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI), assicurarne l'avvio della presa in carico e tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico fungendo anche da punto di riferimento per il disbrigo delle pratiche amministrative connesse al percorso di cura. Fungono pertanto, da elemento cardine per la gestione della continuità assistenziale della persona ammalata attraverso funzione di raccordo con gli altri COrO e con i restanti elementi costitutivi della rete.





## GRUPPI AZIENDALI INTERDISCIPLINARI

- BRANCA MAMMELLA – tutti i giovedì ore 14:30
- BRANCA COLON RETTO – 2° e 4° lunedì del mese ore 14:30
- BRANCA UROLOGICA – 2° lunedì del mese ore 17:00
- BRANCA UTERO – 1° e 3° lunedì del mese ore 14:30
- BRANCA POLMONE – tutti i martedì del mese ore 14:00
- BRANCA OTORINO – tutti i venerdì ore 12:30





## **REQUISITI ORGANIZZATIVI DEI COrO**

Ciascun COrO è diretto da un Medico Oncologo nominato dal Direttore Generale dell'Azienda in cui la struttura insiste, su proposta del Coordinatore Operativo del DIOnc, sentiti i responsabili di Oncologia Medica. Egli ha funzioni di coordinamento del personale sanitario ed amministrativo del servizio e di responsabilità di gestione coordinata e tempestiva dell'intero percorso di cura.

La dotazione minima di personale per lo svolgimento delle attività dei COrO consiste in:

- 1 medico oncologo
- 1 psico-oncologo
- 1 infermiere professionale care-manager
- 1 amministrativo con funzione di rilevatore dati
- 1 assistente sociale
- 1-2 volontari



## ATTIVITA' DEL PERSONALE COrO

### Medico oncologo:

- Effettuazione della “prima consulenza COrO”, colloquio con il paziente e valutazione delle necessità anche sulla scorta degli input infermieristici, attivazione del percorso diagnostico/terapeutico;
- Valutazione della documentazione sanitaria prodotta dallo specialista e/o Medico di Medicina Generale , arruolamento del paziente nel percorso diagnostico terapeutico;
- Redazione delle impegnative per l’esecuzione di esami e procedure previste, stesura della relazione informativa per il Medico di Medicina generale;
- Agevolazione del raccordo tra il paziente e i relativi Servizi distrettuali per l’accesso ad ausili protesici o dispositivi medici correlati alla patologia neoplastica;
- Dissipazione di eventuali dubbi manifestati dal paziente sul modulo di consenso informato all’esecuzione di indagini e procedure specifiche;
- Partecipazione alle riunioni o eventi formativi della Rete Oncologica della Puglia;
- Coordinamento e formazione del personale del COrO;
- Rendicontazione con cadenze prestabilite sulle attività dei GPI infra-aziendali al DIOnc di riferimento;
- Rendicontazione con cadenze prestabilite sulle performance e sulle attività del COrO.

## CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

### FASCICOLO CLINICO

Codice Fiscale:

Cognome:

Nome:

Data di Nascita:

Sesso:

Comune Residenza:

Indirizzo Residenza:

#### PAZIENTE

Anagrafica Paziente

#### DATI CLINICI

Diagnosi

Anamnesi

Gestione Prescrizione

#### VISITA AMBULATORIALE

Compila Visita

Consulta

#### SUMMARY

Consulta Indagini Cliniche

Consulta Indicazioni al Paziente

Consulta Appuntamenti

Inserisci Episodio

#### STAMPE

Relazione Clinica

#### Anamnesi

SINTESI  
CLINICA

Anamnesi Patologica Prossima

Anamnesi Patologica Remota



## ATTIVITA' DEL PERSONALE COrO

### Psico-oncologo:

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



## VISITA PSICOLOGICA

### AREA ANAGRAFICA

**Cognome:**

**Nome:**

**Telefono:**

**Luogo e data di nascita:**

**Residenza:**

Stato civile:  nubile  celibe  convivente  coniugato  separato  divorziato  vedovo

Titolo di studio:  analfabeta  lic. elementare  medie  diploma  laurea

Professione:

inviante:  MMG  Specialista  auto-segnalazione

### AREA ANAMNESTICA

Diagnosi/sospetto diagnostico: \_\_\_\_\_

intervento chirurgico:  si  no

indirizzo terapeutico: \_\_\_\_\_

Familiarità (altri familiari affetti da patologie tumorali):  si  no

Composizione del nucleo familiare:

coniuge  figli (\_\_\_\_\_)

convivente  genitori

altro \_\_\_\_\_

Caregiver:

si  no

coniuge  figli (\_\_\_\_\_)

convivente  genitori

altro \_\_\_\_\_



## AREA PSICOLOGICA

Consapevolezza:

si

no

Vissuti emotivi sulla situazione clinica attuale:  Tristezza

Preoccupazione

Paura

Agitazione

Disorientamento

Rabbia

Aspettative e bisogni sulla situazione clinica attuale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventi stressanti indipendenti dalla situazione clinica attuale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pregressi problemi psicologici e/o relazionali del paziente e/o familiari: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pregressi ed attuali interventi psicologici e/o psicofarmacologici del paziente e/o familiari: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problematiche neuro-cognitive del paziente e/o familiari: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## QUALITÀ'DIVITA

**Alimentazione:**

Regolare  Irregolare  Problematica  Parenterale

**Sonno:**

Regolare  Difficoltà ad addormentarsi  Risvegli notturni  Risveglio precoce al mattino

**Attività onirica:**

Assente  Presente:

**Problemi motori:**

Assente  Presente

**Dolore:**

Assente  Presente saltuariamente  Costante  Elevato

**Relazioni sociali:**

Assente  Presente

**Spiritualità:**

Assente  Minima  Elevata

## AREA SOCIALE

Situazione lavorativa/di vita:

Il pz. Percepisce:

invalidità civile  accompagnamento  è in corso la pratica c/o l'ASL

Il pz è:

seguito dai Servizi Territoriali  seguito da associazioni  inviato Servizi competenti

## VALUTAZIONE PSICOLOGICA

---

---

---

---

---

Taranto, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma



## ATTIVITA' DEL PERSONALE COrO

### Personale infermieristico:

- Accoglienza dei pazienti e valutazione di specifiche necessità (problemi assistenziali, psicologici, sociali, nutrizionali, di comorbidità, dolore, ect.);
- Pre-accettazione dei pazienti in “prima consulenza COrO” con compilazione della anagrafica ed infermieristica;
- Colloquio con il paziente e compilazione della “Scheda fragilità” con eventuale attivazione del Servizio di Psico-Oncologia e coinvolgimento dell’Assistente sociale quando necessario;
- Consegna delle impegnative e dei moduli per l’esecuzione degli esami compreso il Consenso informato;
- Consegna del questionario anonimo per la valutazione della qualità di accesso al COrO;
- Collezione referti e predisposizione documentazione per visite successive
- Monitoraggio della presa in carico;
- Collaborazione alle rendicontazione trimestrale del COrO;
- Partecipazione alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica della Puglia.

## CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA



Benvenuto **[REDACTED]** (DATA  
MANAGER)

Oncologia Medica (Moscato) ▼

Cerca

Cerca in... ▼

[Esci](#)

Struttura: **P.O. CENTRALE - STAB. OSP. MOSCATI**

[Home](#) [Eventi Clinici](#) [Assistiti](#) [Gestione Tickets](#)

[CartellaClinica](#) > [Home](#)

### INFO UTENTE



NOME: **[REDACTED]**  
COGNOME: **[REDACTED]**  
DATA DI NASCITA: **[REDACTED]**  
SESSO: **[REDACTED]**  
CODICE FISCALE: **[REDACTED]**  
STRUTTURA: **P.O. CENTRALE - STAB. OSP. MOSCATI**  
REPARTO DI APPARTENENZA: **Oncologia Medica (Moscato)**  
ALTRI REPARTI: -  
ULTIMO ACCESSO: **25/03/2019 08:02:51**

NOTIFICA DEI TICKET CHIUSI:



### Scheda Fragilità - Valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

#### AREA BIOLOGICA – Indicatori

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 <u>Karnofsky</u> < a 70?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Vi sono casi di tumore in famiglia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA – Indicatori

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Ha mai sofferto di depressione o 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 o depressione?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. È presente un evidente stato di ansia/depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Usa o ha usato sostanze a alcol in modo dipendente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



#### AREA SOCIALE – Indicatori di fragilità familiare

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Il <u>caregiver</u> 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 un solo SI in Area Psicologica se valutato 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.

## Scheda Valutazione Dolore

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patologia: \_\_\_\_\_

Medico Referente: \_\_\_\_\_

1) Sede Dolore: \_\_\_\_\_

Irradiazione: \_\_\_\_\_

### 2) Sospetta Causa:

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

### 3) Possibile Qualità:

- dolore nocicettivo
- dolore neuropatico
- dolore viscerale





4) **Intensità Dolore:** scala NRS (NUMERAL RATING SCALE)

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/24 h <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

6) **Insorgenza:**  Pulsante  Trafittivo  Altro .....

7) **Attuale Terapia Antidolorifica:**

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

8) **Via di Somministrazione:**

Orale  Sottocute  Sublinguale  Endovenosa  Rettale  Transdermica  .....

Data Rilevazione Dolore: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora: \_\_\_:\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## Valutazione Geriatrica

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paziente con età  $\geq$  75 anni

Operatore compilazione:  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 assunzione	
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: letto o poltrona 1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire di casa 2: esce di casa	

<b>D</b>	Problemi Neuropsicologici? (anamnestico) Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: non problemi psicologici	
<b>E</b>	Body Mass Index) (peso in kg/altezza in m <sup>2</sup> )	0: BMI <19 1: BMI 19 - 21 2: BMI 21 - 23 3: BMI >23	
<b>F</b>	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: si 1: no	
<b>G</b>	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	
<b>H</b>	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80	
	<b>Punteggio totale (0-17)</b>		

**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 \_\_\_\_\_

### Valutazione Patrimonio Venoso

Sig./Sigr.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%	0
		< 70%	1
2.	ETA'	= < 70 ANNI	0
		> 70 ANNI	1
3.	ALTERAZIONI SENSORIE E MOTORIE	ASSENTI	0
		PRESENTI	2
4.	DIABETE	ASSENTE	0
		PRESENTE	2
5.	COMORBIDITA' RILEVANTI Patologie circolo venoso periferico, Neuropatie periferiche, Trattamento Dialitico con fav, Immunodepressione, Stafilococco Aureus Meticillino Resistente, Disturbi Coagulativi, Obesità, Agitazione Psico-Motoria, Afezioni Cutanee	ASSENTI	0
		PRESENTI (anche solo una comorbidity)	1

A. Fattori correlati al paziente = tot \_\_\_\_/7

B. Fattori correlati alle Condizioni del circolo Venoso periferico			
1.	FISIOLOGICA DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/> Vene poco visibili e/o poco palpabili	1
		<input type="checkbox"/> Vene Toruose/Mobili	1
		<input type="checkbox"/> Vene di piccolo calibro	1
1.	ALTERAZIONI DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/> Segni di precedenti di Venipunture (echimosi/ematomi)	1
		<input type="checkbox"/> Segni di flebite/infiltrazioni/stravasi	1
		<input type="checkbox"/> Vene dure e sclerotiche	1
1.	CONDIZIONI ARTI SUPERIORI	Entrambi gli arti superiori disponibili	0
		Un solo arto superiore disponibile (per linfedema, fratture, etc.)	1

B. Fattori correlati alle condizioni del circolo venoso periferico = tot \_\_\_\_/7

Data valutazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Infermiere \_\_\_\_\_

**Legenda Punteggio:**

0-4 = indicato 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 AVC. La scelta del tipo di device per l'AVC deve avvenire sulla base delle preferenze del paziente e del tipo di trattamento in corso



## ATTIVITA' DEL PERSONALE COrO

### Personale amministrativo:

- Risposta al numero verde della ROP o Primo Contatto con i pazienti, valutazione delle necessità con eventuale attivazione del personale sanitario e fissazione “prima consulenza COrO”;
- Prenotazione degli esami;
- Gestione della procedura di assegnazione di esenzione ticket per patologia (Cod. 048) su richiesta dello specialista che ha formulato la diagnosi o del Medico Oncologo del COrO;
- Contatto con i Servizi distrettuali per la gestione di ausili protesici/dispositivi medici su indicazione dell'oncologo;
- Tenuta ed aggiornamento dei contatti (indirizzi email, n. di telefono, etc.) con gli altri COrO, con i Servizi Sanitari e Sociali del territorio;
- Tenuta documentale del fascicolo sanitario del paziente;
- Rendicontazione trimestrale del COrO;
- Partecipazione alle riunioni o eventi formativi locali e della Rete Oncologica della Puglia.

**AGENDE PRIORITARIE PER IL PAZIENTE “CO<sub>r</sub>O”**

Prima disp.	febbraio 2019										marzo 2019																				
	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V							
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

- N. 3 MAMMOGRAFIE/Settimana
- N. 12 ECOGRAFIE/Settimana
- N. 3 RISONANZE MAGNETICHE/Settimana
- N. 6 TAC/Settimana
- N. 2 GASTROSCOPIE/Settimana
- N. 2 COLONSCOPIE/Settimana
- N. 2 BRONCOSCOPIE/Settimana



## ESENZIONE TICKET PER PATOLOGIA



Determina ruolo operatore

Ruolo istituzionale	Struttura di attività
[REDACTED]	[REDACTED]
ADDETTO ESENZIONI C.Or.O. (CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO)	[REDACTED]



## IL COrO ED IL REGISTRO TUMORI

CodFiscale	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
DataNascita	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
IstatNascita	<input type="text"/>
IstatResidenza	<input type="text"/>
DataContatto	<input type="text" value="25/03/2019"/>
PatologiaSospetta	<input type="text"/>
SedePatologiaSospetta	<input type="text"/>
MedicoBase	<input type="text"/>

Scheda Registro Tumori Incidenze																					
ID	ISTAT	A_INC	SEDE	NOTE	IC	D_IC	COD48	D_COD48	CORO	D_CORO	SDO	D_SDO	MRT	D_MRT	AP	D_AP	COGNOME	NOME	DATANASCITA	SESSO	CODFISCALE
239861	073029	2019	CUTE MELANOMI	\$\$ ****	NO	00:00:00	81	12/02/2019	NO	00:00:00	NO	00:00:00	NO	00:00:00	NO	00:00:00	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ATTRIBUTO	VALORE																				
D_COD48	12/02/2019																				
ID	239861																				
COGNOME	[REDACTED]																				
NOME	[REDACTED]																				
DATANASCITA	[REDACTED]																				
ETA_1_EVENTO	[REDACTED]																				
SESSO	[REDACTED]																				
CODFISCALE	[REDACTED]																				
ISTAT	[REDACTED]																				
A_INC	2019																				
SEDE	CUTE MELANOMI																				
NOTE	\$\$ ****																				



## **ATTIVITA' DEL PERSONALE COrO**

### **Assistente sociale:**

- Colloquio con tutti i pazienti che presentano indicazione specifica sulla scorta della “Scheda fragilità” compilata dall’infermiere;
- In funzione della fragilità sociale, attivazione dell’Assistente sociale del Comune di residenza del paziente, indicazione a ricovero protetto etc;
- Raccordo e contatto periodico con gli Assistenti sociali dei Comuni di afferenza al COrO per un monitoraggio della presa in carico dell’assistito.



## ATTIVITA' DEL PERSONALE COrO

### Volontario:

- Collaborazione in termini di accoglienza e ascolto degli utenti;
- Facilitazione dei contatti fra i COrO della ROP, anche con finalità di confronto e segnalazione di buone pratiche;
- Rilevazione di bisogni specifici e particolarmente impattanti sulla qualità di vita dei pazienti;
- Sensibilizzazione e informazione allargata ai familiari degli utenti sulle iniziative regionali di screening e sui percorsi di prevenzione secondaria attivati nelle ASL;
- Somministrazione di questionari o "check list" specifiche per la valutazione di aspetti di "umanizzazione delle cure" nella rete;
- Supporto ai pazienti nella compilazione di questionari anonimi sulla qualità delle cure anche con focus su particolari fasi del percorso (es. gestione del fine vita in hospice o in assistenza domiciliare).



## Valutazione della Qualità

Gentile Signora, Gentile Signore,

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

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nella fase successive 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 è:**     il paziente stesso                       genitore, parente, altro

➤ **Il paziente è:**

<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	
<input type="checkbox"/> di nazionalità italiana	<input type="checkbox"/> di nazionalità straniera	
<input type="checkbox"/> residente nel territorio del comune di Taranto	<input type="checkbox"/> residente nel territorio della Regione Puglia	<input type="checkbox"/> residente fuori Regione Puglia
Età: anni →		



➤ **Per quale motivo ha scelto questa struttura sanitaria?**

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

➤ **Come valuta la facilità di accesso all'Ospedale?**

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

➤ Come valuta l'accoglienza del servizio?

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

➤ Come valuta la professionalità del personale medico?

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

➤ **Come valuta la professionalità del personale infermieristico?**

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

➤ **Come valuta la professionalità del personale amministrativo?**

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



➤ **Valutazioni Personali.**

	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	
Complessivamente, quanto è soddisfatto						

➤ **Ritiene sia opportuno apportare miglioramenti in questo Ospedale?**  SI  NO

Se SI

**Quali sono i tre aspetti principali che, secondo Lei, andrebbero sicuramente migliorati in questo Ospedale?**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## I "NUMERI" DEL COrO

IL COrO, dal suo avvio ad oggi, ha effettuato:

- 301 PRIME VISITE
- 109 RIVALUTAZIONI PRIME VISITE (seguito approfondimenti diagnostici)

I tempi di attesa dalla data del contatto telefonico alla visita sono di 24/48 ore.





MMG  
Specialista proponente

Indirizza il paziente



A  
T  
T  
I  
V  
A  
Z  
I  
O  
N  
E

Approfondimenti diagnostici

Percorso Terapeutico

Gruppi di Patologia

Follow up

Ricovero

Hospice

ANT

Ritorno  
informativo

Centro di  
Orientamento  
Oncologico

Indirizzo Terapeutico



**Grazie  
per  
l'attenzione!**

**Domande? E' tempo  
per farle!**

