

**Responsabilità**

*Nel caso di PDTA di area saranno indicate le Direzioni di tutte le Aziende coinvolte nel percorso*

| Qualifica  | Nome | Firma |
|--|------|-------|
| Direttore Generale   |      |       |
| Direttore Sanitario  |      |       |
| <i>Altri (ad es responsabile Qualità, Direttori di Dipartimento o di SC, Dirigente SITRA )</i> |      |       |
|  |      |       |
|  |      |       |
| Coordinatore GIC aziendale   |      |       |
| Referente Aziendale per la Rete Oncologica   |      |       |
| Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta                                 |      |       |

|  |   |
|--|---|
| <b>Data di approvazione</b>  |   |
| <b>Periodicità di revisione</b>  |   |
| <b>Data prossima revisione</b>   |   |
| Modalità di diffusione interna   | <i>Ad es intranet aziendale, invio cartaceo, modalità di visualizzazione del PDTA</i> |
| Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta |   |

**Composizione GIC**

*Indicare con \* le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare*

| Strutture           | Referente | Firma |
|---------------------|-----------|-------|
|                     |           |       |
| <i>Radioterapia</i> |           |       |
| <i>Oncologia</i>    |           |       |
| <i>Disciplina 1</i> |           |       |
| <i>Disciplina 2</i> |           |       |
| <i>Disciplina 3</i> |           |       |
| <i>Disciplina 4</i> |           |       |
| <i>Infermiere</i>   |           |       |

**GIC - regolamento**

|   |  |
|---|--|
| Coordinatore                            | <i>Nome, Cognome, disciplina, contatti</i>   |
| Segreteria                              | <i>Sede e contatti della segreteria che provvede alle prenotazioni dei pazienti</i>  |
| Sede dell'incontro                      | <i>Luogo fisico in cui si svolge il GIC</i>  |
| Periodicità dell'incontro e orario      |  |
| Modalità di refertazione                | <i>Verbale, cartella clinica, cartella informatizzata (in questo caso precisare il nome del software) ecc</i>  |
| Descrizione sintetica del funzionamento |  |
| Descrizione del percorso assistenziale  | <i>Ruolo e modalità operative dell'infermiere GIC</i><br><i>Devono essere evidenti:</i><br>- <i>modalità di presa in carico della persona/famiglia nel passaggio dal CAS al GIC-</i><br>- <i>modalità con cui avviene il monitoraggio in tutto il percorso delle problematiche assistenziali (psicosociali- presenza di fragilità- presenza/necessità CVC – problematiche specifiche)</i><br>- <i>Modalità con cui si mantengono i contatti tra infermiere GIC e le diverse equipe assistenziali coinvolte</i> |

**Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili***Specifico per patologia*

|   |  |
|---|--|
| Descrizione del bacino di utenza                                | <i>Confini geografici del bacino di utenza (ad es provincia)</i> |
| Numero di abitanti del bacino di utenza                         |  |
| Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza                      |  |
| Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento) |  |

**Neoplasie di pertinenza del GIC**

|                  |
|------------------|
| <b>Neoplasia</b> |
|                  |
|                  |
|                  |

Segnalare con A (assistenziale) nelle diverse descrizioni sintetiche, eventuali specificità assistenziali (per es presenza enterostomista, dietista, logopedista, ecc...)

### Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

*Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2019. Per le procedure di I livello già presenti nel PDTA CAS (laboratorio, radiologia ecc) non ripetere l'inserimento. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Nella colonna "condizione" è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna "modalità di accesso" vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.*

| Condizione              | Procedure  | Modalità di accesso | Tempi previsti di accesso |
|-------------------------|--|---------------------|---------------------------|
| Carcinoma Margine Anale | Visita proctologica + Anoscopia + Biopsia dell'ano |                     |                           |
| Carcinoma Margine Anale | Visita CAS   |                     |                           |
| Carcinoma Margine Anale | TC Torace + Addome completo con mdc                |                     |                           |
| Carcinoma Margine Anale | RMN Addome Inferiore con mdc                       |                     |                           |
| Carcinoma Margine Anale | PET-CT   |                     |                           |
| Carcinoma Margine Anale | Visita GIC ANO                                     |                     |                           |
| Carcinoma Margine Anale | Visita proctologica + Anoscopia + Biopsia dell'ano |                     |                           |
| Carcinoma Margie Anale  | Visita Radioterapica                               |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | Visita Oncologica                                  |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | Visita CAS   |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | TC Torace + Addome completo con mdc                |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | RMN Addome Inferiore con mdc                       |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | PET-CT   |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | Visita GIC ANO                                     |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | Visita Radioterapica                               |                     |                           |
| Carcinoma Canale Anale  | Visita Oncologica                                  |                     |                           |

**Descrizione sintetica dei trattamenti**

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2019. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Non è richiesto di specificare i dettagli dei trattamenti (ad es tipo di chirurgia, schedula di radioterapia o schema di chemioterapia). Nella colonna "condizione" è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna "modalità di accesso" vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

| Condizione   | Procedure   | Modalità di accesso | Tempi previsti di accesso |
|--|---|---------------------|---------------------------|
| Carcinoma margine anale / perianale T1-N0-M0                                     | Exeresi Chirurgica  |                     |                           |
| Carcinoma margine anale T2/T4-N0/N+-M0   | Trattamento Radiochemioterapico combinato sec. Nigro                          |                     |                           |
| Carcinoma Canale anale ogni T-N-M0   | Trattamento Radiochemioterapico combinato sec. Nigro                          |                     |                           |
| Carcinoma margine anale o Canale anale M+  | Valutazione del sigolo caso al GIC.<br>Eventuale Chemioterapia esclusiva      |                     |                           |
| Recidiva di carcinoma del margine anale / canale anale dopo RT e CT combinata M0 | Amputazione Addominoperineale sec. Miles di salvataggio / Exenteratio pelvica |                     |                           |
| Recidiva di carcinoma del margine anale / canale anale dopo RT e CT combinata M+ | RT palliativa<br>CT palliativa  |                     |                           |

**Follow up**

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2019.

E' necessario inserire non soltanto le procedure finalizzate alla diagnosi di ripresa di malattia ma anche gli interventi utili alla riabilitazione, al controllo delle tossicità tardive e all'educazione alla salute. Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

| <b>Procedura</b>  | <b>Periodicità</b>   | <b>Dove viene svolta</b>   |
|---|--|--|
| <i>Ad es. Esame clinico</i>   | <i>Ogni quanto tempo e per quanto tempo</i>  | <i>Ad es oncologia fino al 5° anno poi MMG</i>   |
| Visita proctologica(+ palpazione inguinale), Esplorazione rettale, Anoscopia, | <i>Ogni 3 mesi per 3 anni;<br/>Poi ogni 6 mesi per 2 anni;<br/>Poi 1 volta/anno per 5 anni</i> | <i>Ambulatorio di Coloproctologia<br/>Ovvero Amb di Radioterapia<br/>Ovvero Amb di Oncologia per 10 anni poi MMG</i> |
| TC Torace + Addome completo con mdc   | <i>A 3 mesi dal termine RT + CT<br/>1 volta/anno per 10 anni</i>                               | <i>Ambulatorio di Coloproctologia<br/>Ovvero Amb di Radioterapia<br/>Ovvero Amb di Oncologia per 10 anni poi MMG</i> |
| Addome inferiore con mdc  | <i>A 3 mesi dal termine RT + CT;<br/>Poi in caso di dubbio Clinico / Strumentale</i>           | <i>Ambulatorio di Coloproctologia<br/>Ovvero Amb di Radioterapia<br/>Ovvero Amb di Oncologia per 10 anni poi MMG</i> |
| Biopsia Canale anale  | <i>A 6 mesi dal termine RT + CT<br/>Poi in caso di dubbio Clinico / Strumentale</i>            | <i>Ambulatorio di Coloproctologia<br/>Ovvero Amb di Radioterapia<br/>Ovvero Amb di Oncologia per 10 anni poi MMG</i> |
| PET-CT  | <i>A 6 mesi dal termine RT + CT<br/>Poi in caso di dubbio Clinico / Strumentale</i>            | <i>Ambulatorio di Coloproctologia<br/>Ovvero Amb di Radioterapia<br/>Ovvero Amb di Oncologia per 10 anni poi MMG</i> |
| Visita Ginecologica + Eventuale PAP test                                      | <i>1 volta/anno per 10 anni</i>  | <i>Ambulatorio di Coloproctologia<br/>Ovvero Amb di Radioterapia<br/>Ovvero Amb di Oncologia per 10 anni poi MMG</i> |

**Altre procedure correlate al follow up**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate</b>   | <i>SI</i> |
| <b>Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico</b>                                | <i>SI</i> |
| <b>Consegna della programmazione del follow up</b>   | <i>SI</i> |
| <b>Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico</b> | <i>SI</i> |