

SOMMARIO

SOMMARIO	1
RESPONSABILITÀ	2
COMPOSIZIONE GIC	3
GIC - REGOLAMENTO	3
CONTESTO EPIDEMIOLOGICO, CLINICO E SERVIZI DISPONIBILI	5
NEOPLASIE DI PERTINENZA DEL GIC	5
MELANOMA	6
MELANOMA - FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO	6
MELANOMA - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO	7
MELANOMA - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI	7
MELANOMA - FOLLOW UP	8
CA BASOCELLULARE	9
CA BASOCELLULARE - FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO	9
CA BASOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO	10
CA BASOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI	10
CARCINOMA BASOCELLULARE - FOLLOW UP	10
CA SPINOCELLULARE	11
CA SPINOCELLULARE - FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO	11
CA SPINOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO	12
CA SPINOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI	12
CA SPINOCELLULARE - FOLLOW UP	13
SARCOMA KAPOSÌ	14
SARCOMA KAPOSÌ - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO	14
SARCOMA KAPOSÌ - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI	14
SARCOMA KAPOSÌ - FOLLOW UP	14
ALTRE PROCEDURE CORRELATE AL FOLLOW UP	14
INDICATORI	15

RESPONSABILITÀ

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr. Mario MINOLA	F.to in originale
Direttore Sanitario Aziendale	Dr. Roberto SACCO	F.to in originale
Direttore Sanitario DSPO	Dr. Andrea CAPPONI	F.to in originale
Coordinatore GIC aziendale	Dr.ssa Paola SAVOIA	F.to in originale
Responsabile Qualità - Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr.ssa Donatella CHIARINOTTI	F.to in originale
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle d'Aosta	Dr. Oscar BERTETTO	

Data di approvazione	27/07/2018
Periodicità di revisione	Annuale
Data prossima revisione	entro 31/12/2020
Modalità di diffusione interna	Il Documento è integralmente diffuso via mail a Direttori, Referenti Qualità e CPSE SSCC interessate. E' loro responsabilità garantire l'applicazione dei contenuti e sorvegliare la congruenza dei comportamenti clinici dei singoli operatori. Copia ufficiale del Percorso (pdf protetto) è pubblicata sul sito intranet aziendale. (Standard Aziendali). Copia cartacea è archiviata presso la SC referente del percorso
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

COMPOSIZIONE GIC

Sono indicati con * le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare
In grassetto i Referenti di disciplina

Strutture	Referente
Dermatologia	Prof.ssa P. Savoia
Dermatologia	Dr. P. Boggio
Dermatologia	Dr.ssa P. Farinelli
Dermatologia	Dr. R. Giorgione
Dermatologia	Dr.ssa E. Zavattaro
Anatomia Patologica	Dr. A. Ramponi
Anatomia Patologica	Dr.ssa A. Giacalone
Chirurgia Toracica *	Dr. F. Massera
Chirurgia Generale *	Dr. T. Zampogna
Medicina Nucleare *	Dr. G. Sacchetti
Oncologia	Dr. A. Sponghini
Oncologia	Dr. D. Rondonotti
Pneumologia *	Dr. P. Balbo
Radiologia	Dr.ssa M. Proaspatu
Radiologia	Dr.ssa A.M. Rampi
Radioterapia	Dr.ssa D. Beldi
Radioterapia	Dr.ssa C. Perotti
Coordinatore Dipartimentale	Dott.ssa Grazia Bompan

GIC - REGOLAMENTO

Coordinatore	Paola Savoia, SCU Dermatologia, padiglione G piano rialzato; tel 0321/3733387; paola.savoia@med.uniupo.it
Segreteria	CPSE dott.ssa Grazia Bompan, SCU Dermatologia, padiglione G piano rialzato; fax 0321/3733269; dermo.segre@maggioreosp.novara.it
Sede dell'incontro	Sala riunioni Radioterapia; padiglione C piano seminterrato
Periodicità dell'incontro e orario	Mercoledì ore 15.30-17.30 ogni 2 settimane, come da planner pubblicato su sito internet AOU Novara
Modalità di refertazione	Verbale informatizzato (OKDH) e <u>scheda cartacea firmata</u> dai referenti di patologia presenti all'incontro. Tale scheda è archiviata in un apposito raccoglitore ubicato nello studio del coordinatore GIC accessibile per la consultazione da parte dei diversi referenti che ne richiedano la visione
Descrizione sintetica del funzionamento	I casi complessi per i quali è necessaria una valutazione multidisciplinare vengono inseriti dal medico che effettua la visita sull'apposita agenda di prenotazione per il GIC Melanoma e NMSC. Tali casi vengono discussi collegialmente durante le riunioni che si tengono a cadenza quindicinale, come da planner annuale pubblicato sia in rete intranet che internet (SITO AOU Novara). e quindi, sulla base della decisione presa, presi in carico dallo specialista di riferimento

	<p>Alle riunioni, convocate a mezzo di posta elettronica dal Responsabile GIC (coordinatore) o suo delegato, vengono invitati tutti i componenti effettivi e, su chiamata, eventuali specialisti utili alla discussione di specifici casi clinici.</p> <p>I casi sono portati in discussione GIC direttamente dallo Specialista CAS che per primo è venuto in contatto con il paziente. E' disponibile un applicativo dedicato specificatamente ai pazienti Oncologici (per AOU:OKDH) cui hanno accesso unicamente operatori abilitati (con ID e password) che possono condividere, pertanto, tutte le informazioni ivi contenute.</p> <p>In OKDH è presente una apposita agenda di "prenotazione" dei casi da discutere collegialmente, suddivisa per GIC e alimentata dagli stessi specialisti CAS/GIC che hanno peraltro il compito di precompilare la scheda per la presentazione del caso al GIC e di verificare che sia stata eseguita preventivamente una visita CAS e ottenuta l'esenzione 048/ 048T.</p> <p>La scheda, completata in sede di discussione con la proposta terapeutica condivisa, viene validata informaticamente, stampata e fatta firmare da tutti i componenti presenti.</p> <p>La validazione attiva la trasmissione dell'impegnativa dematerializzata comprendente la prestazione 8907.0 - "valutazione multidisciplinare".</p> <p>Non è possibile generare la dematerializzata senza tale passaggio.</p> <p>Copia cartacea firmata è archiviata a cura del Coordinatore GIC.</p> <p>La comunicazione al paziente dell'esito della discussione GIC è demandata allo specialista dermatologo che proporrà l'iter come da indicazione GIC.</p> <p>In base alle decisioni assunte lo Specialista che dovrà, nel passaggio successivo, prendere in carico il paziente provvede a programmare un appuntamento di prima visita specialistica presso la struttura interessata. Qualora il trattamento preveda un intervento chirurgico come passaggio successivo, a fine riunione il chirurgo provvede all'inserimento in lista operatoria; lo stesso avrà il compito di cancellare il nominativo qualora il paziente, durante il colloquio, non aderisca alla programma proposto e decida di rivolgersi ad altra struttura.</p> <p>A fine colloquio con il paziente viene consegnata una lettera (indirizzata al curante) in cui è riportato un sunto delle riunioni collegiali con le decisioni /proposte terapeutiche assunte.</p> <p>Attraverso il software OKDH il referto GIC risulta visibile a tutti gli operatori (medico infermieristici) coinvolti, può essere stampato e allegato alla documentazione clinica e/o consegnato al paziente, qualora ne venga fatta la richiesta.</p> <p>Come da procedura aziendale, possono accedere agli specifici GIC unicamente gli operatori abilitati.</p>
Descrizione del percorso assistenziale	<p>Il coordinatore infermieristico referente per il GIC verrà contattato per la presa in carico del paziente e la valutazione delle problematiche di competenza infermieristica del singolo paziente (problemi psicosociali- presenza di fragilità- presenza/necessità CVC – problematiche specifiche legate a patologie e/o condizioni particolari del paziente).</p> <p>Il coordinatore infermieristico GIC può essere contattato telefonicamente al numero 0321/3733387 o tramite la mail aziendale grazia.bompan@maggioreosp.novara.it. tramite gli stessi canali mantiene i contatti tra le differenti figure assistenziali coinvolte.</p> <p>La valutazione infermieristica prende in considerazione le problematiche assistenziali (psicosociali, presenza di fragilità, presenza/necessità CVC, valutazioni geriatriche, problematiche specifiche).</p> <p>Sull'applicativo aziendale, in area dedicata sono presenti schede di valutazione infermieristica CAS (elaborate secondo i dettami proposti dalla ROP- Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta) che sono compilate da personale formato, in ambiente dedicato, validate informaticamente (ID e password) e consultabili in ambito GIC.</p> <p>La presa in carico delle problematiche del contesto familiare avvengono durante la prima valutazione infermieristica CAS e successivamente condivise con lo Specialista di riferimento.</p>

	<p>Le schede sono aggiornabili ogni qualvolta venga ritenuto necessaria una rivalutazione, con mantenimento dello storico e possibilità di monitoraggio delle varie problematiche assistenziali, durante tutto il percorso di cura.</p> <p>Durante la Visita GIC vengono valutate e condivise con il Team eventuali problematiche assistenziali emerse durante la valutazione infermieristica CAS.</p>
--	--

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO, CLINICO E SERVIZI DISPONIBILI

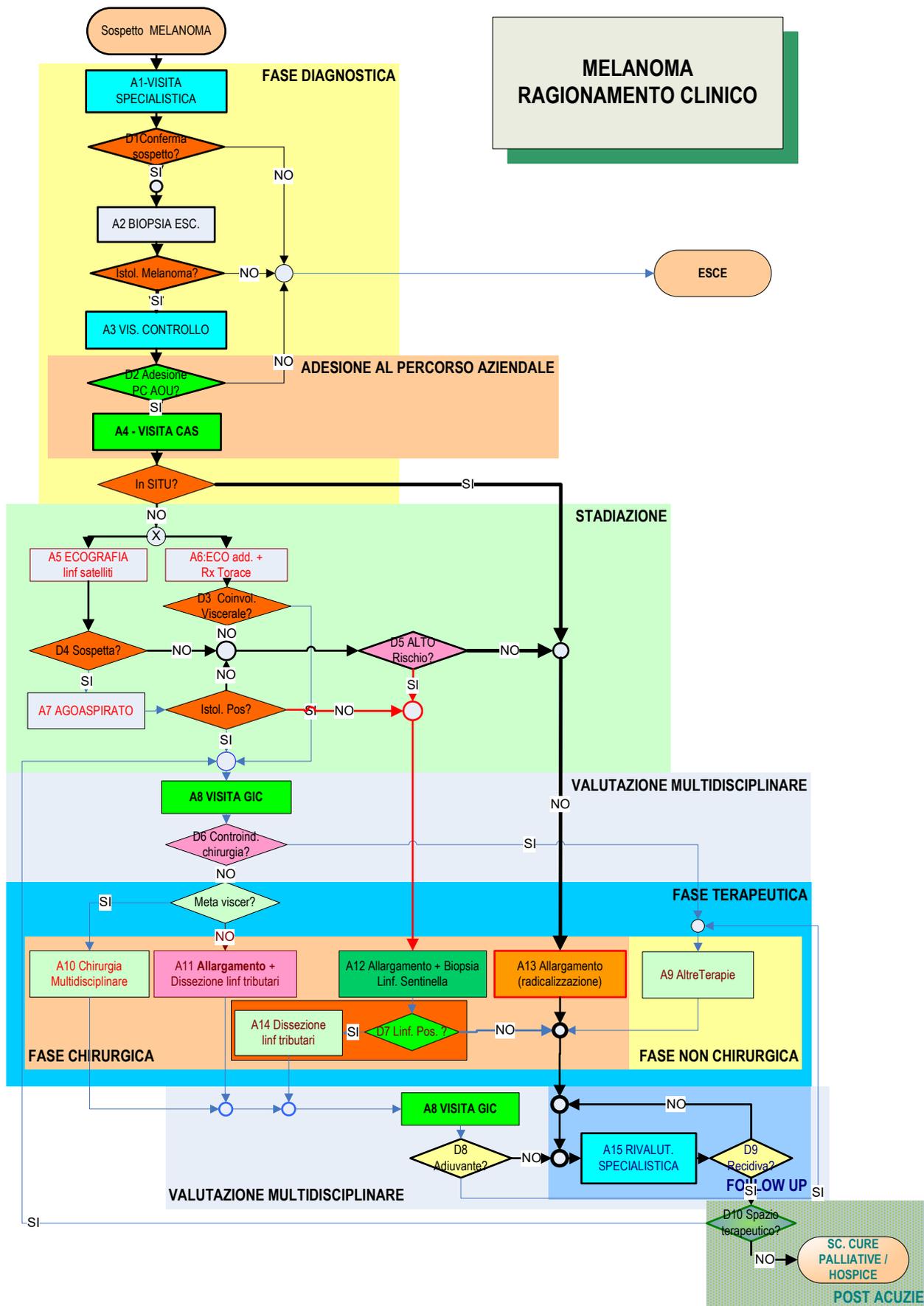
Descrizione del bacino di utenza	Novara e Provincia; VCO
Numero di abitanti del bacino di utenza	534.000
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS AOU - Novara CAS ASL BI (Biella) CAS ASL NO (Borgomanero) CAS ASL VC (Vercelli e Borgosesia) CAS ASL VCO (Verbania)
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	AOU; ASL BI; ASL NO; ASL VC e VCO.

NEOPLASIE DI PERTINENZA DEL GIC

Neoplasia
Melanoma
Non Melanoma skin cancer (NMSC) (ca. baso e spino cellulare)
Sarcoma di Kaposi

MELANOMA

MELANOMA - FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO



MELANOMA - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Lesione nevica "atipica"	Videodermatoscopia digitale	Amb. Dermoscopia, pad. G. Su indicazione dello specialista dopo I visita dermatologica.	7-10 giorni
Lesione pigmentata con atipie alla dermoscopia	Biopsia escissionale	Sale Operatorie SCU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo dermoscopia.	14-20 giorni
Melanoma istologicamente confermato	Revisione della cicatrice chirurgica con allargamento a 1-2 cm	Sale Operatorie SCU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visione dell'esame istologico.	30-45 giorni
Melanoma da stadio pT1b in poi	Biopsia del linfonodo sentinella. ETG addome e stazioni linfonodali superficiali e/o TC cranio, torace e addome con mdc	Sale Operatorie SCU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visione dell'esame istologico. Radiologia.	30-45 giorni

MELANOMA - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Melanoma primitivo	Biopsia escissionale + revisione della cicatrice chirurgica + eventuale biopsia del linfonodo sentinella	Sale Operatorie SCU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visione dell'esame istologico.	30-45 giorni
Mts da melanoma in linfonodo sentinella	Dissezione linfonodale di I, II e III livello nella corrispondente stazione.	Sale Operatorie SCU Chirurgia 2. Su indicazione dello specialista dopo visione dell'esame istologico.	30-45 giorni
Localizzazioni secondarie cutanee da melanoma	Exeresi chirurgica e/o elettrochemioterapia.	Sale Operatorie SCU Dermatologia. Su indicazione dello specialista.	30 giorni
Localizzazioni secondarie viscerali isolate	Exeresi chirurgica.	Sale Operatorie SCU Chirurgia di riferimento. Su indicazione dello specialista.	15-45 giorni
Melanoma avanzato, non resecabile o metastatico BRAF mutato	Trattamento sistemico con terapia target o inibitori del check-point immunologico.	SCU Oncologia, dopo valutazione GIC.	15 giorni
Melanoma avanzato, non resecabile o metastatico BRAF wild-type	Terapia sistemica con inibitori del check-point immunologico.	SCU Oncologia, dopo valutazione GIC.	15 giorni
melanoma avanzato o metastatico	Trattamento radioterapico	SCU Radioterapia dopo valutazione GIC.	10-15 giorni

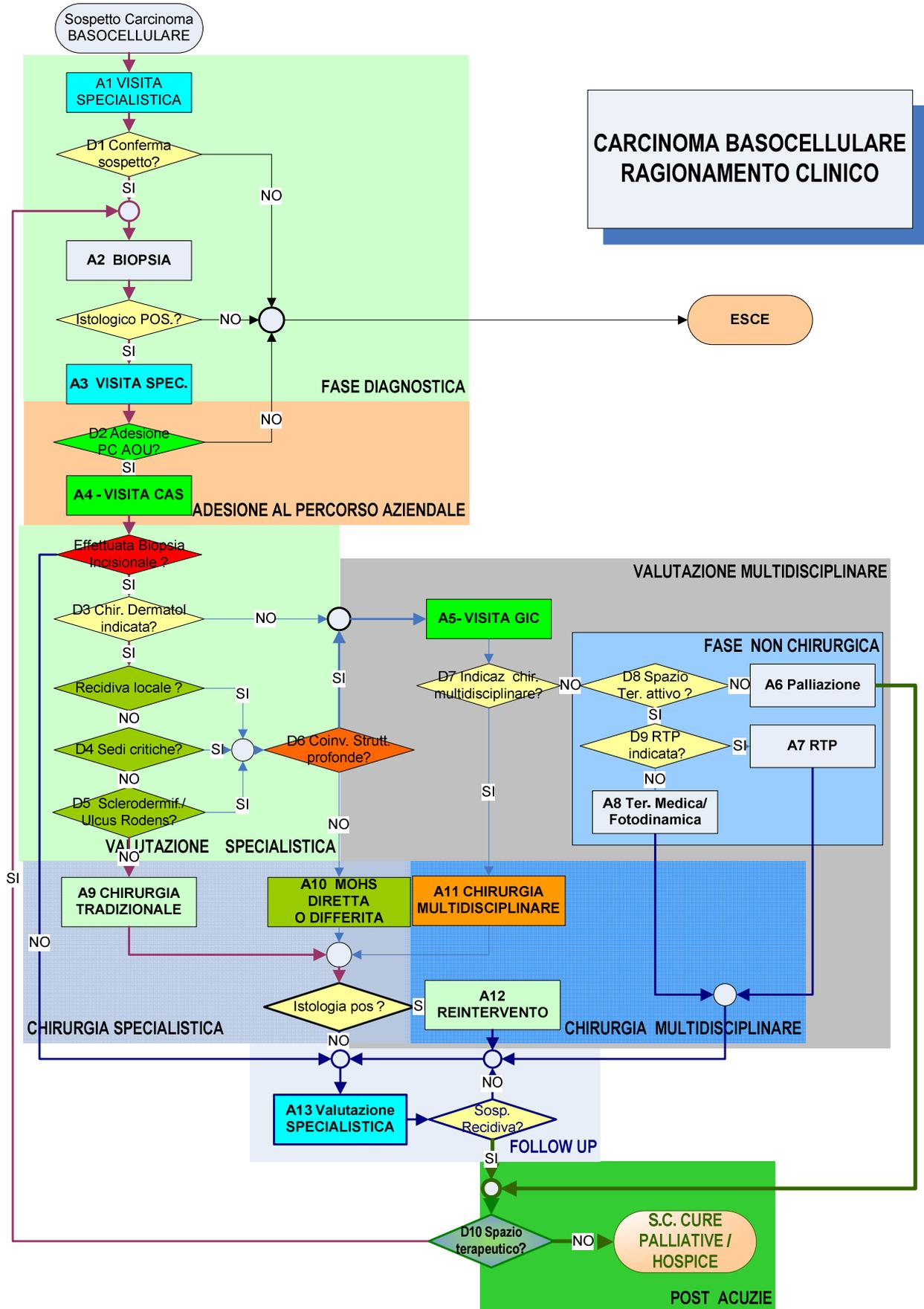
MELANOMA - FOLLOW UP

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico: stadio in situ o 0	1 volta anno per i primi 5 anni	SCDU Dermatologia ambulatorio follow up melanoma
Esame clinico stadio IA	Ogni 6 mesi per i primi 5 anni, 1 volta all'anno dal 5° al 10° anno	SCDU Dermatologia ambulatorio follow up melanoma
Esame clinico stadio IB-IIA	Ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi dal 3° al 5° anno, 1 volta anno dal 5° al 10° anno	SCDU Dermatologia ambulatorio follow up melanoma
Esame clinico stadio IIB	Ogni 3 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi dal 3° al 5° anno, 1 volta anno dal 5° al 10° anno	SCDU Dermatologia ambulatorio follow up melanoma
Esame clinico stadio IIC-III	Ogni 3 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi dal 3° al 5° anno, 1 volta anno dal 5° al 10° anno	SCDU Dermatologia ambulatorio follow up melanoma
Esame clinico stadio III inoperabile-IV	Ogni 3 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi dal 3° al 5° anno, 1 volta anno dal 5° al 10° anno	SCDU Dermatologia ambulatorio follow up melanoma
Esame clinico pazienti con melanoma di qualsiasi stadio e nevi displastici o sindrome melanoma familiare	prosegue ogni 6 mesi (anche se il follow up per stadio di malattia prevederebbe il controllo clinico annuale)	SCDU Dermatologia ambulatorio follow up melanoma
Ecografia linfonodi tributari stadio IA	ogni 6 mesi per i primi 5 anni	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
Ecografia linfonodi tributari stadio IB-IIA	ogni 6 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi dal 3° al 5° anno, 1 volta anno fino al 10° anno	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
Ecografia linfonodi tributari stadio IIB	Ad ogni controllo clinico	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
Ecografia linfonodi tributari stadio IIC- III	Ad ogni controllo clinico	SCDU Radiodiagnostica AOU Maggiore Carità Novara
RX torace stadio IB-IIA	1 volta anno per i primi 5 anni	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
Rx torace stadio IIB	1 volta anno per i primi 5 anni	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
ECO addome superiore stadio IB-IIA	1 volta anno per i primi 5 anni	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
ECO addome superiore stadio IIB	1 volta anno per i primi 5 anni	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
TC /PET stadio IIC-III	Ogni 6 mesi per i primi 3 anni (modificabile in base al rischio di ripresa) poi 1 volta anno fino al 5° anno	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara
TC/PET stadio III inoperabile/stadio IV	Ogni 3-6 mesi	SCDU Radiodiagnostica AOU Novara

CA BASOCELLULARE

CA BASOCELLULARE - FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO



CA BASOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Ca. basocellulare	Exeresi chirurgica diretta. Chirurgia di Mohs diretta o indiretta (per casi selezionati).	Sale Operatorie SCDU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visita dermatologica di I livello ed eventuale dermoscopia.	30-45 giorni (fino a 60 gg per sedi e varianti cliniche non critiche)

CA BASOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Ca. basocellulare	Trattamento topico con 5-fluorouracile, imiquimod, terapia fotodinamica. Exeresi chirurgica diretta. Chirurgia di Mohs diretta o indiretta (per casi selezionati).	Ambulatori e sale operatorie SCDU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visita dermatologica di I livello ed eventuale dermoscopia.	Prescrizione del trattamento topico in occasione della visita. Per altri trattamenti 30-45 giorni (fino a 60 gg per lesioni non critiche)
Ca. basocellulare inoperabile o avanzato	Terapia sistemica con vismodegib	Ambulatori SCDU Dermatologia. Su indicazione dello specialista.	15 giorni
Ca. basocellulare inoperabile	Trattamento radioterapico	SCDU Radioterapia dopo valutazione GIC.	10-15 giorni

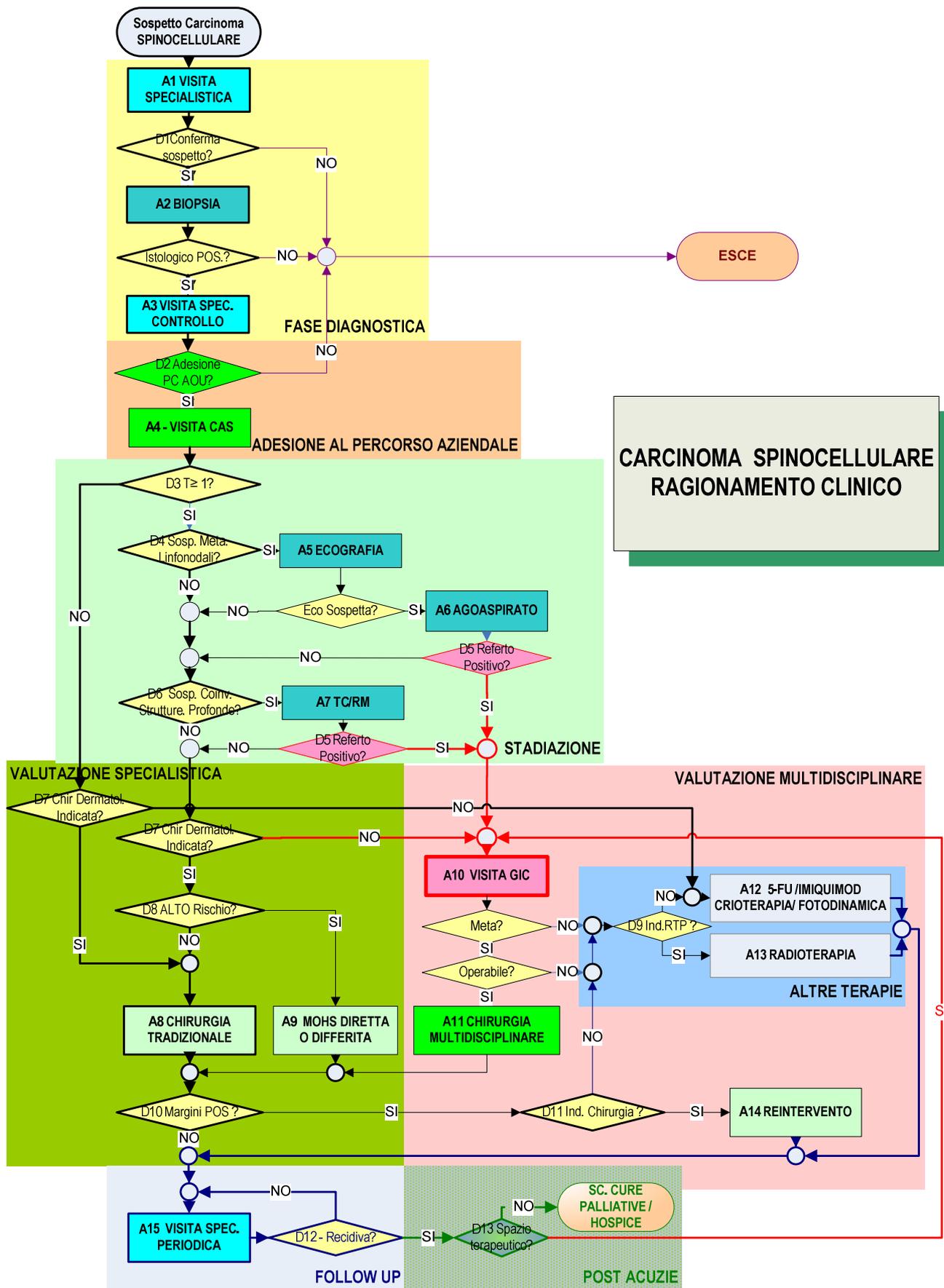
CARCINOMA BASOCELLULARE - FOLLOW UP

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
A basso rischio di recidiva: esame clinico e dermoscopico	1 volta all'anno	SCDU Dermatologia ambulatorio
Ad alto rischio di recidiva: esame clinico e dermoscopico	Ogni 6 mesi per i primi 3 anni poi 1 volta all'anno	SCDU Dermatologia ambulatorio

CA SPINOCELLULARE

CA SPINOCELLULARE - FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO



CA SPINOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Ca. spinocellulare	Exeresi chirurgica diretta. Chirurgia di Mohs * diretta o indiretta (per casi selezionati). ETG stazioni linfonodali superficiali	Sale Operatorie SC Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visita dermatologica di I livello ed eventuale dermoscopia. Radiologia.	30-45 giorni

* L'esame estemporaneo deve essere seguito da studio su tessuto fissato. La chirurgia micrografica di Mohs sembra ottenere un miglior tasso di guarigione nei tumori ad alto rischio. La miglior alternativa a questa tecnica è la chirurgia differita in due tempi con controllo dei margini sul pezzo operatorio reperiti con cura. Proposta di misurazione e orientamento del pezzo operatorio da documentare sul referto di invio istologico in tutti i casi. Proposta di valutazione dei margini laterali e profondi con orientamento (determinazioni da definire) del letto chirurgico residuo nelle lesioni ad alto rischio (soprattutto nelle lesioni recidive)

CA SPINOCELLULARE - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Ca. spinocellulare	Exeresi chirurgica diretta. Chirurgia di Mohs diretta o indiretta (per casi selezionati). ETG stazioni linfonodali superficiali.	Sale Operatorie SCDU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visita dermatologica di I livello ed eventuale dermoscopia. Radiologia.	30-45 giorni
Ca. spinocellulare inoperabile e/o recidivato	Trattamento Radioterapico **	SCDU Radioterapia, dopo valutazione GIC.	10-15 giorni
Ca. spinocellulare metastatico	Chirurgia e/o chemioterapia	SCDU Oncologia o Chirurgia di competenza, dopo valutazione GIC.	15-45 giorni

** La radioterapia esclusiva trova indicazione nei pazienti inoperabili per controindicazioni internistiche e tutte le volte in cui la radicalità della resezione incontra limitazioni di ordine funzionale o estetico o in caso di rifiuto della chirurgia da parte del paziente.

La radioterapia postoperatoria nella sede del tumore primitivo è indicata nei casi di persistenza macro e microscopica di malattia, qualora non si possa più intervenire chirurgicamente. Nel caso di asportazione completa la radioterapia può essere indicata nel caso di lesioni recidive di particolare aggressività, presenza di invasione perineurale estensiva, neoplasia con indice di accrescimento elevato; coinvolgimento dei linfonodi loco-regionali.

Non è indicata nel caso di condizioni genetiche ad alto rischio di tumori cutanei (come lo xeroderma pigmentosum), nel caso di malattie del connettivo come la sclerodermia, nel caso di mancanza di compliance del paziente o di precedente radioterapia nella stessa sede.

CA SPINOCELLULARE - FOLLOW UP

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
A basso rischio di recidiva: esame clinico e dermoscopico	Dopo 4 mesi, poi ogni 6 mesi per 3 anni, poi 1 volta all'anno	SCDU Dermatologia ambulatorio
A basso rischio di recidiva: ETG stazioni linfonodali	1 volta all'anno	SCDU Radiodiagnostica AOU Maggiore Carità Novara
Ad alto rischio di recidiva: esame clinico e dermoscopico	Ogni 3 mesi per i primi 3 anni poi ogni 6 mesi per 3 anni, poi 1 volta all'anno	SCDU Dermatologia ambulatorio
Ad alto rischio di recidiva: ETG stazioni linfonodali	1 volta all'anno	SCDU Radiodiagnostica AOU Maggiore Carità Novara

Sono considerati criteri di cattiva prognosi i seguenti:

CRITERI CLINICI

- recidiva locale
- aderenza al piano profondo
- segni neurologici di invasione (facciale, trigemino)
- immunodepressione
- diametro: = o superiore a 10 mm nelle zone a rischio: zone periorificali (Labbro, orecchio esterno), zone non fotoesposte: genitali, pianta dei piedi, su radiodermi, cicatrici da ustione, ulcere croniche; = o superiore a 20 mm nelle zone non a rischio.

CRITERI ISTOLOGICI

- invasione perineurale
- basso grado di differenziazione cellulare
- desmoplastico superiore a mucoepidermoide superiore a acantolitico
- livello di Clark = o > 4
- spessore > 3 mm

In base alla presenza o meno di questi criteri vengono distinti 2 gruppi di carcinomi spinocellulari:

- **BASSO RISCHIO** di recidiva o mts - in assenza di tutti questi criteri.
- **ALTO RISCHIO** di recidiva o di mts - in presenza di almeno un criterio

SARCOMA KAPOSÌ**SARCOMA KAPOSÌ - DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO**

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Sarcoma di Kaposi	Biopsia escissionale di eventuali lesioni cutanee sospette	Sale Operatorie SCU Dermatologia. Su indicazione dello specialista dopo visita dermatologica di I livello	45 giorni

SARCOMA KAPOSÌ - DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Sarcoma di Kaposi con lesioni cutanee multiple	Elettrochemioterapia	Sale Operatorie SC Dermatologia. Su indicazione e prescrizione dello specialista.	45 giorni
Sarcoma di Kaposi con lesioni cutanee disseminate e/o metastatico	Chemioterapia	SC Oncologia, dopo valutazione GIC	45 giorni
Sarcoma di Kaposi con lesioni cutanee localizzate con o senza sintomi (dolore e/o sanguinamento)	Trattamento radioterapico **	SC Radioterapia, dopo valutazione GIC.	10-15 giorni

SARCOMA KAPOSÌ - FOLLOW UP

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	Ogni 6 mesi	SCDU Dermatologia e/o Oncologia, ambulatorio
ETG addome e stazioni linfonodali	1 volta all'anno	SCDU Radiodiagnostica AOU Maggiore Carità Novara

ALTRE PROCEDURE CORRELATE AL FOLLOW UP

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI
Consegna della programmazione del follow up	NO
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI; contatto telefonico diretto con il centro.

INDICATORI

Da indicazioni ROP (Prot. n. 19212 del 22/02/2017 e 93019 del 29/09/2017)

INDICATORI DI STRUTTURA	STANDARD	PERIODICITA'	BASE DATI
presenza nel GIC di due dermatochirurghi con un'attività documentata di almeno 200 interventi/anno per tumori cutanei, compresi quelli eseguiti in regime ambulatoriali di cui almeno 20 melanomi	presenza	n.a.	Delibera GIC

INDICATORI DI PROCESSO	STANDARD	PERIODICITA'	BASE DATI
Intervallo visita CAS - Visita GIC post chirurgico (se in indicazione)	≤ 30 gg	SEMESTRALE	DB Aziendali
Intervallo visita CAS - Visita GIC (non legato chirurgia)	≤ 15 gg	SEMESTRALE	DB Aziendali
% di pazienti con refertazione istopatologica redatta secondo le indicazioni di rete.	doc ROP	SEMESTRALE	

INDICATORI DI ESITO	STANDARD	PERIODICITA'	BASE DATI
% di pazienti con margine di resezione di almeno <ul style="list-style-type: none"> • 1 cm se lo spessore del melanoma è non superiore a 2 mm • di 2 cm se lo spessore è superiore ai 2 mm, rispetto al totale dei pazienti operati con intento curativo 	in definizione ROP	SEMESTRALE	DB Aziendali