

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr. Gianni Bonelli	
Direttore Sanitario	Dr. Lorenzo Stefano Maffioli	
f.f. Direttore Sanitario di Presidio	Dr. Francesco D'Aloia	
Direttore del Dipartimento di Oncologia	Dr. Roberto Polastri	
Referente S.S. Qualità e Accreditamento	Dr.ssa Laura Ferrara	
Referente Rischio Clinico	Dr. Carlo Prastaro	
Coordinatore GIC Aziendale	Dr. Roberto Perinotti	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr. Pietro Sozzi	
Direttore S.C. Direzione Professioni Sanitarie	Dr.ssa Antonella Croso	

Data di approvazione	29/11/2018
Periodicità di revisione	Triennale Salvo introduzione di nuove linee guida in ambito diagnostico-terapeutico
Data prossima revisione	30/11/2021
Modalità di diffusione interna	Secondo i piani di comunicazione concordati con la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
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
Chirurgo generale	Dr. Roberto Polastri	
Chirurgo generale	Dr. Luca Chiappo	
Chirurgo generale	Dr. Mauro Pozzo	
Chirurgo generale	Dr. Carlo Somaglino	
Chirurgo generale	Dr. Enrico Bolla	
Oncologo	Dr.ssa Myriam Paris	
Oncologo	Dr. Pietro Sozzi	
Gastroenterologo	Dr. Franco Ferrero	
Epatologo <i>Solo per tumore fegato</i>	Dr. Paolo Scivetti	
Radioterapista	Dr. Gregorio Moro	
Radioterapista	Dr. Giuseppe Girelli	
Radiologo	Dr. Stefano Debernardi	
Anatomopatologo	Dr. Daniele Liscia	
Dietologo	Dr.ssa Francesca Monteferraio	
Infermiere GIC	Dr.ssa Monica Cavina	
Infermiere CAS	Dr.ssa Gabriella Mozzone	
Cure Palliative*	Dr. Michele Maffeo	
Psicologo*	Dr.ssa Patrizia Tempia	

Data Manager*	Dr.ssa Elisa Perfetti	
----------------------	-----------------------	--

GIC - regolamento

Coordinatore	Dr. Roberto Perinotti Tel: 015/15155705 Mail: roberto.perinotti@aslbi.piemonte.it
Segreteria	CAS Tel Call center 015 .1515 . 7503 Tel per altri CAS 015. 1515 .7523 Fax: 015.1515. 7507 Mail: cas@aslbi.piemonte.it
Sede dell'incontro	Sala riunioni GIC (DE3C)
Periodicità dell'incontro e orario	SETTIMANALE- giovedì ore 15-16.30
Modalità di refertazione	Visita collegiale registrata su NetCare, stampata e firmata dai partecipanti.
Descrizione sintetica del funzionamento	Presentazione del caso da parte del medico che ha in carico il paziente. Registrazione dell'esito della discussione su NetCare.
Descrizione del percorso assistenziale	• Visita CAS (medico, infermiere e amministrativo) e trasmissione dati al GIC. • Valutazione del rischio di dimissione difficile o fragilità socio-assistenziali con l'infermiere primary del reparto, il Care Manager di Dipartimento o coinvolgendo eventualmente la figura dell'infermiere esperto in stomie, infermiere di endoscopia e nutrizioniste. • Infermiere GIC: prepara la documentazione necessaria per la discussione GIC. • Presenta il paziente durante il GIC (in caso di fragilità socio assistenziali). • Prenota la visita successiva per i pazienti in follow-up e/o altri accertamenti. • Convoca il paziente per la consegna valutazione GIC e consegna insieme al medico l'istologico per i pazienti a cui la consegna non è stata eseguita in ambulatorio. • Organizza gli esami, strumentali e non, richiesti durante la discussione GIC. • La presa in carico del paziente con stomia prevede il coinvolgimento delle infermiere e stomiste ambulatoriali e territoriali per la presa in carico.

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	Popolazione afferente ai comuni di pertinenza dell'Asl di Biella
Numero di abitanti del bacino di utenza	Circa 180.000
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	1
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	1

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia ESOFAGO
Neoplasia COLON
Neoplasia RETTO
Neoplasia PANCREAS e VIE BILIARI
Neoplasia STOMACO

Neoplasia FEGATO

TUMORE DELL'ESOFAGO

Descrizione sintetica dell'iter DIAGNOSTICO

CONDIZIONE	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
SINTOMATICO, EMORRAGIA	EGDS + biopsia e stadiazione con TC torace addome Valutazione HER 2 Ricovero e valutazione nutrizionale	- Endoscopia digestiva - P.S. - Impegnativa del Curante - visita CAS	
DISFAGIA A SOLIDI E LIQUIDI	Ricovero e stadiazione Valutazione nutrizionale Valutazione posizionamento STENT	- Endoscopia digestiva - P.S. - Impegnativa del Curante - visita CAS	
PAZIENTE CANDIDATO AD INTERVENTO CHIRURGICO	PET Broncoscopia PFR EGDS + biopsia TAC torace e Addome Valutazione nutrizionale Ecoendoscopia (invio in centro Hub)	- Visita CAS/prericovero	

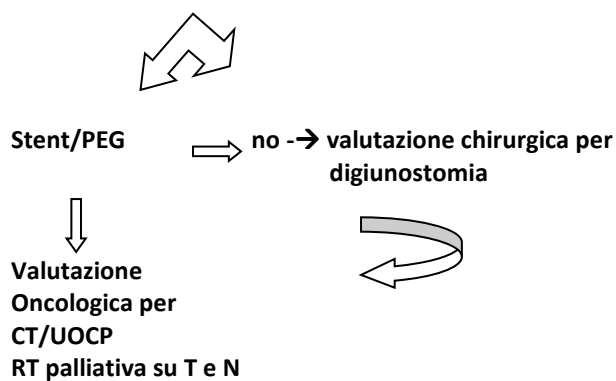
Descrizione sintetica dell'iter TERAPEUTICO

Per il paziente sintomatico (disfagia o emorragia) dopo diagnosi e stadiazione

-----SE OPERABILE/RESECCABILE--> VALUTAZIONE CHIRURGICA

-----SE NON OPERABILE/NON RESECCABILE-->VALUTAZIONE GASTROENTEROLOGICA PER STENT

PAZIENTE NON OPERABILE/NON RESECCABILE----->Valutazione gic----->Valutaz gastroenterologica

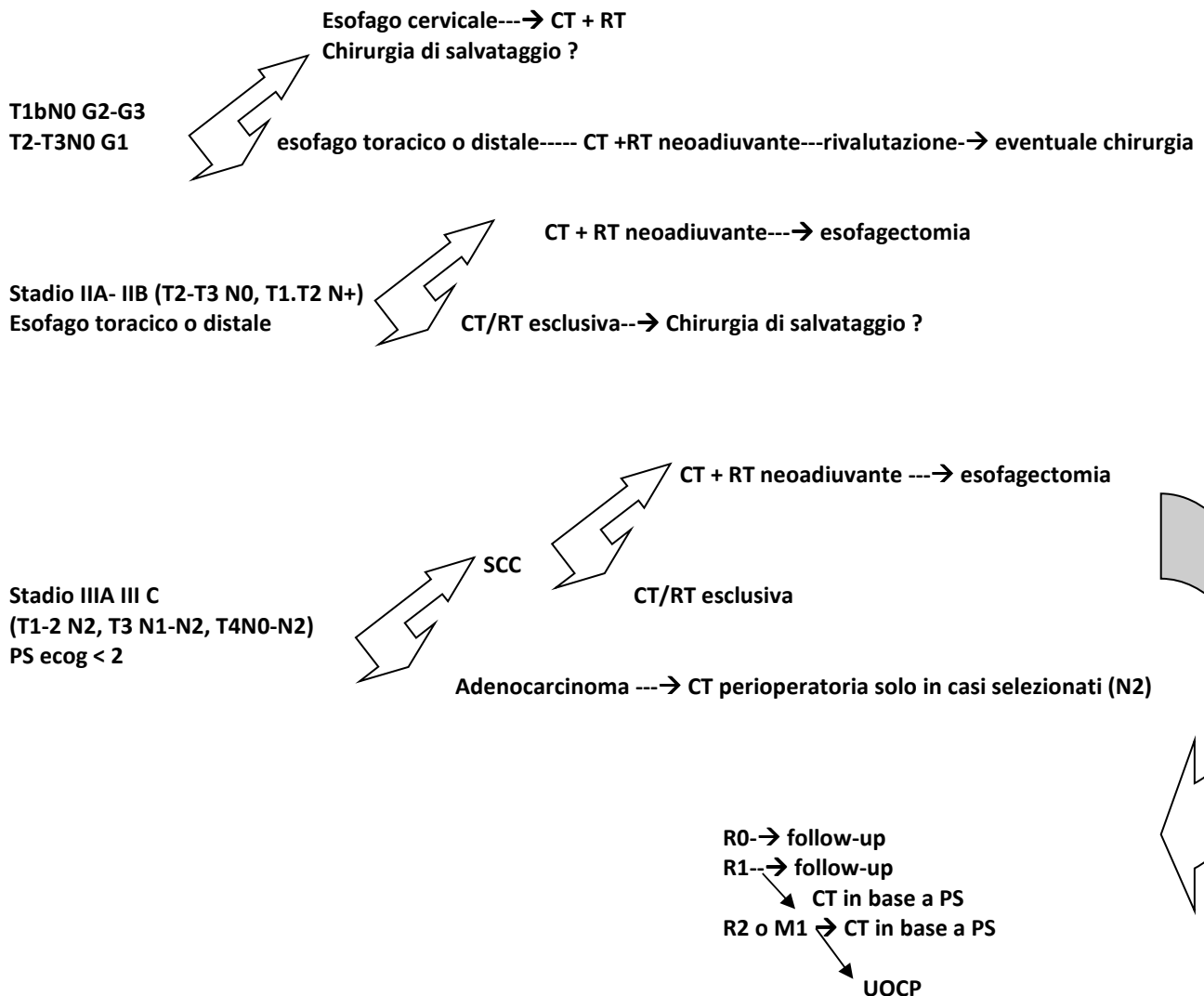


PAZIENTE OPERABILE RESECCABILE FIT PER CHIRURGIA-----> GIC

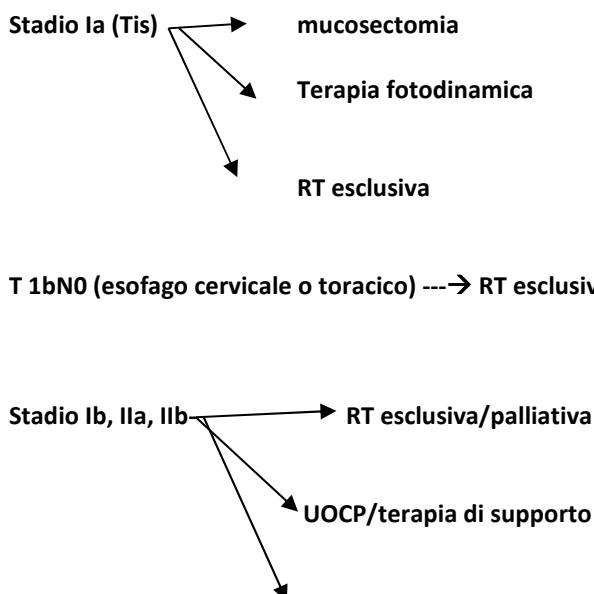
Tis-----> mucosectomia----> se fallisce esofagectomia



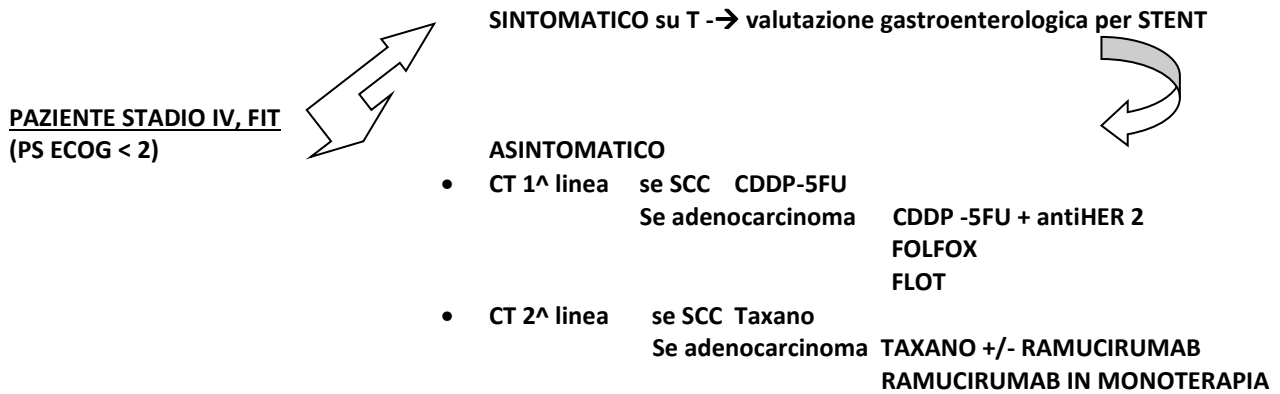
Esofago toracico---→ esofagectomia (Invio al centro HUB)



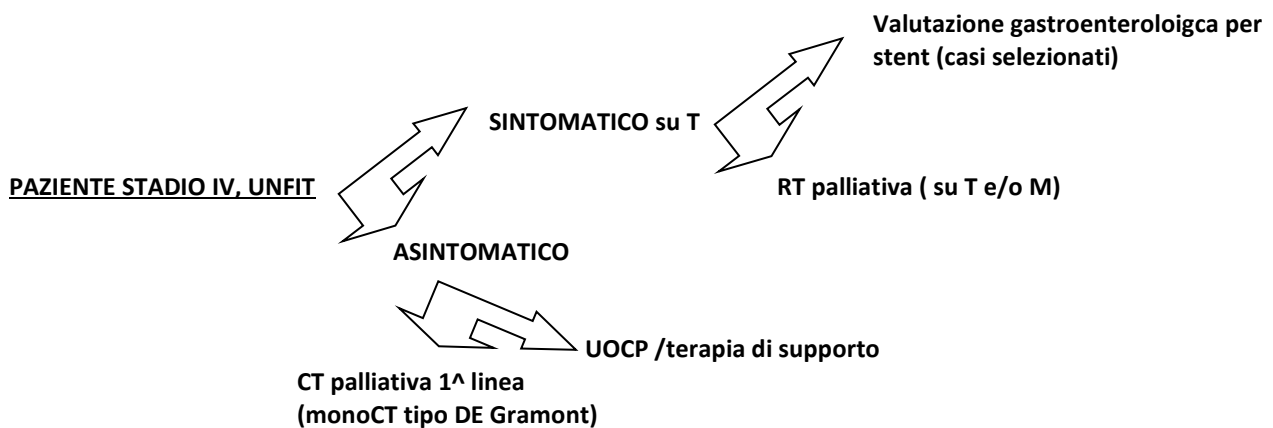
PAZIENTE RESECABILE MA UNFIT PER CHIRURGIA (PS ECOG > 2)



In casi selezionati solo CT o eventualmente CT + RT

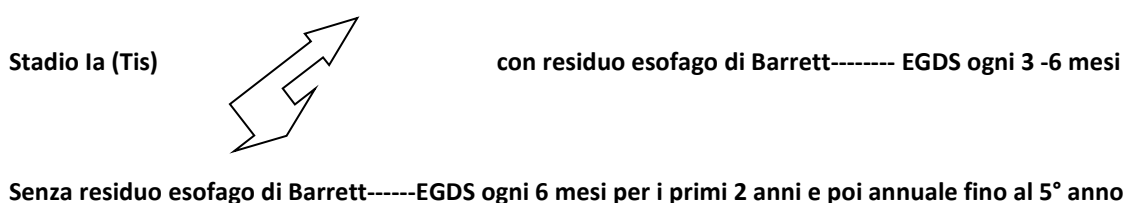


Se paziente sintomatico su M (per esempio osso) RT palliativa su M + eventuale CT palliativa

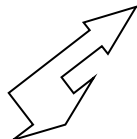


- In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso setting di pazienti, la scelta del farmaco dovrà essere effettuata in base alle caratteristiche del singolo paziente (es. profilo di tossicità migliore in base alle comorbidità).
- In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso setting di pazienti, nella scelta del farmaco si dovrà fare riferimento ai principi di GIUSTIZIA e SOSTENIBILITA'.
- Linee successive alla seconda vanno attentamente valutate, non essendo disponibili in letteratura dati solidi a supporto.

FOLLOW-UP .



SE CHIRURGIA----TC T/A ogni 6 mesi per i primi 3 anni, poi 1 /anno fino al 5° anno



Stadio Ib, IIa, III

SE NON CHIRURGIA ----EGDS ogni 6 mesi per i primi 2 anni, poi annuale

TAC T/A ogni 6 mesi per i primi 3 anni , poi 1 / anno fino al 5° anno

Negli adenocarcinomi dosaggio CEA ogni 6 mesi

Anamnesi ed esame obiettivo ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni, quindi ogni 6 mesi per i successivi 3 anni e poi annualmente

Fine follow-up dopo 5 anni

ATTIVAZIONE UOCP.

discussione in ambito di riunioni settimanali di gruppo con i palliati visti (non in sede di GIC) e consegna di riferimenti (numero e nominativo medico di base), descrizione della situazione sociale e della presenza di care-giver all'interno della famiglia.

TUMORE DEL COLON

Descrizione sintetica dell'iter DIAGNOSTICO

Condizione	Procedure	Modalità Di Accesso
FASE ACUTA (FASE OCCLUSIVA – SANGUINAMENTO)	Valutazione chirurgica Colonscopia –CEA –TAC torace addome	Endoscopia digestiva Pronto Soccorso (PS) Impegnativa del Curante Reparto di degenza
PAZIENTE IN FASE OCCLUSIVA	Ricovero in regime di urgenza presso divisione chirurgica e trattamento Tac addome e RX torace	Endoscopia digestiva Pronto Soccorso (PS) Impegnativa del Curante Reparto di degenza
NON ACUTO (FASE DIAGNOSTICA)	Valutazione chirurgica Colonscopia-CEA-TAC torace addome	Endoscopia digestiva Ambulatorio Chirurgia Impegnativa del Curante

Descrizione sintetica dell'iter TERAPEUTICO

Condizione	Procedure	Modalità Di Accesso
OPERABILE/RESECABILE	Intervento chirurgico	Endoscopia digestiva Ambulatorio Chirurgia
STADIO I	Rimozione endoscopica Follow Up in ambgbito gastroenterologico	GIC
STADIO II	Intervento chirurgico→ follow-up	GIC
STADIO II AD ALTO RISCHIO (perforazione, occlusione all'esordio)	Intervento chirurgico→ discussione GIC----→ eventuale CT adiuvante	GIC
STADIO III	Intervento chirurgico→ discussione GIC----→ eventuale CT adiuvante	GIC
MTS epatiche	Valutazione resecabilità +/- chemioterapia	
MTS ALTRE SEDI	Chemioterapia +/- eventuali trattamenti locali	GIC
POST INTERVENTO	3 mesi previo clisma opaco, chiusura ileostomia	Chirurgia

Trattamento medico della MALATTIA METASTATICA

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
	Analisi mutazionale di RAS, BRAF e MSI (HER 2 solo in caso di possibilità di inserimento in studi sperimentali)	Anatomia patologica
Prima linea	Posizionamento CVC Tripletta (casi selezionati) Doppietta +/- biologico monocit	Sede: Oncologia Accesso da: - Visita CAS - Visita GIC - Invio da altro Centro Prenotazione: - diretta, interna - telefonica per pazienti provenienti da altro Centro

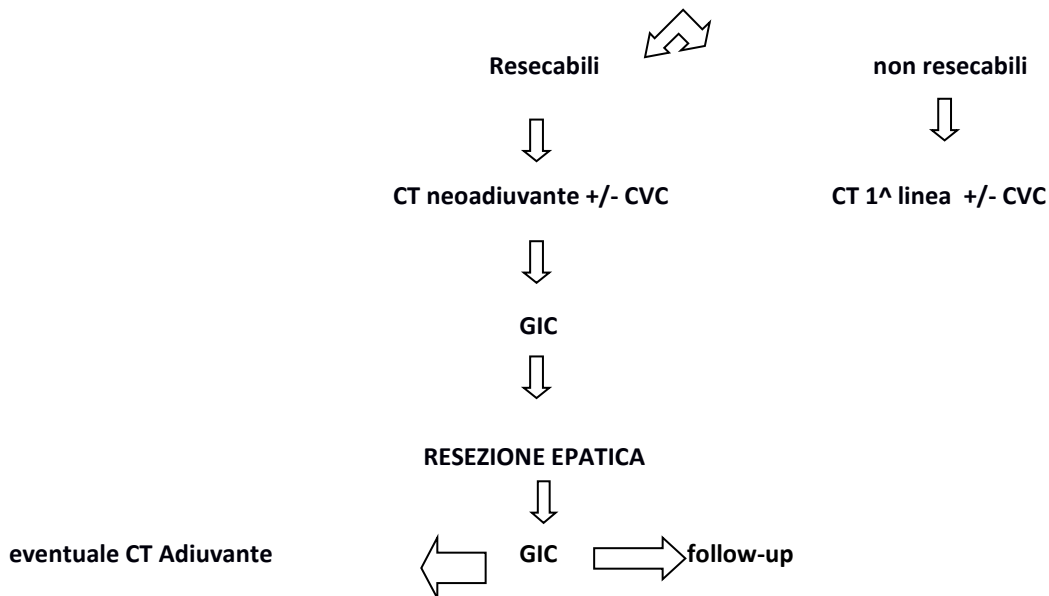
Seconda linea	Doppietta +/- biologico Monoct	Sede: Oncologia Accesso da: - Paziente già in carico al Centro - Invio da altro Centro Prenotazione: (vedi sopra)
Terza linea	Re challenge di doppietta +/- biologico monoCT valutazione per eventuali trattamenti sperimentali	Sede: Oncologia Accesso da: - Paziente già in carico al Centro - Invio da altro Centro Prenotazione: (vedi sopra)

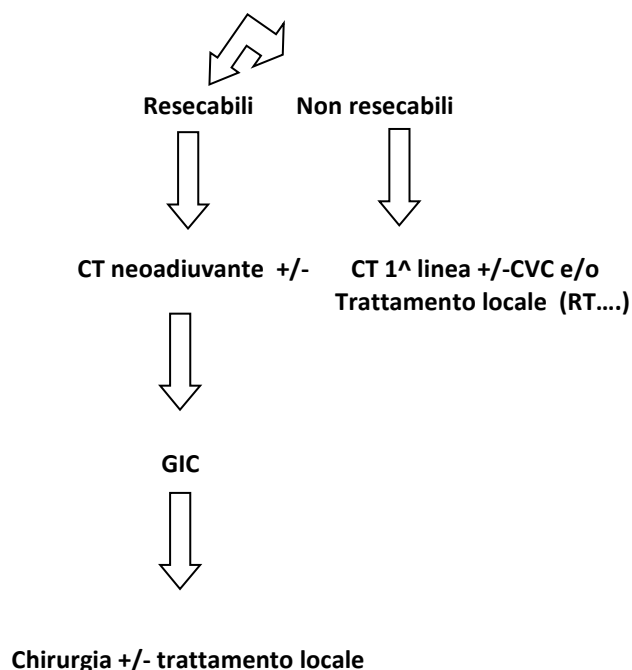
- in casi selezionati invio presso altri centri per valutazione terapie loco regionali (spt fegato)
- In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso setting di pazienti, la scelta del farmaco dovrà essere effettuata in base alle caratteristiche del singolo paziente (es. profilo di tossicità migliore in base alle comorbidità, condizioni generali, performance status)
- In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso setting di pazienti, nella scelta del farmaco si dovrà fare riferimento ai principi di GIUSTIZIA e SOSTENIBILITA'.

Trattamento della malattia in stadio IV

a) FASE OCCLUSIVA-----→ valutazione endoscopica per posizionamento di stent/chirurgia derivativa

B) METASTASI EPATICHE -----→ Discussione GIC per RESECABILITA'



C) METASTASI IN ALTRE SEDI -----> discussione GIC per resecabilità

Follow-up

Ha lo scopo di individuare una ricaduta di malattia potenzialmente resecabile, identificare seconde neoplasie e rilevare le possibili sequele delle cure ricevute.

Circa l'80% delle ricadute di malattia avviene entro i 3 anni dalla chirurgia e il 95% entro i 5 anni.

Per i pazienti in Stadio I, visto il rischio estremamente limitato di ricaduta, può essere raccomandato un programma di sorveglianza che preveda solo esami endoscopici.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica	Ogni 4 mesi per i primi tre anni Il quarto e quinto anno ogni 6 mesi	Ambulatorio Chirurgia per i pazienti che non sono stati sottoposti a chemioterapia adiuvante Ambulatorio Oncologia per i pazienti che sono stati sottoposti a chemioterapia adiuvante
Dosaggio CEA	Anche nei pazienti con CEA preoperatorio nei limiti della norma. - Ogni 4 mesi per i primi 3 anni - Ogni 6 mesi per il quarto e quinto anno	Laboratorio analisi
TC torace-addome con mdc	Ogni 6 mesi i primi 3-5 anni se alto rischio (T4 e/o N2) poi tac annuale fino a 5 anni oppure TC T/A alternata a ecografia addome se basso rischio	Radiologia
Esame endoscopico	Colonscopia: - nei pazienti senza uno studio preoperatorio completo del colon,	Endoscopia digestiva

	entro 6-8 mesi dall'intervento - dopo 1 anno dall'intervento, in seguito dopo 3 anni in assenza di adenomi e quindi ogni 5 anni Se non clean colon vedi indicazioni gastroenterologiche	
--	--	--

ATTIVAZIONE UOCP.

discussione in ambito di riunioni settimanali di gruppo con i palliati visti (non in sede di GIC) e consegna di riferimenti (numero e nominativo medico di base), descrizione della situazione sociale e della presenza di care-giver all'interno della famiglia.

TUMORE DEL RETTO

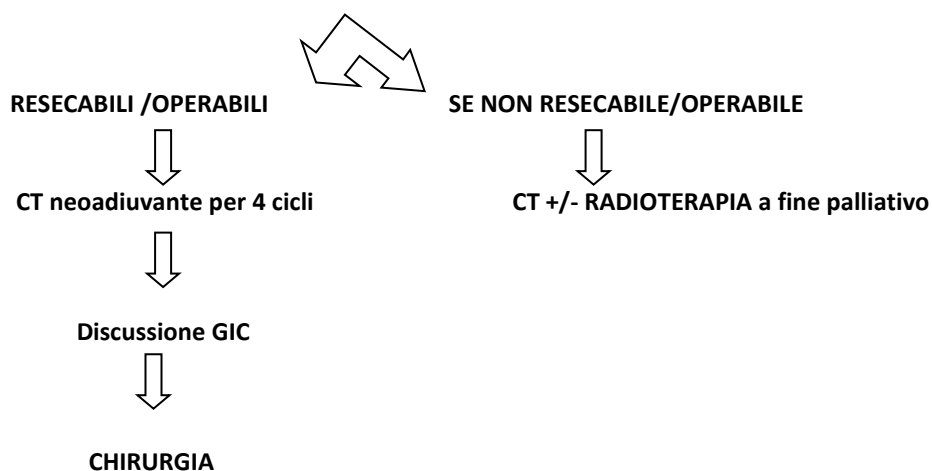
Descrizione sintetica dell'iter Diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
FASE ACUTA (FASE OCCLUSIVA – SANGUINAMENTO)	Valutazione chirurgica Tac addome in urgenza	Endoscopia digestiva Pronto Soccorso Impegnativa del Curante Reparto di degenza
PAZIENTE IN FASE OCCLUSIVA	Ricovero in regime di urgenza presso divisione chirurgica e trattamento Tac addome in urgenza	Endoscopia digestiva Pronto Soccorso Impegnativa del Curante Reparto di degenza
NON ACUTO (FASE DIAGNOSTICA)	Visita CAS Stadiazione—(TAC torace addome, RMN pelvica, ecografia endorettale, dosaggio CEA)→ discussione GIC Valutazione chirurgica	Endoscopia digestiva Ambulatorio Chirurgia Impegnativa del Curante Reparto di Degenza

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
TIS	Asportazione per via endoscopica	Endoscopia digestiva
CT1-2 N0	Chirurgia	Chirurgia
CT2 RETTO INFERIORE	Chirurgia. Nei casi in cui si vuole ottenere un downstaging per preservare gli sfinteri o se il T è molto vicino alla fascia mesorettale → radio-chemioterapia neoadiuvante	GIC
CT3/T4 QUALSIASI CT N+	Terapie neoadiuvanti (radio-chemioterapia)	GIC (prenotazione interna presso ambulatorio di Oncologia e di Radioterapia)
MTS EPATICHE	Valutazione resecabilità/operabilità +/- chemioterapia	GIC
MTS ALTRE SEDI (polmoni, linfonodi)	Chemioterapia +/- eventuali trattamenti locali	GIC
MALATTIA SOTTOPOSTA A RADIOCHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE	Ristadiazione con TC torace-addome mdc e RMN plevica -----→ discussione GIC -----→ chirurgia	GIC

Paziente anziano sintomatico	Radioterapia ipofrazionata a scopo sintomatico Eventuale UOCP	Reparto di degenza Endoscopia
Chiusura ileostomia	A completamento CT + RT previa TAC torace addome e RX clisma opaco	GIC

TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON METASTASI EPATICHE (STADIO IV)



Trattamento medico neoadiuvante

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
cT3 cT4, qualsiasi cTn N+ cT2 ultrabasso	Chemioterapia con 5-fluorouracile i.c o capecitabina in concomitanza a radioterapia Posizionamento port a cath	Sede: Oncologia Accesso da: Visita CAS Visita GIC Invio da altro Centro Prenotazione: diretta, interna telefonica per pazienti provenienti da altro Centro

Trattamento medico adiuvante

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
cT4, qualsiasi cTN+ post intervento o pN+	Chemioterapia con 5-fluorouracile (o capecitabina) +/- oxaliplatino Posizionamento port a cath	Sede: Oncologia Accesso da: Visita CAS Visita GIC Invio da altro Centro Prenotazione: diretta, interna telefonica per pazienti provenienti da altro Centro

Trattamento medico della malattia metastatica non resecabile

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
	Analisi mutazionale di RAS e BRAF, MSI	Anatomia patologica
Prima linea Paz anziano e/o PS = 2	Doppietta +/- farmaco biologico Mono CT +/- biologico	Sede: Oncologia Accesso da: Visita GIC Invio da altro Centro

		Prenotazione: diretta, interna telefonica per pazienti provenienti da altro Centro
Seconda linea Se Paziente anziano o PS =2	Doppietta +/- biologico (con farmaci non usati in 1 ^a linea) MonoCT +/- Biologico	Sede: Oncologia Accesso da: Paziente già in carico al Centro Invio da altro Centro Prenotazione: (vedi sopra)
Terza linea Paziente anziano o PS= 2	-Rechallenge di chemioterapia a base di 5-fluorouracile se risultata efficace in precedenza (intervallo libero da progressione > 6 mesi -monoct -invio presso altri centri per studi sperimentali Monoct	Sede: Oncologia Accesso da: - Paziente già in carico al Centro - Invio da altro Centro Prenotazione: (vedi sopra)

- In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso setting di pazienti, la scelta del farmaco dovrà essere effettuata in base alle caratteristiche del singolo paziente (es. profilo di tossicità migliore in base alle comorbidità).
- In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso setting di pazienti, nella scelta del farmaco si dovrà fare riferimento ai principi di GIUSTIZIA e SOSTENIBILITA'.

Follow-up

Ha lo scopo di individuare una ricaduta di malattia potenzialmente resecabile, identificare seconde neoplasie e rilevare le possibili sequele delle cure ricevute.

Circa l'80% delle ricadute di malattia avviene entro i 3 anni dalla chirurgia e il 95% entro i 5 anni.

Per i pazienti in Stadio I, visto il rischio estremamente limitato di ricaduta, può essere raccomandato un programma di sorveglianza che preveda solo esami endoscopici (follow-up in ambito gastroenterologico)

I pazienti sottoposti a resezione anteriore bassa in assenza di radioterapia devono essere controllati con un programma di sorveglianza che preveda almeno per i primi due anni una proctosigmoidoscopia flessibile ogni sei mesi.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica	• Ogni 4 mesi per i primi tre anni con esplorazione rettale dell'anastomosi • Il quarto e quinto anno ogni 6 mesi	• Ambulatorio Chirurgia per i pazienti che non sono stati sottoposti a chemioterapia adiuvante • Ambulatorio Oncologia per i pazienti che sono stati sottoposti a chemioterapia adiuvante
Dosaggio CEA	Anche nei pazienti con CEA preoperatorio nei limiti della norma. • Ogni 4 mesi per i primi 3 anni • Ogni 6 mesi per il quarto e quinto anno	• Laboratorio analisi
TC torace-addome con mdc	ogni 6 mesi i primi 3-5 anni se alto rischio oppure alternata a ecografia addome	• S.C. Radiologia
Esame endoscopico	Colonscopia: - nei pazienti senza uno studio preoperatorio completo del colon, entro 6-8 mesi dall'intervento; - in tutti i pz. dopo 1 anno dall'intervento, in seguito dopo 3 anni	Endoscopia digestiva

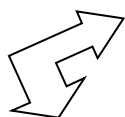
	in assenza di adenomi e quindi ogni 5 anni Sigmoidoscopia: a 6, 18, 24 mesi Colonscopia a 12 mesi	
--	--	--

ATTIVAZIONE UOCP.

discussione in ambito di riunioni settimanali di gruppo con i palliativisti (non in sede di GIC) e consegna di riferimenti (numero e nominativo medico di base), descrizione della situazione sociale e della presenza di care-giver all'interno della famiglia.

TUMORE del PANCREAS**Descrizione sintetica dell'iter Diagnostico-Terapeutico**

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
ITTERO	Ecografia colangio RMN Tac torace addome Eco endoscopia + biopsia (altro centro)	Pronto Soccorso Impegnativa del Curante reparto di Degenza
OPERABILE /resecabile	Chirurgia	Chirurgo Reparto di degenza Visita CAS
OPERATO R0 (pT1, pT2 N0)	Follow Up	GIC
OPERATO R0 (pT3, T4 N= o qualsiasi T N+)	Chemioterapia adiuvante---→ Gem. in monoterapia	GIC
OPERATO R1 (qualsiasi pTN0/N+)	Radioterapia +/- chemioterapia (Gemcitabina +/- RT; Capecitabina +/- RT)	GIC

VALUTAZIONE CHIRURGICA

Operabile/resecabile-----→ intervento chirurgico (conferma citoistologica non necessaria in caso di sospetto clinico di forte malignità)

Non operabile/resecabile -----→ DILATAZIONE VIE BILIARI

Valutazione CA 19-9 (paz non itterico)



CA 19-9 < 3 ULN



Eco endoscopia + biopsia

CA 19-9 > 3 ULN



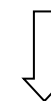
CT 1^ linea (+/- RT)



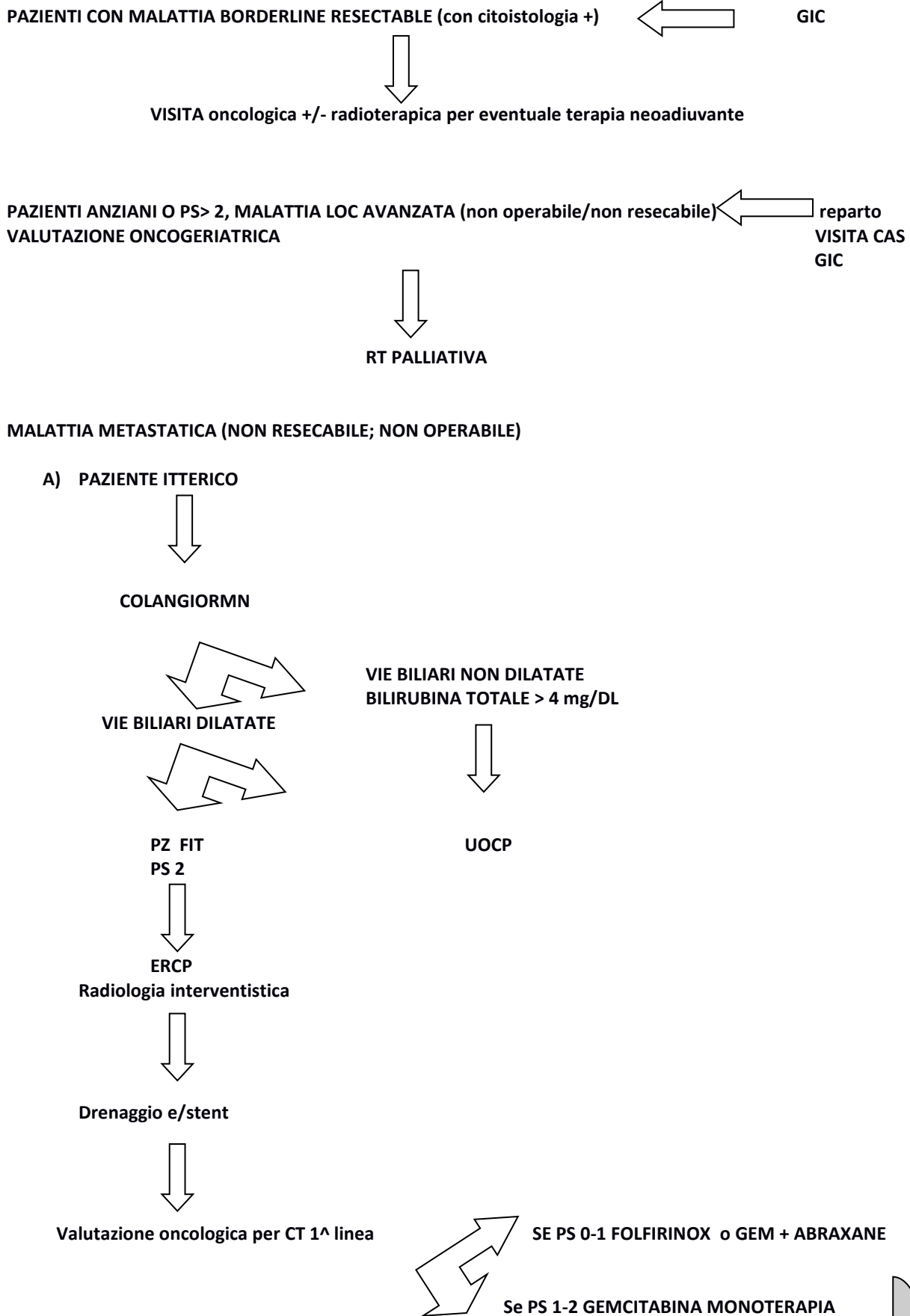
Radiologia interventistica



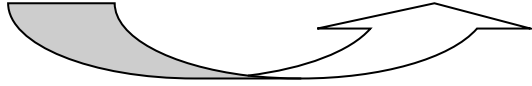
STENTING e CITOISTOLOGIA



**Visita oncologica per CT +/- RT
(se PS >2 e o comorbidità)-----→ UOCP**



B) PAZIENTE NON ITTERICO
PS < 2



VALUTAZIONE PER TERAPIA DI II LINEA IN BASE A PS -----> DOPPIETTA (FOLFOX O FOLFIRI) O 5fu MONOTERAPIA
EVENTUALMENTE STUDI SPERIMENTALI

ATTIVAZIONE UOCP.

discussione in ambito di riunioni settimanali di gruppo con i palliativisti (non in sede di GIC) e consegna di riferimenti (numero e nominativo medico di base), descrizione della situazione sociale e della presenza di caregiver all'interno della famiglia.

TUMORE DELLE VIE BILIARI

Descrizione sintetica dell'iter Diagnostico-Terapeutico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
RISCONTRO OCCASIONALE DOPO COLECISTECTOMIA	Chirurgia epatica tranne Tis e T1a	Chirurgia
ITTERO	Diagnostica per immagini e istologia TAC torace addome Colangio RMN ERCP e/o drenaggio percutaneo (radiologia interventistica) per disostruzione e citoistologia	Pronto Soccorso Impegnativa del Curante Visita CAS Reparto di degenza
OPERABILE /RESECABILE	Chirurgia	Chirurgo GIC
OPERATO R0 N0, stadio pT1pN0	Follow Up	GIC
OPERATO R0 N+ (stadio pT2pN0 o qualsiasi pNpN+)	Chemioterapia +/- Radioterapia (capecitabina +/- RT)	GIC
OPERATO R1	Chemioterapia +/- Radioterapia (capecitabina +/- RT)	GIC
NON OPERABILE/ Non resecabile	Stent + Radio/Chemioterapia	GIC

PAZIENTE NON OPERABILE/NON RESECABILE

a) ITTERO



PAZIENTE FIT
PS < 2

PAZIENTE UNFIT
Ps > 2

VALUTARE PER DRENAGGIO; UOCP

drenaggio percutaneo ed eventuale posizionamento protesi biliare

CT 1^ linea (CDDP + GEM)

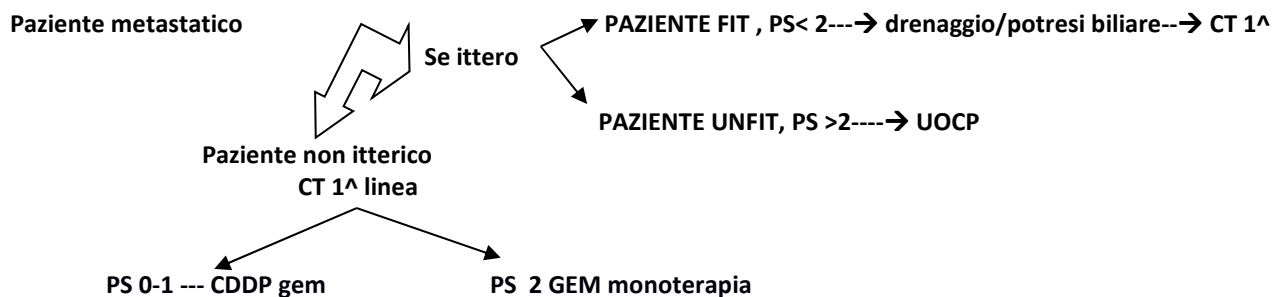
b) Paziente non itterico



PAZIENTE UNFIT
PS > 2 -----> UOCP

PAZIENTE FIT, PS < 2





CT 2^ linea: solo se PS 0-2 doppietta con 5-FU/ 5Fu monoterapia , capecitabina, taxolo in monoterapia

ATTIVAZIONE UOCP.

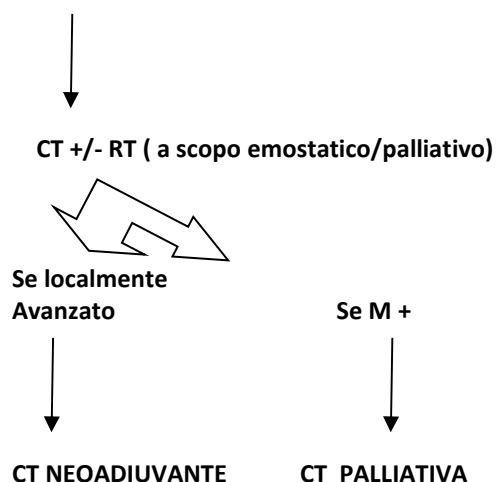
discussione in ambito di riunioni settimanali di gruppo con i palliativisti (non in sede di GIC) e consegna di riferimenti (numero e nominativo medico di base), descrizione della situazione sociale e della presenza di care-giver all'interno della famiglia.

Descrizione sintetica dell'iter Diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
Epigastralgia-melena-anemia di NDD	EGDS+biopsia: esame istologico con determinazione her 2 TAC torace addome Valutazione nutrizionistica	MMG – PS – Gastroenterologo-reperto di degenza Visita CAS

Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
cT1	mucosectomia	endoscopia
cT2, T3 cN0 cT3, T4 N+	chirurgia chemioterapia neoadiuvante per 4 cicli	GIC Visita CAS-reparto di degenza endoscopia
cT3,cT4 N+ (sintomatico per sanguinamento o disfagia)	Chirurgia/endoscopia per stent/PEG	
pT2b pT3 pT4 o N+	Chemioterapia adiuvante x 6 mesi	GIC
Non resecabile /operabile	Radioterapia/chemioterapia se PS 1-2 Se PS > 2--→ UOCP	GIC
Resecabile/operabile	Chirurgia	GIC

MALATTIA NON RESECABILE/NON OPERABILE

MALATTIA METASTATICA

1^ linea -----> se HER2 + : 5FU + Platino + trastuzumab (studio TOGA) (posizionamento PORT)
-----> FOLFOX (posizionamento PORT)

Pz anziano > 70 anni o PS 2-----> monoct con 5FU/capecitabina

PS > 2----> UOCP

2^ linea-----> taxolo + ramucirumab

Pz anziano > 70 o PS 2 --> ramucirumab in monoterapia

PS > 2---> UOCP

3^ linea-----> CPT 11-Bisettimanale

---> FOLFIRI (solo pazienti FIT, PS 0-1)

---> eventuale rechallenge con 5FU se intervallo libero da progressione > 6 mesi

PS > 2 --> UOCP

ATTIVAZIONE UOCP.

discussione in ambito di riunioni settimanali di gruppo con i palliati visti (non in sede di GIC) e consegna di riferimenti (numero e nominativo medico di base), descrizione della situazione sociale e della presenza di care-giver all'interno della famiglia.

Altre procedure correlate al follow up (per i tumori sopra descritti)

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	NO
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: - se già in carico dal CAS attraverso agenda elettronica settimanale denominata "CAS". Prenotazione diretta in tale agenda da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente - se prima diagnosi attraverso accesso diretto all'ambulatorio Urologia con impegnativa del MMG recante l'indicazione Classe I

TUMORE DEL FEGATO

Descrizione sintetica dell'iter Diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
ASINTOMATICO A RISCHIO (cirrosi epatica, HBSAg +, pregressa HCC)	Ecografia addome semestrale (4 mesi se pregressa HCC). Eventualmente : TAC RMN (se lesione < 2 cm) biopsia epatica (se presente lesione e non caratterizzabile dagli esami precedenti)	Impegnativa del curante con scritto espressamente: "screening HCC" Pronto Soccorso Reparto
SINTOMATICO	Ecografia addome. Eventualmente : TAC RMN (se lesione < 2 cm) Biopsia epatica (se presente lesione e non caratterizzabile dagli esami precedenti)	Impegnativa del curante con scritto espressamente: "screening HCC" Pronto Soccorso Reparto
HCC già diagnosticato	Visita e valutazione documentazione presente	Pronto Soccorso Reparto

Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
HCC con CHILD C	UOCP	MMG Pronto Soccorso Reparto
HCC con CHILD B score >7	Visita oncologica ASLBI → SORAFENIB	Visita oncologica - GIC
HCC con CHILD B score <8 e CHILD A e n° noduli < 3 e < 3 cm	Chemioembolizzazione radiofrequenza	Invio del paziente presso il Centro di riferimento regionale: -Medicina indirizzo epatologico Prof. Pirisi A.O. Novara (modalità di accesso contatto telefonico per prima visita, successivo invio al GIC della struttura) - Chirurgia presso Ospedale di Biella se resecabili - Gastroenterologia della Città della Salute di Torino, prof. Saracco (modalità di accesso invio di mail all'ambulatorio dell'HCC dott.ssa Carucci (ambulatoriogeop@gmail.com) per prima visita, successivo invio al GIC della struttura)
HCC con CHILD B score <8 e CHILD A e n° noduli > 3	Chemioembolizzazione	
HCC con CHILD A e comorbidità	Radiofrequenza	
HCC con CHILD A senza comorbidità	<2 cm → radiofrequenza >2 cm → resezione epatica	
HCC con CHILD A senza comorbidità e < 65 anni	Trapianto	Gastroenterologia della Città della Salute di Torino, prof. Saracco (modalità di accesso invio di mail all'ambulatorio del trapianto di fegato dott. Ottobrelli per valutazione e presa in carico)

Follow-up

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
ECOGRAFIA	4 mesi a vita	Ambulatorio Screening HCC ASLBI
ESAMI DI FUNZIONALITÀ EPATICA	4 mesi a vita	Ambulatorio Screening HCC ASLBI

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI (esito eco e relazione clinica)
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	NO
Consegna della programmazione del follow up	SI
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI P.S. o con impegnativa del curante

Cure Palliative

I criteri per l'attivazione di programmi di Cure Palliative sono i seguenti:

- diagnosi di neoplasia inoperabile, localmente avanzata e/o metastatica non suscettibile di trattamenti attivi
- sintomi non controllati

Modalità di attivazione delle Cure Palliative:

- Al momento della segnalazione al Centro Accoglienza Servizi (CAS) di un paziente con malattia metastatica o localmente avanzata da parte dello specialista d'organo e dei medici di medicina generale, l'infermiere e il medico del CAS contatteranno, secondo le modalità ben specificate nel PDTA aziendale, la rete aziendale di Cure Palliative.
- Al momento della visita interdisciplinare GIC sarà attivata la partecipazione del medico palliativista di riferimento per i pazienti con i criteri identificati.
- Se non già precedentemente noti al CAS e al GIC, gli oncologi e/o gli altri specialisti richiederanno la consulenza palliativa per i pazienti in possesso dei criteri sopracitati non più suscettibili di trattamenti attivi (deve essere documentata la comunicazione al paziente e al familiare che non vi è più indicazione a proseguire terapie antitumorali).
- La presa in carico da parte della rete di cure palliative potrà avvenire nei diversi setting: ambulatoriale, ricovero diurno, ricovero ordinario, PRESA IN CARICO DOMICILIARE

TUMORI DELL' ANO

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
Emorroidi sanguinanti, retto raggia, dolore ano/ rettale	Anoscopia+/-rettosigmoidoscopia--- BIOSPIA TAC Torace addome RMN pelvi Valutazione HIV Esplorazione rettale (PET, eco endoscopia)	Reparto di Degenza Visita CAS Visita chirurgica

Descrizione sintetica dei trattamenti

MALATTIA LOCALE

Stadio I (Tis T1N0G1, G2) → escissione anale <---- Chirurgia /GIC

Stadio II-III (T2N0, T1N0 G3, qualsiasi T N+) ---- RT + CT ----> (posizionamento porth)

5-FU + mitomicina
Capecitabina + mitomicina

Stadio I T1N0 ma PS > 2 -----> RT esclusiva

VALUTAZIONE RISPOSTA 8-12 settimane
ER, TAC torace addome, RMN pelvi
Anoscopia con eventuale biopsia se aree dubbie

RC
Visita con ER ogni 3-6 mesi per i primi 5 anni
Anoscopia
Valutazione linfonodi inguinali

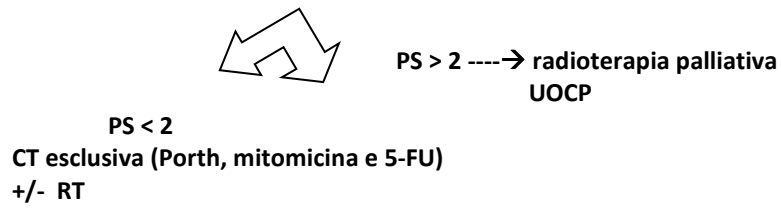
TAC torace addome 1 /anno per 3 anni se T3 T4 o N+

SE PD—TAC T/A
mts
CT
Malattia locale o loco regionale
Amputazione addomino perineale

SE RESIDUO
Rivalutazione fino a 26 settimane (dall'inizio della RT)

GIC-----> MILES

MALATTIA METASTATICA-----> visita oncologica



ATTIVAZIONE UOCP.

discussione in ambito di riunioni settimanali di gruppo con i palliativisti (non in sede di GIC) e consegna di riferimenti (numero e nominativo medico di base), descrizione della situazione sociale e della presenza di care-giver all'interno della famiglia.