

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 1 di 13

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

Gestione del carcinoma della vulva

1.1 Descrizione sintetica

Il PDTA individua ruoli e responsabilità dei diversi professionisti coinvolti nella gestione delle pazienti affette da neoplasie invasive dell'avulva dalla diagnosi ai vari processi di cura. Il principio cardine informativo è l'integrazione delle diverse procedure al fine di minimizzare gli effetti tossici e ottimizzare i risultati terapeutici con particolare attenzione alla qualità di vita globale delle pazienti.

Il presente documento fornisce indicazioni limitatamente all'argomento in oggetto; non esclude l'autonomia e la responsabilità decisionale dei singoli professionisti sanitari e presuppone la corretta esecuzione dei singoli atti nella specifica competenza dei professionisti.

1.2 Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo	firma
Chiara Benedetto	Ginecologia ed Ostetricia SC 1 U	Componente	Firmato in originale
Monica Brunetti	CAS e coordinatrice NOCC PO S. Anna	Componente	Firmato in originale
Saverio Danese	Ginecologia ed Ostetricia SC 4	Componente	Firmato in originale
Anna De Luca	SC Terapia del Dolore e Cure Palliative	Componente	Firmato in originale
Corrado De Sanctis	Breast Unit	Componente	Firmato in originale
Rosanna Fruncillo	Coordinatrice ginecologia oncologica	Componente	Firmato in originale
Paola Giribaldi	CAS PO S. Anna e componente NOCC	Componente	Firmato in originale
Francesca Giunta	SCDU Medicina Nucleare	Componente	Firmato in originale
Evelina Gollo	SCDO Anestesiologia	Componente	Firmato in originale
Gianluca Gregori	Ginecologia ed Ostetricia SC 3	Componente	Firmato in originale
Caterina Grillo	Laboratorio PO Sant'Anna	Componente	Firmato in originale
Virginia Longo	Coordinatrice DH Oncologico	Componente	Firmato in originale
Vincenzo Marra	SC Radiologia Sant'Anna	Componente	Firmato in originale
Donato Mastrantuono	DIPSA PO S. Anna	Componente	Firmato in originale
Leonardo Micheletti	Ginecologia ed Ostetricia SC 1 U	Componente	Firmato in originale
Marco Mitidieri	Ginecologia ed Ostetricia SC 2 U	Componente	Firmato in originale
Francesco Moro	SCDU Chirurgia II	Componente	Firmato in originale
Jacopo Munari	Psicologia Clinica	Componente	Firmato in originale
Barbara Pasini	Genetica Medica	Componente	Firmato in originale
Enrica Pazé	SCDO Oncologia Medica 1	Componente	Firmato in originale
Marisa Ribotta	SCDO Anatomia patologica	Componente	Firmato in originale
Sergio Sandrucci	GIC sarcomi e tumori rari	Componente	Firmato in originale
Paola Tessari	AVO	Componente	Firmato in originale
Tullia Todros	Ginecologia ed Ostetricia SC 2 U	Componente	Firmato in originale
Alessandro Urgesi	SSCDV Radioterapia	Componente	Firmato in originale
Elsa Viora	SSCVD Ecografia e diagnosi prenatale	Componente	Firmato in originale
Domenico Tangolo	SC QRMA	Supporto alla stesura	Firmato in originale
Paolo Zola	Ginecologia ed Ostetricia SC 2 U	Coordinatore del gruppo di lavoro	Firmato in originale

Verifica contenuti e approvazione	Autorizzazione all'emissione
Grace Rabacchi Direzione Sanitaria PO S. Anna Firmato in originale Daniele Farina Direzione Dipartimento Ginecologia Ostetricia Firmato in originale Danilo Pennetta DAPS PO S'Anna Firmato in originale	Maurizio Gaspare Dall'Acqua Direzione sanitaria Aziendale Città della salute e della scienza Firmato in originale

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso la SC QRMA Città della salute e della scienza. La diffusione è effettuata per via elettronica in formato non modificabile [es. Adobe Acrobat (*.pdf)]. Sono consentite la visione a terminale e la stampa, ma non la modifica. Non è consentito diffondere, senza autorizzazione, questo documento in fotocopia in quanto i suoi contenuti sono proprietà della Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino.

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 2 di 13

Contenuti del documento

1.	Titolo, descrizione e gruppo di lavoro	1
1.1	<i>Descrizione sintetica</i>	1
1.2	<i>Gruppo di lavoro</i>	1
2.	Informazioni relative al documento	3
2.1	<i>Periodo di validità e revisione</i>	3
2.2	<i>Revisioni</i>	3
2.3	<i>Obiettivi</i>	3
2.4	<i>Ambito di applicazione</i>	3
2.5	<i>Terminologia e abbreviazioni</i>	3
3.	Contenuti del Documento	3
3.1	<i>Generalità</i>	3
3.2	<i>Diagramma di flusso</i>	5
3.3	<i>Attività</i>	9
3.3.1	<i>Presa in carico da parte del CAS</i>	9
3.3.2	<i>Discussione del caso al GIC</i>	9
3.3.3	<i>Tattamento correlato allo stadio di malattia</i>	10
3.3.4	<i>Follow up</i>	10
3.3.5	<i>Discussione della recidiva al GIC</i>	10
3.3.6	<i>Tattamento della recidiva di carcinoma della cervice vulvare</i>	10
3.3.7	<i>Gestione della palliazione</i>	10
3.4	<i>Responsabilità</i>	11
3.5	<i>Bibliografia, Fonti e Riferimenti</i>	11
3.6	<i>Aspetti etici</i>	11
4.	Strumenti di Gestione del documento	11
4.1	<i>Documenti correlati</i>	11
4.2	<i>Monitoraggio</i>	12
4.2.1	<i>Attività di controllo</i>	12
4.2.2	<i>Indicatori</i>	12
4.3	<i>Modalità di implementazione</i>	12
5.	Allegati	13
5.1	<i>Moduli</i>	13
5.2	<i>Schede</i>	13

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 3 di 13

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

Il documento ha validità di due anni dalla data di emissione.

In presenza di rilevanti modifiche organizzative o di nuove evidenze in letteratura il Coordinatore del Gruppo di Lavoro assicurerà la revisione del presente documento.

2.2 Revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0		Trattandosi di documento di prima stesura non sono presenti modifiche

2.3 Obiettivi

Assicurare un'uniformità di comportamento dei professionisti coinvolti nel processo di diagnosi e cura coerentemente con le attività della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e le migliori evidenze di letteratura disponibili. Ottimizzare in tal modo il controllo della malattia al fine di migliorare la quantità e la qualità di vita delle pazienti.

2.4 Ambito di applicazione

Pazienti affette da carcinoma invasivo della vulva trattate presso l' Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino.

2.5 Terminologia e abbreviazioni

Glossario

Acronimi

<i>Abbreviazione</i>	<i>Descrizione</i>
PDTA	Percorso diagnostico e terapeutico aziendale
GIC	Gruppo interdisciplinare delle cure
CAS	Centro accoglienza servizi
CT	Chemioterapia
RT	Radioterapia
NED	Assenza di segni clinici di malattia
PO	Presidio ospedaliero
MDC	Mezzo di contrasto
NOCC	Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure
NDCC	Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure
BRT	Brachiterapia

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

Il carcinoma invasivo della vulva rappresenta approssimativamente il 3-5% delle neoplasie maligne del tratto genitale femminile.

L'incidenza annuale è di 1-2/100 000 donne. L'incidenza è 10 volte superiore nelle donne con più di 75 anni di età.

L'istotipo più frequente è il carcinoma spinocellulare, che rappresenta l' 85-90% dei tumori maligni della vulva. Seguono in ordine decrescente di frequenza il melanoma maligno della vulva (2.4-5%), il carcinoma della Ghiandola di Bartolini (1-3%), il carcinoma di Paget invasivo o intraepiteliale, il sarcoma della vulva, il tumore metastatico della vulva e il carcinoma basocellulare.

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 4 di 13

Il carcinoma verrucoso è una variante poco aggressiva del carcinoma squamocellulare della vulva, con una scarsa tendenza alla diffusione linfatica; classicamente è un tumore dell'età avanzata, ma negli ultimi vent'anni si è osservata una diminuzione dell'età d'incidenza.

Al momento della diagnosi, il 30-40% dei carcinomi squamocellulari della vulva si presentano allo stadio III- IV. Il trattamento standard consiste nella vulvectomia radicale con linfadenectomia inguino-femorale bilaterale associata a resezione parziale di uretra, vagina, ano o ad eviscerazione. Questo comporta scarsa qualità di vita e severe complicanze post-operatorie con, peraltro, tassi di sopravvivenza insoddisfacenti.

Stadiazione carcinoma della vulva FIGO 2009

IA Tumore confinato alla vulva o perineo, ≤ 2 cm di dimensione con invasione stromale ≤ 1 mm, Linfonodi negativi

IB Tumore confinato alla vulva o perineo, > 2 cm di dimensione o con invasione stromale > 1 mm, Linfonodi negativi

II Tumore di qualsiasi dimensione con diffusione alle strutture adiacenti (1/3 inferiore dell'uretra, 1/3 inferiore della vagina, ano), Linfonodi negativi

IIIA Tumore di qualsiasi dimensione con linfonodi inguino-femorali positivi

(i) 1 linfonodo con metastasi ≥ 5 mm

(ii) 1-2 linfonodi con metastasi < 5 mm

IIIB (i) 2 o più linfonodi con metastasi ≥ 5 mm

(ii) 3 o più linfonodi con metastasi < 5 mm

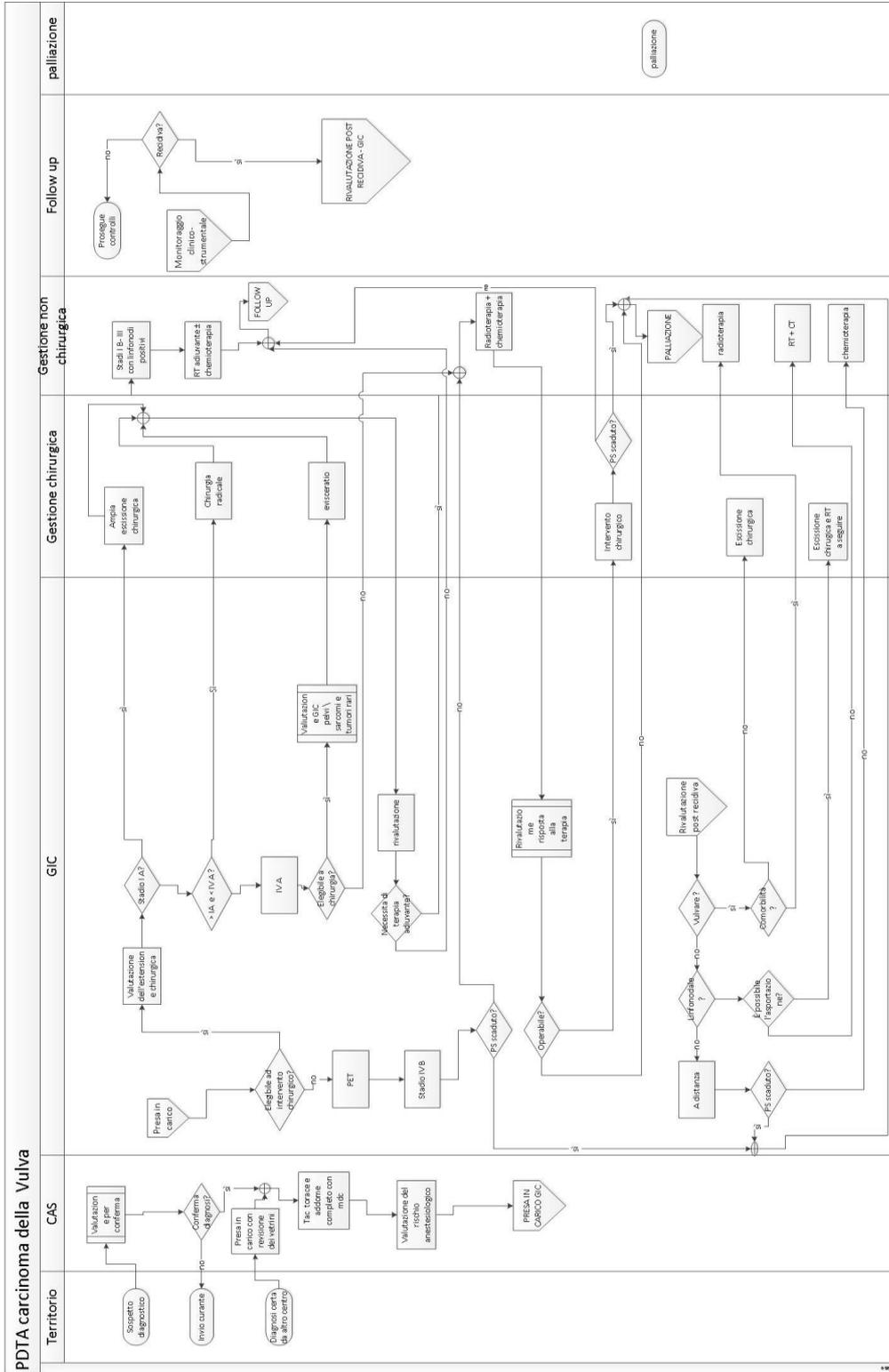
IIIC Linfonodi positivi con diffusione extracapsulare

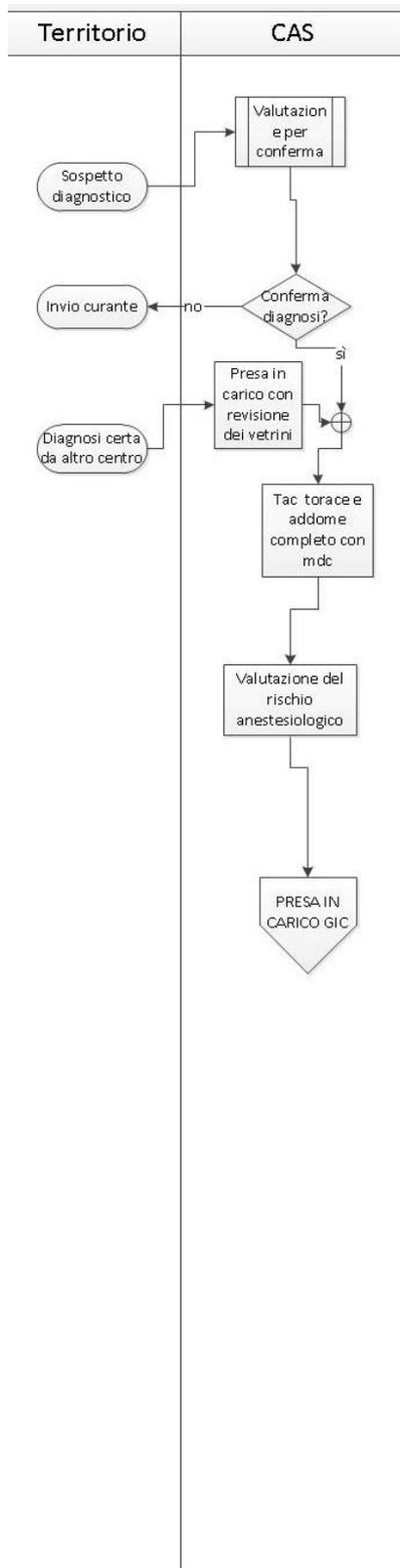
IVA (i) Tumore che invade altre strutture regionali (2/3 superiori dell'uretra, 2/3 superiori della vagina), mucosa vescicale, mucosa rettaleo fisso alle ossa pelviche

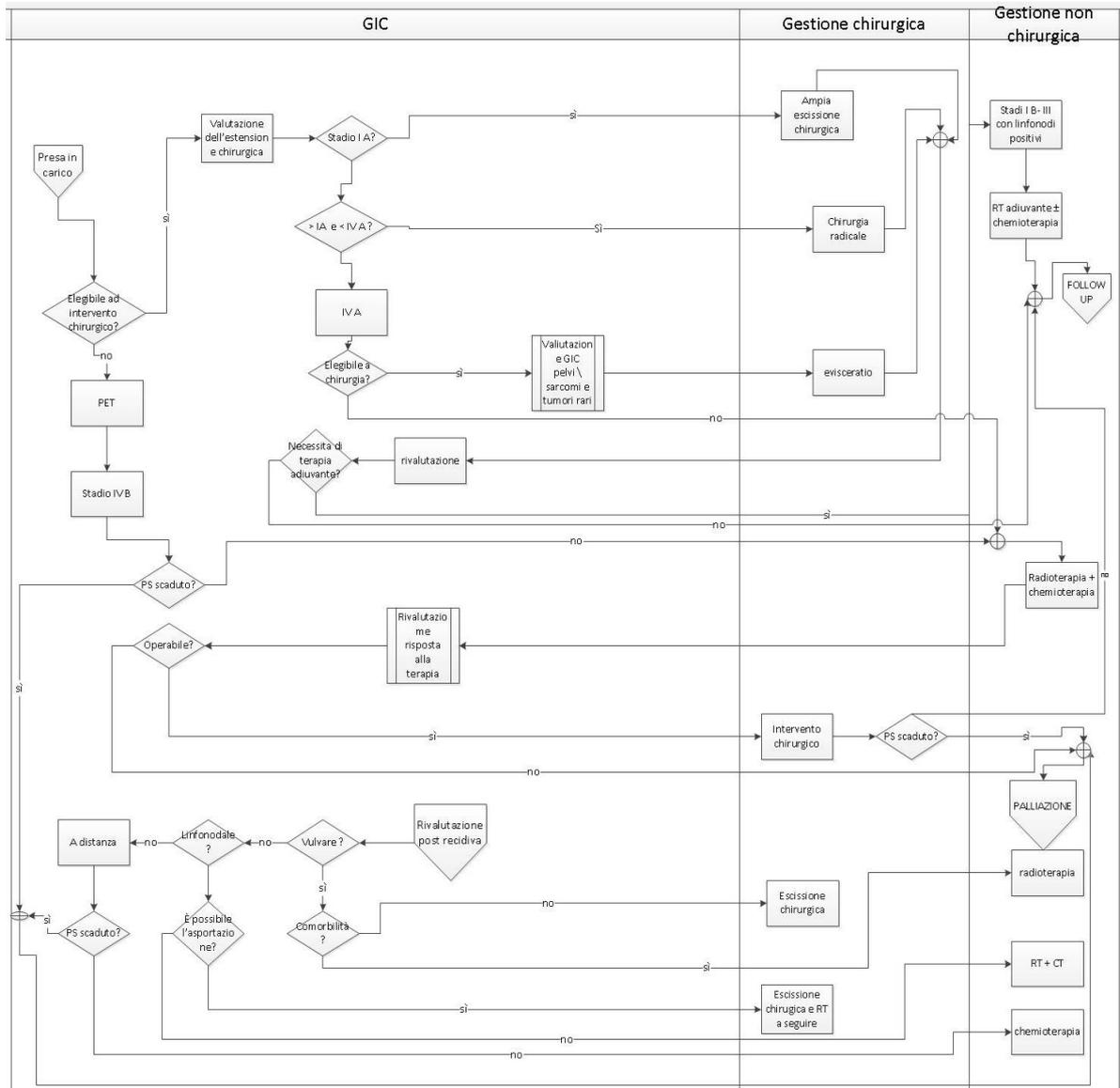
(ii) Linfonodi inguino-femorali fissi o ulcerati

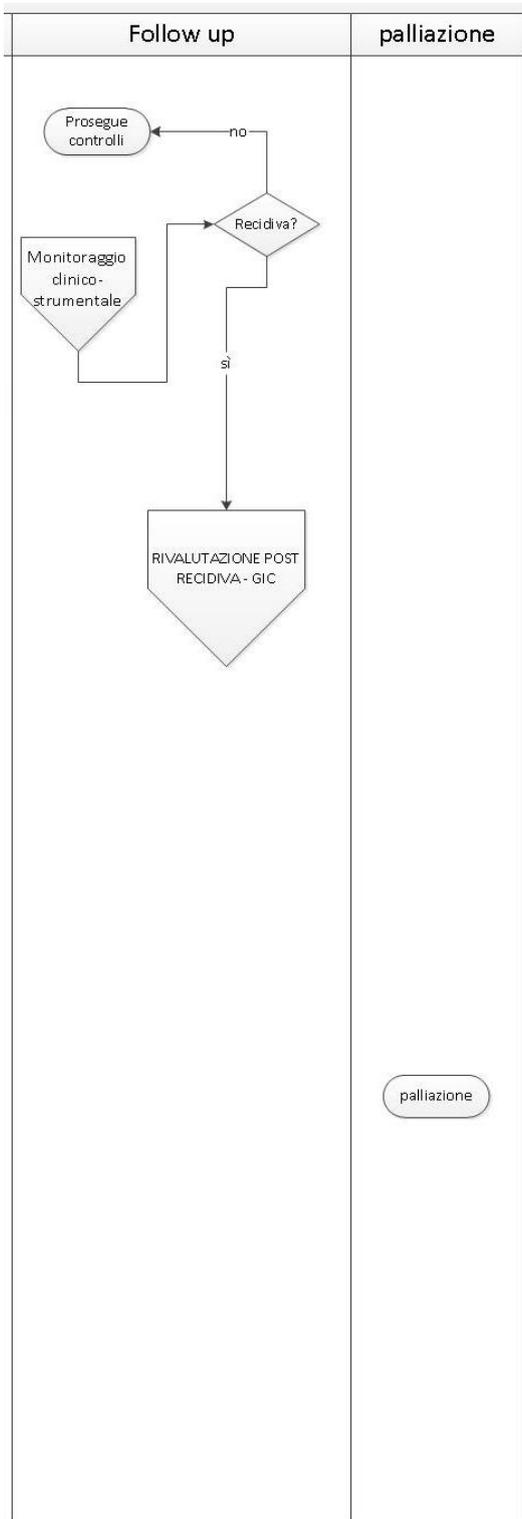
IVB Qualsiasi metastasi a distanza inclusi I linfonodi pelvici

3.2 Diagramma di flusso









	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 9 di 13

3.3 Attività

3.3.1 Presa in carico da parte del CAS

La paziente con sospetto o diagnosi clinico strumentale di neoplasia invasiva della vulva accede al CAS o per prenotazione diretta o su invio del curante.

3.3.1.1 **ACCETTAZIONE:** avviene nei locali della segreteria amministrativa, dove si ricevono le richieste di prestazioni ed in cui si forniscono le informazioni e le pratiche necessarie per ammettere gli utenti alla visita CAS. Il personale amministrativo del CAS segnalerà alla ASL di appartenenza la necessità di attribuire il codice di esenzione per patologia neoplastica 048, provvisorio anche in assenza di diagnosi certa, che sarà poi certificata o smentita al termine dell'iter diagnostico senza aggravii di costi anche in caso di non conferma di patologia tumorale maligna.

3.3.1.2 **ACCOGLIENZA:** è gestita dal personale infermieristico/ostetrico e si riferisce alla fase iniziale del percorso dell'utente, che avviene al CAS, durante la quale vengono gettate le basi per la costruzione di una relazione che si ripete nelle diverse fasi del percorso, con le necessarie presentazioni e informazioni, anche nel reparto o nel passaggio a un diverso livello di intensità di cura.

La presa in carico prevede la valutazione della persona assistita, mediante la compilazione della documentazione infermieristica e delle relative schede di valutazione.

Le schede di valutazione infermieristica rappresentano un modello standard adottato dagli infermieri che compongono la Rete Oncologica.

Al CAS vengono compilate le seguenti schede:

- Valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale
- G8 Strumento di screening per la valutazione geriatrica

Tali schede vengono inserite in cartella clinica per il passaggio delle informazioni al personale del reparto di degenza, mentre una copia viene archiviata presso il CAS. Alle pazienti "complesse" viene offerta una presa in carico psicologica (individuale e/o di supporto ai familiari) che può proseguire lungo tutto il percorso di malattia, recidive, off-therapy, fase terminale.

Per le pazienti che necessitano di trattamenti chemioterapici le schede di valutazione vengono inviate presso il DH Oncologico.

Le altre schede di valutazione infermieristica previste dalla Rete Oncologica, vengono compilate ed archiviate presso il DH Oncologico. Per la valutazione del dolore si utilizzerà nella fase del ricovero ospedaliero la scheda di rilevazione parametri vitali (cod. ASO 109415); mentre durante il percorso di terapia e follow-up si utilizzerà la scheda di valutazione del dolore della Rete Oncologica, che dovrà essere effettuata fin dal primo accesso in DH e ad ogni passaggio, anche in presenza di dolore uguale a zero.

La scheda di valutazione del patrimonio venoso verrà utilizzata esclusivamente presso il DH Oncologico.

Presso il DH, dove verrà deciso quale dispositivo per l'infusione delle terapie è più appropriato (Port-A-Cath, PICC, Midline) viene segnalata la paziente al NOCC per la presa in carico e la gestione territoriale della medicazione periodica.

In questa Struttura sarà compilata la scheda di individuazione delle fragilità del Progetto Psico-Sociale Protezione Famiglia della Rete Oncologica, tenendo conto delle informazioni già in possesso degli psicologi e degli assistenti sociali del presidio ed, in collaborazione con loro, verrà valutata l'eventuale attivazione del progetto sul singolo caso.

Il personale infermieristico del CAS garantisce il supporto all'attività medica durante la visita ed il colloquio e fornisce le informazioni alla paziente sulle preparazioni e modalità di esecuzione degli esami diagnostici e di stadiazione.

L'attivazione del percorso diagnostico vedrà la gestione diretta delle prenotazioni tramite agende al fine di ottimizzare i tempi di esecuzione ed effettuare verifiche sistematiche sulla consistenza tra i quadri diagnostici e le procedure terapeutiche messe in atto. La stadiazione del tumore invasivo della vulva prevede TAC torace e addome completo con mdc e PET per le pazienti non candidate alla chirurgia.

La documentazione clinica del paziente, durante il progresso del percorso diagnostico, sarà aggiornata dal personale infermieristico/ostetrico del CAS. Durante questa fase preliminare verrà valutato altresì il rischio anestesiológico della paziente. Terminato il percorso previsto di stadiazione il CAS invia l'utente al GIC. In caso di invio della paziente da altro centro è necessaria la revisione dei vetrini da parte degli anatomopatologi del centro di riferimento prima della valutazione GIC.

3.3.2 Discussione del caso al GIC

Il GIC, la cui composizione è listata in allegato G sulla base dei dati relativi sia alla paziente che all'estensione della neoplasia trasmessi dal CAS, definisce il piano di trattamento sulla base dei protocolli in vigore verificandone l'aderenza al presente PDTA o eventualmente riportando in chiaro nel verbale finale deviazioni indotte da situazioni particolari. Assicura l'adeguata comunicazione con i pazienti ed i suoi familiari. La discussione GIC avverrà senza la presenza della paziente e la decisione finale sarà comunicata da un rappresentante del GIC delegato ad hoc. In quella sede il delegato

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 10 di 13

consegnerà alla paziente anche la scheda denominata “Note informative, principali prestazioni assistenziali e previdenziali a favore dei pazienti oncologici e delle loro famiglie” del Servizio Sociale Ospedaliero e validata dalla Rete Oncologica.

3.3.3 Trattamento correlato allo stadio di malattia

Sulla base dei dati clinico strumentali raccolti dal CAS e valutati nell’ambito del GIC alla paziente verrà offerto un piano terapeutico che dovrà essere coerente con il presente PDTA redatto sulla base delle evidenze della letteratura disponibile. Se il trattamento individuato è di tipo chirurgico, il personale di reparto, nel momento del ricovero, compila la scheda di Brass integrata e la invia agli operatori del NOCC per la valutazione del rischio di complessità della dimissione. Tale valutazione viene ottenuta con un punteggio che, se superiore a 10 indica la necessità di un intervento di dimissioni protette. In questi casi, il NOCC, in collaborazione con il personale di reparto, e con l’NDCC territoriale, individua la soluzione più appropriata per la paziente (cure domiciliari, continuità assistenziale a valenza sanitaria, lungodegenza).

Il trattamento standard per il tumore in stadio la consiste in un’ampia escissione. La terapia adiuvante sarà praticata in presenza di positività dei fattori di rischio quali interessamento degli spazi linfovaskolari, resezione dei margini < 8 mm, profondità di invasione, modalità di invasione (diffusa o spray).

Negli stadi compresi tra Ib e III il trattamento chirurgico prevede una vulvectomia radicale (totale o settoriale in base all’estensione della lesione) con eventuale uretrectomia distale , vaginectomia o resezione anale da stabilirsi sulla base dell’estensione della lesione.

La linfadenectomia inguinale bilaterale è prevista nei casi di lesione centrale mentre può essere omolaterale in caso di lesione laterale (lesione laterale = distanza \geq 1 cm del margine mediale della lesione rispetto alla linea mediana).

Negli stadi compresi tra Ib e III inclusi la terapia adiuvante (RT) è prevista in caso di metastasi linfonodali.

In caso di stadio IVa eleggibile alla chirurgia si può eseguire una chirurgia exenterativa previa valutazione presso il GIC pelvi/ sarcomi e tumori.

In caso di stadi avanzati (IVa non eleggibili alla terapia chirurgica e IVb) vengono effettuate chemioterapia (cisplatino, cisplatino/vinorebelina o cisplatino/paclitaxel) e radioterapia.

3.3.4 Follow up

Al termine della terapia la paziente senza segni clinici di malattia (NED) sarà sottoposta a monitoraggio clinico ogni 4 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi dai 3 ai 5 anni, quindi annualmente. Il follow up strumentale (TC, PET, PET/TC o RMN) viene effettuato solo sulla base di segni e sintomi che facciano sospettare una recidiva così come gli esami di laboratorio

3.3.5 Discussione della recidiva al GIC

In caso di recidiva la paziente dovrà essere rinvia al GIC, previa esecuzione di eventuali procedure di imaging e/o di laboratorio che dovranno essere programmate tramite il CAS.

3.3.6 Trattamento della recidiva di carcinoma della cervice vulvare

La definizione del piano terapeutico sarà effettuata sulla base dei dati clinici, della storia clinica e delle precedenti terapie e dovrà essere oggetto di discussione collegiale e concordata infine con la paziente.

In caso di recidiva vulvare la paziente può essere inviata alla radioterapia o all’escissione chirurgica a seconda della presenza o meno di comorbidità.

Se invece la recidiva è linfonodale e la paziente è eleggibile alla chirurgia si procede ad asportazione con conseguente radioterapia, in caso contrario la terapia prevede un trattamento combinato radiochemioterapico. Infine in caso di recidiva a distanza in paziente con buon performance status si può attuare una chemioterapia altrimenti verrà inviata alla terapia palliativa.

Il nominativo della paziente in recidiva sarà segnalato all’Assistente Sociale e alla psicologa per la valutazione di eventuali interventi assistenziali, previdenziali o di sostegno in accordo con la paziente.

3.3.7 Gestione della palliazione

In caso di performance status > 3 (ECOG performance status) oppure di uno stadio tale di malattia che controindichi la messa in opera di terapia specifica antineoplastica deve essere riferito al servizio di cure palliative e al NOCC di PO. E’ da considerarsi fortemente raccomandato il coinvolgimento dell’equipe di cure palliative e del NOCC nella valutazione della paziente fin dal momento della discussione della prima ripetizione di malattia per l’impostazione di un percorso di accompagnamento al fine vita di tipo clinico, assistenziale, psicologico e sociale.

La terapia palliativa va considerata quando l’aspettativa di vita è sufficiente per poter programmare un utile percorso soprattutto in presenza di criticità socio ambientali opportunamente valutate.

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 11 di 13

3.4 Responsabilità

Il CAS assicura la presa in carico della paziente, la pianificazione degli esami di stadiazione sia in prima linea, che in caso di recidiva. Effettuata la sintesi di questo percorso invia la paziente con la documentazione completa al GIC. La gestione è a cura del ginecologo oncologo e del personale infermieristico ad esso dedicato.

Il GIC coordina, attraverso i radiologi e gli anatomopatologi, la diagnosi e la stadiazione della neoplasia invasiva della vulva, definisce la terapia da effettuare in seguito a discussione collegiale, in accordo con il PDTA definito ed il performance status della paziente.

La gestione del GIC è a cura del ginecologo oncologo designato dall'azienda e le componenti coordinate sono quelle listate nell'apposita scheda.

Dal momento che le evidenze della letteratura sottolineano il miglioramento dell'outcome delle pazienti trattate nell'ambito di studi clinici controllati, il GIC garantisce l'inserimento delle pazienti nei trials attivi che dovranno essere preventivamente approvati. Il coordinatore del GIC si rende garante della non competitività reciproca degli studi al fine di garantire un adeguato accrual di pazienti. Si sottolinea inoltre l'importanza di attivare trials soprattutto negli snodi del PDTA in cui le evidenze di letteratura sono carenti.

Nell'ambito della terapia palliativa si colloca la programmazione degli interventi sanitari e sociali in regime domiciliare garantita dal Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (come da ISOP.P906.0014), con l'obiettivo di gestire in modo unitario il sistema di rete e di garantire ai malati e alle loro famiglie la continuità terapeutica e assistenziale attraverso l'ospedale, il domicilio, l'hospice.

3.5 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

- Nccn guidelines, Vulvar Cancer (Squamous Cell Carcinoma) Version 1.2016, nccn.org
- Ali Ayhan et al. , Textbook of Gynaecological Oncology, ESGO Society September 2011
- JL Benedet et al, Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecological Cancers, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 70 (2000) 207-312

3.6 Aspetti etici

Il presente documento permette di definire un approccio integrato e multidisciplinare al trattamento delle pazienti affette da carcinoma invasivo della vulva che tenga comunque conto sia delle diverse situazioni cliniche che delle aspettative della paziente in termine di guarigione in primis, ma senza omettere l'impatto sulla qualità di vita.

Ovviamente in caso di protocolli sperimentali ogni procedura sarà sottoposta al comitato etico interaziendale, al fine di garantire la miglior pratica clinica con le migliori garanzie di sicurezza sia in termini di efficienza che di efficacia.

4. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

- Deliberazione della Giunta Regionale 23 novembre 2015, n. 51-2485
- Nccn guidelines, Vulvar Cancer (Squamous Cell Carcinoma) Version 1.2016, nccn.org

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	08/04/2016	Pagina 12 di 13

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

Strutturazione ed implementazione del database relazionale dedicato ed integrato con il sistema informatico aziendale. Verifica con cadenza trimestrale da parte del coordinatore del GIC.

4.2.2 Indicatori

<i>indicatore</i>		<i>N/D</i>	<i>fonte dati</i>	<i>responsabile</i>	<i>standard</i>
Percentuale di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva afferite al PO e prese in carico dal CAS	N	Numero di accessi al CAS	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva trattati	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva afferite al PO e discusse in riunione GIC per la terapia primaria	N	Numero di accessi al GIC per la terapia primaria	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva trattati	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva afferite al PO e discusse in riunione GIC per la terapia adiuvante	N	Numero di accessi al GIC per la tp adiuvante	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva trattati	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva afferite al PO discusse in riunione GIC per la gestione della recidiva	N	Numero di accessi al GIC per Recidiva	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva trattati	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva afferite al PO che hanno deviato dal PDTA nell'iter diagnostico e terapeutico	N	Numero di pazienti che hanno deviato dal PDTA	Database relazionale	Coordinatore GIC	≤ 10%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva della vulva trattati	Database relazionale	Coordinatore GIC	

4.3 Modalità di implementazione

- Strutturare un database relazionale dedicato aggiornabile ed integrato nella rete informatica aziendale accessibile con credenziali specifiche.
- Verifica da parte del coordinatore del GIC.
- Pubblicazione del documento su Intranet ed internet.
- Partecipazione ai gruppi di studio della rete oncologica.

	Gestione del Carcinoma della vulva	PDTA.A909.0018	Rev. 0
	PDTA	<i>08/04/2016</i>	Pagina 13 di 13

5. ALLEGATI

5.1 Moduli

Modulo: "G8 Strumento di screening per la valutazione geriatrica"

Modulo: "Valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale"

Modulo: "Valutazione del dolore della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta"

Modulo: "Valutazione del patrimonio venoso"

Modulo: "Scheda individuazione fragilità – Protezione Famiglia"

Modulo: "Scheda di BRASS integrata"

5.2 Schede

Scheda: "Note informative, principali prestazioni assistenziali e previdenziali a favore dei pazienti oncologici e delle loro famiglie"

Scheda: "Composizione del GIC"