

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	MARIO NICOLA FRANCESCO ALPARONE	
Direttore Sanitario	GLORIA CHIOZZA	
Responsabile Aziendale Qualità	ANNA MESTO	
Referente Indicatori R.O.	PATRIZIA BERGESE BOGLIOLO	
Coordinatore CAS aziendale	MIRELLA GAVAZZA	
Referente medico	FEDERICA BRUSA	
Referente infermieristico	MIRELLA GAVAZZA	
Referente amministrativo	CINZIA TREVISANI	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	FRANCO TESTORE	
Rappresentante utenza/ cittadini	<i>Equipe Locale di Empowerment 3° Settore</i> AVO CITTADINANZA ATTIVA VAO	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle d'Aosta	OSCAR BERTETTO	

Data di approvazione	Ottobre 2016 (1°) Novembre 2018 (2°)
Periodicità di revisione	BIENNALE
Data prossima revisione	Novembre 2020
Modalità di diffusione interna	<i>Diffusione ai Componenti GIC, Direttori e Coordinatori delle Strutture coinvolte; Pubblicazione su AREA Intranet aziendale in Sistema Gestione Qualità (SGQ)</i>
Modalità di diffusione esterna	<i>Internet (sito Rete Oncologica); Invio del documento alla Direzione di Distretto e confronto con Responsabili Equipe MMG</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	Componenti	Referenti	e.mail
ORL	Paolo Pisani	Paolo Pisani	ppisani@asl.at.it
	Andrea Colombo **		AColombo@asl.at.it
	Alberto Costanzo**		acostanzo@asl.at.it
ORL Infermiere	Liliana Imbrenda	Liliana Imbrenda	limbrenda@asl.at.it
	Monica Mori **		mmori@asl.at.it
Radioterapia	Maria Tessa	Maria Tessa	mtessa@asl.at.it
	Francesco Moretto**		fmoretto@asl.at.it
Radioterapia Infermiere *	Antonella Borza *		aborza@asl.at.it
Oncologia	Franco Testore	Franco Testore	ftestore@asl.at.it
Oncologia Infermiere	Laura Mossino*		lmossino@asl.at.it
Anatomia Patologica	Luisa Ferrari	Luisa Ferrari	lferrari@asl.at.it
	Daniele Ricci**		dricci@asl.at.it
Chirurgia Maxillo-Facciale*	Mauro Daneo	Mauro Daneo	mdaneo@asl.at.it
Radiologia	Federico Cesarani	Federico Cesarani	fcesarani@asl.at.it
	Renato Mennilli**		rmennilli@asl.at.it
CAS Oncologo	Federica Brusa	Federica Brusa	fbrusa@asl.at.it
CAS Infermiere	Mirella Gavazza	Mirella Gavazza	MGavazza@asl.at.it
	Sara Martina**		smartina@asl.at.it
Cure Palliative*	Cure palliative	Francesco Pinta*	fpinta@asl.at.it
	Cure palliative* Infermiere	Elena Scarrone*	EScarrone@asl.at.it
Dietologia*	Stefania Bianchi*	Stefania Bianchi	sbianchi@asl.at.it
	Giulia Morando**		gmorando@asl.at.it
MFR Logopedia*	Simonetta Pinton*	Simonetta Pinton	spinton@asl.at.it
	Francesca Zappa**		fzappa@asl.at.it
Psicologia*	Ilaria Lombardi*	Ilaria Lombardi	Ilombardi@asl.at.it

In tutti i GIC, per la gestione dei farmaci "innovativi" , i riferimenti sono:

Strutture	Componenti	Referente	e.mail
Farmacia*	Anna Maria Toffano*	Anna Maria Toffano	AToffano@asl.at.it
	Michela Colombo **		MColombo@asl.at.it

* Discipline che intervengono al GIC a chiamata

** Componenti supplenti

GIC - regolamento

Coordinatore	Paolo Pisani, Otorinolaringoiatria, ppisani@asl.at.it Tel. 0141/489305 - 9920
Segreteria	Vedi PDTA CAS
Sede dell'incontro	Vedi PDTA CAS
Periodicità dell'incontro e orario	Quindicinale Martedì ore 14,30
Modalità di refertazione	Vedi PDTA CAS
Descrizione sintetica del funzionamento	Vedi PDTA CAS

Descrizione del percorso assistenziale	<p><i>Modalità di presa in carico della persona/famiglia nel passaggio dal CAS al GIC (per la fase precedente fare riferimento al PDTA CAS)</i></p> <p>I referenti infermieristici individuati dalla Struttura, fanno parte del GIC e sono l'interfaccia del CAS centrale/CAS satelliti . Partecipano al GIC segnalando le fragilità del paziente e familiari riscontrate durante la valutazione infermieristica e collaborano per la presa in cura del paziente garantendo la continuità assistenziale. A tal fine curano il passaggio di comunicazioni tra le varie équipe e all'interno della propria équipe assistenziale, garantendo il rispetto delle tempistiche e delle implicazioni previste dallo specifico PDTA. Nel caso di chemioterapia, valutano il patrimonio venoso ed organizzano nei tempi indicati l'impianto di dispositivo più adeguato per tipo di terapia, condizioni e compliance del paziente.</p>
--	---

Contesto epidemiologico e clinico

Descrizione del bacino di utenza	ASL AT: n.106 comuni su un totale di 118
Numero di abitanti del bacino di utenza	202.909 (sito ASL a giugno 2018)

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia LARINGE
Neoplasia CAVO ORALE
Neoplasia OROFARINGE
Neoplasia RINOFARINGE
Neoplasia IPOFARINGE
Neoplasia MASSICCIO FACCIALE
Neoplasia GHIANDOLE SALIVARI

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

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

NEOPLASIA CAVO ORALE

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

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (modalità di prenotazione indicata in PDTA CAS)	Tempi previsti di accesso
Sospetta neoplasia	- Visita - Faringooscopia + eventuale NBI (<i>Narrow Band Imaging</i>) Fibrolaringoscopia	Ambulatorio o Prericovero ORL (A)	5-7 giorni da richiesta
	Tac Collo Con Mdc Eventualmente OPT	RADIOLOGIA ASL AT	10 giorni da richiesta
	Biopsia	ORL	5-7 gg
	Esame istologico	Anatomia Patologica -Istologia ASL AT	▪ 10 gg da richiesta 7 gg per refertazione
Stadio III- IV Pazienti selezionati	TC Torace con m.d.c. + Ecografia Epatica	RADIOLOGIA ASL AT	10 giorni da richiesta
Approfondimenti	RM	RADIOLOGIA ASL AT	20 giorni da richiesta
In casi selezionati con sospetto di malattia metastatica o dopo discussione collegiale GIC	TAC/PET	Centri convenzionati esterni ALESSANDRIA	TAC/PET ▪ 10 gg da richiesta ▪ 5 gg refertazione da esecuzione esame

Descrizione sintetica dei trattamenti

Il caso è discusso in sede GIC che deve valutare il corretto percorso diagnostico terapeutico.
I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM aggiornate.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (modalità di prenotazione indicata in PDTA CAS)	Tempi previsti di accesso
I-II	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgia RT esclusiva BRT (casi selezionati) 	Otorinolaringoiatria (ORL) Radioterapia (RT)	<p>Intervento chirurgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tempo intercorso tra diagnosi e intervento gg 15-20 <p>Tempo intercorso tra intervento ed esame istologico definitivo gg 25 - 35</p> <p>RADIOTERAPIA Visita 7 gg inizio RT: 35 gg da richiesta GIC salvo problematiche cliniche</p>
III-IVA operabili	Chirurgia * RT ± chemioterapia concomitante	RT Oncologia	<p>Intervento chirurgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tempo intercorso tra diagnosi e intervento gg 15-20 <p>Tempo intercorso tra intervento ed esame istologico definitivo gg 25 – 35</p> <p>RADIOTERAPIA</p> <p>In base ai tempi di guarigione della ferita chirurgica. Si richiede all'interno del GIC la consulenza RT. Tempi: visita RT 8 gg dalla richiesta salvo complicanze chirurgiche</p>
III-IVA-IVB < 70 anni inoperabili (o ≥ 70 anni selezionati)	RT + chemioterapia concomitante	RT Oncologia	<p>RADIOTERAPIA</p> <p>Visita 7 gg inizio RT : 35 gg da richiesta GIC salvo problematiche cliniche</p>
III-IVA-IVB inoperabili con controindicazioni a chemioterapia	<ul style="list-style-type: none"> RT + cetuximab concomitante RT esclusiva (eventualmente ipofrazionata) 	RT Oncologia	<p>RADIOTERAPIA Visita 7 gg inizio RT 35 gg da richiesta GIC salvo problematiche cliniche</p>
III-IVA-IVB operati con fattori di rischio "minori"	RT adiuvante	RT	<p>Visita 15 gg da richiesta gic inizio 45-60 gg</p>
III-IVA-IVB operati con ECE oppure R1-2	RT adiuvante + chemioterapia concomitante	RT Oncologia	<p>RADIOTERAPIA</p> <p>In base ai tempi di guarigione della ferita chirurgica. Si richiede all'interno del GIC la consulenza RT. Tempi: visita RT 8 gg dalla richiesta salvo complicanze chirurgiche</p>

Fattori di rischio: T3, T4, numero di linfonodi coinvolti >3, infiltrazione perineurale, invasione vascolare, coinvolgimento del IV e V livello linfonodale

Follow up

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

	Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
STADIO I	<i>Identificazione del TUTOR di trattamento e del follow-up</i>	<i>All'interno delle riunioni del GIC</i>	
	<i>Visita ORL + fibrolaringoscopia</i>	Primi 2 anni: <i>con cadenza ogni 2-3 mesi.</i> Dal 3° al 5° anno <i>con cadenza ogni 4-6 mesi</i> Poi cadenza annuale	ORL
	TC COLLO con MDC + RX torace	Primi 2 anni A 12 e 24 mesi	RADIOLOGIA ASL AT
	<i>Dopo il secondo anno</i>	Ecografia <i>ogni 6 mesi fino al 5° anno</i> poi una volta all'anno.	RADIOLOGIA ASL AT
STADIO II – III – IV	TC TORACE + COLLO con MDC	1 volta all'anno <i>fino al 5° anno</i>	RADIOLOGIA
	Valutazione della funzionalità tiroidea	1 volta all'anno se effettuata RDT	Laboratorio Analisi ASL AT

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Consegna della programmazione del follow up	SI MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI/ Il CAS, ricevuta la richiesta (da MMG o dal Paziente), attiva i contatti con gli specialisti. In alternativa il paziente può rivolgersi direttamente all'oncologia o al reparto in cui è stato maggiormente seguito, per richiedere una visita specialistica.</i>