

I nuovi GIC, i Centri di riferimento, i PDTA Aziendali e di Area



A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale
di Asti

Emma Zelaschi, Direttore Sanitario ASL AT
Patrizia Bergese Bogliolo, SS Qualità Accreditamento e Risk Management ASL AT



GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 94

Adunanza 23 novembre 2015

D.G.R. n. 51 – 2485

OGGETTO:

Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a registro AIFA, nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Recepimento dell'intesa 144/CSR del 30.11.2014 e attuazione, delle disposizioni di cui al D.M. 70/15 (per le attività di Rete Oncologica) e della DIR.2011/24/EU.



Avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale per le diverse tipologie di tumore secondo la logica dell'***intensità di cure***.

Monitoraggio a cura della Rete Oncologica



Comunicazione ai cittadini

Centri Hub & Spoke

Secondo la DGR n 51-2485 del 23/11/2015, i centri Hub sono individuati sulla base di:



- **dimensione epidemiologica** per singola patologia tumorale in termini di incidenza e prevalenza
- **volumi di attività:** (SDO Ultimi 3 anni rapportati con DRG di pertinenza per singola patologia tumorale)
- **esperienza degli operatori** (curriculum degli operatori ed esiti di interventi chirurgici)
- **tecnologie**
- **organizzazione**, tenuto conto di caratteristiche territoriali, orogeografiche, di viabilità e di trasporto



Costituzione di appositi **gruppi lavoro** per l'individuazione dei criteri di funzionamento e requisiti dei Centri Hub e Spoke della Rete Oncologica.

Verifica dei **requisiti** dei centri da parte della Rete Oncologica



Con **DGR n 42-7344 del 31/03/2014**, sono stati infatti individuati i criteri ed i requisiti per l'identificazione dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente:

Tumore
dell'ipofisi

Tumori cutanei

Tumore del
fegato

Tumore del
colon retto

Tumore dello
stomaco

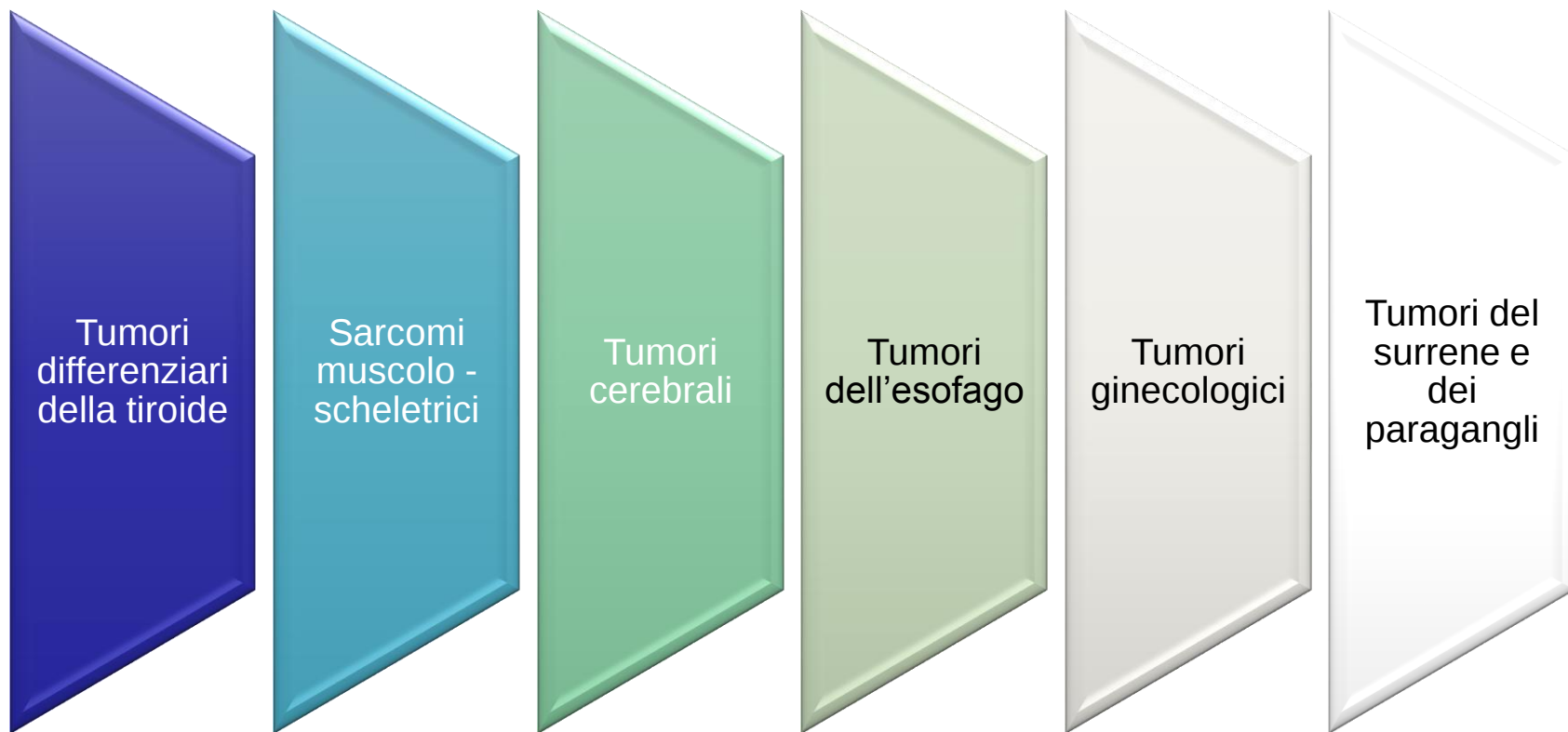
Tumore del
pancreas-vie
biliari

Tumori del
testa-collo

Tumori toraco-
polmonari

Tumori urologici

Con successiva **DGR n 48-7639 del 21/05/2014**, sono stati individuati i criteri ed i requisiti per l'identificazione dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente:





Con ulteriore **DGR n. 38-852 del 29/12/2014**, sono individuati i criteri ed i requisiti per l'identificazione dei Centri di Senologia (Breast Unit).

Infine con **DGR n. 22-1220 del 23/03/2015** sono stati individuati i criteri ed i requisiti per l'identificazione dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente alle patologie tumorali ematologiche.



Tumori ginecologici

Patologia relativamente rara e multiforme che necessita dell'integrazione di diverse specialità.
Necessità di ottimizzazione della cura per ottenere il miglior rapporto costo – efficacia e costo efficienza.

Requisiti dei centri

Caratteristiche
strutturali

Sedi dotate:

- ✓ Rianimazione
- ✓ Radiologia
- ✓ Medicina Nucleare
- ✓ Anatomia Patologica
- ✓ Chirurgia Generale
- ✓ Chirurgia Plastica
- ✓ Oncologia Medica
- ✓ Terapia Antalgica e Cure Palliative
- ✓ Radioterapia con brachiterapia

Caratteristiche dell'equipe

Equipe dedicate con nucleo permanente costituito da:

- ✓ Ginecologo di provata esperienza testimoniata da casistica, produzione scientifica e almeno 5 anni di esperienza nel settore specifico
- ✓ Oncologo radioterapista con documentata attività di brachiterapia e esperienza di almeno 5 anni nel settore
- ✓ Patologo con esperienza nel campo dei tumori ginecologici
- ✓ Radiologo con esperienza nel campo dei tumori ginecologici
- ✓ Chirurgo generale dedicato
- ✓ Anestesista
- ✓ Palliativista
- ✓ Infermiere di area CAS / CAS

Numero adeguato di casi trattati

In Italia non esiste normativa di riferimento, le Società Scientifiche prevedono per i centri deputati al trattamento delle neoplasie ovariche

- ✓ Almeno 100 nuovi casi/anno
- ✓ Almeno 10 casi /anno di neoplasie ovariche operate per ciascun componente dell'equipe
- ✓ Equipe assistenziale stabile e dedicata

Per ogni area della regione sono identificati i **Centri Hub** della Rete Oncologica per ciascuno dei seguenti raggruppamenti:

In alcuni casi il Centro Hub identificato è sottoposto a **monitoraggio per 24 mesi** se non presenta tutte le caratteristiche previste.

Tumore della mammella

Tumore del colon retto

Tumore dello stomaco

Tumore dell'esofago

Tumore del pancreas e delle vie biliari

Tumore del fegato

Tumori ginecologici

Tumori cutanei

Tumori toraco-polmonari

Tumori della testa e del collo

Tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine

Tumori urologici

Tumori del sistema nervoso

Sarcomi

Tumori rari

Metastasi ossee

Tumori ematologici

Attività dei Centri Hub

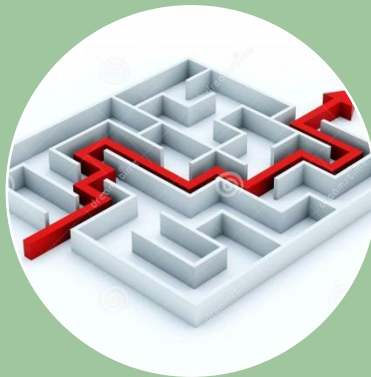
- Erogazione delle prestazioni per i pazienti affetti da neoplasie
- Condivisione e coordinamento dell'applicazione dei PDTA di Area presso i centri Spoke
- Elaborazione del piano terapeutico dei farmaci oncologici sottoposti a registro AIFA, con la specifica della sede di somministrazione, che potrà essere anche un centro Spoke



Il modello organizzativo ...



**Presenza del Gruppo
Interdisciplinare di
Cure (GIC)**



**Adozione del Percorso
Diagnostico
Terapeutico
Assistenziale PDTA
approvato dalle
rispettive Direzioni
Sanitarie**



**Il funzionamento del
Centro Accoglienza
Servizi CAS in grado
di garantire in modo
coordinato,
appropriato e
tempestivo gli esami
di diagnosi e
stadiazione**



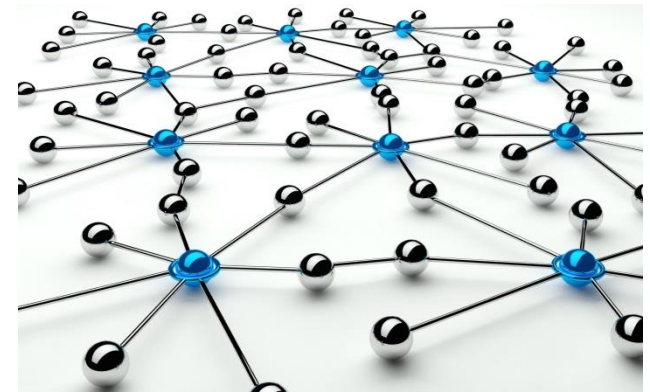


E' prevista l'eventuale costituzione di un **Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)** unico che operi su più sedi: con questo si intende che può essere costituito un GIC con operatori provenienti da più ospedali che deve predisporre un ***PDTA di area, unico***, condiviso, firmato da tutti i componenti e formalizzato dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie afferenti all'area sovrazonale stessa.

Non tutti gli utenti sono da inviare ai Centri Hub...

...due studi francesi del 2008 e del 2015 dimostrano che molti pazienti prediligono i centri piccoli per vari motivi, quali costi, cultura, comodità, valorizzazione del singolo; nei centri grandi nonostante la bravura degli operatori, ci si sente un numero...

La soluzione consiste nei contatti tra i centri, evitando lo scollamento tra Centri Hub e Centri Spoke.



Il Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) riunisce al proprio interno medici di diversa specializzazione appartenenti a differenti Unità Operative che, attraverso una visione complessiva della persona malata e dunque grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono collegialmente i percorsi di cura più appropriati.

Il GIC, nello svolgimento del proprio compito di cura della persona malata, si ispira ai protocolli procedurali attualmente in vigore, ma può anche stabilire collegialmente di ricorrere a protocolli sperimentali purché regolarmente approvati.



La patologia neoplastica può infatti essere affrontata con il modello:



di interazione multidisciplinare, che offre alcuni vantaggi: minor tempo, minor rischio di errore, maggior coinvolgimento di operatori, maggiore uniformità di procedure.



sequenziale, che presenta alcune criticità (richiede troppo tempo, può causare errori nel trasferimento di informazioni)

Il principale vantaggio che deriva da una presa in carico multidisciplinare è rappresentato da una maggiore tempestività e dal coordinamento degli interventi:



i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura, che naturalmente cambiano in base alla patologia e alle specifiche condizioni di salute della persona malata, non incontrano il paziente in successione, frammentando i percorsi diagnostico-terapeutici e allungando i tempi di attesa, ma si presentano come una vera e propria équipe medica che basa la propria operatività sulla comunicazione e la condivisione interdisciplinare.

In sintesi i vantaggi sono:

Riduzione dei tempi decisionali e, quindi, maggiore tempestività

Semplificazione del processo e superamento delle ridondanze (ripetizione esami, richieste ecc..)

Partecipazione di tutti i professionisti e operatori senza esclusioni

Allineamento delle informazioni e delle posizioni

Maggior uniformità nella comunicazione con i pazienti

Se la multidisciplinarietà cambia gli esiti, è importante tener presente che i GIC sono un mezzo e non il fine.



In letteratura manca la dimostrazione che il lavoro in team aumenti la sopravvivenza o riduca i costi, ma è evidente che si riducono i tempi e aumenta l'appropriatezza.

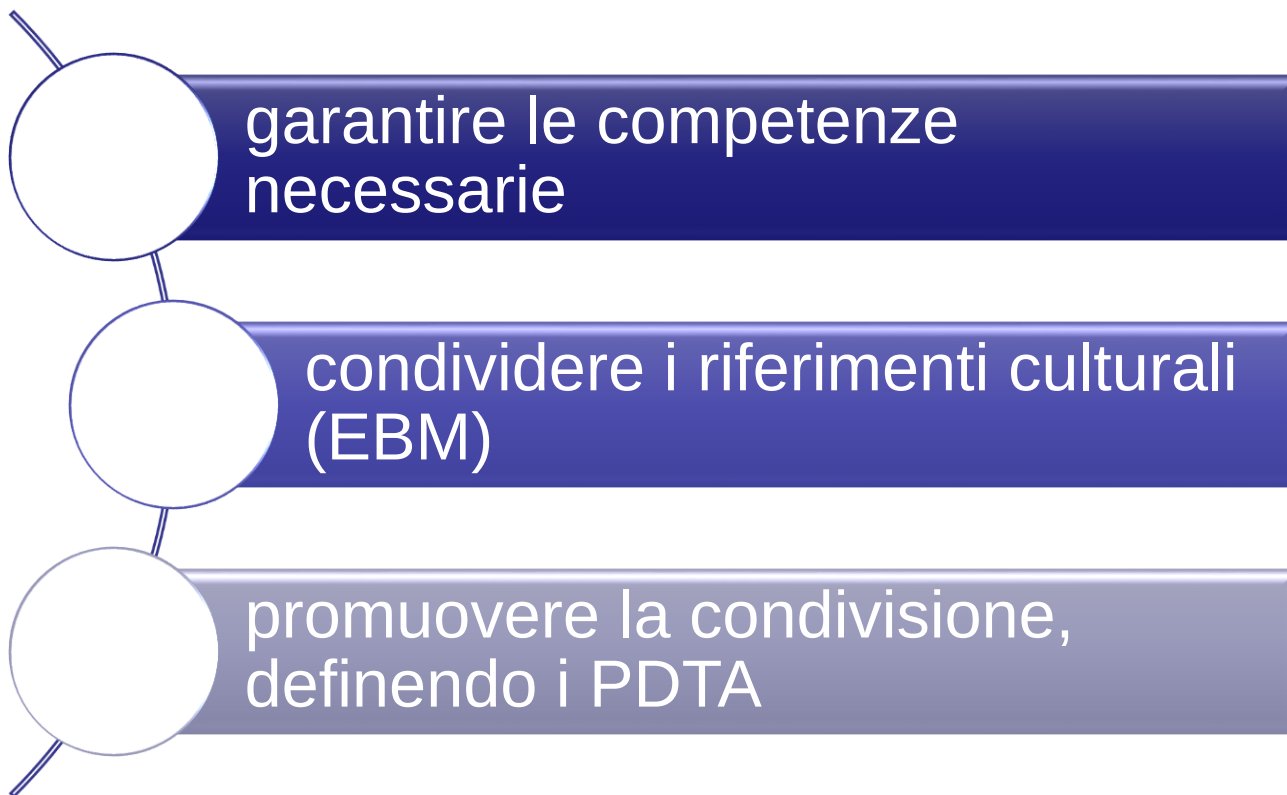
Alcuni problemi dei GIC

Organizzazione carente:
setting inadeguati
scarsa partecipazione
mancata definizione dei ruoli

Modalità decisionali non sempre
codificate

Dinamiche di gruppo:
si tende ad uniformarsi nelle decisioni
il leader influenza il gruppo
possibilità di decisioni sbagliate
(inefficacia, senso di perdita di tempo,
mancato coinvolgimento del paziente)

...non sempre il GIC è la scelta migliore...ma si deve...



Si prevede che ciascun GIC abbia un

unico Responsabile

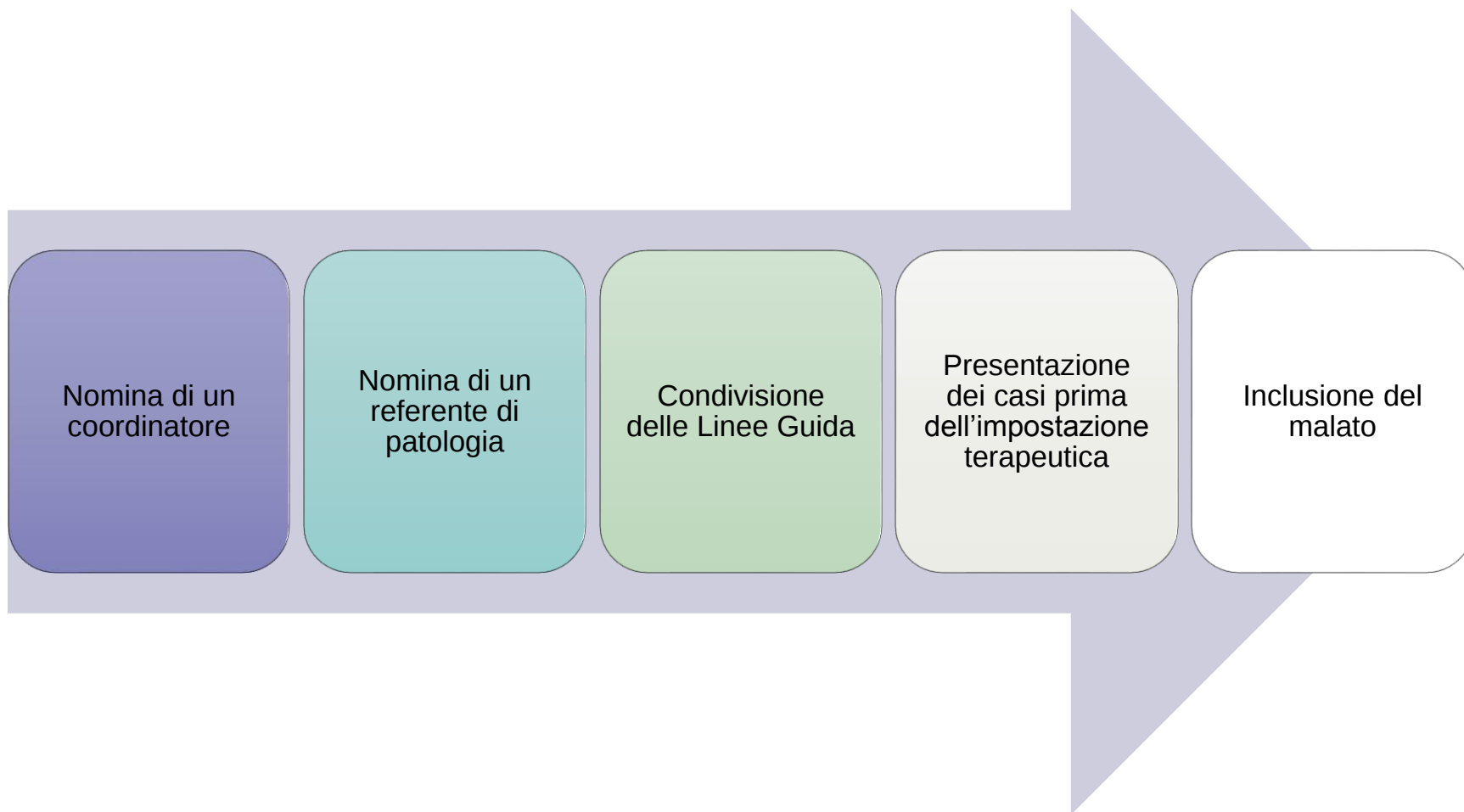
e sia individuato un

unico Referente

per ciascuna disciplina, quale interlocutore della rete oncologica e quale garante della qualità delle prestazioni monitorata con gli opportuni indicatori.



Setting ed organizzazione





La responsabilità professionale

Si è posto il dilemma se ogni membro dell'equipe medica, oltre a doversi attenere al rispetto delle *leges artis* tipiche della propria sfera di specializzazione, debba anche ritenersi tenuto all'osservanza di un più ampio obbligo cautelare, afferente il dovere di verifica e sorveglianza dell'operato altrui e, di conseguenza, se debba ritenersi eventualmente responsabile qualora la condotta colposa posta in essere da altro componente l'equipe medica abbia cagionato o concorso a causare eventuali episodi lesivi.

La dottrina prevalente ha stabilito nel tempo che, qualora la condotta posta in essere dal singolo sanitario si sovrapponga a quella di altri soggetti, il precetto concreto di diligenza a cui attenersi nel caso concreto dovrà fare riferimento al c.d. **principio dell'affidamento**, in base al quale ogni soggetto non dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, atteso che potrà sempre fare affidamento, appunto, sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie (sul punto si veda per tutti: M.MANTOVANI, *il principio di affidamento nella teoria del reato colposo*, Milano, 1997).



Il principio dell'affidamento permette dunque ad ogni sanitario di potersi indirizzare, in maniera esclusiva e con impegno costante, all'espletamento delle proprie mansioni di competenza liberamente e senza essere pressato dalla preoccupazione di dover continuamente verificare l'operato altrui. Nel campo dell'attività medica d'equipe tuttavia, il principio dell'affidamento trova alcuni precisi limiti.



La divisione del lavoro tra medici specialisti in diverse discipline

Nel campo del lavoro medico in equipe, sono stati anzitutto analizzati dalla giurisprudenza i rapporti tra medici aventi analoga posizione gerarchica, ma differente qualifica professionale, che svolgono la loro attività in favore dello stesso paziente.



I giudici di legittimità hanno ritenuto che ciascun sanitario sarà tenuto al rispetto degli obblighi che a lui discendono dalla connessione di tutte le attività realizzate in funzione dell'obiettivo comune.

Ogni medico pertanto, non potrà evitare di stimare l'attività svolta dai suoi colleghi di equipe, sia pure essendo afferente ad altre discipline specifiche, di appurarne la conformità alle regole e, eventualmente, di porre riparo ad eventuali errori evidenti e rilevabili con il supporto delle **conoscenze comuni del professionista medio** (cfr. Cass.Sez.IV, 24 gennaio 2005; [Cass.Sez.IV, 6 aprile 2005 n° 22579](#); Cass.Sez.IV, 2 marzo 2004; Cass.Sez.IV, 1 ottobre 1999).





Se la divisione del lavoro tra i componenti dell'**equipe** è di **tipo orizzontale**, cioè tutti i sanitari, ciascuno con la propria differente specializzazione, si trovano in rapporto di uguaglianza e svolgono le proprie mansioni in maniera indipendente, nel rispetto delle *leges artis* dello specifico settore di specializzazione, seppur collaboranti tra loro verso un identico ed unico obiettivo: la cura e la tutela del paziente comune...

...secondo la Suprema Corte, incombe sugli stessi sanitari un dovere generico di reciproco controllo, a prescindere dal ruolo rivestito all'interno dell'equipe. Tale generico obbligo risulta peraltro attenuato dal riferimento agli "errori evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle conoscenze scientifiche del professionista medio".



La responsabilità di ciascuno per il mancato o l'inesatto controllo tuttavia, potrà esistere soltanto quando il comportamento colposo del compartecipe sia dovuto alla mancata osservanza delle *leges artis* generiche, e non specialistiche, pertinenti cioè alle conoscenze professionali di ciascun medico in quanto tale e rese evidenziabili dalle concrete circostanze del caso.



GIC AZIENDALI (sito Rete Oncologica)	Torino Sud-Est	Torino Nord	Torino Ovest	Piemonte Nord-Est	Piemonte Sud-Est	Piemonte Sud-Ovest	Valle d'Aosta
Colon- retto	2	4	5	6	3	3	1
Cutanei	1	4	2	5	2	1	0
Fegato	1	1	2	2	3	1	0
Esofago	1	0	0	1	0	1	0
Ginecologici	2	2	3	4	2	1	1

GIC AZIENDALI (sito Rete Oncologica	Torino Sud-Est	Torino Nord	Torino Ovest	Piemonte Nord-Est	Piemonte Sud-Est	Piemonte Sud-Ovest	Valle d'Aosta
Tumori della mammella	2	2	3	4	3	3	1
Osteoncologia	1	1	0	0	1	0	0
Tumori del pancreas e delle vie biliari	1	1	1	2	3	1	1
Tumori rari e sarcomi	1	0	1	1	1	0	0
Tumori del sistema nervoso	1	1	1	1	2	1	1

GIC AZIENDALI (sito Rete Oncologica	Torino Sud-Est	Torino Nord	Torino Ovest	Piemonte Nord-Est	Piemonte Sud-Est	Piemonte Sud-Ovest	Valle d'Aosta
Tumori dello stomaco	2	3	5	5	3	3	1
Tumori testa-collo	1	3	3	4	2	2	1
Tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine	4	3	3	5	3	3	0
Tumori toraco- polmonari	1	1	2	3	3	0	1
Tumori urologici	5	4	5	5	3	3	1

GIC AZIENDALI (sito Rete Oncologica	Torino Sud-Est	Torino Nord	Torino Ovest	Piemonte Nord-Est	Piemonte Sud-Est	Piemonte Sud-Ovest	Valle d'Aosta
Mieloma multiplo	1	0	0	0	0	0	0
Tossicità tardive delle terapie oncologiche	1	0	0	0	0	0	0
Tumori ematologici	3	4	3	5	4	0	1

Per un **totale di n. 228**
GIC aziendali attivati

Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali - PDTA

Strumenti per assicurare, sulla base di raccomandazioni riconosciute, adattate al contesto locale, il migliore processo assistenziale in risposta **a specifici bisogni di salute**.



I rischi nell'organizzazione di rete

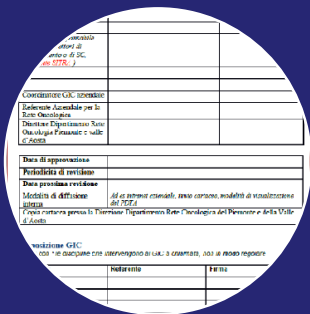
Formalizzazione intesa come burocrazia

Deresponsabilizzazione

Aumento di attività nei centri di riferimento



Punti di forza



Strumenti
Comuni



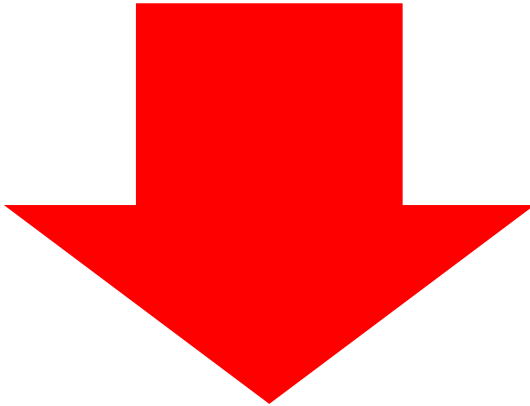
Condivisione
di Metodi



Applicativi
informatici
inclusivi



Alcune esperienze evidenziano



PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Scarsa abitudine a lavorare in gruppo
- Storie diverse delle Aziende (il mio modello è migliore del tuo)
- Difficoltà di integrazione dei sistemi informatici



PUNTI DI FORZA:

- Supporto dell'Ufficio Qualità e dell'Università (Torino)
- GIC interaziendali
- Teleconferenze



I principali ambiti nella Rete su cui mantenere l'attenzione

- Interconnessione tra i centri
- Coinvolgimento tra operatori e tra operatori e pazienti
- Circolazione delle informazioni
- Capacità critica: distinguere tra vere e false innovazioni
- Capacità di dialogo: nuovi modelli organizzativi



Monitoraggio attraverso gli Indicatori

Si dispone che le Direzioni Sanitarie Aziendali e i responsabili dei GIC e dei CAS **siano** tenuti a fornire al Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera della Direzione Sanità ed al Dipartimento, tutti gli indicatori previsti dalle deliberazioni suindicate e i dati concordati in occasione delle verifiche locali che saranno effettuate con la metodologia dell'audit clinico con il confronto tra pari. Qualora tali indicatori non rispondano ai criteri di qualità previsti dal Dipartimento saranno segnalati gli standard che devono essere assicurati e i tempi con cui dovranno essere garantiti. In caso di inadempimento verrà proposta dal Direttore del Dipartimento alla Direzione Sanità la revoca del riconoscimento quale Centro Hub da formalizzarsi con deliberazione di Giunta regionale entro 90 giorni dal ricevimento formale della proposta.

Accoglienza presso il CAS ed Indirizzo verso Centri HUB

Si stabilisce infine che, dal momento dell'entrata in vigore della presente deliberazione, sia obbligatorio per tutti i Centri Accoglienza e Servizi (CAS) delle Aziende Sanitarie regionali di indirizzare i pazienti solo presso i centri Hub per le singole patologie tumorali, individuati nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, pur rimanendo garantita ai pazienti la libertà di scegliere tra gli stessi. Le medesime indicazioni devono essere date dalle Aziende Sanitarie ai Direttori di Distretto e ai Medici di Medicina Generale.

I rapporti con il Cittadino

Si incarica, inoltre, la Direzione del Dipartimento di far conoscere agli operatori ai cittadini e ai pazienti, attraverso le modalità che si riterranno necessarie, l'opportunità di rivolgersi ai Centri Hub per avere la garanzia della qualità delle prestazioni assicurate e delle modalità di presa in carico globale e continuativa previste dalla Rete Oncologica.



PDTA di competenza dell'ASL AT

 REGIONE PIEMONTE		 A.S.L. AT Azienda Sanitaria Locale di Asti		Via Conte Verde, 135 - 14100 ASTI (AT) Centrali Postali 1301 Tel. +39-0141.42.111 (1) Fax. +39-0141.4540.251 protocollo@pec.asl.at.it P.I. n. 00456550151	
ALLEGATO 1 - Elenco PDTA di competenza dell'ASL AT					
GIC	PDTA da deliberare	PDTA predisposto secondo indicazioni della Rete Oncologica		PDTA inter-Aziendale	
Tumori gastro-intestinali	Tumori Colon Retto	X			
	Tumori dello stomaco	X			
	Tumori del Pancreas e delle Vie Biliarie	X			
	Tumori del fegato				
Tumori Mammella	Tumori della Mammella	X	PDTA 2		
Tumori Ginecologici	Tumori Vulva	X			
	Tumori Vagina	X			
	Tumori Portio dell'utero	X			
	Tumori Corpo dell'utero	X			
	Tumori Ovario	X			
Tumori Cutanei Melanoma e Non Melanoma (Spin. Cocco)	Melanoma	X	PDTA 3		
	Carcinoma spinocellulare	X			
	Carcinoma basocellulare	X			
Tumori testa - collo	Tumori Laringe	X			
	Orofaringe	X			
	Rinofaringe	X			
	Ipotaringe	X			
	Ghiandole salivari	X			
Tumori della Tiroide e delle Ghiandole Endocrine	Tumori tiroide	X			
Tumori Urologici	Tumori Vescia	X			
	Tumori Prostate	X			
	Tumori Rene	X			
Tumori Ematologici	Mieloma	X			
	Disturbi Linfoproliferativi Cronici				
	Sindroma Mielodisplastica				
	Leucemie Acute				
	Linfoma				
Tumori toraco-polmonari	Tumori toraco-polmonari	X			
	Mesotelioma				
Tumori del sistema nervoso	Tumori del sistema nervoso	X			

Indicatori di funzionamento CAS

Indicatore N. 1 (struttura): la disponibilità per le prestazioni richieste dalle attività di ciascuna sede CAS di almeno 4 ore di un medico, un infermiere e un amministrativo e disponibilità telefonica di almeno 2 ore

Indicatore N. 2 (struttura): presenza di linea telefonica riservata per il collegamento tra i CAS

Indicatore N. 3 (processo): visita CAS garantita entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta in almeno il 90% dei pazienti.

Indicatore N. 4 (processo): tempo intercorrente (per specifica patologia) tra visita CAS e visita GIC da garantirsi per almeno l'80% dei pazienti

Indicatore N. 5 (esito): numero di esenzioni ticket che si sono dovute revocare per una errata valutazione di malattia/ numero di esenzioni erogate (<10%).

Esperienza di partecipazione alla stesura dei PDTA



Con il Responsabile ed i Referenti disciplinari

A partire dal problema di salute, con i dati di contesto

Superando le divisioni, pur valorizzando le differenze

Identificare con un approccio per processi, la miglior risposta possibile alla persona assistita per trattamento e tempistica

Tracciando e definendo le modalità di follow up

Azienda (o area)

PDTA GIC

Responsabilità*Nel caso di PDTA di area saranno indicati la Direzione di tutti le Aziende coinvolte nel percorso*

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

Data di approvazione	
Periodicità di revisione	
Data prossima revisione	
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*

Struttura	Referente	Firma
Radioterapia		
Oncologia		
Disciplina 1		
Disciplina 2		
Disciplina 3		
Disciplina 4		
Infermiere		

**Il modello di PDTA nella
Rete Oncologica Piemonte
e valle d'Aosta**

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

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Specificare per patologia

Descrizione del bacino di utenza	Confini geografici del bacino di utenza (ad es. provincia)
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

Neoplasia



Azienda (o area)	PDTA GIC		
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 AIGO versione 2015. Per le procedure di I livello già presenti nel PDTA CAS (laboratorio, radiologia ecc) non ripetere l'incrocio. 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

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIGO versione 2015. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Non è richiesto di specificare i dettagli del trattamento (ad es. tipo di chirurgia, schedule di radioterapia o scheme 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

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle della linea guida ANOM versione 2017.

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.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Ad es. Esame clinico	Ogni quanto tempo o per quanto tempo	Ad es oncologia fino al 5° anno poi MMG

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SÌ/NO (se si fornire in allegato)
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SÌ/NO (se si fornire in allegato)
Consegna della programmazione del follow up	SÌ/NO (se si fornire in allegato)
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospette diagnostiche e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SÌ/NO (specificare le modalità)



Il sito della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta quale strumento di conoscenza e condivisione



[LA RETE](#) ▾ [AREA CITTADINI](#) ▾ [AREA OPERATORI](#) ▾ [VOLONTARIATO](#) ▾ [RETE PEDIATRICA](#) ▾ [FORMAZIONE](#)

[Home](#) / [Area Operatori](#) / [Medici di Medicina Generale](#) / [Comunicazioni e news](#) / Perché richiedere per un proprio assistito con sospetto

Comunicazioni e news

Perché richiedere per un proprio assistito con sospetto clinico di tumore la visita CAS?

[Medici di Medicina Generale](#) [Comunicazioni E News](#)

[Stampa](#)

[Perché richiedere per un proprio assistito con sospetto clinico di tumore la visita CAS? \(pdf - 41 KB\)](#)