

INCLUDEPICTURE
"http://www.asl.ivrea.to.it/imgHome/LogoAslTO
4.gif" * MERGEFORMATINET



Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del MIELOMA

**ASL TO 4
(Ciriè, Chivasso, Ivrea)**

1 gennaio 2019

Revisione periodica biennale

Responsabile S.S. Qualità	Dott. Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dott. Oscar Bertetto	

Responsabilità CAS Aziendale - ASLTO4

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani Direttore S.C. Oncologia dell'ASL TO4 - Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo ASL TO4	

Il CAS Aziendale dell'ASL TO4 si articola su tre sedi di cui si riporta l'organizzazione:

Responsabilità CAS – sede di Ivrea/Cuornè

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Sebastiano Bombaci Responsabile S.S.D. DH di Oncologia Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Ivrea	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Cuornè	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuornè	

Responsabilità CAS – sede di Chivasso

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Enrica Manzin Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Chivasso	
Referente Infermieristico	Katia Barberis C.P.S.I. DH Oncologia dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS – sede di Ciriè / Lanzo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Lucia Grassi Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Ciriè/Lanzo	
Referente Infermieristico	Gianna Rocchia C.P.S.E. DH Oncologia dell'Ospedale di Ciriè	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Colon-Retto / Stomaco

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Luca Panier Suffat S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Ematologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
-----------	----------------------------------	-------

Referente Medico	Dott. Roberto Freilone S.S.D. Oncoematologia Chivasso-Ciriè-Ivrea	
Referente Infermieristico	Luca basso della Concordia C.P.S.E. D.H. Oncoematologico dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Mammella

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Guido Mondini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Chiara Perri C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea Donatella Salvetti C.P.S.I. Screening Mammografico – SSD Senologia di Strambino	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea Maria Grosso Assistente Amministrativo – Screening mammografico – SSD Senologia di Strambino	

Responsabilità CAS liquido Tumori Pelle

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Franca Garetto S.C. Chirurgia Ivrea / Cuorgnè	
Referente Infermieristico	Loretta Vernetti C.P.S.I. DS chirurgico dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuorgnè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Testa/Collo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Libero Tubino S.C. ORL ospedale di Chivasso/Ivrea	
Referente Infermieristico	Patrizia Iannarone C.P.S.I. Coordinatrice Dipartimento Chirurgico ASL TO4	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS liquido Tumori Tiroide

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Ivan Iettini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Urologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Carlo Baima S.C. Urologia Ciriè / Ivrea / Chivasso	
Referente Infermieristico	Gianfranco Coppa Boli C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale

Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Sito Internet del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle D' Aosta: www.reteoncologica.it > area cittadini > Centro Accoglienza e Servizi (CAS) > Torino Nord > ASL TO4 Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ivrea/Cuornè

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Cristina Bosco
Direzione Distretto Ivrea	Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, Ivrea	Dr.ssa Paolina Di Bari
Direzione Distretto Cuornè	Piazza G. Viano "Bellandy" 1, Cuornè	Dr.ssa Lavinia Mortoni
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ivrea	Dr Bruno Scapino
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Ivrea / Cuornè	Dr Lodovico Rosato
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Ivrea / Hospice Salerano	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Ivrea	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ivrea	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ivrea	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ivrea	Dr Fabrizio Bogliatto
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ivrea	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuornè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia Medica	Ospedale Ivrea	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ivrea	Dr Alessandro Vigo
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Lionella Lovato
Radioterapia	Ospedale di Ivrea.	Dott.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ivrea / Ciriè	Dr Carlo Bono
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio
Terapia antalgica	Ospedale di Ivrea	Dr Massimo Vallero
Urologia	Ospedale di Ivrea	Dr Luca Bellei

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Chivasso

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Chivasso	Dr Alessandro Girardi
Direzione Distretto Chivasso / San Mauro	Chivasso: Via Po 11 San Mauro Torinese: Via Speranza 31	Dr Mauro Trioni
Direzione Distretto Settimo Torinese	Via Leini 70, Settimo Torinese	Dr Giovanni Caruso
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Chivasso	Dr Enzo Castenetto
Breast Unit	Ospedale di Ivrea / Ospedale di Chivasso	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Adriana Ginardi
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Chivasso / Hospice Foglizzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Chivasso	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Luciano Leidi
Laboratorio Analisi	Ospedale di Chivasso	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr. Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Chivasso/Ivrea	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Chivasso	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Chivasso	Dr Fabio Stefano Timeus
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Bisanti
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Chivasso – Settimo – San Mauro	Dr.ssa Carla Bena
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Stefania Spinardi
Terapia antalgica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Paola Bagnasacco
Urologia	Ospedale di Chivasso	Dr Salvatore Treffiletti

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ciriè / Lanzo

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ciriè	Dr Angelo Scarcello
Direzione Distretto Ciriè	Via G. Mazzini 13, Ciriè	Dr.ssa Marisa Spaccapietra
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia generale	Ospedale di Ciriè	Dr Eraldo Personnettaz
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Lanzo / Hospice Lanzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	Ospedale di Ciriè	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ciriè	Dr Mario Gallo
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ciriè	Dr Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale di Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ciriè	Dr Diego M. Papurello
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Ciriè	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ciriè	Dr Adalberto Brach
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ciriè	Dr Aldo Cataldi
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ciriè - Lanzo	Dr Ferdinando Di Maso
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ciriè / Lanzo	Dr.ssa Rossana Bazzano
Terapia antalgica	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Urologia	Ospedale di Ciriè	Dr Daniele Griffa

Contesto epidemiologico

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Organizzazione ospedaliera e territoriale	5 Ospedali: • Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris 3, tel. 011 9176666 • Ospedale di Ciriè, Via Battitore 7/9, tel. 011 92171 • Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza 2, tel. 0125 4141 • Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti 5, tel. 0124 654111 • Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca 30, tel. 0123 300611 5 sedi principali di Distretto: • Distretto Ciriè, Via G. Mazzini 13, tel. 011 9217530-532 • Distretto Chivasso – San Mauro – Chivasso, Via Po 11, tel. 011 9176526 – San Mauro Torinese, Via Speranza 31, tel. 011 8212403 • Distretto Settimo Torinese, Via Leini 70, tel. 011 8212226 • Distretto Ivrea, Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, tel. 0125 414449/537 • Distretto Cuorgnè, piazza G. Viano "Bellandy" 1, tel. 0124 654125
Numero di nuovi casi/anno con tumore afferente all'azienda (potenziale utenza CAS)	Nell'ASL TO4, su una popolazione di circa 520.000 residenti, la potenziale utenza per le tre principali neoplasie è di: — 510 nuovi casi di tumore del colon retto, — 500 nuovi casi per tumore della mammella, — 415 nuovi casi di tumore del polmone. Il sistema informatico aziendale (Trakcare) consente di valutare l'incidenza per gruppi di patologie neoplastiche che afferiscono all'ASL TO4

Centro Accoglienza Servizi: modalità di accesso e di funzionamento

SEDE	— Ivrea/Cuornè, — Chivasso, — Ciriè-Lanzo Centri HUB per patologia oncologica: Urologica (SC Urologia Ciriè, Ivrea); Colon Retto / Stomaco, Tiroide, Mammella e Cute (SC Chirurgia Ivrea/Cuornè); Testa Collo (SC ORL Chivasso); Oncoematologia (SSD Ematologia Ciriè, Ivrea, Chivasso)
Descrizione del CAS di CHIVASSO Sede: Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris n° 3	Referente Clinico: Dr.ssa Enrica Manzin Referente Infermieristico: CPSI Katia Barberis Referente Amministrativo: Sig.ra Lidia Nigro Psiconcologo: Dr.ssa Amanda Panebianco Assistente Sociale: Dr.ssa Spinardi Stefania <u>Contatti:</u> CAS Chivasso: ricevimento, piano terra Edificio Monumentale Ospedale di Chivasso, da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30; Tel. 0119176 481/137; e-mail: cas.chivasso@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Testa-Collo: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Otorinolaringoiatria (Direttore: Dr Libero Tubino); accesso diretto dall'ambulatorio di ORL – tel. 0119176444. C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o S.S. di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia: da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30 / tel. 0119176 481/137; e-mail: oncologia.chivasso@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di CIRIÈ / LANZO Sede: Ospedale di Ciriè, Via Battitore n°7/9 - 10073 Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca n° 30 - 10074	Referente Clinico: Dr.ssa Lucia Grassi Referente Infermieristico: CPSE Gianna Rocchia Referente Amministrativo: Sig. Michele Versace Psiconcologo: Dr.ssa Barbara Salvino Assistente Sociale: Dr.ssa Rossana Bazzano <u>Contatti:</u> CAS Ciriè: ricevimento, III piano ospedale di Ciriè, da lunedì a venerdì 8.30 – 12.30; Tel. 0119217943 (dalle 11.30 alle 13.30); e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it CAS Lanzo: ricevimento, II piano ospedale di Lanzo, il martedì e mercoledì 8.30 – 12.30. Tel 0123300658; e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/ Ivrea; Referenti Dr Carlo Baima e Dr Daniele Griffa; accesso diretto dall'ambulatorio di Urologia – tel. 0119217463; cbaima@aslto4.piemonte.it, dgriffa@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia; da lunedì a venerdì 9.30–13.00; tel. 0123300675; cas.cirie@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di IVREA / CUORGNE' Sede: Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza n° 2 - 10015 Ospedale di Cuornè, Piazza Mussatti n° 5 - 10082	Referente clinico: Dr Sebastiano Bombaci Referente Infermieristico: CPSE Gianna Regis Referente Amministrativo: Sig.ra Rosaria Mione Psiconcologo: Dr.ssa Daniela Bardelli Assistente Sociale: Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio <u>Contatti:</u> CAS Ivrea: ricevimento, I piano sotto ospedale di Ivrea blocco G, da lunedì a venerdì 9.00–12.30/14.30-16.00; telefono: 0125414229; e-mail: cas.ivrea@aslto4.piemonte.it CAS sede Cuornè: ricevimento, III piano ospedale di Cuornè, martedì, mercoledì e giovedì 9.00–13.00; telefono: 0124654221; e-mail: dhmultispecialistico.cuorgne@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Colon-retto / Stomaco:

	Cento di riferimento (HUB) c/o SC Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Lodovico Rosato, lrosato@aslto4.piemonte.it / Referente: Dr Luca Panier Suffat, lpannersuffat@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Endoscopia, Ambulatorio di Chirurgia, Coloproctologia, Gastroenterologia, Oncologia- tel 0125414328/243/292; CAS Tumori Mammella (breast unit): Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Ludovico Rosato / Coordinatore Breast Unit Dr Guido Mondini, gmondini@aslto4.piemonte.it / Responsabile SSD Screening: Dr Sebastiano Patania, spatania@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Screening Mammografico sede di Strambino - Ambulatorio di Chirurgia Senologica, 0125414328/243/292/605, Oncologia tel 0125414229 CAS Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile Dr Roberto Freilone) con accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia. Telefono: 0125414229 C.A.S Tumori Tiroide: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr Ivan Lettini, ilettini@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, ambulatorio di Endocrinochirurgia e Endocrinologia – tel. Tel 0125 414328/243/292 C.A.S. Tumori della Pelle: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr.ssa Franca Garetto, fgaretto@aslto4.piemonte.it). SEDE: Ospedale di Cuorgnè, con accesso diretto da CUP, ambulatorio di Chirurgia, Dermatocirurgia e Dermatologia – tel. 0124654277/216/284/283 C.A.S Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/Ivrea , Referenti: Dr Luca Bellei, lbellei@aslto4.piemonte.it, Dr Massimo Ollino, mollino@aslto4.piemonte.it); accesso diretto dall'ambulatorio di urologia tel. 0125/414922
Prenotazione visita CAS	Prenotazione visita diretta presso i CAS
Chi può prenotare Visita e con quali modalità	- Medico di Medicina Generale (MMG) tramite impegnativa intestata al paziente, - Specialista / medico che effettua la diagnosi / Componente del GIC / Screening tramite impegnativa intestata al paziente, - Altra S.C. (paziente ricoverato), tramite richiesta interna intestata al paziente, - Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.), tramite richiesta interna intestata al paziente,
Modalità di erogazione 0.48	Presso i tre principali punti CAS di Ivrea/Cuorgnè, Ciriè/Lanzo, Chivasso e il Centro Screening di Strambino è presente un operatore amministrativo abilitato al rilascio dell'esenzione ticket 0.48 per patologia oncologica. Questa deve essere prescritta dal Medico che effettua la visita CAS ed è opportuno che la richiesta venga annotata anche sul referto della visita CAS (... in data odierna, si rilascia contestuale esenzione 048"), L'operatore amministrativo, ricevuta la richiesta redatta dal medico CAS, inserisce i dati nel sistema e, contestualmente, rilascia la relativa certificazione dell'esenzione, che è immediatamente valida.
Registro degli accessi CAS	Tutte le prestazioni CAS vengono registrate e refertate con Trakcare® con firma digitale del medico CAS. Al paziente vengono rilasciate tre copie: una da portare al proprio Medico di Medicina Generale, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente
Archivio esami istologici	Tutti gli esami istologici vengono archiviati nelle schede oncologiche, visualizzabili sul sistema informatico Trakcare e disponibili, inoltre, presso l'archivio della S.C. Anatomia Patologica.
Compilazione scheda complessità	A cura dell'infermiere durante la prima visita CAS, se il paziente è disponibile a compilarla in quel momento
Compilazione scheda G8 per i pazienti	non effettuata perché presso l'ASL TO4 è assente il servizio di oncogeriatría

Nell'ambito della visita CAS le tre figure (medico, infermiere, amministrativo) che vi partecipano assolvono ai seguenti compiti:

○ **Valutazione medica**

Lo specialista che visita il paziente effettua:

- Inquadramento clinico e diagnostico in applicazione del PDTA specifico di patologia.
- Redige il referto della visita CAS (codice 89.05) che viene consegnato al paziente in tre copie: una da portare al MMG che lo ha in cura, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente.
- Attribuzione del codice di esenzione 0.48 in caso di patologia oncologica accertata o fortemente sospetta.
- Indirizza il caso al GIC di riferimento appena è completato il percorso diagnostico e sono disponibili le informazioni sufficienti per impostare il programma terapeutico secondo il PDTA in uso.
- Procede alla compilazione diretta delle richieste, se sono indicate prestazioni in regime ambulatoriale.
- Informa e indirizza il paziente, nel rispetto delle sue decisioni, presso i Centri di Riferimento (Hub) Aziendali (Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Qualora le cure non possano essere garantite nell'ambito del Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4, indirizza il paziente presso i Centri di Riferimento della Rete Oncologica Regionale prendendo i necessari contatti.
- Si accerta che il percorso di cura proposto, accettato e condiviso dal paziente, sia coordinato, appropriato e tempestivo,
- Affida il paziente al Servizio di Cure Palliative, qualora le condizioni cliniche riscontrate non consentano di proseguire il percorso diagnostico-terapeutico.

○ **Valutazione infermieristica**

L'infermiere che partecipa attivamente alla visita CAS¹ si cura di:

- Compilare, durante il colloquio a cui è presente sempre anche il Medico, la scheda di valutazione bio-psico-sociale e quella di fragilità familiare. Questa attività deve essere svolta con il consenso del paziente, il quale deve esser disponibile a collaborare in questo contesto.
- Contattare direttamente l'Assistente Sociale di riferimento, se dal colloquio emergessero criticità in ambito sociale; ovvero la Psicologa, se, invece, si evidenziassero problematiche di tipo psicologico. Nell'ASL TO4 è attivo in modo uniforme su tutto il territorio il Progetto Protezione Famiglia. Se dalla compilazione dell'apposita scheda emergono delle fragilità familiari, viene contattato il Referente che valuta la strategia migliore per la presa in carico.
- Compilare la scheda di valutazione del patrimonio venoso che viene predisposta all'inizio del percorso o, più specificatamente, quando si prospetta un utilizzo importante e prolungato della terapia infusionale. In questo caso, attiva le procedure per il posizionamento di un catetere venoso centrale.

○ **Valutazione amministrativa**

L'operatore amministrativo è parte attiva nell'ambito della visita CAS. Egli svolge le seguenti funzioni garantendo che il percorso avvenga in modo rapido e senza interruzioni:

- Inserimento dei dati del paziente sulla scheda di Trakcare
- Rilascio dell'Esenzione Ticket 0.48
- Prenotazione delle prestazioni previste
- Prenotazione della visita successiva
- Registrazione delle procedure pendenti e avviso al paziente
- Riferimento per eventuali ulteriori richieste telefoniche o dirette da parte dell'utenza, secondo gli orari e le modalità stabilite.

¹ La Rete Oncologica ha predisposto un documento consultabile nel sito: <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/infermieri/linee-di-indirizzo-e-documenti/2332-scheda-profilo-competenze-infermiere-del-centro-accoglienza-servizi-cas>

Modalità di programmazione di esami e procedure

Procedure	Sede e denominazione del Servizio	Modalità di accesso e prenotazione
Esami di Laboratorio	Laboratorio Analisi ASL TO 4 Sede: Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè Cuornè, Rivarolo, Castellamonte, Caluso, Settimo, Caselle	Accesso diretto. Il paziente si reca presso Centri Prelievi con impegnativa prescritta durante la visita CAS, senza prenotazione
Radiologia Tradizionale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: — Ivrea Ospedale e Poliambulatorio, — Ospedale Chivasso, — Ospedale Lanzo, — Ospedale Ciriè, — Ospedale Castellamonte, — Ospedale Cuornè, — Poliambulatorio Caluso, — Ospedale Settimo	Rx torace: previsti giorni predefiniti senza prenotazione. Altre Rx tradizionali: vengono prenotate direttamente dal personale amministrativo del CAS
Attività agobiottica microinterventistica	S.C. Anatomia Patologica ASL TO4 Servizio di Radiologia ASL TO4 Sedi Ivrea, Chivasso e Ciriè	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Ecografia	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: — Ospedale Ivrea, — Ospedale Chivasso, — Ospedale Lanzo, — Ospedale Ciriè, — Ospedale Cuornè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
TC	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: — Ospedale Ivrea, — Ospedale Chivasso, — Ospedale Ciriè, — Ospedale di Cuornè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. La richiesta è un'impegnativa che contiene le indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
RMN	Servizio di Radiologia ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Alla richiesta è associata impegnativa con indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico. Tale richiesta prevede anche un questionario dicotomico, riservato a diversi quesiti (presenza di pacemaker e di dispositivi metallici, claustrofobia), compilato e firmato dal paziente. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Radiodiagnostica interventistica	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4 / TO2 / Città della Salute: — Ospedale Ciriè, — Ospedale Chivasso, — Ospedale Ivrea, — San Giovanni Bosco di Torino — Ospedale Molinette di Torino	Tali esami sono valutati congiuntamente con il Radiologo che valuta la fattibilità delle procedure. Se confermata l'indicazione, si effettua la prenotazione da parte del medico del CAS tramite ricetta elettronica.
PET/TC con FDG e Colina, Gallio	ASL VDA, Città della Salute, Istituti privati convenzionati	Esame direttamente prenotato dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora le modalità di preparazione.
Scintigrafia ossea	Servizio di Medicina Nucleare ASL TO4, presso l'Ospedale di Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.

ECG	Cardiologia ASL TO 4: Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè, Cuorgnè	Esame effettuato con accesso diretto, senza prenotazione con ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Ecocardiogramma	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Endoscopia digestiva	Servizio di Gastroenterologia ASL TO4, Ivrea, Cuorgnè, Chivasso, Ciriè e Endoscopia Chirurgica Ivrea ERCP c/o l'ospedale di Ivrea e, in casi particolari, c/o Ospedale "G. Bosco"	Esami prenotati direttamente dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici. Vi sono dei posti dedicati.
Colonscopia virtuale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: — Ospedale Ciriè, — Ospedale Chivasso, — Ospedale Ivrea.	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico Radiologo. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Broncoscopia	Servizio Pneumologia sede di Lanzo Servizio Endoscopia Chirurgica di Ivrea Per esami di secondo livello: Broncologia/Pneumologia dell'Ospedale San Luigi di Orbassano e San G. Bosco di Torino	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico endoscopista. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Spirometria	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Posizionamento di catetere venoso centrale / PICC	Servizio anestesia: — Ospedale Chivasso — Ospedale Ciriè/Lanzo — ospedale Ivrea/Cuorgnè	La procedura è richiesta dal medico del CAS e prenotata dall'infermiere previa ricetta elettronica. Il paziente, ricevute le informazioni relative a procedura, indicazioni cliniche e possibili rischi, esprime il suo consenso o il diniego. Devono essere raccolte alcune note anamnestiche: allergie, comorbidità, terapie assunte, valore della coagulazione, Rx o TC torace). Nella sede di Ivrea il posizionamento del CVC PORT è preceduto da una visita anestesiológica. Il PICC è posizionato solo a Chivasso e a Ivrea. Al paziente viene comunicato l'appuntamento.
Visita Chirurgica	S.C. di Chirurgia: — Ospedale di Chivasso — Ospedale di Ciriè — Ospedale di Ivrea — Ospedale di Cuorgnè — Poliambulatorio di Caluso — Poliambulatorio di Rivarolo	Visita urgente con accesso diretto. Visite differibili prenotate dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Dermatochirurgica	S.C. di Chirurgia: - Ospedale di Ivrea - ospedale di Cuorgnè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Senologia Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Endocrino Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Oncologica	S.C. di Oncologia: Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuorgnè, Lanzo/Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS..
Visita Radioterapica	Radioterapia ASL TO4 sede di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita dietologica	Servizio Dietologia ASL TO4 Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuorgnè, Lanzo/Ciriè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita terapia antalgica	Servizio anestesia: Ospedale Chivasso Ospedale Ciriè/Lanzo Ospedale Ivrea/Cuorgnè	Visita urgente con accesso diretto. Visita programmata, prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.

Visita Cardiologica	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Esami prenotati dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Vi sono dei posti dedicati.
Visita Diabetologica	Diabetologia ASL TO4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Pneumologica	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Ematologica	S.S. Ematologia Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ORL	S.C. ORL sede Chivasso	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ginecologica	S.C. Ginecologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Urologica	S.C. Urologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Altre procedure	Presso varie sedi ASL	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente

Modalità di accesso ai GIC

GIC	SEDE	Modalità Prenotazione
Mammella	Ivrea: venerdì dalle 14.30 presso CAS Oncologico: Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese al mese dalle ore 14.30	Prenotati dalle sedi CAS: Screening mammografico di Strambino, Diagnostica mammografica di Ivrea, Oncologia Ivrea – Ciriè - Chivasso, Chirurgia Ivrea - Chivasso.
Stomaco/Colon Retto	Incontro settimanale, il mercoledì, c/o studio medici Radioterapia, Ivrea GIC plenario, ogni primo martedì del mese per discussione di casi di particolare rilevanza clinica e per aspetti organizzativi, c/o studio medici reparto di Chirurgia di Ivrea. Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30 Chivasso: quindicinale, giovedì dalle 14,30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea o CAS Oncologico sede di Chivasso, Ciriè
Gastrointestinali (esofago, Epatocarcinomi, Pancreas)	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati c/o CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Toraco-Polmonare	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico di Chivasso e di Ciriè
Urologici	Ivrea: giovedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 1° e 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso Prenotati al CAS Oncologico sede di Ciriè
Ginecologico	Torino presso Ospedale Gradenigo come GIC Interaziendale due martedì alterni al mese alle ore 14,30 Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati presso la Ginecologia di Ivrea Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Testa-collo	Ivrea: martedì dalle 14.30 Chivasso: a giovedì alterno (preferibilmente 1° e 3° giovedì del mese) dalle 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso
Tumori cutanei	Ivrea: il 1° e 3° mercoledì dalla 12.00 in Dermatologia Cuorgnè: 2° e 4° giovedì del mese dalle 14.00	Prenotati al CAS di Ivrea e Cuorgnè
Tiroide	Ivrea: l'ultimo venerdì di ogni mese	Prenotati al CAS Tiroide
Ematologici	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: giovedì dalle 14.30 Ciriè : lunedì dalle 14.30	Prenotati c/o CAS ematologico di Ivrea, Chivasso e Ciriè
Sarcomi, Neuroendocrini, Tumori rari	Ivrea: il mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/Cas oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
GIC Neuro-oncologici	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Cure Palliative	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè

Invio presso i Servizi Sociali

Criteri	Segnalazione diretta all'Assistente Sociale Ospedaliera o, attraverso la mini équipe, segnalazione al Progetto Protezione Famiglia.
Modalità invio	Tutte le figure operanti all'interno del CAS (medico, infermiere, amministrativo), possono, qualora se ne ravvisi la necessità sulla base dell'apposita scheda compilata dall'infermiere, informare il paziente sulla possibilità di accesso al Servizio Sociale Ospedaliero (SSO). Il SSO, acquisita la segnalazione, provvederà alla presa in carico in sede di mini équipe. Qualora necessario, in collaborazione con l'associazione FARO, per il Distretto Ciriè/Lanzo, con l'associazione SAMCO, per il Distretto di Chivasso/Settimo, e con l'Associazione Orizzonte, per il Distretto Ivrea/Cuorgné, si attiverà il Progetto Protezione Famiglia. Se non attivabile il Progetto Protezione Famiglia, il paziente viene inviato esclusivamente al Servizio Sociale Ospedaliero.
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	In caso di consenso positivo, la persona da assistere viene segnalata attraverso l'apposito modulo di richiesta. La presa in carico deve essere segnalata anche ai Servizi Sociali e alle Strutture Semplici Cure Domiciliari territorialmente competenti e al Medico di Medicina Generale a cura del CAS.

Invio presso il Servizio Psicologia della Salute degli Adulti – Ambulatorio di Psiconcologia

Criteri	– Invio da parte degli operatori sanitari – Libero accesso Somministrazione della scheda di complessità che indica la priorità di presa in carico
Modalità invio	– Libero accesso: contatto diretto con l'ambulatorio da parte dell'utente – Invio effettuato da operatore: Se la persona da assistere concorda con la necessità di presa in carico psicologica, contattare l'ambulatorio di Psicologia Oncologica oppure fornire al paziente il riferimento telefonico affinché possa prendere contatto direttamente
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	L'intervento viene registrato nel percorso del sistema informatico aziendale a cui è abbinata una cartella elettronica del servizio dove vengono registrati i dati specifici del colloquio. Si effettuano prese in carico sia dei pazienti sia dei <i>caregivers</i> con format adeguato secondo le esigenze. In presenza di progetti attivi vengono proposti anche interventi di gruppo

Invio presso il servizio di Cure Palliative

Criteri	L'Unità di Cure Palliative viene ordinariamente attivata alla fine del percorso di trattamento attivo (chemio e/o radioterapico, chirurgico). Può, tuttavia, essere interessata alla gestione del caso clinico qualora la neoplasia sia in stadio avanzato già alla diagnosi (MTS viscerali e ossee) o qualora siano presenti sintomi di difficile gestione o si ritenga necessaria l'assistenza domiciliare per la gestione degli stessi
Modalità invio	L'attivazione dell'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) avviene tramite: – richiesta di consulenza di Cure Palliative, se il paziente è ricoverato presso uno dei Presidi Ospedalieri dell'ASL TO4; – partecipazione alla seduta GIC da parte del palliativista, avvisato, anche telefonicamente, per tempo; – invio del paziente a visita ambulatoriale di Cure Palliative, se il paziente ha ancora autonomia sufficiente.
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	Il palliativista registrerà il proprio intervento tramite: – referto su Trakcare, se il paziente è visitato in ambito ambulatoriale o di degenza ospedaliera; – referto su cartella ADI, se il paziente è visitato a domicilio.

Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.) SINDROMI MIELODISPLASTICHE

Responsabilità Aziendale

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr Lorenzo Ardisson	
Direttore Sanitario Aziendale	Dr.ssa Sara Marchisio	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dr Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dr Giorgio Vellani	
Dirigente SITRA	Dr.ssa Clara Occhiena	
Responsabile Qualità	Dr Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr Lodovico Rosato	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dr Oscar Bertetto	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione GIC mieloma

Strutture	Referente	Firma
Coordinazione GIC	Dr Roberto Freilone rfreilone@aslto4.piemonte.it	
Anatomia Patologica	Dr. Renzo Orlassino rorlassino@aslto4.piemonte.it Dr Federico Vittone (referente) fvittone@aslto4.piemonte.it	
Coordinatore infermieristico	CPSE Luca Basso della Concordia (referente) lbassodellaconcordia@aslto4.piemonte.it	
Cure Palliative	Dr Giovanni Bersano gbersano@aslto4.piemonte.it	
Ematologia	Dr .ssa Alessandra Cuttica acuttica@aslto4.piemonte.it Dr .ssa Cristina Foli cfoli@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Giorgia Maria Elena Matta gmatta@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Emanuela Messa (referente) emessa@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Patrizia Falco pfalco@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Mariella Genuardi mgenuardi@aslto4.piemonte.it	
Medicina	Dr Emanuele Magro (referente) emagro@aslto4.piemonte.it	
Psiconcologia	Dr.ssa Daniela Bardelli dbardelli@aslto4.piemonte.it	
Radiologia	Dr.ssa Francesca Bisanti (referente) fbisanti@aslto4.piemonte.it Dr Aldo Cataldi acataldi@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Rina Lionella Lovato rlovato@aslto4.piemonte.it	
Radioterapia	Dr.ssa Cristina Piva cpiva@aslto4.piemonte.it	
Ortopedia	Dr Iannacchero Giorgio giannacchero@aslto4.piemonte.it	

GIC – regolamento

Coordinatore	Dr Roberto Freilone / tel. 011 9176137 / rfreilone@aslto4.piemonte.it
Segreteria	- Assistente amministrativo Sig.ra Lidia Nigro c/o SSD Ematologia Chivasso 0119176137 - Assistente amministrativo Sig Michele Versace c/o SSD Ematologia Ciriè 0119217901 - Assistente amministrativo Sig Michele Versace c/o SSD Ematologia Ivrea tel. 0125 414229
Sede, periodicità e orario dell'incontro	- Visite GIC a Ciriè: tutti i lunedì dalle ore 14,30 - Visite GIC a Chivasso: tutti i giovedì dalle 14,30 - Visita GIC a Ivrea: tutti i mercoledì h 14.30 Sono previste sedute d'urgenza coordinate dal Dr Freilone - Afferenza al SuperGIC area Est Metropolitana una volta al mese
Modalità di refertazione	Refertazione scritta su Trackcare, con modalità indicata dalla Rete Oncologica, e copia stampata e firmata dai presenti Il referto è stampato in tre copie: una è destinata al Medico di Medicina Generale, una personale per il paziente e una allegata alla cartella clinica
Descrizione sintetica del funzionamento	Discussione collegiale di casi clinici complessi o monospecialistica, sulla base del PDTA Da tale riunione, a seconda della patologia e dello stadio, in accordo con le indicazioni interne precedentemente redatte, Protocolli attivi, Linee Guida SIE, GITMO, ESMO, NCCN e i presenti PDTA il percorso del paziente può risultare: Non indicazione a terapia (solo follow-up). Il paziente verrà seguito

	ambulatorialmente dal medico referente ● Indicazione a chemio +/- farmaci biologici da erogarsi in regime di day-hospital / ambulatorio ambulatoriale che consente di erogare il farmaco in File F. ● Indicazione a chemio +/- immunoterapia +/- farmaci biologici da eseguirsi in ricovero ordinario c/o anche la Città della Scienza e della Salute in considerazione della complessità del trattamento e la necessità di stretto monitoraggio clinico/laboratoristico ● Radioterapia esclusiva o quale consolidamento al termine di un programma chemioterapico o a scopo de compressivo e/o antalgico ; il paziente viene prenotato a visita radioterapica . La copia della visita GIC viene allegata alla richiesta di prenotazione. ● Indicazione a chemioterapia orale +/- farmaci biologici. Il paziente continua il percorso terapeutico in regime ambulatoriale che consente di erogare il farmaco in File F. Non indicazione a terapia, né a follow-up, ma invio a Cure Palliative. Il medico referente, con l'ausilio del medico curante, attiva un servizio di Cure Palliative
Descrizione del percorso assistenziale	Il percorso assistenziale in ambito GIC è curato particolarmente dalla figura dell'infermiere che partecipa attivamente al percorso di cura del paziente. Questi, dopo la valutazione effettuata dal CAS e sulla scorta anche di quelle informazioni, viene accompagnato nel suo percorso di cura, in collaborazione anche eventualmente con il personale infermieristico dei Servizi e dei Reparti di degenza.. L'infermiere valuta le necessità assistenziali anche al momento della dimissione dal DH o dai reparti di degenza valutando se presenti problematiche o fragilità familiari il supporto logistico (RSA, CAVS, ADI, progetto famiglia, volontariato, casa famiglia AIL).
Medico Medicina Generale	Il Medico di Medicina Generale che assiste il paziente è parte attiva del GIC. Egli può partecipare su richiesta del paziente o sua personale ad ogni fase di elaborazione del gruppo di lavoro del GIC
Associazioni di Volontariato	Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nel gruppo di lavoro del GIC anche rappresentanti di Associazioni di Volontariato
Verifiche, audit e piani di miglioramento	Con scadenza semestrale il Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4 convoca i componenti dei GIC al fine di verificare i risultati in base agli indicatori dati, la corretta applicazione dei PDTA e delle linee guida. Viene predisposto, altresì, un piano di miglioramento per assolvere alle limitazioni evidenziate. Di questi incontri viene redatto apposito verbale. Tra i Componenti del GIC si svolgono audit per monitorare e valutare gli indicatori o specifiche criticità

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero di abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS unico con 3 sedi: Ospedale Ciriè-Lanzo, Ospedale di Chivasso, Ospedale di Ivrea/Cuorgnè
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza	GIC con sede ad Ivrea, Ciriè e Chivasso.

Neoplasie di pertinenza del GIC

Mieloma

Premesse

Il PDTA Sindromi Mielodisplastiche dell'ASLT04 si articola e trova il suo fondamento formulativo in base:

- 1) DGR DRG 51 - 2485 del 23.11.2015
- 2) PDTA Mieloma delle Regione Piemonte in cui sono stati condiviso all'interno della Regione gli elementi ritenuti essenziali per la diagnosi e la terapia del mieloma
- 3) PDTA Mieloma dell'Area Metropolitana Torinese in cui si è condiviso il percorso dei pazienti, istituendo un GIC Interaziendale area Est a cui afferisce ASO Città della Scienza e della Salute, ASLTO5, ASLT01-TO2 e la nostra ASLTO4 come da delibera 1567 del 29 dicembre 2016 Città della Scienza e della Salute

La scheda trattamenti è quella presente nel PDTA Regione Piemonte a cui si rimanda

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico e di stadiazione

Esami di stadiazione per le sindromi mielodisplastiche

Per la descrizione analitica del percorso si rimanda a pag 23

Nella tabella successiva vengono indicate le modalità di accesso tutte gestite attraverso prenotazione a cura del CAS

Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Esami ematochimici	Accesso ai punti prelievo dei DH /Ambulatori di Ematologia Ciriè, Chivasso, Ivrea; punti prelievo dei vari distretti e dei singoli ospedali	Diretto immediato
TC scan	Radiologia Ospedale di Ciriè V Battitore 7/9 Radiologia Ospedale di Chivasso V Galileo Ferraris 3 Radiologia Ospedale di Ivrea Pz Credenza 2	7 gg
Eventuale RNM	Radiologia Ospedale di Chivasso V Galileo Ferraris 3	7 gg
Studio midollare (aspirato e biopsia ossea)	Accesso ai DH /Ambulatori di Ematologia Ciriè, Chivasso, Ivrea	1 gg
Esami in radiologia tradizionale Ortopantografia, sistematica scheletrica	Radiologia Ospedale di Ciriè V Battitore 7/9 Radiologia Ospedale di Chivasso V Galileo Ferraris 3 Radiologia Ospedale di Ivrea Pz Credenza 2	7 gg
PET Totale Corporea	IRMET Via Onorato Vigliani 89/a Torino Medicina Nucleare Città della Scienza e della Salute Torino Medicina Nucleare Ospedale Aosta	7 gg
Esami istologici	Anatomia Patologica Sede di Ivrea Anatomia Patologica Città della Scienza e della salute	3-10 gg dopo esecuzione di biopsia
Esami in biologia molecolare, citogenetica FISH e citoflussimetria	Anatomia Patologica Città della Scienza e della salute (v PDTA metropolitano)	1-30 gg dopo esecuzione di biopsia
Ecocardiogrammi	SC Cardiologia delle sedi di Ciriè Chivasso ed Ivrea – amb di Cuornè	7 gg
Agobiopsie TC guidate di masse profonde	Radiologia Ospedale di Ciriè V Battitore 7/9 Radiologia Ospedale di Chivasso V Galileo Ferraris 3	7 gg

Descrizione sintetica dei trattamenti

Si rimanda alla scheda regionale

Follow-up

Varia in funzione del trattamento ricevuto, dal grado di risposta e dalle condizioni cliniche generali; La MGUS non richiede alcun trattamento e viene impostato un follow-up la cui frequenza dipende da diversi fattori prognostici. I pz affetti da MM asintomatico vengono sottoposti a sorveglianza clinico strumentale ogni 3-6 mesi

Altre procedure correlate al follow-up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow-up specialistico	SI
Consegna della programmazione del follow-up	SI
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI

INDICE DI RIFERIMENTO

Data di approvazione e di revisione	p 16
Lista di distribuzione, unita operative coinvolte	p. 4-6; p. 11-13
Composizione del GIC e responsabile , regolamento GIC	p. 17; p 17-18; p 14
Descrizione sintetica PDTA	p. 20
Campo di applicazione e definizione del problema di salute 1. Descrizione del percorso per fasi 2.1 Contesto epidemiologico 2.2 Diagnosi 2.3 Stadiazione 2.4 Valutazione Risposta 2.5 assistenza psicologica 2.6 Principi di terapia 2.7 Radioterapia 2.8 Terapie delle condizioni particolari 2.9 Assistenza psicologica 2.10 Cambio di setting assistenziale 2.11 Follow delle gammopatie	p. 22 - 28
3 Snodi , diagramma a flusso, modalità d'ingresso nel PDTA	p. 27-30
4. Indicatori di monitoraggio del PDTA, indicatori strutturali	p. 32
5. Riferimenti bibliografici, linee guida e aspetti normativi	p. 33
6. Piano di miglioramento e verifica in itinere	p. 33
7. Modalità di refertazione, conservazione	p.36

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA) Mieloma

(in esteso)

1. PREMESSA

Con la D.G.R. n. 42-7344 del 31 marzo 2014 la Giunta Regionale del Piemonte ha individuato i criteri e i requisiti per l'identificazione dei Centri *Hub* e dei centri *Spoke* della rete oncologica del Piemonte (e della valle d'Aosta) per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente alle varie tipologie di tumore.

Tra i punti fondanti di questo documento vi è la riorganizzazione dei percorsi di cura, alla luce dell'individuazione dei centri di riferimento per i singoli tumori e la validazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PTDA) adottati per ciascun tumore dai singoli Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC).

La DGR 51 – 2485 del 23 novembre 2015 nell'Allegato A ha riportato i Centri Hub identificati per le singole patologie tumorali, nell'ambito del Dipartimento Funzionale Interaziendale e interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Per i tumori ematologici è stata identificata un'equipe unica nell'ASLTO4 nelle tre sedi

Il Direttore Generale dell'ASL TO4 con la deliberazione n. 0210 del 20 marzo 2014 aveva attivato i GIC aziendali e fra questi anche quello per le neoplasie ematologiche. Il Direttore Generale aveva, inoltre, disposto che l'Azienda si dotasse di adeguato PTDA affinché la persona affetta da neoplasia ematologica fosse presa in carico dal GIC, seguita e accudita per tutto l'iter assistenziale e di cura

2. DESCRIZIONE DEL PERCORSO PER FASI

2.1 Contesto epidemiologico

Il Mieloma Multiplo (MM) è una neoplasia dovuta alla proliferazione incontrollata di un clone di plasmacellule. Le plasmacellule si accumulano nel midollo osseo e producono elevate quantità d'immunoglobuline tutte dello stesso tipo (componente monoclonale, CM).

Le cause del MM non sono note e la sua patogenesi è ancora in via di definizione. Fra le possibili cause vi sono fattori ambientali, quali esposizioni a pesticidi o altre sostanze chimiche, radiazioni, agenti infettivi. Esistono sporadiche segnalazioni di MM familiare.

In Italia il MM rappresenta 1,2% di tutti i tumori diagnosticati tra gli uomini e 1,3% tra le donne con un'incidenza, media ogni anno di 9,5 casi ogni 100.000 uomini e 8,1 ogni 100.000 donne. Le stime indicano un totale di 2.315 nuovi casi diagnosticati ogni anno fra i maschi e di 2.098 fra le femmine. Il MM è una patologia dell'età avanzata (figura A): infatti, l'età mediana alla diagnosi è di sessantotto anni, circa il 2% dei pazienti all'esordio ha meno di quaranta anni mentre il 38% dei pazienti ha un'età superiore a settanta anni.

La maggior parte dei casi esordisce come MM de novo, anche se sembra possibile, virtualmente postulare in tutti i pazienti, una precedente fase di gammopatia monoclonale d'incerto significato (MGUS). I tassi d'incidenza per MM sono abbastanza omogenei sia come distribuzione regionale sia come andamento nel tempo. L'incidenza del MM è nel complesso stabile mentre la mortalità è in lieve calo

2.2 Diagnosi e stadiazione

Al riscontro di una CM serica è indicato sottoporre il paziente ad esami di screening di I livello, un'accurata anamnesi e ad una valutazione clinica. Deve essere considerato che la presenza di un componente monoclonale può associarsi anche da altre patologie quali: altri tumori ematologici o solidi, malattie degenerative, patologie autoimmuni, patologie infettive.

L'iter diagnostico prevede sempre la visita medica e l'anamnesi dettagliata per la ricerca della presenza di dolore osseo, sintomi sistemici, diatesi infettiva, anamnesi di fratture, ipotensione ortostatica, impotenza, perdita di peso inspiegabile, astenia, alterazioni dell'alvo, sindrome da iperviscosità

Gli esami di I livello comprendono esecuzione di

- esami sierologici generali: Emocromo, Creatinina, Transaminasi, Bilirubina totale, Fosfatasi alcalina, LDH, calcemia, elettroliti, screening virologico per HCv ed HIV
- esami sierologici volti a tipizzare la componente monoclonale e la sua entità: Proteine totali, Elettroforesi proteica Immunofissazione sierica, Nefelometria per IgG-IgA-IgM catene leggere libere sieriche k e lamda e ratio FLC
- esami delle urine volte ad evidenziare la presenza di alterazioni della funzione renale e presenza di eventuale catene leggere: eGFR, Clearance creatinina esame urine completo M-proteina urine qualitativa (Bence Jones) e se positiva M-proteina urine quantitativa (Bence Jones) nelle urine di 24h quantificata su urine 24 ore

Per la differenziazione fra gammopatia a bassa massa (MGUS) e sospetto di mieloma si rimanda alle Raccomandazioni Regionali per la gestione delle gammopatie

In particolare si identificano i seguenti fattori di rischio:

- valore quantitativo della CM protein > 1500 mg/dl
- isotipo non IgG;
- alterazione della FLC ratio (valori di norma 0.26-1.65).

Si profilano pertanto le seguenti condizioni di rischio

Gruppi di rischio	Rischio assoluto di progressione a 20 anni %
Low risk (serum M protein <15 g/dL, IgG subtype, normal FLC ratio [0.26-1.65])	5
Low-intermediate risk (any 1 factor abnormal)	21
High-intermediate risk (any 2 factors abnormal)	37
High risk (all 3 factors abnormal)	58

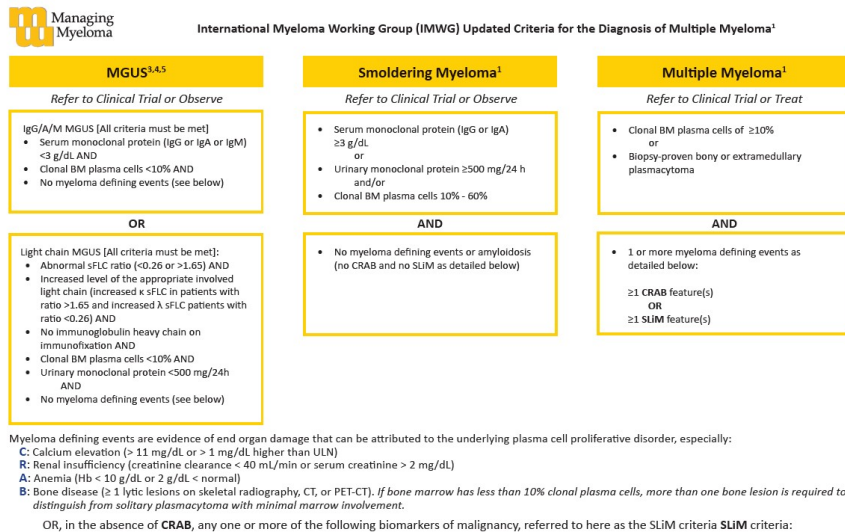
- Raccomandabile l'esecuzione della biopsia ossea ed aspirato midollare per studio morfologico ed eventuali esami di II livello (immunofenotipo e FISH) da considerare nei pazienti con progetto di terapia attiva ed opzionali per i pazienti frail nelle condizioni di rischio intermedio alto o alto e comunque in tutte le condizioni di sospetto mieloma; altresì raccomandabile nella stessa categoria di pazienti la sistematica scheletrica al fine di evidenziare la presenza di smoldering mieloma

Nel caso di mieloma smoldering e mieloma vanno poi raccomandati

- Rx sistematica scheletrica per la ricerca di lesioni osteolitiche se non eseguite
- MRI colonna +bacino o Whole body TC
- TCPET se clinicamente indicata
- Se ipotizzato un trattamento Rx panoramica dentaria + visita odontostomatologica
- Valutazione beta 2 microglobulina

Se sospetto di amiloidosi: biopsia grasso periombelicale e/o biopsia ghiandole salivari minori con tipizzazione della sostanza amiloide

Viene definita la presenza di mieloma secondo i criteri **International Myeloma Working Group**



I pazienti vengono valutati poi cosiddetti segni CRAB intesi come:

- ipercalcemia >11 mg/dl
- compromissione renale: creatininemia >2 o clearance creatinina <40 mmol/min
- anemia Hb<10 gr/l o riduzione di almeno 2 gr rispetto al limite inferiore di normalità
- lesioni ossee uno o più lesioni litiche su RX,TC o TC-PET

Inoltre vengo valutati per la presenza di biomarkers di malignità identificati dall'IMWG così definiti:

- plasmacellule monoclonali midollari >60%
- >1 lesione ossea focale di dimensioni maggiori di 5 mm con MRI
- Rapporto catene leggere libere k lamda ≥100

Nel complesso pertanto vengono definiti:

- MGUS: CM sierica <3 g/dl; Infiltrato plasmacellulare midollare <10%; No sintomi d'organo (CRAB)
- Mieloma asintomatico (compreso smordeling): CM sierica >3 g/dl e/o CM urinaria ≥ 500 mg/l, Infiltrato plasmacellulare midollare ≥10% e < 60%, assenza segni CRAB
- Mieloma sintomatico: CM sierica o urinaria di qualunque entità con infiltrato midollare di qualunque entità in presenza di segni CRAB o la presenza di biomarkers di malignità (plasmacellule monoclonali midollari >60% >1 lesione ossea focale di dimensioni maggiori di 5 mm con MRI, Rapporto catene leggere libere k lamda ≥100)

2.3 Stadiazione:

→ Secondo Durie & Salmon

Stadio I: Hb >10 g/dl Calcio sierico <10.5 mg/dl; Scheletro normale; IgG <5 g/dl o IgA <3 g/dl; Bence Jones proteinuria <4 g/24 ore

Stadio II: _Nessun adattamento allo stadio I e III

Stadio III: Una o più delle seguenti condizioni: Hb <8,5 g/dl Calcemia >12 mg/dl Più di 3 lesioni ossee IgG >7 g/dl, IgA >5 g/dl Bence Jones proteinuria >12 g/24 ore

Sottostadio

A. Creatininemia <2 mg/dl

B. Creatininemia >2 mg/dl

→ Secondo International Staging System

Stadio I Beta2-M <3.5 mg/dl e albumina ≥ 3.5 g/dl

Stadio II Beta2-M <3.5 mg/dl e albumina <3.5 g/dl oppure Beta2-M >3.5 mg/dl e <5.5 mg/dl

Stadio III Beta2-M ≥ 5.5 mg/dl

→ Secondo Revised-ISS

Fattori prognostici :

- ISS stage;
- FISH:
- High risk: presenza di del(17p) e/o t(4;14) e/o t(14;16)
- Standard risk: non high risk
- LDH

Stadio I ISS I Standard risk citogenetico LDH normale

Stadio II No R-ISS I o III

Stadio III : ISS III High risk citogenetico e/o LDH elevato

2.4 Valutazione risposta

Vengono riportati i criteri

- **International Myeloma Working Group 2011**

RISPOSTA	CRITERI
CR	Negatività IF siero ed urine, scomparsa plasmocitoma se presente e plasmacellule midollari clonali <5%; Pz con malattia misurabile solo su FLC normalizzazione di FLC ratio (valore 0.26 – 1.65) in aggiunta ai criteri CR
sCR	CR + FLC ratio di norma
CRimmunofenotipica	sCR + assenza di Plasmacellule midollari fenotipicamente aberranti analizzate in citofluorimetria
mCR	CR + negatività della PCR (polymerase chain reaction)
VGPR	Elettroforesi negativa con persistenza di positività all'IF o riduzione ≥ del 90% della CM sierica + CM urinaria <100 mg/24h; nei pz con malattia misurabile solo su livello sierico di FLC è richiesta una riduzione >90% fra catena coinvolta e non coinvolta
PR	Riduzione ≥ 50% della CM sierica e riduzione della CM urinaria ≥ 90% o <200 mg/24h; se CM sierica ed urinaria non misurabili, ≥ 50% decremento della differenza tra FLC coinvolta e non coinvolta; se CM sierica, urinaria ed FLC sierica non misurabili, ≥ 50% infiltrazione plasma cellulare midollare, data una % basale ≥30% se presenza di plasmocitoma, ≥ 50% decremento delle sue dimensioni
SD	Non criteri per CR-VGPR-PR o PD
PD	Aumento del 25% dal valore migliore di risposta in uno o più dei seguenti casi: CM sierica (incremento assoluto ≥ 0.5 g/dL o incremento CM ≥ 1 g/dL se CM iniziale ≥ 5g/dL) e/o CM urinaria (incremento assoluto ≥ 200 mg/24h) e/o solo nei pz senza livelli misurabili di CM: la differenza tra FLC coinvolta e non coinvolta deve avere incremento assoluto >10 mg/dL; se anche FLC non misurabili la % plasmacellule midollari deve essere ≥ 10% comparsa di ipercalcemia attribuibile a disordine plasmacellulare comparsa di nuove lesioni litiche, o plasmocitoma o incremento delle lesioni già esistenti

- **International Myeloma Working Group 2016**

Response subcategory		Response criteria
IMWG MRD negativity criteria	Sustained MRD-negative	MRD-negative in the marrow (next-generation flow and/or NGS) and by imaging as defined below, confirmed one year apart. Subsequent evaluations can be used to further specify the duration of negativity (e.g. MRD-negative at 5 years)
	Flow MRD-negative	Absence of phenotypically aberrant clonal plasma cells by next-generation flow cytometry on BM aspirates using the EuroFlow standard operation procedure for MRD detection in MM (or validated equivalent method) with a minimum sensitivity of 1 in 10 ⁵ nucleated cells or higher
	Sequencing MRD-negative	Absence of clonal plasma cells by NGS on BM aspirates in which presence of a clone is defined as less than two identical sequencing reads obtained after DNA sequencing of BM aspirates using the Lymphosight® platform (or validated equivalent method) with a minimum sensitivity of 1 in 10 ⁵ nucleated cells or higher
	Imaging + MRD-negative	MRD-negative as defined by next-generation flow cytometry or NGS plus Disappearance of every area of increased tracer uptake found at baseline or a preceding PET-CT or decrease to < mediastinal blood pool SUV or decrease to less than that of surrounding normal tissue

2.5 Valutazione degli indici di fragilità

Tramite l'opzione online www.myelonafrailtyscorecalculator.net viene calcolata la fragilità del paziente anziano affetto da mieloma identificando tre gruppi di pazienti:

- FIT (score = 0)
- Intermediate-fitness (score = 1)
- Frail (score ≥ 2)

2.6 Principi di terapia: si rimanda al PDTA Regionale

2.7 Radioterapia

La radioterapia trova indicazione nel trattamento di masse extramidollari non responsive alla chemioterapia o a scopo antalgico.

Sulla base della sede ed estensione della malattia e delle condizioni generali del paziente vengono erogate dosi radioterapiche diverse, che possono andare da una dose unica, flash, di 8 Gy a una dose totale di 30 Gy, frazionata in 10 sedute. I dati più recenti [A] suggeriscono l'adozione di 20 Gy/5 frazioni nel trattamento di lesioni vertebrali per pazienti in buone condizioni generali, in quanto il risultato a lungo termine in termini di controllo locale di malattia e di beneficio antalgico è sovrapponibile alla schedula più lunga di 30 Gy in 10 frazioni.

Un recente report mono-istituzionale [B] ha dimostrato la fattibilità e l'efficacia del trattamento radioterapico stereotassico per lesioni vertebrali senza compressione midollare, con dosi di 14-16 Gy in singola seduta. Tale approccio può essere valutato in pazienti in buone condizioni generali, con l'esigenza di avviare in tempi rapidi una nuova linea di terapia sistemica al termine del trattamento radiante.

In caso di plasmocitoma solitario si raccomanda una dose totale più elevata, sino a 40-45 Gy in frazionamento convenzionale (1.8 o 2 Gy/die).

Si consiglia una latenza di 15 giorni fra la vertebroplastica o l'intervento di neurochirurgia e la radioterapia.

2.8 Trattamento delle condizioni particolari

- **ipercalemia e lesioni ossee:** Bisfosfonati: si fa riferimento alle linee guida della rete oncologica piemontese già in uso
- stabilizzazione dei cedimenti vertebrali: può essere considerata la vertebroplastica o la cifoplastica
- in casi particolari di fratture patologiche degli arti i pazienti verranno inviati presso il centro traumatologico delle neoplasie ossee presso la Città della Scienza e della Salute (ex-CTO)

2.9 Assistenza psicologica

Secondo l'indirizzo di Rete Oncologica, il CAS è il luogo di prima accoglienza del paziente oncoematologico ed è sicuramente la struttura più idonea per l'individuazione e la prima valutazione dei

suoi bisogni e necessità. Tutti i pazienti che afferiscono al CAS e i loro famigliari sono sempre informati sulla possibilità' di usufruire in qualsiasi momento del consulto psicologico. Nel caso in cui durante la prima visita, o anche successivamente, emergano particolari complessità/fragilità sul piano biologico-fisico (dolore non controllato, potenziali e invalidanti deficit fisici, mutamenti dell'immagine corporea), psicologico (comorbidità psichiatrica, alterazioni comportamentali), sociale (*caregiver* assente, difficoltà economiche) o assistenziale (non *compliance* alle cure, difficoltà relazionali con l'*équipe* curante) viene consigliato al paziente un colloquio con lo psicologo che coordinerà le modalità di trattamento più adatte.

2.10 Assistenza domiciliare, dimissione protetta, cure palliative

La continuità assistenziale è garantita attraverso la collaborazione con il medico di medicina generale, il personale di assistenza sul territorio per la terapia domiciliare o con il curante ed il personale nei servizi di Hospice e cure palliative. In caso di necessità di ricovero in RSA è attivato il servizio di Assistenza

Sociale presenti nelle sedi ospedaliere

Sono indicazioni all'attivazione dell'ADI:

- impossibilità a recarsi regolarmente al Centro per problemi logistici;
- necessità di terapia di supporto domiciliare.

Sono indicazioni all'attivazione dell'ADI, cure palliative, Hospice:

- progressione di malattia con scadimento delle condizioni generali;
- non indicazione ad ulteriori trattamenti attivi.
- Nei pazienti resistenti o non candidabili a Bortezomib, Lenalidomide, Pomalidomide o Thalidomide l'approccio è rappresentato da "palliative care".

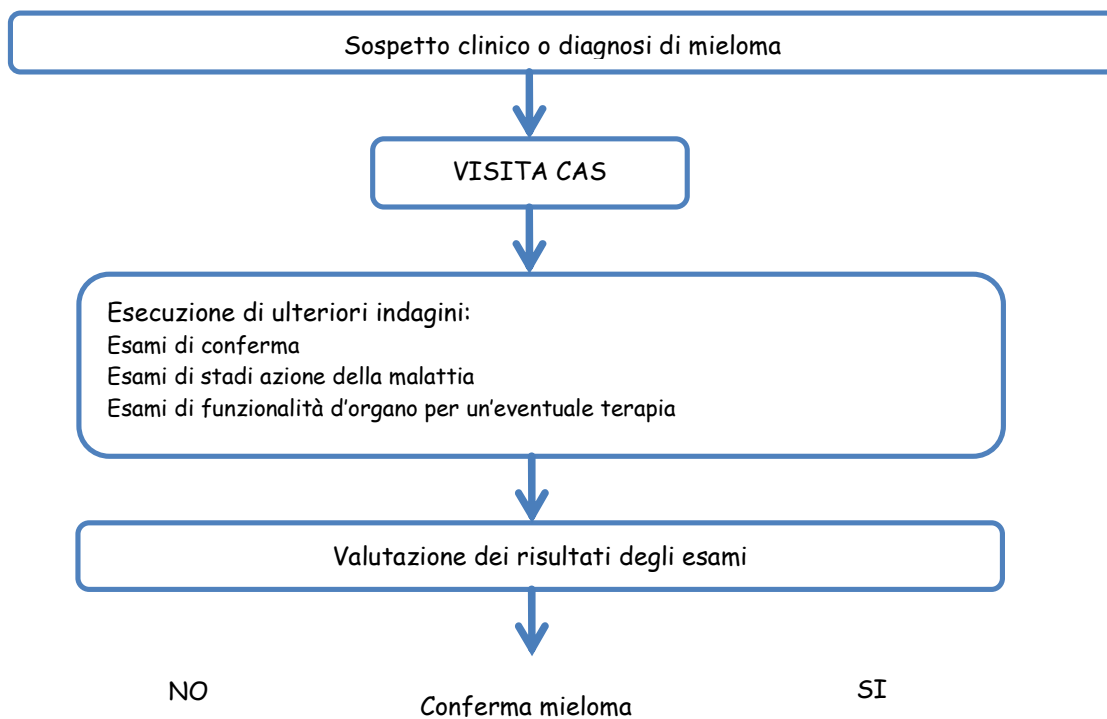
2.11 Follow up delle gammopatie a bassa massa

- low-risk/low-intermediate risk: primo controllo a sei mesi, se stazionarietà della situazione ogni 12 mesi
- Intermediate high-high risk ◇ controllo esami ogni 6 mesi

ESAMI PER FOLLOW-UP MGUS: emocromo, creatinina, proteine totali, quadro proteico elettroforetico, calcemia, catene leggere libere nel siero, proteinuria delle 24 ore e proteinuria di BJ.

Valutazione malattia ossea (biopsia ossea /esami radiologici) in caso di sintomatologia o variazioni bioumorali

3. DIAGRAMMI DI FLUSSO MIELOMA



Re-invio al medico
curante ed uscita dal
PDTA

VISITA GIC aziendale o interaziendale



Chemioterapia +/- Farmaci
biologici in regime
di DH/Ambulatorio

Indicatori di monitoraggio Sindromi Mielodisplastiche

Chemioterapia
Orale +/-
Farmaci
biologici i

dalla Rete

Codice indicatore 22.2

Denominazione	Percentuale di pazienti che hanno eseguito la visita odontostomatologica per la prevenzione delle osteonecrosi prima del trattamento con farmaci che la possono causare
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Pazienti con mieloma (cod. ICD9-CM 203) per i quali, nel periodo in esame, risultano erogati bifosfonati per via endovenosa in qualunque regime (ambulatoriale, degenza in regime ordinario, day hospital) DEFINIZIONI Sono inclusi i principi attivi più frequentemente utilizzati nei pazienti affetti da mieloma: pamidronato o zolendronato per via endovenosa
Numeratore	N° pazienti per i quali risulta effettuata una visita odontoiatrica (cod. 897.12 Prima visita odontoiatrica oppure cod. 8901.13 Visita odontoiatrica di controllo, branca 35) nei 6 mesi precedenti l'erogazione di pamidronato o zolendronato per via

	endovenosa
Denominatore	N° pazienti con diagnosi di mieloma (cod. ICD9-CM 203) per i quali, nel periodo in esame, risulta erogata una terapia a rischio di osteonecrosi avascolare della mascella
Criteri di esclusione	Pazienti residenti fuori Regione
Valori di confronto	da definire
Fonte informativa	DENOMINATORE: n° pazienti con mieloma per i quali sono stati erogati farmaci a rischio di osteonecrosi <i>mascellare</i>: - database Farmacia Ospedaliera per l'elenco dei pazienti (codice fiscale o data nascita + nome e cognome) per i quali risulta erogato pamidronato oppure zoledronato per via endovenosa con centro prescrittore Ematologica o medico prescrittore ematologo NUMERATORE - N° pazienti con che hanno effettuato una prima visita odontoiatrica o una visita di controllo nei 6 mesi antecedenti la somministrazione di farmaci a rischio di osteonecrosi mascellare: flusso C

Codice indicatore 22.3

Denominazione	Percentuale di pazienti candidati a terapia curativa non eleggibili al trapianto che hanno discontinuato la terapia di I linea per evento avverso (esclusa progressione)
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Pazienti con mieloma (cod. diagnosi ICD9-CM 203) sottoposti, nel periodo in esame, a chemioterapia di I linea DEFINIZIONI Sono inclusi tutti i pazienti con mieloma per i quali risulta preparato/somministrato uno dei seguenti schemi chemioterapici considerati di I linea: VMP MPThal MP Veldex RD
Numeratore	N° pazienti che, nel periodo in esame*, hanno interrotto la terapia di I linea per evento avverso
Denominatore	Pazienti con mieloma (cod. diagnosi ICD9-CM 203) sottoposti, nel periodo in esame, a chemioterapia di I linea
Criteri di esclusione	Pazienti residenti fuori Regione Pazienti che hanno interrotto la terapia per progressione della malattia.
Valori di confronto	da definire
Fonte informativa	DENOMINATORE: □ n° pazienti sottoposti a chemioterapia I linea: database Farmacia Ospedaliera per l'elenco dei pazienti con mieloma per i quali è stata allestita una chemioterapia di I linea NUMERATORE: □ n° pazienti che hanno interrotto la chemioterapia I linea per evento avverso: database GIC tumori ematologici

Denominazione	Tempo intercorso in pazienti affetti sindrom fra visita CAS e visita GIC
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Tutti i pazienti affetti d linfoma
Minuendo	Data dell'esecuzione della visita GIC
Sottraendo	Data di esecuzione della visita CAS
Criteri di esclusione	Pazienti residenti fuori regione
Valori di confronto	25 giorni in almeno il 90% dei pazienti affetti da mieloma
Fonte informativa	Banca dati SDO, refertazione di anatomia patologica. Refertazioni track care

* Saranno eventualmente valutati indicatori ulteriori proposti dalla rete alla fine del percorso dei PDTA regionali

5. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Kyle RA, Rajkumar SV. Criteria for diagnosis, staging, risk stratification and response assessment of multiple myeloma. *Leukemia* 23:3-9, 2009
- Durie BG, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment, and survival. *Cancer* 36(3):842-54, 1975
- Greipp PR, San Miguel J, Durie BG, et al. International Staging System for multiple myeloma. *J Clin Oncol* 23:3412-3420, 2005
- Bird JM, Owen RG, D'Sa S, et al. Guidelines for the diagnosis and management of multiple myeloma 2001. *Br J Haematol* 154:32-75, 2011
- Dispenzieri A, Kyle R, Merlini G, et al. International Myeloma Working Group guidelines for serum-free light chain analysis in multiple myeloma and related disorders. *Leukemia* 23:215-224, 2009
- Dimopoulos M, Kyle R, Fermand JP, et al. Consensus recommendation for standard investigative workup: Report of the International Myeloma Workshop Consensus Panel 3. *Blood* 117:4701-4705, 2011
- Rajkumar SV. Multiple myeloma: 2012 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol* 87:78-88, 2012
- Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol* 2014; 15: e538-48
- Cavo M, Tacchetti P, Patriarca F, et al. Bortezomib with thalidomide plus dexamethasone compared with thalidomide plus dexamethasone as induction therapy before, and consolidation therapy after, double autologous stem-cell transplantation in newly diagnosed multiple myeloma: a randomised phase 3 study. *Lancet* 2010; 376:2075-85
- Rosinol L, Cibeira MT, Mateos MV, et al. A phase III PETHEMA/GEM study of induction therapy prior to autologous stem cell transplantation in multiple myeloma: superiorità of VTD (Bortezomib/Thalidomide/Dexamethasone) over TD and VB-MCP/VBAD plus Bortezomib. *Blood* 2010; 116:abstract 307
- Attal M, Harousseau JL, Facon T et al. Single versus double autologous stem-cell transplantation for multiple myeloma. *N Eng J Med* 2003;349:2495-502
- Cavo M, Tosi P, Zamagni E, et al. Prospective, randomized study of single compared with double autologous stem-cell transplantation for multiple myeloma: Bologna 96 clinical study. *J Clin Oncol* 2007;25(17):2434-41
- Cavo M, Pantani L, Petrucci MT, et al. Bortezomib-thalidomide and dexamethasone is superior to thalidomide-dexamethasone as consolidation therapy following autologous hematopoietic stem-cell transplantation in patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Blood* 2012;120:9-19
- Morgan GJ, Davies FE, Gregory WM, et al. The role of maintenance thalidomide therapy in multiple myeloma: MRC Myeloma IX results and meta-analysis. *Blood* 2012;119:7-15
- Garban F, Attal M, Michallet M et al. Prospective comparison of autologous stem cell transplantation followed by dose-reduced allograft (IFM99-03 trial) with tandem autologous stem cell transplantation (IFM99-04 trial) in high-risk de novo multiple myeloma. *Blood*. 2006 May 1;107(9):3474-80. Epub 2006 Jan 5.
- Bruno B, Rotta M, Patriarca F et al. A comparison of allografting with autografting for newly diagnosed myeloma. *N Engl J Med*. 2007 Mar 15;356(11):1110-20.
- Rosiñol L, Pérez-Simón JA, Sureda A et al. A prospective PETHEMA study of tandem autologous transplantation versus autograft followed by reduced-intensity conditioning allogeneic transplantation in newly diagnosed multiple myeloma. *Blood*. 2008 Nov 1;112(9):3591-3.
- Lokhorst HM, van der Holt B, Cornelissen JJ et al. Donor versus no-donor comparison of newly diagnosed myeloma patients included in the HOVON-50 multiple myeloma study. *Blood*. 2012 Jun 28;119(26):6219-25
- Björkstrand B, Iacobelli S, Hegenbart U et al. Tandem autologous/reduced-intensity conditioning allogeneic stem-cell transplantation versus autologous transplantation in myeloma: long-term follow-up. *J Clin Oncol*. 2011 Aug 1;29(22):3016-22. Erratum in: *J Clin Oncol*. 2011 Sep 20;29(27):3721.
- Krishnam A, Pasquini M, Logan B, et al. Tandem autologous versus single autologous transplantation followed by allogeneic hematopoietic cell transplantation for patients with multiple myeloma: results from the Blood and Marrow Transplant Clinical Trials Network (BMT CTN) 0102 Trial. *Lancet Oncol* 2011;12:1195-203
- Palumbo A, Rajkumar SV, San Miguel JF, et al. International Myeloma Working Group Consensus Statement for the management, treatment, and supportive care of patients with myeloma not eligible for standard autologous stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2014 Feb 20; 32(6)
- San Miguel JF, Schlag R, Khuageva NK, et al. Bortezomib plus melphalan and prednisone for initial treatment of multiple myeloma. *N Engl J Med* 2008;359:906-17
- M Delforge, H Ludwig. How I manage the toxicities of myeloma drugs. *Blood*, 2017; 129: 2359-67
- Rosella, D., Papi, P., Giardino, R., Cicalini, E., Piccoli, L., & Pompa, G. Medication-related osteonecrosis of the jaw: Clinical and practical guidelines. (2016). *J Int Soc Prevent Commun Dent* 2016; 6(2): 97–104. [
- Evangelos T et al. on behalf of the European Myeloma Network Haematologica. European Myeloma Network Guidelines for the Management of Multiple Myeloma-related complications 2015 Oct; 100(10): 1254–1266
- Berenson JR, Hillner BE, Kyle RA, Anderson K, Lipton A, Yee GC, et al. American society of clinical oncology clinical practice guidelines: The role of bisphosphonates in multiple myeloma. *J Clin Oncol*. 2002;20:3719–36
- Dimopoulos MA et al. Osteonecrosis of the jaw in patients with multiple myeloma treated with bisphosphonates: evidence of increased risk after treatment with zoledronic acid. *Haematologica*, 2006; 91(7): 968-71

- Rades D, Segedin B, Conde-Moreno AJ, et al. Radiotherapy with 4 Gy x 5 versus 3 Gy x 10 for metastatic epidural spinal cord compression: final results of the SCORE-2 trial (ARO 2009/01). J Clin Oncol 2016;34(6):597-602
- Miller JA, Balagamwala EH, Chao ST, et al. Spine stereotactic radiosurgery for the treatment of multiple myeloma. J Neurosurg Spine 2016;DOI:10.3171/2016.8.SPINE16412

6. Piano di miglioramento, valutazioni in itinere

Il PDTA Mieloma verrà applicato nella discussione dei casi all'interno di GIC interaziendale.

Variazioni di valutazione anche prima della revisione biennale già prevista in presenza di nuovi farmaci e/o nuove modalità diagnostiche e terapeutiche verranno integrate al presente PDTA con addendum e verbali d'integrazione. Sono previste valutazioni trimestrali dell'applicazione del PDTA e delle sue migliorie.

7. Modalità di refertazione e conservazione

Come previsto dalla Rete oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta è previsto per ogni caso un giudizio sintetico GIC conservato con firma digitale sui sistemi informatici aziendali.

I verbali di miglioramento ed audit sono conservati nell'area condivisa.

Testo redatto dal Dr Roberto Freilone, Responsabile GIC sindromi linfoproliferative in collaborazione con dr Lodovico Rosato, Direttore del Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4, il Dr Giorgio Vellani, Referente CAS Aziendale ASL TO4, e tutti i componenti del GIC.