

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



**Percorso
diagnostico-terapeutico-assistenziale
delle
SINDROMI LINFOPROLIFERATIVE**

**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 Vallerio
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 Cuornè	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: <ul style="list-style-type: none"> ● 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 Cuornè, Piazza Mussatti 5, tel. 0124 654111 ● Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca 30, tel. 0123 300611 5 sedi principali di Distretto: <ul style="list-style-type: none"> ● Distretto Ciriè, Via G. Mazzini 13, tel. 011 9217530-532 ● Distretto Chivasso – San Mauro <ul style="list-style-type: none"> – 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 Cuornè, 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> — Ivrea/Cuorgnè, — Chivasso, — Ciriè-Lanzo <p>Centri HUB per patologia oncologica: Urologica (SC Urologia Ciriè, Ivrea); Colon Retto / Stomaco, Tiroide, Mammella e Cute (SC Chirurgia Ivrea/Cuorgnè); Testa Collo (SC ORL Chivasso); Oncoematologia (SSD Ematologia Ciriè, Ivrea, Chivasso)</p>
<p>Descrizione del CAS di CHIVASSO</p> <p>Sede: Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris n° 3</p>	<p>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</p> <p>Contatti: 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</p> <p>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.</p> <p>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</p>
<p>Descrizione del CAS di CIRIE' / LANZO</p> <p>Sede: Ospedale di Ciriè, Via Battitore n°7/9 - 10073</p> <p>Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca n° 30 - 10074</p>	<p>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</p> <p>Contatti: 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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
<p>Descrizione del CAS di IVREA / CUORGNE'</p> <p>Sede: Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza n° 2 - 10015</p> <p>Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti n° 5 - 10082</p>	<p>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</p> <p>Contatti: 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</p> <p>CAS sede Cuorgnè: ricevimento, III piano ospedale di Cuorgnè, martedì, mercoledì e giovedì 9.00–13.00; telefono: 0124654221; e-mail: dhmultispecialistico.cuorgne@aslto4.piemonte.it</p> <p>C.A.S. Tumori Colon-retto / Stomaco:</p>

	<p>Centro 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;</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>C.A.S Tumori Tiroide: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr Ivan Lettini, ilettni@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, ambulatorio di Endocrinochirurgia e Endocrinologia – tel. Tel 0125 414328/243/292</p> <p>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</p> <p>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</p>
Prenotazione visita CAS	Prenotazione visita diretta presso i CAS
Chi può prenotare Visita e con quali modalità	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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”),</p> <p>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.</p>
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 compilarle in quel momento
Compilazione scheda G8 per i pazienti	no 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 essere 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 infusione. 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: <ul style="list-style-type: none"> — 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 agobioptica 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: <ul style="list-style-type: none"> — 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: <ul style="list-style-type: none"> — 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 creatinemia), 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 creatinemia), 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: <ul style="list-style-type: none"> — 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: <ul style="list-style-type: none"> — 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 Chirurgia 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: <ul style="list-style-type: none"> — 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 é 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: <ul style="list-style-type: none"> — 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 Dermatocirurgica	S.C. di Chirurgia: <ul style="list-style-type: none"> - 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	Esami prenotati dal personale amministrativo del CAS

	Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	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	<ul style="list-style-type: none"> – Invio da parte degli operatori sanitari – Libero accesso Somministrazione della scheda di complessità che indica la priorità di presa in carico
Modalità invio	<ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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 LINFOPROLIFERATIVE**

Responsabilità Aziendale

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr Lorenzo Ardissone	
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 Sindromi linfoproliferative

Strutture	Referente	Firma
Coordinazione GIC	Dr Roberto Freilone rfreilone@aslto4.piemonte.it	
Anatomia Patologica	Dr. Renzo Orlassino rorlassino@aslto4.piemonte.it Dr Federico Vittone (<i>referente</i>) fvittone@aslto4.piemonte.it	
Chirurgia Generale	Dr Luca Panier Suffat (<i>referente</i>) lpapiersuffat@aslto4.piemonte.it Dr Eraldo Personnettaz epersonnettaz@aslto4.piemonte.it	
Coordinatore infermieristico	CPSE Luca Basso della Concordia (<i>referente</i>) lbassodellaconcordia@aslto4.piemonte.it	
Cure Palliative	Dr Giovanni Bersano gbersano@aslto4.piemonte.it	
Ematologia	Dr .ssa Alessandra Cuttica (<i>referente</i>) acuttica@aslto4.piemonte.it Dr .ssa Cristina Foli cfoli@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Giorgia Maria Elena Matta gmatta@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Chiara Ciochetto cciochetto@aslto4.piemonte.it	
Medicina	Dr Emanuele Magro (<i>referente</i>) emagro@aslto4.piemonte.it	
Psiconcologia	Dr.ssa Daniela Bardelli adanielab@tiscali.it	
Radiologia	Dr Aldo Cataldi (<i>referente</i>) acataldi@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Rina Lionella Lovato rlovato@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Francesca Bisanti fbisanti@aslto4.piemonte.it	
Radioterapia	Dr.ssa Cristina Piva cpiva@aslto4.piemonte.it	

GIC – regolamento

Coordinatore	Dr Roberto Freilone / tel. 011 9176137 / rfreilone@aslto4.piemonte.it
Segreteria	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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 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: <ul style="list-style-type: none"> • Non indicazione a terapia (solo follow-up). Il paziente verrà seguito ambulatorialmente dal medico referente • Indicazione a chemio +/- immunoterapia +/- farmaci biologici da erogarsi in regime di day- hospital / ambulatorio ambulatoriale che consente di erogare il farmaco in File F.

	<ul style="list-style-type: none"> 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 ; il paziente viene prenotato a visita radioterapica . La copia della visita GIC viene allegata alla richiesta di prenotazione. Indicazione a chemioterapia orale. Il paziente continua il percorso terapeutico in regime ambulatoriale che consente di erogare il farmaco in File F. <p>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</p>
Descrizione del percorso assistenziale	<p>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).</p>
Medico Medicina Generale	<p>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</p>
Associazioni di Volontariato	<p>Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nel gruppo di lavoro del GIC anche rappresentanti di Associazioni di Volontariato</p>
Verifiche, audit e piani di miglioramento	<p>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</p>

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	<p>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</p>
Numero di abitanti del bacino di utenza	<p>Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni</p>
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	<p>CAS unico con 3 sedi: Ospedale Ciriè-Lanzo, Ospedale di Chivasso, Ospedale di Ivrea/Cuorgnè CAS colon Retto presso Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea – Centro Hub</p>
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza	<p>GIC con sede ad Ivrea. Per casi selezionati il GIC si riunisce anche presso le sedi di Ciriè e Chivasso</p>

Neoplasie di pertinenza del GIC

Sindromi linfoproliferative

Premesse

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

1) DGR DRG 51 - 2485 del 23.11.2015

2) PDTA Sindromi linfoproliferative delle Regione Piemonte in cui sono stati condiviso all'interno della Regione gli elementi ritenuti essenziali per la diagnosi e la terapia dei disordini linfoproliferativi (in via di revisione)

3) PDTA Sindromi Linfoproliferative dell'Area Metropolitana Torinese in cui si è condiviso il percorso dei pazienti, istituendo un GIC Interaziendale area Est a cui afferisce ASO Citta dela Scienza e della Salute, ASLTO5, ASLT01-TO2 e la nostra ASLTO4 come da delibera

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico e di stadiazione

Esami di stadiazione per le sindromi linfoproliferative

Per la descrizione analitica del percorso si rimanda al capitolo relativo

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
Biopsia ossea	Accesso ai DH /Ambulatori di Ematologia Ciriè, Chivasso, Ivrea	1 gg
PET Totale Corporea	IRMET Via Onorato Vigliani 89/a Torino Medicina Nucleare Citta della Scienza e della Salute Torino Medicina Nucleare Ospedale Aosta	7 gg
Esami endoscopici	Servizi di Endoscopia Ospedali di Ciriè, Chivasso, Ivrea, Cuornè	7 gg
Agobiopsie TC guidate di masse profonde	Radiologia Ospedale di Ciriè V Battitore 7/9 Radiologia Ospedale di Chivasso C.so G Ferraris 3	7 gg
Biopsie linfonodali	SC Chirurgia degli Ospedali di Ciriè, Chivasso ed Ivrea	7 gg
Esami istologici	Anatomia Patologica Sede di Ivrea Anatomia Patologica Citta della Scienza e della salute	3-10 gg dopo esecuzione di biopsia
Esami in biologia molecolare, citogenetica FISH e citofluorescenza	Anatomia Patologica Citta 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

Descrizione sintetica dei trattamenti

Si rimanda all'allegato A

Follow-up

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle guida AIOM versione 2017 (www.aiom.it)

Il follow-up nel carcinoma colo rettale comporta benefici in termini di sopravvivenza. E' necessario integrare il Medico di Medicina Generale nel programma di follow-up con specifico coinvolgimento nella sorveglianza delle seconde neoplasie, nell'individuazione degli effetti collaterali tardivi e nella gestione di problematiche psicologiche e sociali del paziente e dei suoi familiari.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	- per i linfomi di Hodgkin ed i linfomi non Hodgkin diffusi a grandi cellule la probabilità di recidiva si riduce nel tempo pertanto il follow up clinico è raccomandato ogni 3 mesi per 2 anni, ogni 6 mesi per i successivi 3 anni, poi 1 volta all'anno	Ematologia varie sedi

	- per il linfoma mantellare, follicolare e per le altre forme di linfoma indolente il controllo clinico ogni 3-6 mesi	
Esami ematochimici	- per i linfomi di Hodgkin ed i linfomi non Hodgkin diffusi a grandi cellule; ogni 3 mesi per 2 anni, ogni 6 mesi per i successivi 3 anni, poi 1 volta all'anno - per il linfoma mantellare, follicolare e per le altre forme di linfoma indolente ogni 3-6 mesi	Presso i vari punti prelievi dell'ASL afferenti al Laboratorio analisi ASLTO4 Ciriè-Chivasso-Ivrea
EGDS	Per i linfomi del MALT gastrico ripetizione EGDS con biopsie ogni 6 mesi per 2 anni e poi ogni 12-18 mesi (per l'elevato rischio di successive neoplasie gastriche)	Presso i Servizi di Endoscopia Digestiva di: - Chivasso - Ciriè - Ivrea
TC Torace e Addome superiore con mdc. Ecografia RMN pelvica Rx torace PET FDG	CT e PET non sono raccomandati nel follow up se non nel dubbio clinico di recidiva Rx torace ed ecografia addome ogni 6 mesi per il primo anno, annuale dal 2-5 anno ed in ogni occasione clinica di dubbio	Presso i Servizi di Radiodiagnostica di: - Chivasso - Ciriè - Ivrea - Cuornè
Ecocardiogramma	Viene raccomandato per valutazione della tossicità tardiva (v sezione tossicità tardive)	Amb di ecocardiografia SC Cardiologia sedi Ciriè-Chivasso-Ivrea-Cuornè
Mammografia ed ecografia mammaria	Viene raccomandato per valutazione della tossicità tardiva (v sezione tossicità tardive)	Presso i Servizi di Radiodiagnostica di: - Chivasso - Ciriè - Ivrea - Cuornè

Valutazione alla recidiva

E' mandatoria la biopsia delle lesioni con le stesse modalità indicate alla diagnosi compatibilmente che si ipotizzi un approccio terapeutico con intento curativo e/guaritivo e non contenitivo e/o palliativo

Stessi esami indicati alla diagnosi compatibilmente che si ipotizza un approccio terapeutico con intento curativo e/guaritivo e non contenitivo e/o palliativo

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 <i>follow-up</i> specialistico	SI
Consegna della programmazione del <i>follow-up</i>	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 intermedia 2.5 valutazione risposta finale 2.6 assistenza psicologica 2.7 cambio di setting assistenziale 2.8 preservazione della fertilità 2.9 tossicità tardive	p. 23 - 31
3 Snodi , diagramma a flusso, modalità d'ingresso nel PDTA	p. 32
4. Indicatori di monitoraggio del PDTA, indicatori strutturali	p. 33-34
5. Riferimenti bibliografici, linee guida e aspetti normativi	p. 35
6. Piano di miglioramento e verifica in itinere	p. 36
7. Modalità di refertazione, conservazione	p.36

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA) Sindromi linfoproliferative *(in extenso)*

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'individuazione 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 (PDTA) 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 PDTA 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

I linfomi includono entità nosologiche differenti, per natura clinica ed istopatologica. Comprendono due grandi gruppi: i Linfomi di Hodgkin e i non-Hodgkin. Questi ultimi si suddividono in quelli di derivazione dai B linfociti (la stragrande maggioranza) e quelli di derivazione T cellulare. L'incidenza dei linfomi è andata progressivamente aumentando negli ultimi anni portandoli al 5° posto delle neoplasie, parallelamente le possibilità di cura sono migliorate sensibilmente aumentando in modo significativo la sopravvivenza.

Per i Linfomi non-Hodgkin, l'età mediana di insorgenza è compresa tra i 50 ed i 60 anni, ma l'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età. L'incidenza globale è stimata in circa 30-35 casi/anno/100.000 abitanti e recenti studi epidemiologici hanno mostrato un incremento del 50% negli ultimi 15 anni. Il tasso di mortalità è di circa l'11% per i maschi e del 7% per le femmine.

Al contrario, il linfoma di Hodgkin ha la stessa distribuzione nei due sessi; la fascia d'età più interessata è quella fra i 15 e 30 anni con un secondo picco nella sesta decade di vita. L'incidenza del LH è di circa 2,7 casi/anno/100.000 abitanti. Nello stesso periodo il rischio di mortalità è stato dello 0,4‰ per i maschi e 3‰ per le femmine con un trend in progressiva discesa rispetto ai due lustri precedenti. Negli ultimi anni anche nella regione Piemonte le nuove diagnosi sono in aumento e nella nostra regione vi è un'incidenza pari a circa 27 casi/ 100.000 abitanti.

2.2 Diagnosi

E' mandatoria la biopsia escissionale linfonodale con esame istologico ed immunoistochimica dettagliata riportando il tipo di marcatori usati e loro risultati con immunofenotipo.

Nel caso di masse profonde addominali o toraciche nei pazienti in cui non proponibile un approccio chirurgico può essere valutata una "core biopsy" tramite prelievo con ago a scatto sotto guida TAC o ecografica.

Nei casi di localizzazione ORL è indicato eseguire un agoaspirato prima della biopsia al fine di escludere patologie oncologiche della regione capo-collo.

Nei casi con localizzazione polmonare, quando la biopsia TC guidata è sconsigliata, può essere valutata la biopsia in corso di broncoscopia

Nei casi sospetti di localizzazione gastrica è consigliabile l'esecuzione di macrobiopsie multiple di "mappatura" e ricerca HP

E' sempre sconsigliata l'agobiopsia con ago sottile (FNAB) fatta eccezione la necessità di *depistage* oncologico nelle localizzazioni teste e collo

2.3 Stadiazione:

Tutti i pazienti devono essere sottoposti a

- Esame obiettivo e valutazione performance status (ECOG)
- Valutazione della presenza dei sintomi B: febbre, calo ponderale (perdita del più del 10% in 6 mesi), sudorazione notturna valutazione intolleranza all'alcool e prurito
- Nei pazienti anziani valutazione geriatrica multidimensionale (VGM) allo scopo di definire il profilo di sicurezza e tollerabilità dei vari schemi terapeutici, la qualità di vita e le sue modificazioni durante la terapia comprendente la valutazione dei CIRS
- esami ematochimici di routine comprendenti emocromo, VES, LDH, funzionalità renale ed epatica, QPE, dosaggio Ig, albumina, ac. urico.
- Esami per i comuni *scoring systems* (FLIPI, MIPI..)
- tipizzazione linfocitaria su svp se sospetto di leucemizzazione periferica
- valutazione virologico per HBV, HCV ed HIV
- test di gravidanza per le donne in età fertile
- valutazione di programma di criopreservazione nei pazienti in età fertile e candidati ad un programma di chemioterapia potenzialmente sterilizzante
- Esami radiologici
 - ✓ CT total body con mdc o RNM se controindicato il mdc
 - ✓ Nei disordine linfoproliferativi a decorso indolente (es LLC) può essere valutata l'esecuzione di solo Rx torace standard in 2 proiezioni ed Ecografia addome superiore ed inferiore nelle patologie linfoproliferative indolenti ; nei pazienti specie giovani in cui è indicata una terapia ad intento curativo può essere valutati anche l'utilizzo comunque della TC total body
 - ✓ PET-TAC total body mandatoria nei HL e nei NHL aggressivi quali DLBCL, mantellare, linfomi T e nel linfoma basso grado follicolare (sono esclusi le istologie a basso grado non follicolare, quali CLL/SLL, micosi fungoide, linfoma marginale linfoma linfoplasmacitico/Waldenstrom, a meno che vi sia sospetto di trasformazione)
- Altri esami strumentali
 - ✓ ECG in tutti i pazienti in previsione di trattamento
 - ✓ Ecocardiografia in tutti i pazienti in previsione di trattamento
 - ✓ Prove di funzionalità respiratoria con DLCO nei pazienti candidati a programmi ad alte dosi o contenenti bleomicina o che in anamnesi riferiscono patologie broncopneumopatiche
 - ✓ Biopsia osteo-midollare; monolaterale dalla cresta iliaca posteriore; tale procedura non è indicata nei pazienti con linfoma di Hodgkin valutati tramite PET; tale procedura può essere omessa nei NHL diffusi a grandi cellule con captazione positiva focale ossea; la valutazione di Immunofenotipo con citofluorimetro è opzionale in casi specifici (es follicolari e bassi gradi); l'esecuzione di studi in biologia molecolare deve essere valutata solo in studi sperimentali
- Procedure su indicazione clinica:

- ✓ Vista cardiologica per i pazienti con una anamnesi positiva per problemi cardiaci
- ✓ Visita ORL e fibroscopia ORL per esame del Waldeyer per tutti i pazienti con sospetto di localizzazione a tale livello
- ✓ TAC/RMN cerebrale per sospetto di localizzazione cerebrale
- ✓ RNM mirata se dolore osseo o neuropatia
- ✓ Ecografia testicolare in caso di sospetto di localizzazione testicolare
- ✓ Studio radiologico e/o endoscopico del tratto gastroenterico. in caso di sintomatologia specifica
- ✓ Esame chimico-fisico, citologico e con citoflussimetria del liquido cefalo-rachidiano: da eseguire sempre nei pazienti con documentata localizzazione del linfoma a livello del sistema nervoso centrale, del testicolo, delle regioni paravertebrali/vertebrali, con localizzazione seni paranasali, localizzazione renale/surrenalica o con IPI intermedio-alto o alto e LDH elevato ed almeno due localizzazioni extranodali ed inoltre nelle seguenti istologie: linfoma a cellule T, linfoma di Burkitt, linfoma linfoblastico, linfoma in HIV, linfoma mantellare variante blastoide.

Si vuole sottolineare che tali procedura sono obbligatorie nei pazienti in cui l'intento terapeutico sia curativo;; nei pazienti in cui l'opzione clinica non sia invece curativa ma contenitiva o nei grandi anziani o che comunque sia prevedibile complessivamente che la stadiazione non cambi la prognosi e/o la terapia è auspicabile un iter diagnostico semplificato con omissione della PET e dello studio midollare

2.4 Valutazione risposta intermedia

- Esame obiettivo e valutazione *performance status* (ECOG) e assenza di sintomi con esami ematochimici precedentemente alterati
- CT total body con mdc o RNM, se controindicato il mdc e se precedentemente significativi
- PET/TAC Mandatoria nel HD sia localizzato sia avanzato utilizzando Il Deauville score a 5 punti. La CR è definita come assenza di captazione o con *uptake* residuo corrispondente ad un Deauville score 1-3. Se è presente malattia residua (Deauville score 4-5), deve essere valutata nuova biopsia se è ipotizzabile la richiesta di un trattamento e/o se può portare a un modifica dell'atteggiamento terapeutico.
- PET/TAC nei NHL aggressivi vi è indicazione in casi selezionati o nei *trials* clinici

2.5 Valutazione della risposta finale ad un trattamento:

- Esame obiettivo e valutazione performance status (ECOG) e assenza di sintomi
- esami ematochimici di routine comprendenti emocromo, VES, LDH, funzionalità renale ed epatica, QPE, dosaggio Ig,
- Esami radiologici
- PET/TAC total body mandatoria nei HD e nei NHL aggressivi e nei follicolari (nei casi trattati con intento curativo) La CR è definita come assenza di captazione o con *uptake* residuo corrispondente ad un Deauville score 1-3. Se è presente malattia residua (Deauville score 4-5), deve essere valutata nuova biopsia se è ipotizzabile la richiesta di un trattamento e/o se può portare a un modifica dell'atteggiamento terapeutico
- TAC total body con mdc
- Biopsia ossea nei casi positivi alla diagnosi
- Ripetizione degli altri esami eseguiti (EGDS, colonscopia, RNM/TC encefalo, liquor...) risultati precedentemente positivi

2.6 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.

2.7 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.**

2.8.1 Preservazione della fertilità maschile

La radioterapia e la chemioterapia, singolarmente o in associazione, rappresentano i maggiori agenti lesivi sulla spermatogenesi.

I trattamenti oncologici sono in grado di alterare la spermatogenesi come dimostrato dalla riduzione dei livelli di FSH e inibina B e dalla riduzione della concentrazione nemaspermica dopo 6 e 12 mesi dal termine delle terapie. Dopo 18 mesi dal termine delle terapie si osserva un miglioramento dei parametri seminali ed ormonali; tuttavia, a tutt'oggi, non risulta evidenziabile un indicatore attendibile di "previsione" circa l'evoluzione dei parametri seminali/ormonali dopo trattamento oncologico nei singoli pazienti.

Gli agenti antitumorali hanno effetti diversi sulla produzione di sperma nell'uomo (Linee Guida AIOM 2015):

- Azoospermia prolungata: Radiazioni (2.5 Gy al testicolo) Clorambucil (1.4 g/m²), Ciclofosfamide (19 g/m²), Procarbazina (4 g/m²), Melphalan (140 mg/m²), Cisplatino (500 mg/m²).
- Azoospermia nell'età adulta dopo trattamento in età prepuberale: BCNU (carmustina) (1 g/m²), CCNU (lomustina) (500 mg/m²).
- Azoospermia probabile, in genere data da altri agenti altamente sterilizzanti associati: Busulfano (600 mg/kg), Ifosfamide (42 g/m²), BCNU (300 mg/m²), Mostarde azotate -Actinomicina D.
- Tossicità additiva con i farmaci sopracitati nel determinare una azoospermia prolungata; se non combinati con i farmaci sopra, causano solo una riduzione temporanea della conta spermatica: Doxorubicina (adriamicina) (770 mg/m²), Tiotepa (400 mg/m²), Citosina arabinoside (1 g/m²), Vinblastina (50 g/m²), Vincristina (8 g/m²).
- Riduzione temporanea nella conta spermatica alla dose usata negli schemi convenzionali, ma sono possibili effetti additivi: Amsacrina, bleomicina, dacarbazina, daunorubicina, epirubicina, etoposide, fludarabina, fluorouracile, 6- mercaptopurina, metotrexate, mitoxantrone, tioguanina.

La crioconservazione (CR) del seme rappresenta oggi una good clinical practice i nei pazienti adulti affetti da linfomi di Hodgkin e non Hodgkin.

A tutti i pazienti deve essere proposta una **consulenza andrologica per crioconservazione del seme.**

Prima della visita effettuare prelievi per: HBsAg, Ab Anti-HBc, Ab Anti-HCV, Ab Anti-HIV1-2, Ab Anti-CMV (IgG, IgM).

Durante la visita andrologica verranno eseguiti:

- anamnesi familiare e personale;
- esame obiettivo andrologico;

- esami ormonali: FSH, LH, testosterone (estradiolo), inibina B;
- spiegazione e compilazione consenso informato;
- raccolta e consegna del campione seminale;
- esame del liquido seminale;
- crioconservazione del seme.

(NB. Se il volume e i parametri seminali sono sensibilmente compromessi, sarà opportuna più di una raccolta)

Gli spermatozoi possono restare immersi nell'azoto liquido per un tempo indefinito senza subire alcuna alterazione del patrimonio genetico (bambini perfettamente normali nati da semi crioconservati per oltre 10 anni). Con lo scongelamento è inevitabile che una quota di spermatozoi subisca dei danni, con riduzione della motilità/vitalità degli spermatozoi di circa il 50% (talvolta % di recupero estremamente ridotte) ma eventuali danni da congelamento/scongelamento degli spermatozoi non si traducono in un aumento di malformazioni fetali.

E' consigliabile che i pazienti che sono stati valutati al "cryobanking" prima dell'inizio dei trattamenti oncologici vengano inviati al centro dopo 6-12-18-24-36 mesi dal termine degli stessi per effettuare un dosaggio dei livelli sierici di inibina B, FSH, LH, testosterone e determinazione dei parametri seminali.

I pazienti verranno inviati per quanto concerne la ns ASL al

- Servizio di Crioconservazione del seme della S.C. Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo U. (Direttore Prof. E. Ghigo) - Ambulatorio di Endocrinologia e Criopreservazione del seme Dott. Di Bisceglie. AO Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette; corso Bramante 88/90, 10126 Torino - Tel: 011 633.5532.

2.8.2 Preservazione della fertilità femminile

Le donne giovani affette da linfoma di Hodgkin e non Hodgkin verranno informate dei possibili rischi di sterilità dopo il trattamento chemioterapico e se lo richiedono verranno indirizzate ad un centro di Fisiopatologia della Riproduzione per una valutazione specialistica ed eventuale crioconservazione di ovociti o tessuto ovarico.

Le pazienti che debbano intraprendere trattamenti a rischio di danneggiare la loro funzione riproduttiva dovrebbero ricevere un counselling tempestivo riguardo la preservazione della fertilità ed essere indirizzate a un programma dedicato.

I farmaci determinano rischi di amenorrea permanente diversi

- alto rischio >80%: trapianto di cellule staminali con condizionamento secondo CY/TBI o Bu/CY, Melphalan;
- basso rischio <20%: ABVD, CHOP, CVP, protocolli LAM e LAL;
- rischio molto basso o assente: Vincristina, MTX;
- rischio sconosciuto: Oxaliplatino.

Esistono strategie di conservazione della fertilità diverse

- a) Crioconservazione di ovociti maturi mediante stimolazione ovarica, successivo pick up degli ovociti e crioconservazione degli stessi: 1) vantaggi: tecnica validata; minimamente invasiva; nessun rischio di reintrodurre cellule tumorali. 2) rischi: rischio di sanguinamento ; rischio trombo embolico; ridotto rischio di iperstimolazione ovarica perché non si effettua transfer embrionario e si utilizzano protocolli con antagonisti in cui l'ovulazione è indotta con agonisti del GnRH.
- b) Crioconservazione di Tessuto ovarico unica possibilità nelle pre-puberi; l'efficacia della crioconservazione di tessuto ovarico in termini di ripresa della funzione ovarica e ripristino della fertilità è stata provata, sebbene la tecnica sia tuttora sperimentale.

Le pazienti verranno inviate per quanto concerne l'ASLT04 a:

- Centro di Fisiopatologia della Riproduzione e PMA Prof. Revelli Ospedale S. Anna Via Ventimiglia 3, 10126 Torino Tel: Ambulatorio 011.3134411 (lunedì-venerdì, ore 10.30-15.00) - Laboratorio 011.3134228 Fax 011.3134120 E-mail: progettofertilisave@yahoo.it Sito: www.progettofertilisave.it

2.9 Valutazione tossicità tardive

Nel corso degli ultimi 40 anni le percentuali di guarigione sono notevolmente aumentate ma il concetto di "guarigione" fa riferimento alla guarigione dal tumore primitivo, indipendentemente da ogni eventuale rischio o presenza di alterazioni patologiche riferibili a tossicità tardiva delle cure. Con il passare del tempo la mortalità dovuta a recidiva o progressione della malattia oncologica tende a ridursi, mentre quella legata agli effetti tardivi del trattamento continua ad aumentare. Le neoplasie secondarie e i decessi per malattia cardiovascolare sono le più comuni cause di morte dei lungo sopravvissuti a un cancro. Sia la chemioterapia che la radioterapia possono essere responsabili di tossicità tardive

E' pertanto indispensabile disporre di tutte le informazioni relative alle pregresse terapie ed effettuare una **valutazione clinica a cadenza annuale** completata da esami laboratoristici e strumentali indicati sulla base delle pregresse terapie, dell'età del paziente al momento del trattamento antitumorale (maggiore rischio di tossicità per i pazienti trattati in età evolutiva o avanzata) e del quadro clinico al momento della visita.

E', inoltre, fondamentale **informare il paziente** dei rischi potenziali correlati alle pregresse terapie affinché acquisisca la necessaria **consapevolezza** volta a mantenere uno stile di vita sano e a correggere eventuali fattori di rischio modificabili.

I **late effects più frequenti e gravi** a cui fanno riferimento le presenti raccomandazioni riguardano: apparato cardiovascolare; sistema endocrino; apparato respiratorio; secondi tumori.

1. Apparato cardiovascolare

Per i pazienti "fuori terapia" da almeno 5 anni è raccomandato il follow-up con:

a) esame clinico a cadenza annuale; b) ECG ed Ecocardiogramma ogni 5 anni.

Nei pazienti che presentano un rischio cardiovascolare elevato (per terapia in età pediatrica o avanzata, dose cumulativa di antracicline >300 mg/mq, dose RT>30 Gy, trattamento RT associato a chemioterapia con antracicline, concomitante presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare) può essere raccomandata una cadenza più ravvicinata degli esami strumentali (2-3 anni);

Nei pazienti ad alto rischio per coronaropatia (RT>30 Gy, trattamento RT associato a chemioterapia con antracicline, concomitante presenza di fattori di rischio cardiovascolare classici) valutare esecuzione di test ergometrico 5-10 anni dopo il completamento della radioterapia (se età>30 anni), poi a cadenza quinquennale.

Il follow-up cardiologico dovrà essere proseguito indefinitamente.

La frequenza degli esami clinici e strumentali deve essere intensificata in gravidanza.

Va ricordata la cardiotossicità indiretta

- la dislipidemia aumenta il rischio cardiovascolare: indicata correzione per ridurre il rischio;
- la dislipidemia può essere sostenuta/aggravata da alterazioni ormonali, secondarie al trattamento;
- nei pazienti sottoposti a RT mediastinica è indicato il dosaggio lipidico (colesterolo tot/HDL, trigliceridi) a cadenza triennale, se in trattamento con statine ogni 3 anni nelle femmine e annuale nei maschi;
- il rischio di diabete è relativamente modesto: indicato controllo ogni 3 anni della glicemia a digiuno.

2.9.1 Tossicità tardive sistema endocrino

- Tiroide

Rischio di **ipotiroidismo primitivo** e carcinoma differenziato (vedi sez. secondi tumori). Il principale fattore di rischio è la RT sulla loggia tiroidea ed è direttamente correlato alla dose erogata, è più elevato nel sesso femminile e nei pazienti trattati in età avanzata. Può verificarsi anche dopo 20 anni dal trattamento RT.

E' indicato un monitoraggio mediante **TSH sierico** a 5 anni dalla fine del trattamento poi ogni 1- 2 anni.

E' indicata la correzione dell'ipotiroidismo subclinico considerato il maggiore rischio di Ca tiroideo.

- **Metabolismo lipidico e glicidico** (vedi raccomandazioni in apparato cardiovascolare).

- **Gonadi: Testicolo**

Alchilanti e RT sono i più dannosi, soprattutto sui tubuli seminiferi (• compromissione della spermatogenesi), mentre le cellule di Leydig sono più resistenti (• effetto sulla produzione di testosterone, meno frequente il deficit androgenico). Nel testicolo esiste un pool di staminali in grado di automantenersi che garantisce la spermatogenesi ed è in grado di differenziarsi e ripopolare i tubuli seminiferi dopo un danno alle cellule germinali in fase di differenziazione; l'azoospermia si verifica quando il trattamento antitumorale distrugge completamente il pool di staminali. Azoospermie transitorie con recupero entro 6-12 mesi si verificano dopo trattamenti CHT o RT anche a basse dosi.

Per monitorare il **deficit spermatogenico** (nei pazienti a rischio) è consigliato il dosaggio di FSH e inibina B ed l'esame del liquido seminale, da ripetere ogni 18-24 mesi fino a 5 anni dal termine delle terapie (improbabile recupero più tardivo). Per monitorare il **deficit androgenico** (nei pazienti a rischio) è consigliata la determinazione dei livelli di testosterone totale e LH all'inizio del follow-up, poi su spunto clinico (vedi anche sezione sulla fertilità).

- **Gonadi: Ovaio**

Alchilanti e RT sono i più dannosi, in questo caso sia su cellule steroidogenetiche che su ovociti (• compromissione sia della secrezione ormonale che della fertilità); i trattamenti danneggiano i follicoli ovarici e ne accelerano il declino: il rischio di insufficienza ovarica acuta è perciò correlato con l'età della paziente al trattamento.

Nelle pazienti a rischio di **ipogonadismo primitivo** si consiglia la valutazione del calendario mestruale e determinazione di FSH, LH, 17betaestradiolo, AMH (in III giornata se la paziente mestrui). Si raccomanda che le pazienti ipogonadiche a rischio di Ca mammario a cui viene prescritta terapia estrogenica sostitutiva aderiscano rigorosamente al programma di screening senologico. Nelle stesse pazienti prendere in considerazione metodi contraccettivi alternativi all'EP. (vedi anche sezione sulla fertilità).

2.9.2 Tossicità tardive Apparato respiratorio

Principale fattore di rischio è la **RT toracica** che con un meccanismo collegato alla flogosi induce una fase fibrosante tardiva.

In genere è più significativa a fine trattamento, con successivo parziale recupero ma difficile restitutio ad integrum.

Si evidenzia riduzione della capacità polmonare totale (TLC) e soprattutto della diffusione del monossido di carbonio (DLCO) correlata alla fibrosi interstiziale.

Il trattamento **CHT con bleomicina, ciclofosfamide, gemcitabina** l'Ab monoclonale anti-CD30 Brentuximab e i nuovi check-point inhibitors quali il Nivolumab, possono causare fibrosi/edema interstiziale, in genere almeno parzialmente reversibile al termine del trattamento. **Il fumo influenza negativamente la capacità di recupero funzionale.**

Per il follow-up si consiglia:

- **spirometria con TLC e DLCO** a 5 anni dalla fine del trattamento per i pazienti sottoposti a RT che abbia coinvolto il polmone e/o trattati con bleomicina, gemcitabina, ciclofosfamide;
- se la spirometria è normale va ripetuta solo su indicazione clinica;
- se risulta alterata va ripetuta ogni 1-2 anni: in caso di stabilità in due controlli successivi ripetere l'esame solo su indicazione clinica, se peggioramento inviare il paziente a valutazione pneumologica.

2.9.3 Tossicità tardive secondi tumori

Il rischio di seconde neoplasie non pare ridursi nei pazienti trattati in periodi recenti (1989-2000) rispetto ai pazienti trattati in precedenza; la consapevolezza del maggior rischio di sviluppare seconde neoplasie rimane fondamentale per un adeguato monitoraggio.

a) Leucemie/mielodisplasie secondarie

- incidenza da 0.8 al 6.3% a 20 anni con una **mediana di comparsa a 3-5 anni** e una riduzione del rischio dopo la prima decade dalla fine delle terapie;
- i fattori di rischio sono l'esposizione ad alchilanti, topoisomerasi II, RT, età più avanzata al trattamento, mobilitazione cellule staminali con etoposide, condizionamento con TBI.

Consigliato screening mediante **emocromo** con formula a cadenza annuale fino a 10 anni dalla fine del trattamento, da intensificare in caso di anomalie.

b) Carcinoma della tiroide

- rappresentano circa il 10% dei secondi tumori che possono colpire i *cancer survivors*;
- per lo più carcinomi differenziati (DTC), ad istologia papillare;
- l'incidenza di tali neoplasie appare molto più elevata nei soggetti sottoposti a RT che abbia coinvolto la regione tiroidea, con tassi di incidenza standardizzata che vanno fra 5,4 al 69,2, a seconda della dose di RT ricevuta e dalla tipologia degli studi presi in considerazione;
- la latenza fra la diagnosi di tumore e l'insorgenza del DTC, varia fra 4,2 e 38 anni circa. La maggior parte degli studi individua un picco di incidenza fra i 10 e i 20 anni dalla diagnosi oncologica;
- il rischio di carcinoma tiroideo aumenta con il diminuire dell'età alla radioterapia;
- il rischio aumenta in modo lineare fino alla dose di 20-25 Gy, poi si riduce (ed aumenta quello di ipotiroidismo).

Il follow-up va proseguito a vita: è consigliato l'esame clinico con palpazione della tiroide a cadenza annuale e il controllo ecografico ogni 3 anni, se negativo per patologia nodulare, o annuale o più ravvicinato se presenza di nodi.

c) Carcinoma mammario

La radioterapia toracica rappresenta il principale fattore di rischio, soprattutto se effettuata in età compresa fra i 10 e 20 anni.

Nelle pazienti trattate con RT toracica, dopo 25–30 anni l'incidenza cumulativa di carcinoma mammario varia fra il 12 e il 26%, rischio che è paragonabile a quello che presentano i soggetti portatori di mutazioni germinali a carico dei geni *BRCA1* o *BRCA2*. La latenza mediana fra diagnosi oncologica e secondo tumore mammario varia fra 6.7 e 39 anni.

Vi è una relazione lineare fra dose di radioterapia toracica ricevuta e rischio di carcinoma mammario, "higher the dose, higher the risk", con rischio più elevato per i pazienti che hanno ricevuto dosi >20 Gy). Studi recenti hanno tuttavia evidenziato rischi elevati anche per pazienti trattati con dosi inferiori. Le nuove evidenze indicano una riduzione del rischio con riduzione del volume di tessuto mammario irradiato (nuove tecniche RT). Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta 2017 9

E' necessario un **programma di monitoraggio personalizzato** per tutti i soggetti a rischio ed è fondamentale inoltre accrescere la **consapevolezza delle pazienti** ed istruirle all'autopalpazione e a rivolgersi al medico in caso di sospetto.

Devono essere avviate al protocollo di sorveglianza le pazienti che soddisfano entrambi i seguenti requisiti:

- 1) pregressa RT che abbia coinvolto la regione mammaria effettuata in età <30 anni;
- 2) intervallo di tempo ≥ 8 anni dal completamento della radioterapia.

E' raccomandata la **visita clinica annuale** per pazienti <25 anni, ogni 6-12 mesi dai 25 anni in poi.

Diagnostica per immagini

- nessuna per pazienti <25 anni asintomatiche;

- età >25 anni (se almeno 8 anni dal termine della RT) mammografia annuale + eco mammaria + RMN;

- quando possibile fino ai 35 anni preferire RMN mammaria per evitare ulteriori esposizioni a radiazioni;

- **per le donne sottoposte a RT che abbia coinvolto la regione mammaria ad età >30 anni** non è previsto un protocollo di sorveglianza specifico. Queste pazienti devono essere **comunque invitate a seguire attentamente i programmi di screening raccomandati per la popolazione generale.**

Per quanto riguarda la durata del protocollo di screening, le evidenze oggi disponibili dimostrano che l'aumento del rischio persiste almeno sino all'età di 50 anni; per età >50 anni, le evidenze sono meno consistenti, ma l'età a cui interrompere il monitoraggio rimane non definita nella maggioranza delle linee guida attualmente disponibili.

d) **Tumori cutanei**

Sono da considerare a rischio tutti i soggetti precedentemente esposti a radioterapia, relativamente alle sedi irradiate.

La maggior parte dei casi sono **basaliomi** (basso rischio), ma il loro riscontro correla con un aumentato rischio di sviluppare altri tumori.

Nei pazienti a rischio è consigliato **esame dermatologico annuale.**

e) **Tumori polmonari**

Aumento del rischio di circa 7 volte la popolazione generale, con prognosi peggiore.

A rischio i pazienti irradiati al torace (soprattutto > 30 Gy) e trattati con alchilanti (dose-dip).

Il **fumo amplifica il rischio** per cui è mandatorio promuovere cessazione del tabagismo.

Non vi sono metodiche di screening efficaci e quindi non è indicato uno specifico follow-up radiologico. Durante la visita non sottovalutare segni e sintomi che possano essere espressione di neoplasia polmonare.

f) **Tumori gastroenterici**

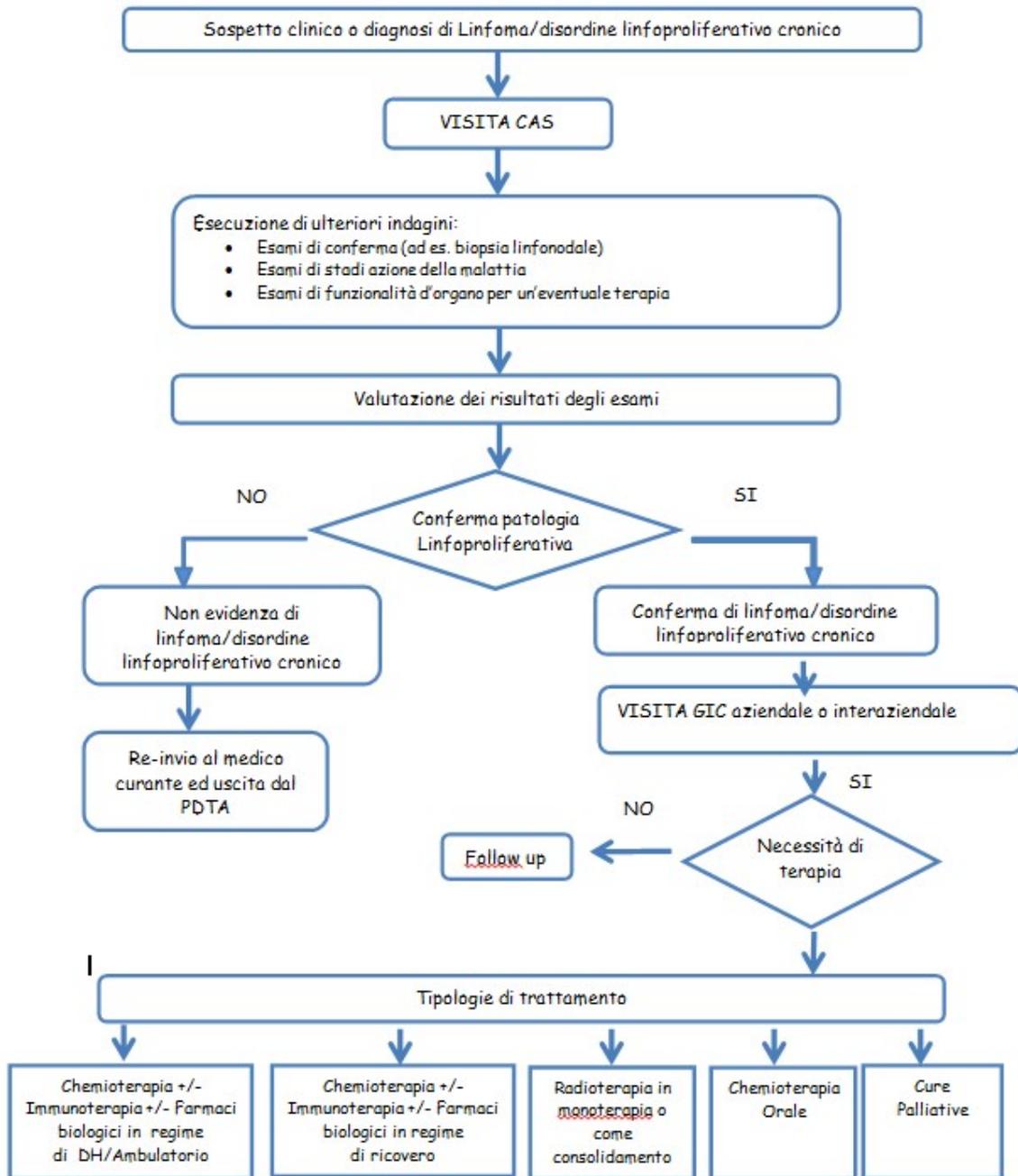
Numerosi studi indicano un aumento del rischio di neoplasie del tratto gastroenterico nei pazienti trattati per linfoma; i fattori associati sono la RT addominale, la procarbazine, dacarbazine e derivati del platino.

Per i tumori di **esofago, stomaco e pancreas** non vi sono metodiche di screening efficaci e non è indicato pertanto uno specifico follow-up. Durante la visita non sottovalutare segni e sintomi che possano essere espressione di neoplasia polmonare.

Per il **carcinoma del colon-retto** (aumento di 4.5 volte il rischio negli irradiati all'addome e la procarbazine sembra potenziare il rischio) è indicata **colonscopia ogni 5 anni**, iniziando 10 anni dopo il completamento della RT ma non prima dei 40 anni per i pazienti che hanno ricevuto RT>30 Gy in sede addominale (paraaortica, Splenica, epatica, e pelvica; per pazienti irradiati prima degli anni '90 considerare anche trattamenti a "campi estesi" come mantellina estesa, Y rovesciata, irradiazione linfonodale totale o subtotale).

Per i pazienti che hanno ricevuto dosi inferiori di RT è indicata aderenza alle procedure di screening del Ca colonretto consigliate per la popolazione generale (RSO 3 campioni annuale e rettosigmoidoscopia ogni 5 anni, dai 50 anni).

2. DIAGRAMMI DI FLUSSO Sindromi linfoproliferative



3. Indicatori di monitoraggio Sindromi linfoproliferative proposti dalla Rete oncologica

Codice indicatore 21.3

Denominazione	Percentuale di pazienti sottoposti ad ecocardiografia e valutazione cardiologica rispetto ai pazienti sottoposti a chemioterapia e/o radioterapia a rischio di cardi tossicità
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Pazienti con diagnosi di linfoma (cod. ICD9-CM da 200 a 202) per i quali risulta erogata nel periodo in esame ≥ 1 prestazione chemioterapica oppure ≥ 1 radioterapica a rischio di cardi tossicità, in qualunque regime di cura (degenza ordinaria, day hospital, regime ambulatoriale).
Numeratore	N° pazienti che risultano aver effettuato una Prima visita cardiologica (cod.897.01) oppure una Visita cardiologica di controllo (cod. 8901.02) oppure un'Ecocardiografia (cod. 88.72.6) nei 30 giorni precedenti la data di erogazione del trattamento radioterapico/chemioterapico
Denominatore	N° pazienti con diagnosi di linfoma (cod. ICD9-CM da 200 a 202) per i quali risulta erogata nel periodo in esame ≥ 1 prestazione chemioterapica oppure ≥ 1 radioterapica a rischio di cardi tossicità, in qualunque regime di cura (degenza ordinaria, day hospital, regime ambulatoriale).
Criteri di esclusione	Pazienti residenti fuori Regione Pazienti sottoposti a trattamenti chemio e/o radioterapici non considerati a rischio di cardi tossicità
Valori di confronto	da definire
Fonte informativa	Flusso SDO (ricoveri); flusso C (ambulatoriale)

Codice indicatore 21.3

Denominazione	Percentuale di pazienti con linfoma a istologia aggressiva ed età ≥ 65 anni valutati con score geriatrico multidimensionale
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Pazienti con diagnosi di linfoma ad istologia aggressiva di età ≥ 65 anni. Sono considerate aggressive le seguenti diagnosi istologiche di linfoma: o linfoma a grandi cellule B (cod. ICD9-CM 202.8); o linfoma B diffuso (cod. ICD9-CM 202.8); o linfoma mantellare (cod. ICD9-CM 202.8); o linfoma di Burkitt (cod. ICD9-CM 200.2).
Numeratore	N° pazienti, inclusi nel denominatore, per i quali risulta documentata una valutazione al basale con score geriatrico multidimensionale.
Denominatore	N° pazienti con diagnosi di linfoma aggressivo che, nel periodo in esame, risultano avere età ≥ 65 anni
Criteri di esclusione	Pazienti residenti fuori Regione
Valori di confronto	da definire
Fonte informativa	Pazienti con linfoma istologicamente aggressivo per i quali è documentato lo score geriatrico al basale: Dossier del paziente disponibile presso il CAS (cartaceo, informatizzato)

Denominazione	Tempo intercorso in pazienti affetti da disordini linfoproliferativi fra visita CAS e visita GIC
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Tutti i pazienti affetti da linfoma i
Minuendo	Data dell'esecuzione della visita GIC
Sottraendo	Data di esecuzione della visita CAS

Criteri di esclusione	Pazienti residenti fuori regione
Valori di confronto	28 giorni in almeno il 90% dei pazienti affetti da linfoma
Fonte informativa	Banca dati SDO, atto operatorio, refertazione di anatomia patologica

4. Indicatori di struttura

INDICATORI DI STRUTTURA	Cod.	Descrizione
1) presenza del servizio di citofluorimetria, citogenetica (se non presente in sede, documentazione scritta dell'accessibilità presso le strutture dotate dei requisiti richiesti, con indicazione delle modalità e dei tempi di accesso)	21.1	Citofluorimetria e citogenetica non presente in Azienda Presente convezione con la Città della Scienza e della Salute per tale procedura come da delibera n 0748 del 16/9/2017 e 0850 del 21 dicembre 2014, come previsto da PDTA specifico aziendale, interaziendale e metropolitano; inoltre come previsto dalla Regione Piemonte per il flusso di esami di laboratorio di tutti gli esami di laboratorio di II livello dal 1/2017 è previsto specifico percorso di tali esami che devono essere eseguiti presso i centri HUB identificati: per l'ASLTO4 il centro HUB è rappresentato dalla Città della Scienza e della Salute di Torino; il tempo di attesa per l'esecuzione per la citofluorimetria, citogenetica e biologia molecolare è di circa 3 gg per la prenotazione
2) presenza della PET (se non presente in sede protocollo scritto per il percorso predefinito di accesso ad un servizio di riferimento con la definizione dei tempi)	21.2	La ns ASLTO4 non dispone di servizio PET: è presente convenzione a) con la Medicina Nucleare servizio PET della Città della Scienza e della Salute come da delibera 0991 del 5 ottobre 2016; tempo di attesa 7 giorni b) con IRMET SpA – Torino come da delibera 0103 del 9 febbraio 2017; tempo di attesa 3 giorni

5. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Staging and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification”, Cheson et. al. JCO 2014.
- WHO Classification of Tumours of the Haematopoietic and Lymphoid Tissues Campo E. et al. American Society of Hematology 2008.
- Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Tilly H. et al. Ann Oncol (2015) 26 (suppl 5): v116-v125.
- Newly diagnosed and relapsed mantle cell lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up: Dreyling M et al. Ann Oncol (2014) 25 (suppl 3): iii83-iii92.
- Peripheral T-cell lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up D’Amore F. et al. Ann Oncol (2015) 26 (suppl 5): v108-v115.
- Chronic lymphocytic leukemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Eichhorst B. et al. Ann Oncol 2015; 26:78-84.
- Hairy cell leukaemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up Robak.T. et al Ann Oncol (2015) 26 (suppl 5): v100-v107.
- [Newly diagnosed and relapsed follicular lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.](#) Dreyling M, et al. Ann Oncol. 2014 Sep;25 Suppl 3:iii76-82
- [Extranodal diffuse large B-cell lymphoma \(DLBCL\) and primary mediastinal B-cell lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.](#) Vitolo U et al. Ann Oncol. 2016 Jul 4.
- [Diffuse Large B-Cell Lymphoma Version 1.2016.](#) Zelenetz AD, et al J Natl Compr Canc Netw. 2016 Feb;14(2):196-231.
- Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF et al. Recommendations for initial Evaluation, Staging, and response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: the Lugano Classification. J Clin Onc 2014;32:3059-67.
- Barrington SF, Mikhaeel NG, Kostakoglu L et al. Role of Imaging in the Staging and Response Assessment of Lymphoma: Consensus of the International Conference on Malignant Lymphomas Imaging Working Group. J Clin Oncol 2014; 32:3048-58
- Tilly H, Gomes da Silva M, Vitolo U, et al. Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2015; 26: 116-125
- Dreyling D, Ghielmini M, Marcus R, Salles G, Vitolo U, Ladetto M. Newly diagnosed and relapsed follicular lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2014;25 (suppl. 3):iii76-iii82
- DGR Piemonte 51 -2485 del 23/11/2015
- <http://www.reteoncologica.it/>

6. Piano di miglioramento, valutazioni in itinere

Il PDTA in oggetto è parte integrante del PDTA Regionale per le sindromi linfoproliferative e 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