



A.S.L. BI
Azienda Sanitaria Locale
di Biella



A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli



REGIONE PIEMONTE

ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA / ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA
ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI / ASL VCO - ASL VERBANO CUSIO OSSOLA
A.O.U. "MAGGIORE DELLA CARITA" - NOVARA

PDTA NEURO - ONCOLOGICI - ACCORDI HUB & SPOKE DI AREA AIC3

SOMMARIO

SOMMARIO	1
GESTIONE DEL DOCUMENTO	3
RESPONSABILITÀ.....	3
REFERENTE PERCORSO CLINICO	3
REDAZIONE - GdL AIC 3 "NEURO - ONCOLOGICO".....	3
VERIFICA	4
VALIDAZIONE	5
COORDINAMENTO MULTIDISCIPLINARE	5
REVISIONE DEL DOCUMENTO.....	5
DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	5
GIC REGOLAMENTO.....	6
CONTESTO EPIDEMIOLOGICO, CLINICO E SERVIZI DISPONIBILI.....	7
NOTA 1 - CENTRO HUB	7
NEOPLASIE DI PERTINENZA DEL GIC HUB AOU	9
LESIONI GLIALI DI ALTO GRADO	10
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO.....	11
NOTA 1.1 - DIAGNOSTICA DI NEUROIMAGING	11
NOTA 1.2 - REFERTAZIONE ESAMI	12
NOTA 1.3 - RACCORDI HUB - SPOKE.....	13
DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI.....	14
NOTA 2.1- VALUTAZIONE CHIRURGICA	14
NOTA 2.2 - AWAKE SURGERY	15
NOTA 2.3 - RM POST OPERATORIA A 24 - 48 ORE.....	15
NOTA 2.4 - DIAGNOSI ISTOLOGICA E MARKERS MOLECOLARI	15
NOTA 2.5 - RADIOTERAPIA	16
NOTA 2.6 - RADIO CHEMIOTERAPIA.....	16
NOTA 2.7 - CHEMIOTERAPIA	16
LESIONE GLIALE DI BASSO GRADO	17
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO.....	17
NOTA 1.1 - SINTOMATOLOGIA.....	17
DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI.....	18
LESIONI GLIALI - FOLLOW UP.....	19
MENINGIOMA.....	20
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO.....	20
DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI.....	20
NOTA 2.1 - DISCUSSIONE GIC.....	20
MENINGIOMA FOLLOW UP	20

AIC 3	PDTA GIC NEURO ONCOLOGICI
ALTRE PROCEDURE CORRELATE AL FOLLOW UP.....	21
PALLIAZIONE.....	21
NOTA 1.1 - CURE PALLIATIVE.....	21
INDICATORI	22
CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO.....	22
ALLEGATI.....	22

VALIDATO

GESTIONE DEL DOCUMENTO**RESPONSABILITÀ****REFERENTE PERCORSO CLINICO**

Titolo	Generalità	Ruolo	Sede	Firma
dr.ssa	Laura MASINI	Dir. Med Radioterapia Oncologica Coordinatore GIC AOU	AOU No	F.to in originale

REDAZIONE - GdL AIC 3 "NEURO - ONCOLOGICO"

(nominativi comunicati dalle Direzioni Generali AIC3)

AOU/ASL	Disciplina	Titolo	Generalità
AOU	An Patologica	dr.ssa	Francesca MERCALLI
ASL BI	An Patologica	dr.ssa	Alice GIACOBINO
ASL NO	An Patologica	dr.	Stefano VALENTINI
ASL VC	An Patologica	dr.ssa	Paola MIGLIORA
AOU	Endocrinologia	dr.	Ioannis KARAMOUZIS
AOU	Neurochirurgia	dr.	Piergiorgio CAR
AOU	Neurochirurgia	dr.	Andrea BIANCO
AOU	Neurochirurgia	dr.ssa	Sara FORGNONE
AOU	Neurochirurgia	dr.	Riccardo FORNARO
AOU	Neurologia	dr.	Paolo PRANDI
AOU	Oncologia	dr.	Andrea Pietro SPONGHINI
AOU	Oncologia	dr.	David RONDONOTTI
ASL BI	Oncologia	dr.ssa	Alice GIACOBINO
ASL BI	Oncologia	dr.ssa	Sabrina BUCCI
ASL VCO	Oncologia	dr.ssa	Paola FEDELI
AOU	Radiologia SS Neuroradiologia	dr.	Alessandro STECCO
AOU	Radiologia	dr.ssa	Elena MIGAZZO
ASL VC	Radiologia	dr.ssa	Federica MARINI
AOU	Radioterapia	dr.ssa	Laura MASINI
AOU	Radioterapia	dr.ssa	Rachele GRASSO
AOU	Ref Infermier.	CPSI	Patrizia BAGNATI
ASL BI	Ref Infermier.	CPSE	Gabriella MOZZONE
ASL NO	Ref Infermier	CPSI	Monica BACCHETTA
ASL VC	Ref Infermier.	CPSE	Cristina SICILIANO
ASL VCO	Ref Infermier.	CPSE	Franca SAVIA

VERIFICA

(Direttori SSCC /Responsabili SS/SSvD)

Struttura	Ruolo	Titolo	Generalità
AOU	Direttore SC An. Patologica	prof.	Renzo Luciano BOLDORINI
ASL BI	Direttore ff SC An. Patologica	dr.	Daniele LISCIA
ASL NO	Direttore SC An. Patologica	dr.ssa	Silvia CRISTINA
ASL VC	Direttore SC An. Patologica	prof.	Guido VALENTE
ASL VCO	Direttore SC An. Patologica	dr.ssa	Anna Maria FOSCOLO
AOU	Direttore SC Cure Palliative	dr.ssa	Elvira CATANIA
ASL NO	Direttore SC Cure Palliative	dr.ssa	Sandra GRAZIOLI
ASL VC	Respons. SS Cure Palliative	dr.ssa	Alessandra GALETTO
ASL VCO	Direttore SC Cure Palliative	dr.ssa	Maria Adelaide MELLANO
AOU	Direttore SC Endocrinologia	prof.	Gianluca AIMARETTI
AOU	Direttore SC Med. Nucleare	dr.	Gian Mauro SACCHETTI
AOU	Direttore SC NCH	dr.	Gabriele PANZARASA
AOU	Direttore Neurologia	prof.	Roberto CANTELLO
ASL BI	Direttore Neurologia	dr.	Graziano GUSMAROLI
ASL NO	Direttore Neurologia	dr.ssa	Laura GODI
ASL VC	Direttore Neurologia	dr.	Franco COPPO
ASL VCO	Direttore ff Neurologia	dr.ssa	Patrizia JULITA
AOU	Direttore ff SC Oncologia	prof.	Marco KRENGLI
ASL BI	Direttore SC Oncologia	dr.	Mario Alberto CLERICO
ASL NO	Direttore SC Oncologia e Resp. CAS	dr.ssa	Incoronata ROMANIELLO
ASL VC	Direttore SC Oncologia	dr.ssa	Elvira DE MARINO
ASL VCO	Direttore SC Oncologia e Resp. CAS	dr.	Mario FRANCHINI
AOU	Direttore SC Radiodiagnostica	prof.	Alessandro CARRIERO
ASL BI	Direttore SC Radiodiagnostica	dr.	Stefano DEBERNARDI
ASL NO	Direttore SC Radiodiagnostica	dr.	Giuseppe SESSA
ASL VC	Direttore SC Radiodiagnostica	dr.	Fabio MELCHIORRE
ASL VCO	Direttore SC Radiodiagnostica	dr.	Attilio GUAZZONI
AOU	Direttore SC Radioterapia Oncologica	prof.	Marco KRENGLI
ASL BI	Direttore SC Radioterapia	dr.	Gregorio MORO
ASL VCO	Direttore SC Radioterapia	dr.	Andrea BALLARÈ
AOU	Responsabile Inf. CAS	CPSE	Carla RIGO
ASL BI	Responsabile CAS	dr.	Pietro SOZZI
ASL VC	Responsabile CAS	dr.	Domenico MANACHINO

VALIDAZIONE

Struttura	Ruolo	Titolo	Generalità	Firma
AOU Novara	Commissario	Dr.	Mario MINOLA	F.to in originale
AOU Novara	Direttore Sanitario	Dr.	Roberto SACCO	F.to in originale
AOU Novara	Direttore Sanitario di Presidio	Dr.	Andrea CAPPONI	F.to in originale
AOU Novara	Direttore DlpSA /SITRA	Dott.ssa	Cristina TORGANO	F.to in originale
ASL Biella	Direttore Generale	Dr.	Gianni BONELLI	F.to in originale
ASL Biella	Direttore Sanitario	Dr.	Angelo PENNA	F.to in originale
ASL Biella	Direttore Sanitario ff di Presidio	Dr.	Francesco D'ALOIA	F.to in originale
ASL Biella	Direttore DlpSA /SITRA	Dott.ssa	Antonella CROSO	F.to in originale
ASL Novara	Direttore Generale	Dr.	Adriano GIACOLETTO	F.to in originale
ASL Novara	Direttore Sanitario	Dr.ssa	Arabella FONTANA	F.to in originale
ASL Novara	Direttore Sanitario di Presidio	Dr.ssa	Daniela KOZEL	F.to in originale
ASL Novara	Direttore DlpSA /SITRA	Dott.ssa	Marinella ALBERGANTE	F.to in originale
ASL Vercelli	Direttore Generale ASL Vercelli	Dr.ssa	Chiara SERPIERI	F.to in originale
ASL Vercelli	Direttore Sanitario ASL VC	Dr.	Arturo PASQUALUCCI	F.to in originale
ASL Vercelli	Direttore Sanitario di Presidio	Dr.ssa	Emanuela PASTORELLI	F.to in originale
ASL Vercelli	Direttore ff SITROP	Dott.ssa	Lidia CARNEVALE	F.to in originale
ASL VCO	Direttore Generale	Dr.	Giovanni CARUSO	F.to in originale
ASL VCO	Direttore Sanitario	Dr.	Antonino TRIMARCHI	F.to in originale
ASL VCO	Direttore Sanitario di Presidio	Dr.	Francesco GARUFI	F.to in originale
ASL VCO	Direttore DlpSA /SITRA	Dott.	Marcello SENESTRARO	F.to in originale
Dip. R.O. Piemonte e Valle d'Aosta	Direttore	Dr.	Oscar BERTETTO	

COORDINAMENTO MULTIDISCIPLINARE

Titolo	Generalità	Ruolo	Firma
Dr.ssa	Donatella CHIARINOTTI	AOU Novara - DSPO, Responsabile SS VRQ Referente AOU NO per la ROP	F.to in originale

REVISIONE DEL DOCUMENTO

Data di approvazione	18/12/2017
Periodicità di revisione	Annuale
Data prossima revisione	31/12/2018 In fase di revisione, sino a sostituzione con la versione aggiornata, resta valido il presente documento.

Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il Documento è integralmente diffuso ai Direttori, Referenti Qualità e CPSE delle strutture interessate.

E' loro responsabilità garantire l'applicazione dei contenuti e sorvegliare la congruenza dei comportamenti clinici dei singoli operatori.

Copia ufficiale (pdf non modificabile) è pubblicata sui siti:

- AOU Novara: sito Extranet (www.maggioreosp.novara.it) e intranet aziendale (Standard Aziendali)
- ASL Novara: sito Extranet (www.asl.novara.it)
- ASL Biella: sito Extranet (www.aslbi.piemonte.it)
- ASL VC: sito Extranet (www.aslvc.piemonte.it)
- ASL VCO: sito Extranet (www.aslvco.it)

Copia cartacea firmata è archiviata presso:

- SC Direzione Sanitaria - SS VRQ AOU "Maggiore della Carità" - Novara
- SC Direzione Sanitaria - ASL Novara
- SC Direzione Sanitaria - ASL Biella
- SC Direzione Sanitaria - ASL VC
- SC Direzione Sanitaria - ASL VCO

GIC REGOLAMENTO

Coordinatore	Laura Masini, SCU Radioterapia Oncologica , mail: laura.masini@maggioreosp.novara.it
Segreteria	AOU Novara: Segreteria SCU Radioterapia Oncologica 0321 3733 129 mail: radioterapia.segre@maggioreosp.novara.it
Sede dell'incontro	GIC AOU Novara - Sala GIC (è prevista la possibilità che i componenti delle ASL AIC 3 partecipino in Videoconferenza)
Periodicità dell'incontro e orario	AOU Novara - ogni Lunedì (non festivo) dalle ore 14,30 (cadenza quindicinale, come da planner pubblicato sul sito internet AOU Novara. http://www.maggioreosp.novara.it/site/home/lospedale-maggiore/area-di-quadrante/planner-riunioni-gic-aziendali.html
Modalità di refertazione	AOU Novara: Verbale informatizzato, come da format aziendale, stampa dopo validazione, firma del cartaceo e archiviazione informatica su applicativi aziendale OKDH Scheda cartacea firmata dai diversi referenti di patologia presenti all'incontro e archiviata in apposito raccoglitore ubicato nello studio del coordinatore GIC, accessibile per la consultazione da parte dei diversi referenti che ne richiedano la visione.
Descrizione sintetica del funzionamento	<p>GIC postoperatorio: Tranne che per le neoplasie gliali di stadio WHO I, vengono discussi i casi operati con diagnosi istologica di neoplasia, per la definizione del successivo iter terapeutico e presa in carico da parte di uno specialista del GIC; nel preoperatorio vengono discussi casi particolari in cui l'approccio chirurgico non è l'opzione di prima scelta.</p> <p>Il GIC si riunisce con cadenza quindicinale. Alle varie riunioni, convocate a mezzo di posta elettronica dal Responsabile GIC o suo delegato, vengono invitati i referenti di disciplina o eventuali specialisti utili alla discussione del caso clinico.</p> <p>I singoli casi vengono presentati al GIC e discussi durante l'incontro.</p> <p>Al termine di ogni singolo caso clinico viene completata la scheda GIC di presentazione del caso, con la proposta terapeutica condivisa. Tale verbale viene quindi stampato e fatto firmare dai presenti.</p> <p>Al termine della riunione ogni singola scheda GIC firmata, viene raccolta dal coordinatore GIC e archiviata in un apposito raccoglitore.</p> <p>Il referto GIC risulta quindi visibile attraverso il software OKDH condiviso da tutti i referenti, tramite password, che in ogni momento vi possono accedere e stampare il referto da allegare in cartella clinica o da consegnare al paziente qualora ne venga fatta la richiesta.</p> <p>La comunicazione al paziente dell'esito discussione GIC è demandata allo specialista di riferimento (chirurgo/oncologo/radioterapista ecc) che proseguirà l'iter del paziente come da indicazione GIC.</p> <p>Qualora il trattamento del paziente preveda, come primo passaggio, un intervento chirurgico, la programmazione del ricovero è in carico alla SC Neurochirurgica.</p> <p>Diversamente, qualora sia previsto un trattamento oncologico e/o radioterapico, lo specialista di riferimento deve provvedere a prenotare un appuntamento presso la struttura interessata (tramite emissione DEM).</p> <p>La registrazione dell'avvenuta prestazione della visita GIC avviene attraverso il supporto informatico, solo quando risulti effettuata visita CAS e il paziente disponga già dell'esenzione 048/048T</p> <p>I pazienti da discutere in ambito interdisciplinare vengono proposti al coordinatore per quesiti complessi in merito all'iter diagnostico-terapeutico.</p> <p>Lo Specialista che intende portare il caso alla discussione compila la scheda di valutazione</p>

	<p>GIC (rif. allegato AIC3_NCH_Mo_Valutazione_GIC) o direttamente sull'applicativo aziendale OKDH o in formato word da inviare al Coordinatore GIC.</p> <p>Lo staff del coordinatore verifica l'esistenza di informazioni anamnestiche e clinico-strumentali (<u>incluso imaging</u>) sufficienti alla discussione, inserisce la scheda in OKDH (se non precedentemente inserita) predisporre l'ordine del giorno della riunione GIC che ha cadenza quindicinale.</p> <p>Procedure diagnostico-terapeutiche vengono decise e calendarizzate in sede GIC (vedi sotto: programmazione diretta).</p> <p>I casi sono portati in discussione GIC dallo Specialista CAS che per primo è venuto in contatto con il paziente.</p> <p>Presso AOU Novara è disponibile un applicativo dedicato specificatamente ai pazienti Oncologici (OKDH) cui hanno accesso unicamente operatori abilitati (con ID e password) che condividono, pertanto, tutte le informazioni ivi contenute.</p> <p>In OKDH è presente inoltre apposita agenda di "prenotazione" dei casi da discutere collegialmente, suddivisa per GIC e alimentata dagli stessi specialisti CAS/GIC che hanno peraltro il compito di precompilare la scheda per la presentazione del caso al GIC e di verificare che sia stata eseguita preventivamente una visita CAS e ottenuta l'esenzione 048/ 048T.</p> <p>La scheda contiene campi chiave di compilazione, elaborati secondo il format aziendale GIC dedicato.</p> <p>La scheda, completata in sede di discussione con la proposta terapeutica condivisa, viene validata informaticamente. Il verbale viene stampato e firmato da tutti i componenti presenti.</p> <p>Per AOU Novara la validazione attiva la trasmissione dell'impegnativa dematerializzata comprendente la prestazione 8907.1 - "valutazione multidisciplinare".</p> <p>Non è possibile generare la dematerializzata senza tale passaggio.</p> <p>Copia cartacea firmata è archiviata a cura del Coordinatore GIC.</p> <p>La comunicazione al paziente dell'esito della discussione GIC è demandata allo specialista CAS di riferimento (chirurgo/oncologo/radioterapista, ecc) che proporrà l'iter come da indicazione GIC.</p> <p>In base alle decisioni assunte lo Specialista che dovrà, nel passaggio successivo, prendere in carico il paziente provvede a programmare un appuntamento di prima visita specialistica presso la struttura interessata. Qualora il trattamento preveda un intervento chirurgico come passaggio successivo, a fine riunione il chirurgo provvede all'inserimento in lista operatoria; lo stesso avrà il compito di cancellare il nominativo qualora il paziente, durante il colloquio, non aderisca alla programma proposto e decida di rivolgersi ad altra struttura. A fine colloquio viene consegnata al paziente una lettera (indirizzata al curante) in cui è riportato un sunto delle riunioni collegiale con le decisioni /proposte terapeutiche assunte. Attraverso il software gestionale (OKDH) il referto GIC risulta visibile a tutti gli operatori della struttura ospedaliera (medico infermieristici) coinvolti, può essere stampato e allegato alla documentazione clinica e/o consegnato al paziente, qualora ne venga fatta la richiesta.</p> <p>Come da procedura aziendale, possono accedere agli specifici GIC unicamente gli operatori abilitati.</p>
Descrizione del percorso assistenziale	<p>La presa in carico assistenziale del paziente/famiglia avviene attraverso un incontro programmato (visita CAS infermieristica)</p> <p>Il medico segnala il nominativo dell'assistito all'infermiere, nel caso questi non possa, per motivi organizzativi, partecipare direttamente alle riunioni. L'infermiere CAS compila la documentazione informatizzata (per AOU: OKDH) facendosi carico delle eventuali difficoltà logistiche, eventualmente comunicando con le colleghe del CAS centrale.</p> <p>La prima valutazione infermieristica deve prendere in considerazione le problematiche assistenziali (psicosociali, presenza di fragilità, presenza/necessità CVC, valutazioni geriatriche, problematiche specifiche). Sull'applicativo aziendale, in area dedicata sono presenti schede di valutazione infermieristica CAS (elaborate secondo i dettami proposti dalla ROP- Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta) che devono essere compilate da personale formato, in ambiente dedicato, validate informaticamente (ID e password) e consultabili in ambito GIC.</p> <p>La presa in carico delle problematiche del contesto familiare avvengono durante la prima</p>

	<p>valutazione infermieristica CAS e successivamente condivise con lo Specialista di riferimento.</p> <p>Le schede sono aggiornabili ogni qualvolta venga ritenuto necessaria una rivalutazione, con mantenimento dello storico e possibilità di monitoraggio delle varie problematiche assistenziali, durante tutto il percorso di cura.</p> <p>La cartella infermieristica viene completata dei dati rispetto ad eventuali fragilità sociali e/o familiari e per eventuali problematiche le infermiere coinvolgono le colleghe del CAS centrale.</p>
--	--

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO, CLINICO E SERVIZI DISPONIBILI

Descrizione del bacino di utenza	Area AIC3 Piemonte nord est (ex quadrante)
Numero di abitanti del bacino di utenza	Area AIC 3 - ca. 1.000.000 di abitanti (dati 2015) Novara città - ab. 104.380 ASL NO - ab. 349.773 ASL BI - ab. 178.000 ASL VC - ab. 172.012 ASL VCO - ab. 170.655
distribuzione dei CAS nel bacino di utenza (AIC3)	CAS AOU - Novara CAS ASL BI (Biella) CAS ASL NO (Borgomanero) CAS ASL VC (Vercelli e Borgosesia) CAS ASL VCO (Verbania)
distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	AIC3: GIC HUB AOU Novara GIC SPOKE GIC ASL BI (Biella) GIC ASL NO (Borgomanero) GIC ASL VC (Vercelli e Borgosesia) GIC ASL VCO (Verbania) PDTA UNICO di area

NOTA 1 - CENTRO HUB

Con delibera 51- 2485 del 23/11/2015 la Regione Piemonte ha individuato l'AOU Novara come Centro di Riferimento (HUB) del quadrante Nord Est (area AIC3) per gli interventi chirurgici delle neoplasie del Sistema Nervoso Centrale (SNC). L'AOU Novara soddisfa i requisiti richiesti per una corretta pianificazione dell'inquadramento diagnostico-stadiativo e terapeutico chirurgico essendo presenti metodiche sia di diagnostica strumentale che di approccio chirurgico di Neurochirurgia, e successiva terapia intensiva - rianimatorio.

In un ottica di Centro Hub di riferimento per il trattamento chirurgico dei tumori del SNC i Centri periferici dovranno comunque inviare, tramite i consulenti Neurochirurghi, la documentazione completa diagnostico stadiativa del caso clinico da valutare. Qualora il GIC AOU Novara non dia indicazione al trattamento chirurgico in prima istanza, a seconda della strategia terapeutica stabilita, il caso sarà gestito da AOU Novara o reinviato al centro di appartenenza.

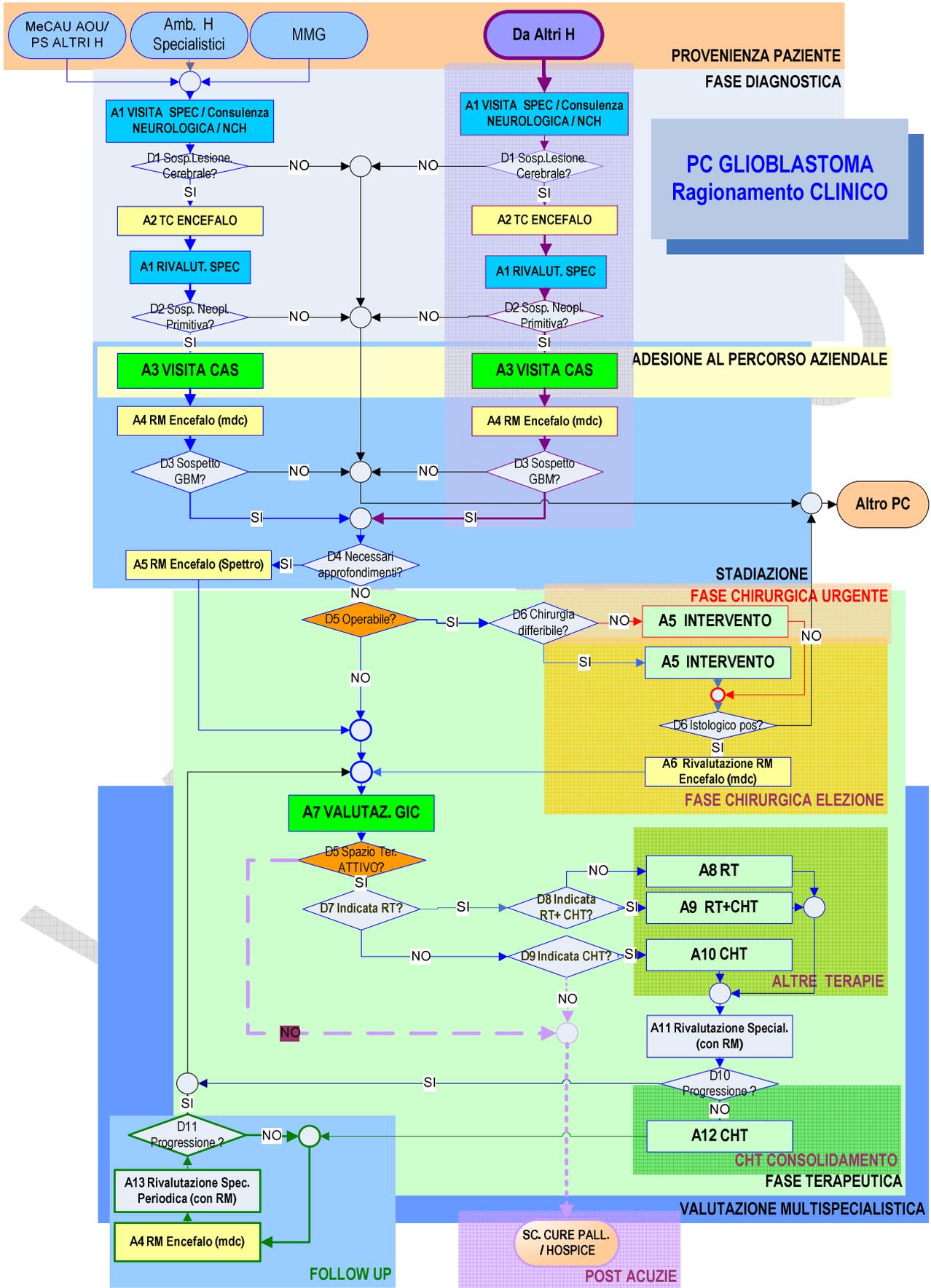
NEOPLASIE DI PERTINENZA DEL GIC HUB AOU

GLIOMI AD ALTO GRADO <ul style="list-style-type: none">✓ glioblastoma grado IV✓ astrocitoma anaplastico grado III✓ oligodendroglioma anaplastico grado III✓ oligoastrocitoma grado III
GLIOMI A BASSO GRADO <ul style="list-style-type: none">✓ astrocitoma diffuso grado II✓ oligodendroglioma grado II✓ oligoastrocitoma grado II
MENINGIOMA
TUMORI ENCEFALICI RARI
METASTASI ENCEFALICHE

VALIDATO

LESIONI GLIALI DI ALTO GRADO

GLIOBLASTOMA FLOW CHART



DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempistica di accesso
Sospetta lesione espansiva cerebrale: -cefalea mai sperimentata in passato o con caratteristiche atipiche per cefalea primaria; -crisi epilettiche in pz che non siano affetti da epilessia nota, - deficit neurologici focali -disturbi di coscienza	TC encefalo basale urgente Nota 1.1	Provenienza del pz: -DEA; -Ambulatori specialistici; -Reparti di altri ospedali del territorio: Vercelli, Biella, Verbania, Domodossola, Borgomanero, Borgosesia. Nota 1.3 Sede: Hub o Spoke Modalità prenotazione: AOU Novara: se il pz accede dal DEA prenotazione on line tramite applicativo aziendale; se pz ambulatoriale il pz viene indirizzato al DEA.	Tempi in relazione al rischio: alto = Classe U (entro 48 h) L'esame in urgenza è effettuato a tempo zero c/o la sede radiologica del pronto soccorso
Riscontro alla TC basale di lesione encefalica espansiva	RM encefalo senza e con m.d.c. in regime di ricovero (Neurochirurgia o Neurologia)- Nota 1.1 TC Encefalo con m.d.c. se controindicazioni a RM - in regime di ricovero (Neurochirurgia o Neurologia) - Nota 1.1 e Nota 1.3 EEG Angio TC Encefalo - su indicazione specialistica (NCH) in eventuale sostituzione di Angiografia	Sede: Hub o Spoke Modalità prenotazione: se pz ricoverato, prenotazione online tramite applicativo aziendale.	Se urgente entro 48 h Altrimenti entro 5-7 giorni
	Refertazione Esami Radiologici - Nota 1.2	Sede: Hub o Spoke	
	Discussione GIC pre intervento in casi complessi	Sede: AOU Novara	Entro 15 gg

NOTA 1.1 - DIAGNOSTICA DI NEUROIMAGING

Gli esami standard eseguiti in tutti i pazienti con neoplasia cerebrale sono:

- TC encefalo basale
- RM encefalica (gold standard diagnostico di I livello) comprendente le sequenze T1 basale, T1 con mdc, T2, T2-FLAIR. La perfusione, necessaria per una corretta stadiazione, è da eseguirsi sempre (centro Hub o Spoke).
- TC/RM midollare (con mdc) in caso di lesione vertebro-midollare.

In caso di pazienti impossibilitati a sottoporsi ad RM si esegue TC con mdc.

Ulteriori approfondimenti eseguibili nel centro HUB o nei centri Spoke eventualmente disponibili, solo su indicazione specialistica:

- Spettroscopia (che si propone di effettuare come esame di I livello in caso di sospetto glioma)
- RM Funzionale con task motori, linguaggio o visivi, per planning preoperatorio
- DTI con ricostruzioni fiber tracking per planning preoperatorio
- Angiografia cerebrale (eventualmente sostituibile con angio TC/RM)
- PET cerebrale
- Studio total body (TC con mdc, FDG-PET/TC, WB MRI)
- EEG

Tutti gli esami di approfondimento sono effettuabili presso l' AOU Maggiore della Carità.

Per la pianificazione pre-intraoperatoria, qualora indicata, è utilizzata la Neuronavigazione.

NOTA 1.2 - REFERTAZIONE ESAMI

In accordo con le direttive di Rete (ROP) il referto deve essere conforme al format di refertazione radiologica (Rif. allegato **AIC3_NCH_Format_Refertazione_Radiologica**).

La diagnostica di NEUROIMAGING 'può essere eseguita presso centri pubblici o privati convenzionati, purché nel rispetto delle seguenti indicazioni:

RM - TC: REQUISITI TECNICI DA RISPETTARE

L'esame può essere eseguito anche presso centri pubblici o privati convenzionati, purché eseguito nel rispetto delle seguenti indicazioni:

RM - GLIOMI- REQUISITI TECNICI DA RISPETTARE

(RM 1.5 o superiori)

Requisiti MINIMI

DWI – Diffusione , b=800 o 1000, + mappa ADC

Spin Echo T1w – Assiale

FLAIR – Assiale e Coronale (se disponibile, anche FLAIR 3D isotropica con ricostruzioni multiplanari – utile per neuronavigazione di tumori a basso grado)

Turbo Spin Echo T2 – Assiale

→ infusione di mezzo di contrasto (Gadolinio) – dose singola

3D (isotropica) GRE T1 dopo GAD, utile anche come neuronavigazione neurochirurgica

con ricostruzioni MPR nei tre piani,

una ricostruzione a gantry inclinato a 0° in chiave di possibile utilizzo per centratura radioterapica

Spin Echo T1w – Assiale dopo GAD

Requisiti OPZIONALI, ma CONSIGLIATI

sostituire FLAIR Assiale con FLAIR fat sat in assiale

Spettroscopia (Single Voxel, TE medio o lungo , 144 o 288 ms)

infondere il mezzo di contrasto con acquisizione **Perfusionale**

Perfusione T2 (tecnica DSCE, con pre-load di mdc)

RM - IPOFISI - REQUISITI TECNICI DA RISPETTARE

(RM 1.5 o superiori)

Requisiti MINIMI COMUNI

DWI – Diffusione, b=800 o 1000, + mappa ADC

Spin Echo T1w – Assiale

Spin Echo T1w - Sagittale 3 mm, FOV ridotto

Turbo Spin Echo T2 - Sagittale + Coronale 3 mm, FOV ridotto

MICROADENOMI

→ infusione di mezzo di contrasto (Gadolinio)

Acquisizione Gradient Echo T1 Dinamica durante infusione Gadolinio (mezza dose)

Spin Echo T1w - Sagittale 3 mm, FOV ridotto, dopo MDC

Spin Echo T1w - Coronale 3 mm, FOV ridotto, dopo MDC

Spin Echo T1w – Assiale su tutto l'encefalo dopo GAD

MACROADENOMI

FLAIR – Assiale + Coronale

→ infusione di mezzo di contrasto (Gadolinio)

Spin Echo T1w - Sagittale 3 mm, FOV ridotto + GAD

Spin Echo T1w - Coronale 3 mm, FOV ridotto + GAD

Gradient Echo T1 3D isotropica + GAD

Sempre necessaria la misurazione della lesione in tutti i controlli, anche nel confronto del precedente

TC - REQUISITI TECNICI DA RISPETTARE

- Esame eseguibile con apparecchiatura Tc spirale multidetettore con 4/8/16/32/64/128/256 corone di detettori
- Eseguire l'esame secondo i canoni tecnici di esecuzione della TC Cranio.
- L'esame è da ritenersi standard essendo uniformemente erogato senza specifiche prescrizioni tecniche.
- La TC Cerebrale viene eseguita nel percorso clinico:
 - TC Cerebrale Basale e con MdC , in sostituzione di RM in caso di controindicazioni
 - TC Cerebrale Basale in urgenza o in regime ambulatoriale
 - TC Cerebrale Basale in caso di completamento di esame RM per valutazione teca, base cranio, calcificazioni
- Angio TC in caso di esame sostitutivo di Angiografia per valutare vasi/afferenze

NOTA 1.3 - RACCORDI HUB - SPOKE

In linea di massima, se la TC encefalica basale conferma il sospetto di neoplasia o in tutti i casi in cui si ritenga utile la consulenza specialistica neurochirurgica (con neurochirurgo non contestualmente presente in sede) i centri spoke contattano telefonicamente, tramite il centralino AOU (tel. 0321 37331) lo Specialista AOU reperibile.

Quest'ultimo, valutato l'imaging, tramite FAST TRACK, darà indicazioni /suggerimenti in merito al prosieguo del percorso:

- Invio a PS AOU
- Trasferimento diretto a reparto specialistico AOU (urgente o programmato)
- Ricovero c/o centro Hub o Spoke per ulteriore osservazione

Nel caso di trasferimento urgente l'eventuale indisponibilità di posti letto in AOU sarà gestita dal Reperibile della Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri AOU.

DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempistica di accesso
Sospetta lesione Gliale di alto grado in pz operabile	Intervento chirurgico (Nota 2.1) con possibilità di: - monitoraggi neurofisiologici intraoperatori con equipe dedicata - neuronavigazione (in TC con m.d.c. o preferenzialmente RM) - TC(ecografia) encefalica intraoperatoria - awake surgery - Nota 2.2 - biopsia stereotassica (sia con casco di Leksell, sia frameless mediante neuronavigazione) RM post operatoria - Nota 2.3 Refertazione Istologica - Nota 2.4	Sede: AOU Novara. Modalità di accesso: in regime di ricovero programmato o urgente (in base sintomatologia e sede) Sede: AOU Novara Sede: AOU Novara	10-15 gg < 48 h 24 -48 h da intervento <10 gg dall'intervento
Sospetta lesione gliale di alto grado in pz. non operabile	Discussione collegiale GIC e successiva valutazione radioterapica/oncologica o presso Cure Palliative - RT o CT - Nota 2.5, 2.6 , 2.7 o Best supportive care in base a KPS del pz	Sede: AOU Novara Modalità di accesso: con DEM Sede: Hub and Spoke	-Visita radioterapica 2-5gg; trattamento RT entro 4-6 settimane da chirurgia -Valutazione cure palliative 7 gg;
Gliomi ad alto grado (glioblastoma grado IV; astrocitoma anaplastico grado III; oligodendroglioma anaplastico grado III; oligoastrocitoma grado III)	Discussione collegiale GIC e programmazione successiva valutazione radioterapica/oncologica con DEM - RT +/- CT adiuvante Nota 2.4, 2.5 , 2.6 - CT adiuvante - Nota 2.6 - Best supportive care	Sede: AOU Novara Modalità di accesso: con DEM Sede: Hub and Spoke Sede: Hub and Spoke	-Visita radioterapica 2-5 gg; -Visita oncologica 7 gg; -Valutazione cure palliative 7 gg;

NOTA 2.1- VALUTAZIONE CHIRURGICA

Tutti i casi neuro-oncologici vengono valutati dalla equipe neurochirurgica in merito alle indicazioni ed alla fattibilità tecnica dell'intervento.

Le indicazioni neurochirurgiche dipendono dalla fattibilità tecnica, dalla diagnosi presunta, dal quadro clinico generale e dalla previsione della radicalità e della morbilità chirurgica (per cui possono essere necessari esami di II livello, quali RM funzionale, DTI fiber tracking, angiografia, ecc.).

In base a tali valutazioni l'indicazione può variare tra exeresi, biopsia, follow-up o astensione terapeutica

Presso il centro Hub AOU di Novara esiste la possibilità, quando indicato, di eseguire:

- monitoraggi neurofisiologici intraoperatori con equipe dedicata
- neuronavigazione (in TC con mdc o preferenzialmente RM)
- ecografia intraoperatoria encefalica e midollare

- awake surgery
- biopsia stereotassica (sia con casco di Leksell, sia frameless, mediante neuronavigazione)
- metodiche di fluorescenza intraoperatoria

Vengono sottoposti ad **intervento chirurgico urgente** tutti i pazienti che presentano la seguente sintomatologia:

- Sintomi/segni di ipertensione endocranica
- Complicanze cerebro-vascolari
- Idrocefalo
- Erniazioni
- Stato di male epilettico non controllato dalla terapia medica in atto

I casi **non urgenti** che necessitano di valutazione collegiale pre-chirurgica vengono valutati in occasione degli incontri del GIC neuro-oncologico, come da calendario prestabilito.

NOTA 2.2 - AWAKE SURGERY

Eseguito per lesioni in prossimità di aree eloquenti. Intervento chirurgico eseguito a paziente cosciente con presenza del Neurofisiologo in equipe.

NOTA 2.3 - RM POST OPERATORIA A 24 - 48 ORE

Nel postoperatorio viene sempre eseguita RM encefalo con mdc entro 24-48 ore per valutazione della radicalità dell'intervento chirurgico. Tale esame non deve essere mai eseguito oltre le 72 ore.

Per migliorare il servizio e garantire la fattibilità reale dell'indagine, occorrerebbe emettere preventivamente la richiesta al momento della programmazione dell'intervento (almeno per gli interventi programmati e non di riscontro estemporaneo all'atto chirurgico), inviando la richiesta al servizio di Radiologia – RM al momento della programmazione dell'intervento, specificando l'intervallo di giorni che corrispondono alle 24-48 ore.

Se possibile prediligere le 24 h (il giorno dopo).

L'esecuzione dell'indagine entro le 24-48 h migliora la sensibilità e specificità nel predire la presenza di un residuo di GBM.

NOTA 2.4 - DIAGNOSI ISTOLOGICA E MARKERS MOLECOLARI

DIAGNOSTICA ISTOLOGICA	
RISORSE/PROCEDURE	DISPONIBILITÀ
Refertazione campioni chirurgici e biotici secondo linee guida WHO 2007	Tutti i casi
Disponibilità del Servizio ad indagini intraoperatorie mediante sezioni criostatiche e/o striscio cellulare	Casi da concordare con il neurochirurgo referente in orario di servizio
Pannello minimo di anticorpi per diagnostica neuro-oncologica (es. GFAP, p53, Ki67, IDH1...)	Tutti i casi che lo richiedano
DIAGNOSTICA MOLECOLARE	
RISORSE/PROCEDURE	DISPONIBILITÀ
Codelezione 1p/19q	Oligodendrogliomi e oligoastrocitomi grado II e III (mandatorio)
Codelezione 1p/19q	Astrocitomi grado II, III, IV (suggerito)
IDH1/2.	Gliomi di grado II, III, IV con indagine immunohistochimica IDH negativa
Metilazione di MGMT	GBM
Partecipazione a programmi di controllo di qualità di diagnostica molecolare	Annuale
Refertazione secondo linee guida validate nazionali e internazionali per biologia molecolare	Sempre

NOTA 2.5 - RADIOTERAPIA

Nel paziente con età > 70 anni, sottoposto ad ampia asportazione chirurgica e con KPS \geq 60 è consigliabile una radioterapia adiuvante.

Nel paziente con età > 70 anni non sottoposto a chirurgia, con KPS \geq 60 le opzioni terapeutiche sono rappresentate dalla radioterapia ipofrazionata o chemioterapia con Temozolomide esclusiva o sola terapia di supporto.

Nei pazienti con età > 70 anni e KPS < 60 è consigliabile la sola terapia di supporto.

In caso di recidiva di malattia, nei pazienti con buon KPS e malattia di dimensioni limitate, è possibile eseguire una re-irradiazione o con tecnica stereotassica o con IORT.

Nei pazienti affetti da glioblastoma multiforme con età < 70 anni, KPS \geq 60, è indicata radio chemioterapia adiuvante.

Tutte le opzioni terapeutiche sono valutate in sede GIC e successivamente condivise con il paziente.

NOTA 2.6 - RADIO CHEMIOTERAPIA

Nei pazienti affetti da glioblastoma multiforme con età < 70 anni, KPS \geq 60, è indicata radio chemioterapia adiuvante.

La radioterapia conformazionale con dosi di 60 Gy, associata a Temozolomide concomitante (75mg/mq/die), è il trattamento standard per i pazienti con KPS \geq 60 ed età \leq 70 anni. Il trattamento radiante deve iniziare entro 4-6 settimane dall'intervento.

Numerosi studi prospettici presenti in letteratura riportano esperienze di trattamenti ipofrazionati in gliomi ad alto grado di malignità, con analoghi risultati in termini di sopravvivenza e tossicità rispetto al trattamento standard. L'impiego di IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) permette di ottenere una distribuzione di dose più conformata al target, ottenendo così riduzione della potenziale tossicità trattamento-correlata. La possibilità di effettuare con tale tecnica un sovradosaggio concomitante integrato (Simultaneous Integrated Boost, SIB) consente inoltre di differenziare le dosi all'interno del volume target.

NOTA 2.7 - CHEMIOTERAPIA

Nel paziente con età > 70 anni non sottoposto a chirurgia, con KPS \geq 60, con localizzazioni multiple in entrambe gli emisferi.

CHT ADIUVANTE:

- Temozolomide 150-200mq/mq/die per 5 giorni q28 per 6 cicli.

CHT II LINEA

Nel caso di recidiva di malattia, la chemioterapia di seconda linea oltre alle nitrosuree (procarbazina, CCNU o Fotemustina) prevede l'utilizzo di Bevacizumab da solo o in combinazione con altri chemioterapici, il re challenge con temozolomide, oppure l'inserimento in protocolli di ricerca.

LESIONE GLIALE DI BASSO GRADO**DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO**

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempistica di accesso
Sospetta lesione espansiva cerebrale. Nota 1.1	TC encefalo basale urgente	Provenienza del pz: -DEA; -Ambulatori specialistici; -Reparti di altri ospedali del territorio: Vercelli, Biella, Verbania, Domodossola, Borgomanero, Borgosesia. Modalità prenotazione: AOU Novara: se il pz accede dal DEA prenotazione online tramite applicativo aziendale; se pz ambulatoriale il pz viene indirizzato al DEA. Sede: Hub o Spoke	Tempi in relazione al rischio: alto = Classe U (entro 48 h) L'esame in urgenza è effettuato a tempo zero c/o la sede radiologica del pronto soccorso
Riscontro alla TC basale di lesione encefalica espansiva	RM encefalo senza e con m.d.c. in regime di ricovero (Neurochirurgia o Neurologia) se controindicazioni ad esecuzione RM TC encefalo con m.d.c. da eseguirsi EEG Angio TC/RM encefalo (su indicazione specialistica) Discussione GIC in casi complessi pre intervento	Sede: Hub o Spoke Modalità prenotazione: pz ricoverato, prenotazione online tramite applicativo aziendale. Sede: AOU Novara	Se urgente entro 48 h Altrimenti entro 5-7 giorni

NOTA 1.1 - SINTOMATOLOGIA

- cefalea mai sperimentata in passato o con caratteristiche atipiche per cefalea primaria;
- crisi epilettiche in pz che non siano affetti da epilessia nota
- deficit neurologici focali
- disturbi di coscienza

DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempistica di accesso
Sospetta lesione Gliale di basso grado	Intervento chirurgico con possibilità di: -monitoraggi neurofisiologici intraoperatori con equipe dedicata -neuronavigazione (in TC con m.d.c. o preferenzialmente RM) -ecografia/TC intraoperatoria encefalica -awake surgery -biopsia stereotassica (sia con casco di Leksell, sia frameless mediante neuronavigazione)	Sede: AOU Novara. Modalità di accesso: in regime di ricovero programmato o urgente (in base sintomatologia e sede	20 giorni < 48 h
	Refertazione Istologica (rif. Nota 2.4 a pag.15/16)	Sede: AOU Novara	<10 gg dall'intervento
	Discussione collegiale GIC e programmazione successiva valutazione radioterapica/oncologica.	Impegnativa DEM. Se paz ancora ricoverato richiesta interna	<15 gg da intervento
Gliomi di basso grado (astrocitoma diffuso grado II, oligodendroglioma grado II, oligoastrocitoma grado II)	- RT adiuvante se età > 40, resezione parziale e istologia astrocitaria o pz sintomatico (es. crisi epilettiche) - CT adiuvante in presenza di co-delezione 1p-19q, IDH1 mutato e MGMT positivo; - Follow up resezione completa, assenza di sintomi neurologici, età < 40aa.	Sede: Hub o Spoke Modalità di accesso: - Impegnativa DEM a cura dello specialista che ha in carico il paziente.	-Visita radioterapica 7 gg; -Visita Oncologica 7-10 gg;

LESIONI GLIALI - FOLLOW UP

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

A fine ciclo terapeutico lo specialista in Oncologia Medica o in Radioterapia Oncologica effettua una visita di controllo, previa esecuzione di RM encefalo, per valutare se si sono raggiunti gli obiettivi clinici precedentemente fissati. Gli esami di controllo sono effettuati tramite DEM. Il paziente è esente Ticket (048).

Se gli obiettivi terapeutici previsti sono stati raggiunti dal punto di vista clinico o se, nel corso delle visite oncologiche periodiche non si evidenziano sintomi o rilievi clinico/laboratoristico/strumentali suggestivi di ricomparsa di malattia il paziente rimane in Follow up.

In caso di comparsa di recidiva o di nuova localizzazione di malattia il paziente verrà indirizzato a valutazione multidisciplinare (GIC AOU), previa esecuzione di restaging (Hub and Spoke), sulla cui base verrà poi valutato l'iter terapeutico successivo. Data la possibile evoluzione in senso peggiorativo alle riunioni GIC è invitato a partecipare il Medico Palliativista. In assenza di indicazioni a trattamenti attivi il paziente sarà reindirizzato al CAS di origine per attivazione delle Unità di cure palliative più vicine alla residenza.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	Ogni 3 mesi	Centro Hub: Radioterapista e/o Oncologo e/o Neurochirurgo o Centri Spoke ove ha fatto terapia: Spec Neurologo o altro Spec
RM encefalo +/- colonna con mdc	Ogni 3 mesi	Radiologia (Hub o Spoke)
Es. ematici	In caso di necessità / dosaggio farmaci antiepilettici	Hub o Spoke

MENINGIOMA**DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO**

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempistica di accesso
Riscontro RM di meningioma	Visita specialistica NCH	Provenienza del pz: -Ambulatori specialistici AOU o altre strutture -Reparti di altri ospedali del territorio: Vercelli, Biella, Verbania, Domodossola, Borgomanero, Borgosesia. Sede: AOU Novara o Centri in convenzione Modalità prenotazione: DEM Il paziente giunge a visita NCH tramite CUP/prenotazione specialistica	20 - 30 gg

DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempistica di accesso
Diagnosi RM di meningioma	- Intervento chirurgico	Sede: AOU maggiore della Carità;	- Intervento 30gg dalla visita;
	Refertazione Istologica (rif. Nota 2.4 a pag.15/16)	Sede: AOU Novara	<10 gg dall'intervento
	Discussione collegiale GIC e programmazione successiva valutazione radioterapica/oncologica - Nota 2.1	Impegnativa DEM. Se paz ancora ricoverato richiesta interna	<15 gg da intervento
	-Eventuale RT adiuvante se Grado I con resezione parziale; - RT adiuvante se grado II-III - Follow up in pz grado I operato radicalmente	Modalità prenotazione tramite DEM:	-Visita radioterapica 7-10gg.

NOTA 2.1 - DISCUSSIONE GIC

Sono portati in discussione multidisciplinare GIC tutti i casi di meningioma eccetto quelli di grado WHO I

MENINGIOMA FOLLOW UP

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	Ogni 6-12 mesi	Centro Hub: NCH e/o Radioterapia o Centri Spoke ove ha fatto terapia (Spec Neurologo o altro Spec)
RM encefalo mdc	Ogni 6-12 mesi	Radiologia Hub o Spoke
Esami ematici	In caso di necessità / dosaggio farmaci antiepilettici	Laboratori HUB o Spoke su richiesta informatizzata effettuata dallo specialista

ALTRE PROCEDURE CORRELATE AL FOLLOW UP

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	AOU Novara SI (al curante è indirizzata ogni lettera di dimissione post ricovero e tutti i referti delle visite ambulatoriali di controllo in cui viene dettagliato sia il percorso che le procedure /esami di imaging programmati. Tutti i referti sono archiviati informaticamente.
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	AOU Novara SI (al curante è indirizzata ogni lettera di dimissione post ricovero e tutti i referti delle visite ambulatoriali di controllo in cui viene dettagliato sia il percorso che le procedure /esami di imaging programmati. Tutti i referti sono archiviati informaticamente
Consegna della programmazione del follow up	AOU Novara NO
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	AOU Novara SI, previo contatto telefonico con reparto dello specialista che ha in carico il follow up del paziente

PALLIAZIONE

Sede	TIPOLOGIA	SEDE
Ospedaliera	Chirurgia	Hub
	Chemioterapia	Hub & Spoke
	Radioterapia	Hub & Spoke
	Interventistica Radiologica	Hub & Spoke
	Cure Palliative - Nota 1.1	CP/ ADI/ Hospice
Extra Ospedaliera	Cure Palliative domiciliari - Nota 1.1	CP/ ADI/ Hospice

NOTA 1.1 - CURE PALLIATIVE

Sono considerati privi di spazio terapeutico attivo i pazienti affetti da neoplasia in stadio avanzato e/o metastatico non suscettibili di trattamenti attivi per le seguenti condizioni:

- scadute condizioni cliniche (performance status secondo ECOG \geq 3)
- presenza di co-morbilità di grave entità che controindicano i trattamenti antitumorali
- condizione di cachessia neoplastica
- pazienti in stadio terminale (aspettativa di vita \leq 3 mesi)
- pazienti per i quali non sono prevedibili ulteriori trattamenti alternativi

Tali pazienti saranno presi in carico o da ambulatori di cure Palliative o da strutture extra ospedaliere quali Cure Palliative Domiciliari e/o Hospice nelle fasi terminali di malattia secondo le modalità stabilite dalle procedure interne.

La necessità di consulenza del Medico Palliativista o la sua partecipazione al GIC è stabilita nel rispetto dei criteri (score) presenti nel Modulo allegato: **AIC3_Mo_Segnalazione_CP**, la cui compilazione è a carico del Medico Specialista d'organo che ha in cura il/la paziente.

Il modulo deve essere archiviato nella documentazione clinica della paziente.

ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE

- Quando, in base allo score presente nel Modulo: **AIC3_Mo_Segnalazione_CP** si renda necessario allertare la SC Cure Palliative, lo Specialista d'organo che ha in cura il paziente, o il medico CAS, contatteranno telefonicamente i colleghi, secondo le modalità vigenti nella struttura.
- Se non già precedentemente noti al CAS e al GIC, gli Oncologi e/o gli altri Specialisti richiederanno la consulenza palliativistica per i pazienti in possesso dei criteri sopracitati non più suscettibili di trattamenti attivi
- Per i pazienti con i criteri identificati sarà contemporaneamente attivata la partecipazione del medico Palliativista di riferimento alla visita interdisciplinare GIC.

A seconda dell'organizzazione, la presa in carico da parte della rete di Cure Palliative potrà avvenire nei diversi setting: ambulatoriale, ricovero diurno, ricovero ordinario, secondo i vigenti Percorsi di Continuità assistenziale.

INDICATORI

Da indicazioni ROP:

* Prot. n. 19212 del 22/02/2017

INDICATORI DI PROCESSO	STANDARD	PERIODICITA'	BASE DATI
Intervallo visita CAS - Visita GIC	≤ 21 gg	SEMESTRALE	DB Aziendali
Intervallo visita CAS - Visita GIC post chirurgica	≤ 60 gg	SEMESTRALE	DB Aziendali

CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO

Prot. n. 93019 del 29/09/2017

INDICATORI DI STRUTTURA	STANDARD	PERIODICITA'	BASE DATI
Presenza dei servizi per la diagnostica e la stadiazione raccomandati dal documento di rete - Nota 1	Presenza	n.a.	Atto aziendale

NOTA 1 - se non presente in sede: protocollo scritto per il percorso predefinito di accesso ad un servizio di riferimento con la definizione dei tempi.

Prot. n. 54792 del 01/06/2017

INDICATORI DI PROCESSO	STANDARD	PERIODICITA'	BASE DATI
% di pazienti con durata della degenza post operatoria non superiore a 10 gg	n. a.		
% di pazienti con attesa per la biopsia stereotassica o a cielo aperto non superiore a 7 gg	n. a.		

INDICATORI DI ESITO	STANDARD	PERIODICITA'	BASE DATI
mortalità a 30 e 90 gg dopo l'intervento neurochirurgico	n. a.		ROP/ISTAT

ALLEGATI

- PDTA AIC3 Accordi Organizzativi Generali (Valido per tutti i PDTA di area/quadrante)
- AIC3_NCH_Format_Refertazione_Radiologica
- AIC3_NCH_Mo_Valutazione_GIC
- AIC3_Mo_Segnalazione_CP(Valido per tutti i PDTA di area/quadrante)