

Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2022, n. 31-6377

Approvazione del nuovo Regolamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) e dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA), nell'ambito della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d'Aosta e della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia pediatrica. Revoca della D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003.

A relazione dell'Assessore Icardi:
Premesso che:

con D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 sono state approvate le linee guida metodologico-organizzative del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC), quali concretizzazioni di un modo innovativo di garantire la continua interazione tra il paziente e la Rete Oncologica.

Con D.G.R. n. 11-3586 del 23.07.2021 è stato recepito l'Accordo Rep. Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019 e sono stati approvati il nuovo modello organizzativo-funzionale della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e lo schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per lo svolgimento delle attività, a revoca della D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010 e s.m.i. ed a parziale modifica della D.G.R. n. 12-2887 del 19.02.2021.

In particolare, la deliberazione di cui all'alinea precedente, dispone tra l'altro di:

“[...]

■ di incaricare l'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete Oncologica della redazione del Piano Triennale della Rete Oncologica, a partire dal triennio 2021/2023, che deve essere presentato entro il 1 settembre del primo anno di ogni triennio, alla Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte ed all'analogo Settore della Regione Valle d'Aosta, in cui sia dettagliata la definizione delle regole di organizzazione e funzionamento e degli obiettivi della Rete Oncologica stessa e che sarà approvato con deliberazioni di Giunta della Regione Piemonte e della Regione Autonoma Valle d'Aosta;

■ di incaricare l'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete Oncologica della redazione del Programma annuale di attività della Rete Oncologica e del relativo preventivo di spesa – attuativo di quanto previsto dal Piano Triennale di cui all'alinea precedente, da presentarsi entro il 31 dicembre di ogni anno, per l'anno successivo, alla Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte ed all'analogo Settore della Regione Valle d'Aosta, in cui siano declinate le azioni da intraprendersi nel corso dell'anno per il raggiungimento degli obiettivi della Rete oncologica stessa e che sarà approvato con deliberazioni di Giunta della Regione Piemonte e della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

[...]”.

Considerato che:

con D.G.R. n. 15-4073 del 12.11.2021, sono stati approvati il Piano Triennale per il triennio 2021/2023 ed il Programma annuale di attività per l'anno 2021 della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e con successiva D.G.R. n. 13-4698 del 25.02.2022 è stato approvato il Programma annuale di attività per l'anno 2022, ai sensi della già citata D.G.R. n. 11-3586 del 23.07.2021.

In specifico, i Programmi annuali di attività per gli anni 2021 e 2022, prevedono espressamente - in coerenza con le previsioni del Piano Triennale sopra citato - che l'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete Oncologica, con il supporto del Comitato Scientifico – istituito con la suddetta D.G.R. n. 11-3586 del 23.07.2021 – monitori l'attività dei CAS e dei GIC, nonché persegua l'obiettivo dell'aggiornamento dei PSDTA, al fine dell'adozione condivisa su tutto il territorio regionale.

Atteso che:

con nota prot. n. 130501 S/3.1 del 24.11.2022, agli atti della Direzione Sanità e Welfare, l'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete Oncologica ha provveduto ad inviare la proposta di aggiornamento del “Regolamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) e dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA)”, nell'ambito della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d'Aosta e della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia pediatrica, approvato dal Comitato Scientifico della Rete stessa, nella seduta del 10 ottobre 2022.

Il Dirigente del Settore regionale competente in materia ha validato, mediante istruttoria depositata agli atti della Direzione Sanità e Welfare, le proposte di modifica ritenendole coerenti con il nuovo modello della Rete e con le modifiche intercorse a livello nazionale e regionale, sia in ambito di modalità di presa in carico dei pazienti, sia di evoluzione dei sistemi informatici, sia di linee di indirizzo cliniche.

Richiamata:

la D.G.R. n. 9-4726 del 04.03.2022 di Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per il prosieguo delle attività della Rete interregionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica, di cui alla D.G.R. n. 25-13679 del 29.03.2010 e s.m.i.. Anni 2022-2024.

Ritenuto, per quanto sopra, necessario di:

- approvare il nuovo Regolamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) e dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA), nell'ambito della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d'Aosta e della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia pediatrica, così come dettagliato all'Allegato A al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale, revocando conseguentemente la D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003;

Dato atto che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Visti:

- il D.M. 70/2015, che ha definito il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

- il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 recante: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.” (G.U.

18 marzo 2017 n.65, S.O. n. 15), cui è stata data attuazione, per la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 118-6310 del 22.12.2017;

- la D.G.R. della Regione Piemonte n. 41-1525 del 12.06.2020 e la D.G.R. n. 1160 del 16.11.2020 della Regione Autonoma Valle d'Aosta, di recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR). (Rep. atti n. 158/CSR del 21 settembre 2017, pubblicata sulla G. U. n. 12 del 16.01.2018);

- la D.G.R. n. 6-1613 del 03.07.2020, con la quale è stata approvata la prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina", di cui all'Intesa del 20 febbraio 2014, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (repertorio atti n.16/CSR).

- la D.G.R. della Regione Piemonte n. 12-2887 del 19.02.2021 di "Istituzione del Gruppo Regionale Multidisciplinare Molecular Tumor Board (MTB), nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta".

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14.06.2021.

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale unanime,

delibera

- di approvare il nuovo Regolamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) e dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA), nell'ambito della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d'Aosta e della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia pediatrica, così come dettagliato all'Allegato A al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale, revocando la D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003;

- di dare atto che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato



REGOLAMENTO CAS, GIC E PSDTA

Lo sviluppo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, di cui alla D.G.R. n. 11-3586 del 23.07.2021, rende necessario ridefinire i tre fondamentali modelli organizzativi in cui si articolano le sue attività: **i Centri Accoglienza e Servizi (CAS), i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) e i Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PSDTA).**

CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS)

Dotazione di personale

I CAS sono articolazioni organizzative per l'accoglienza e la gestione dell'inizio del percorso di cura dei pazienti oncologici individuati nella loro collocazione dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie e dei presidi privati accreditati, afferenti alla Rete Oncologica. L'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete Oncologica ha funzioni di indirizzo e formazione degli operatori ed assiste l'Assessorato alla Sanità nella verifica della qualità delle prestazioni.

Il funzionamento del CAS deve essere garantito dalla presenza delle seguenti figure professionali:

- medico esperto in percorsi clinici oncologici;
- infermiere;
- amministrativo;
- psicologo con documentata formazione in ambito oncologico;
- assistente sociale.

Le figure medica, infermieristica e amministrativa possono essere previste per le attività CAS anche a tempo parziale, purché sia garantito il funzionamento del servizio per almeno 4 ore giornaliere, 5 giorni su 7, per un totale minimo di 20 ore settimanali. Psicologo e assistente sociale intervengono all'inizio del percorso di cura a richiesta per i pazienti che presentino problemi di fragilità psicologica, familiare, o sociale rilevati durante la valutazione infermieristica.

Ciascun CAS ha un Responsabile nominato dalla Direzione Aziendale, medico o infermiere, ed un

unico Referente medico, infermieristico, amministrativo assistente sociale e psicologo, comunicati all'Autorità di Coordinamento della Rete a cura della Direzione Sanitaria Aziendale, i cui nominativi sono pubblicati sul sito della Rete Oncologica, per una trasparente informazione ai cittadini. Tutte le variazioni devono essere tempestivamente comunicate alla segreteria della Rete Oncologica.

Compiti e funzioni del CAS

Il CAS svolge le seguenti funzioni:

- accoglienza, ascolto, informazione e visita del paziente con sospetto clinico, o diagnosi accertata di tumore, per l'avvio del percorso diagnostico terapeutico, da effettuarsi entro 5 giorni lavorativi dalla data della richiesta;
- regia per l'esecuzione coordinata, tempestiva e appropriata di tutti gli accertamenti previsti nel PSDTA di patologia per la diagnosi e la stadiazione della neoplasia; ai pazienti presi in carico dal CAS deve essere garantito un percorso diagnostico analogo nelle tempistiche a quello di un paziente ricoverato, se necessario predisponendo linee di prenotazione riservate, in coerenza con le disposizioni regionali vigenti sul contenimento e la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- valutazione infermieristica del paziente per ciò che concerne i problemi clinico-assistenziali e le fragilità psicologico-sociali, secondo quanto previsto dai documenti elaborati dai Gruppi di Studio della Rete Oncologica;
- supporto amministrativo e gestionale per la prenotazione degli accertamenti richiesti, anche se da eseguirsi presso altre Aziende e per il rilascio delle previste esenzioni. Per tali funzioni il personale amministrativo del CAS deve essere abilitato al collegamento informatico ad AURA per il profilo di credenziali che preveda la sola prestazione di attribuzione/revoca delle stesse;
- visita con colloquio approfondito con il paziente al termine degli accertamenti eseguiti per illustrare e spiegare i loro risultati, comunicare la diagnosi, consegnare il referto conclusivo e ottenere il consenso per la presentazione del caso clinico ai componenti del GIC;
- avvio del paziente al competente GIC del centro di riferimento per la definizione del più appropriato iter terapeutico della patologia diagnosticata, sia che si trovi presso la stessa Azienda sia presso altre Aziende della Rete Oncologica.

Ciascun CAS fa riferimento ai GIC di patologia riconosciuti della propria Azienda. Qualora il paziente scelga, come è suo diritto, un altro centro di riferimento della Rete Oncologica rispetto a quello localmente previsto, sarà cura del CAS prendere comunque tutti i contatti per garantire la presa in carico da parte della sede prescelta. La scelta eventuale del paziente per centri al di fuori della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta o per strutture non accreditate dalla Rete sono a carico del paziente stesso.

La documentazione relativa a tutte le informazioni raccolte durante la prestazione CAS è parte integrante della cartella clinica e deve seguire il paziente nelle successive fasi del suo percorso di cura.

L'attività del CAS è esente dal pagamento del ticket, utilizzando per le prestazioni, previste nei PSDTA adottati. Il CAS, accertata la congruità, attribuirà l'esenzione 048, secondo le disposizioni regionali vigenti.

Il paziente può accedere al CAS con ricetta dematerializzata, per “VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (PRIMO APPROCCIO CAS)” con codice 8905.0, previsto dal Catalogo regionale, prestazione esente ticket, secondo quanto sopra precisato, inviato da:

- medico di medicina generale che ha riscontrato in seguito a visita e/o esami un forte sospetto di patologia oncologica, o ne ha accertato la presenza. La richiesta deve comprendere il sospetto diagnostico e una breve storia clinica, in particolare riguardo ad eventuali comorbidità e alle terapie assunte; in caso di richiesta inappropriata è a cura del Responsabile del CAS una segnalazione scritta al MMG prescrivente (in caso di reiterate richieste inappropriate la segnalazione è inviata per competenza da parte della Direzione Sanitaria anche al Direttore del Distretto a cui il MMG afferisce);
- medico ospedaliero di qualsiasi specialità che durante la propria attività presso servizi diagnostici, o ambulatoriali abbia il sospetto, o la certezza di una diagnosi oncologica;
- medico di pronto soccorso qualora non ritenga opportuno l'immediato ricovero per il paziente con sospetto, o certezza diagnostica oncologica;
- medico durante un ricovero ospedaliero nel corso del quale venga accertata una diagnosi di tumore. In tal caso la visita, CAS potrà essere svolta quale consulenza al letto del malato e la prestazione sarà registrata nel flusso C4.

Nelle richieste di visita CAS è obbligatorio che sia riportata la classificazione ICD9CM relativa al tumore per cui è richiesta la prestazione. È auspicabile che il medico del CAS in tutti i casi in cui il paziente acceda senza previo passaggio dal medico di medicina generale effettui una segnalazione al MMG dell'avvenuta presa in cura del suo assistito. Se il sospetto, o la certezza di patologia oncologica avviene da parte di un medico ospedaliero durante la propria attività libero-professionale, o di un medico di struttura privata accreditata e convenzionata, sarà sua cura indirizzare il paziente al CAS, previa una relazione scritta per il MMG, cui compete in tal caso la decisione circa l'impegnativa per la richiesta.

Il CAS registra tutti i casi di pazienti con patologia oncologica per monitorarne la continuità assistenziale; è perciò importante che i pazienti non visti dal CAS all'inizio del percorso di cura e intercettati durante lo stesso, siano segnalati dal medico che ha in cura il paziente al CAS per permetterne la registrazione. Su proposta della Direzione Sanitaria Aziendale, quando l'azienda è articolata su più presidi, in accordo con il Responsabile del CAS, per facilitare il percorso dei pazienti, possono essere istituite sedi delocalizzate per le attività CAS, purché siano assicurate le medesime procedure del CAS centrale e il personale impiegato abbia seguito le modalità di formazione previste. La registrazione di cui sopra rimane in ogni caso a carico del CAS centrale. Il Responsabile del CAS è garante della documentata correttezza e completezza delle prestazioni previste nella sede centrale e nelle eventuali sedi delocalizzate.

GRUPPI INTERDISCIPLINARI CURE (GIC)

La seconda articolazione organizzativa è costituita dai Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC).

Il GIC è composto dagli operatori delle diverse professioni, discipline e specializzazioni, appartenenti alle strutture che in tempi diversi lungo l'iter della malattia, sottopongono il paziente agli esami diagnostici e ai trattamenti decisi collegialmente. L'erogazione delle prestazioni indicate dal GIC, con i relativi adempimenti gestionali e amministrativi sono compiti delle strutture aziendali.

Compito del GIC è l'indicazione della scelta clinica ritenuta più appropriata sulla base della storia del paziente e della documentazione disponibile. Tale prestazione può avvenire in due modalità:

- *per i casi con iter terapeutico chiaramente indicato dal PSDTA*, registrazione del paziente e assegnazione per la presa in carico allo specialista previsto dal PSDTA (visita GIC codice...).
- Anche in tal caso è obbligatorio che sia riportata la classificazione ICD9CM;
- *per i casi più complessi* discussione collegiale del caso, con le modalità sotto descritte

(“CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO – GIC” codice 8907.1; la prestazione è così codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi – CAS).

Anche il tal caso è obbligatorio che sia riportata la classificazione ICD9CM.

Sulla base delle decisioni del GIC, oltre alla terapia standard, si può proporre al paziente l’inserimento in protocolli clinici sperimentali regolarmente approvati dal rispettivo comitato etico e dall’Azienda di appartenenza, sentito il Principal Investigator dello studio stesso. In ogni caso al termine della discussione, viene individuato un professionista che prende in carico il paziente. Il GIC deve essere riconvocato ogni qualvolta il decorso della malattia richieda competenze multidisciplinari.

Composizione dei GIC

Il GIC deve essere composto dagli operatori di tutte le discipline considerate essenziali nel percorso di cura delle specifiche neoplasie PSDTA. La composizione “core” dei GIC verrà dettagliata seguendo i PSDTA.

Per ogni GIC deve essere nominato dalla Azienda sanitaria di riferimento un Coordinatore, e devono essere identificati personale infermieristico ed amministrativo dedicati al percorso diagnostico terapeutico del paziente. La composizione del GIC dovrà essere comunicata alla Rete Oncologica ed aggiornata in caso di cambiamento.

Tipologia dei GIC

Sono previsti sia GIC aziendali, sia interaziendali, a seconda della tipologia del tumore da cui è affetto il paziente preso in carico e delle modalità organizzative aziendali, nell’ambito dei protocolli della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta, in coerenza con le disposizioni regionali vigenti in materia e, specificamente, con la D.G.R. n. 51-2485 del 23.11.2015, inerente a “Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei Centri abilitati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a Registro AIFA, nell’ambito del Dipartimento della Rete Oncologia del Piemonte della Valle d’Aosta. Recepimento dell’Intesa 144/CSR del 30 ottobre 2014 e attuazione delle disposizioni di cui al D.M. 70/2015 (per le attività di Rete Oncologica) e della DIR. 2011/24/EU”.

- *GIC aziendali*: i componenti indispensabili del GIC devono essere operatori stabilizzati dell’azienda che attiva il GIC, con la possibile eccezione dei radioterapisti, che possono operare al di fuori dell’Azienda e partecipare al GIC su chiamata;

- *GIC interaziendali*: quando un'Azienda non dispone di tutti gli operatori indispensabili per il percorso diagnostico terapeutico di una specifica patologia, potrà chiedere di attivare un GIC interaziendale, con l'Azienda Sanitaria più vicina geograficamente e preferibilmente nell'ambito della medesima Area Omogenea di Programmazione ex DM 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, e modificate alla luce del fatto che con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016 è stata approvata l'unificazione delle AA.SS.LL. TO1 e TO2, identificate quali ASL unica, denominata "Asl Città di Torino"). Gli operatori dell'Azienda Sanitaria che ha in carico il paziente discutono i propri casi all'interno del GIC interaziendale, -seguendone le regole e condividendone i protocolli; la refertazione dovrà essere condivisa. L'attivazione dei GIC interaziendali è preferibilmente legata a situazioni geografiche particolari, secondo criteri di collegamento che favoriscano il paziente.

Le strutture private accreditate, afferenti alla Rete Oncologica che attivino un GIC interaziendale devono farlo all'interno dell'ASL di riferimento.

Regolamento dei GIC

- Il regolamento, approvato dalla Direzione Sanitaria Aziendale, deve comprendere le modalità di presentazione, registrazione, discussione e refertazione dei casi, la sede e l'orario delle riunioni. Il regolamento deve prevedere la nomina di un Coordinatore, la durata del suo incarico, l'obbligatorietà per lo stesso di presiedere alle riunioni e, nei casi in cui sia impossibilitato alla partecipazione, la nomina di un sostituto. Per ciascuna disciplina prevista nella composizione del GIC deve essere nominato un unico Referente garante della propria disciplina nei confronti del Coordinatore del GIC e dell'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete;
- Il controllo del rispetto di tale regolamento è demandato alla Direzione Sanitaria Aziendale, che potrà avvalersi delle strutture aziendali più appropriate a secondo della propria organizzazione (es. Direzione Medica di Presidio, Ufficio Qualità ecc..).

I GIC sono istituiti dalle Direzioni Aziendali, che devono comunicare all'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete le composizioni degli stessi, la nomina del Coordinatore e dei Referenti per ciascuna disciplina e tutte le successive eventuali variazioni, per la pubblicazione sul sito di Rete, al fine di garantire una trasparente informazione nei confronti dei cittadini.

Il Coordinatore del GIC ha il compito di garantire l'ordinato svolgimento delle riunioni,

assicurandosi che tutti i partecipanti possiedano gli elementi informativi necessari per esprimere il proprio parere. Il caso clinico deve essere presentato da un componente del GIC, che abbia visitato il paziente e ne conosca la storia clinica; possono essere presenti, a completare le informazioni, medici non componenti del GIC che abbiano in cura il paziente, e devono essere tenuti in considerazione le eventuali fragilità evidenziate dalla valutazione infermieristica effettuata presso il CAS. Il Coordinatore del GIC gestisce le problematiche organizzative atte a garantire i suddetti adempimenti, favorisce l'aggiornamento continuo e il mantenimento delle competenze dei componenti, segnala alla propria Direzione Sanitaria Aziendale ed all'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete criticità, problemi, esigenze, ed esamina con le stesse gli indicatori e i dati di attività per un approfondimento comune.

Il referto GIC è un documento ufficiale che deve riportare l'intestazione dell'Azienda/e da cui dipendono gli operatori che lo costituiscono. Deve contenere almeno i seguenti elementi:

- CAS che ha inviato il paziente o eventuale altra sua provenienza;
- sintesi della storia clinica e delle principali comorbidità;
- presenza di eventuali fragilità;
- quesito posto al GIC;
- parere dal GIC e indicazioni del percorso di cura;
- disciplina a cui è affidato il paziente;
- nomi dei partecipanti alla discussione e firma degli stessi.

Il parere del GIC deve essere documentato da una refertazione scritta e firmata dai partecipanti alla seduta, che è parte integrante della documentazione clinica e deve essere consegnato e illustrato al paziente durante una visita a carico dello specialista individuato come sopra descritto, preferibilmente della disciplina cui è stata affidata la gestione dell'inizio del percorso di cura.

Il referto è dovuto anche nei casi non oggetto di discussione collegiale, in tal caso è a carico dello specialista che prende in carico il paziente e lo redige sulla stessa modulistica ufficiale intestata del GIC. Deve essere in ogni caso il paziente, informato circa il parere scaturito dalla discussione collegiale dei GIC, ad esprimersi in merito ai trattamenti proposti in base ai suoi valori di riferimento, aspettative, sensibilità. Qualora il paziente rifiutasse il trattamento proposto e si dovesse assumere una decisione diversa da quanto suggerito dal GIC è opportuno che sul referto della visita ne siano descritte le motivazioni. In caso di parere non univoco dei componenti, il Coordinatore del GIC promuove un approfondimento e una discussione per cercare di raggiungere un consenso unanime e condiviso, soluzione da perseguire in quanto più rassicurante per il paziente.

Laddove non si sia raggiunto comunque un parere univoco, le differenti opinioni e i motivi del mancato accordo devono essere registrate nel referto e devono essere illustrate al paziente che può in tal caso o affidarsi alla proposta di trattamento risultata maggioritaria nella discussione, o ricorrere ad una seconda opinione presso altri centri di riferimento della Rete per la patologia in questione, opportunamente segnalatigli.

La prestazione GIC deve essere considerata un'attività istituzionale degli operatori, riconosciuta e valorizzata se svolta secondo le indicazioni sopracitate: si tratta di uno snodo obbligato del percorso di cura oncologico, un diritto riconosciuto al paziente affetto da tumore che ha in questa modalità assistenziale la garanzia di una corretta strategia per il trattamento della sua malattia, in grado di migliorare l'efficienza dei processi, ridurre consulenze improprie, evitare duplicazioni di prestazioni.

Per questi motivi l'attività del GIC è monitorata con opportuni indicatori dall'Autorità Centrale di Coordinamento della Rete, che può richiedere eventuali interventi correttivi alle Direzioni Sanitarie Aziendali, in mancanza dei quali il GIC non è più accreditato per le prestazioni di competenza.

E' specifico compito dei GIC, inoltre, l'invio dei pazienti candidabili alla valutazione del Molecular Tumor Board (MTB), ai sensi della D.G.R. n. 12-3587 del 23.07.2021, inerente a "Revoca della D.G.R. n. 12-2887 del 19.02.2021. Istituzione del Gruppo Regionale Multidisciplinare Molecular Tumor Board (MTB), nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, secondo il nuovo modello di cui alla D.G.R. n. 11-3586 del 23.07.2021"

PERCORSI DI SALUTE DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PSDTA)

Per le principali patologie oncologiche, la Rete Oncologica predispone dei PSDTA regionali che, una volta approvati dal Comitato Scientifico della Rete stessa (istituito ai sensi della D.G.R. n. 11-3586 del 23.07.2021), vengono inviati alla Direzione Sanità e Welfare, per l'adozione con apposito, proprio atto dirigenziale ed hanno valenza per tutte le ASL/AO/AOU e presidi privati accreditati afferenti alla rete ed ai quali, pertanto, gli operatori sono tenuti ad attenersi. In ogni PSDTA sono previsti degli indicatori di efficienza, concordati con la Direzione Sanità e Welfare, che serviranno per monitorare il grado di aderenza alle indicazioni del PSDTA da parte delle varie aziende. Si vuole rimarcare che oltre alla correttezza delle manovre diagnostiche e terapeutiche sono parte integrante dei PSDTA i tempi di esecuzione delle stesse, in quanto la patologia neoplastica richiede una tempistica ben definita

CAS, GIC E PSDTA PEDIATRICI

Il **CAS Pediatrico** ha operatori con formazione in area pediatrica.

I compiti del CAS Pediatrico sono gli stessi del CAS dell'adulto con le seguenti integrazioni:

- accoglienza, ascolto e informazione sono risolte sempre sia al paziente pediatrico che alla famiglia;
- il colloquio di comunicazione della diagnosi al termine degli accertamenti eseguiti e l'esito degli stessi avviene con modalità differenti a seconda dell'età del paziente. Si ha comunque sempre un confronto con i genitori e/o congiunto in presenza di psico-oncologo.

In ambito pediatrico, il **PSDTA** a seconda della residenza del paziente e della complessità della patologia, si articola con modalità diverse tra Centro HUB e Unità Satellite/Spoke.

Il paziente può accedere al CAS con ricetta dematerializzata, per “VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (PRIMO APPROCCIO CAS)” con codice 8905.0, previsto dal Catalogo regionale, prestazione esente ticket, secondo quanto sopra precisato, inviato con le stesse modalità di accesso al CAS previste per l'adulto con le seguenti integrazioni:

- pediatra di famiglia convenzionato o privato;
- richiesta diretta della famiglia mediate telefono o email. In tal caso saranno illustrate alla famiglia le formalità amministrative da seguire per il diritto alla prestazione.

I **GIC Pediatrici** sono composti da operatori con formazione in area pediatrica nell'ambito delle diverse professioni, discipline e specializzazioni (la composizione “core” dei GIC Pediatrici verrà dettagliata seguendo i PSDTA).

Ai GIC Pediatrici partecipano i Referenti dei rispettivi Centri Spoke quando vengono discussi i casi afferenti agli stessi.

I compiti dei GIC Pediatrici sono:

- discussione collegiale di tutti i casi di bambini e adolescenti (0-18 anni) alla diagnosi di patologia oncoematologica per la decisione dell'iter terapeutico: trattandosi di soggetti in età evolutiva, tutti i casi vengono ritenuti “complessi” con necessario trattamento multidisciplinare a partire dalla diagnosi.

Nei GIC pediatrici la Psicologa presenta i casi più fragili, e segnala le problematiche

dell'intero nucleo familiare (genitori e fratelli);

- discussione collegiale di tutti i casi alla recidiva/progressione di malattia per la decisione del percorso terapeutico di seconda linea e successive;
- discussione collegiale di tutti i pazienti in caso di complicanze ed avventi avversi severi che insorgono durante e dopo il trattamento (peculiarità della tossicità acuta e tardiva nei soggetti in fase di crescita);
- discussione collegiale di tutti i soggetti off-therapy al momento del passaggio all'Unità di transizione per neoplasie curate in età pediatrica.

Il “passaporto del guarito” è un documento disponibile su carta e in formato elettronico che viene consegnato a tutti i pazienti a due anni dalla fine delle cure. Tale documento raccoglie per ogni caso la storia della malattia e dei trattamenti eseguiti e da indicazioni specifiche sul follow-up a lungo termine;

- il referto del GIC Pediatrico viene consegnato ai genitori e illustrato agli stessi e anche al paziente se si tratta di un “minore maturo”, in modo adatto alla sua età. Di seguito i genitori esprimono il loro parere, ma viene ascoltato sempre anche il minore. In caso di opinioni discordanti dei componenti del GIC, il referto GIC viene discusso “collegialmente” con i genitori; se richiesta una seconda opinione, viene indicato il Centro AIEOP (Associazione Italiana Oncologia Ematologia Pediatrica) di riferimento per la patologia. I Centri AIEOP sono 50 strutture del SSN distribuite in tutte le regioni, dedicate alla diagnosi e alla cura dei bambini e adolescenti affetti da patologia oncoematologica e accreditate per tali funzioni;
- invio dei pazienti candidabili alla valutazione del Molecular Tumor Board (MTB), ai sensi della D.G.R. n. 12-3587 del 23.07.2021, inerente a “Revoca della D.G.R. n. 12-2887 del 19.02.2021. Istituzione del Gruppo Regionale Multidisciplinare Molecular Tumor Board (MTB), nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, secondo il nuovo modello di cui alla D.G.R. n. 11-3586 del 23.07.2021”.

RETE ONCOLOGICA: 24.11.2022