



**Percorso di Salute
Diagnostico
Terapeutico Assistenziale**

Carcinoma Squamocellulare della cute

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

SOMMARIO

1.	Introduzione e presentazione del Documento	Pag.3
2.	Redazione	Pag.3
3.	Lista di distribuzione	Pag.3
4.	Gruppo di Lavoro e Coordinamento	Pag.4
5.	Glossario, terminologia e abbreviazioni	Pag.5
6.	Scopo	Pag.6
7.	Analisi del problema oggetto del PSDTA	Pag.7
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag.7
9.	Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA	Pag.7
10.	Criteri di ingresso	Pag.8
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA	Pag.8
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag.15
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag.16
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag.16
15.	Aggiornamento	Pag.17
16.	Archiviazione	Pag.17
17.	Allegati	Pag.17

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

La condivisione di percorsi di salute diagnostici terapeutici e assistenziali (PSDTA) rappresenta un elemento fondamentale di governance delle Reti Oncologiche. Tale processo mira a garantire qualità ed efficienza della gestione delle patologie oncologiche e a rendere omogeneo su tutto il territorio della Rete il percorso della paziente, garantendo l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali" del paziente. La definizione del PSDTA garantisce anche una corretta allocazione di risorse indispensabile per rendere governabile il sistema ed il miglioramento costante dell'offerta terapeutica attraverso il monitoraggio di indicatori e procedure di audit interni ed esterni.

2. REDAZIONE

La stesura del PSDTA "matrice" (o PSDTA Regionale) è delegata dall'Assessorato alla Salute delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta alla Rete Oncologica. La Rete definisce, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, la sequenza delle procedure necessarie perché la gestione della patologia sia omogenea su tutto il territorio e abbia caratteristiche di qualità, efficienza, appropriatezza, multidisciplinarietà e multiprofessionalità.

Alle Direzioni Aziendali è affidato il compito di descrivere il PSDTA così come viene applicato localmente e di garantire che le procedure indicate siano disponibili, accessibili e dotate delle caratteristiche richieste.

La verifica della adeguatezza del percorso viene effettuata annualmente attraverso:

- la compilazione dei moduli inclusi nel presente documento
- la restituzione dei dati indicati come "indicatori"
- lo svolgimento di audit specifici e l'analisi della documentazione clinica disponibile

Data stesura primo documento	01/02/2023
Numero della revisione	
Data di Revisione	

3. LISTA DISTRIBUZIONE

Strutture di cure primarie delle ASL regionali e per loro tramite ai MMG
Aziende Sanitarie : Direttori Generali e Direttori Sanitari
Direttori di UOC e USD e Responsabili delle funzioni interessate : Responsabili CAS e GIC con preghiera di diffusione, CPO
Organizzazioni di Volontariato (ODV) di riferimento per patologia e territorio
Istituzioni : Ordine dei Medici, Ordine Professioni Sanitarie, Ordine Farmacisti, Ordine Psicologi, Ordine Assistenti Sociali

4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

COORDINATORI

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Caliendo	Virginia	Dermatologia chirurgica	AOU Città della Salute e della Scienza Torino
Ocelli	Marcella	Oncologia	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Quaglino	Pietro	Dermatologia	AOU Città della Salute e della Scienza Torino
Savoia	Paola	Dermatologia	AOU Maggiore della Carità di Novara-Università del Piemonte Orientale

Nucleo di coordinamento

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Carducci	Mauro	Dermatologia	COQ ASL VCO
Rosotto	Gianluca	Dermatologia	ASL AT
Bramardi	Fabio	Otorinolaringoiatria	AO Cuneo
Reali	Alessia	Radioterapia	ASLCN2

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Boltri	Mario	Chirurgia Plastica	A.O. Mauriziano
Bramardi	Fabio	Otorinolaringoiatra	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Carducci	Mauro	Dermatologia	ASL VCO – Omegna
Chiarpenello	Massimo	Dermatologia	ASL CN1
Delfanti	Sara	Oncologia	Alessandria
De Luca	Francesco	Dermochirurgia	Humanitas Gradenigo di Torino
Farinelli	Pamela	Dermatologia	AOU Maggiore della Carità di Novara-Università del Piemonte Orientale
Gangemi	Ezio Nicola	Chirurgia Plastica	ASL Città di Torino OMV
Giamello	Giacomo	Otorinolaringoiatria	ASL CN2
Manca	Andrea	Otorinolaringoiatria	ASL CN2
Nolli	Gianluca	Chirurgia	ASL VCO – Omegna
Pisacane	alberto	Anatomia Patologica	IRCCCS Candilolo
Rampino	Monica	Radioterapia	AOU Città della Salute e della Scienza Torino
Reali	Alessia	Radioterapia	ASL CN2

Renda	Valentina	Anatomia patologica	ASL CN1
Ribero	Simone	Dermatologia	AOU Città della Salute e della Scienza Torino
Rossotto	Gianluca	Dermatologia	ASL AT
Sgrò Anfosso	Giuseppe	Radiologia	Ospedale Mauriziano di Torino
Spongini	Andra	Oncologia	AO Maggiore della Carità di Novara-Università del Piemonte Orientale

Associazioni pazienti che hanno contribuito :

F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

Termine	Significato
CAS	Centro Accoglienza e Servizi. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, il CAS è la struttura deputata alla presa in carico iniziale di un paziente con sospetto di neoplasia. Predisposti gli esami diagnostici essenziali sulla base del sospetto, il CAS indirizza il paziente verso il Gruppo Interdisciplinare Cure specialistico
GIC	Gruppi Interdisciplinari Cure. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, i GIC sono gruppi multispecialistici che prendono in carico il paziente con diagnosi oncologica e mettono a punto il programma terapeutico, secondo lo stato dell'arte
Skin Unit	Termine anglosassone per identificare le strutture multidisciplinari integrate per la cura dei tumori della cute. Nate nel mondo anglosassone, si sono via via consolidate come modello ideale per garantire ai pazienti affetti da tumore cutaneo la presa in carico, il corretto trattamento ed il follow-up con visite multidisciplinari sulla base dello stadio di malattia e dei PSDTA aziendali
PSDTA	Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico assistenziale
Stadio	E' una misura riassuntiva dell'entità di malattia, che combina il diametro tumorale (T), con lo stato dei linfonodi ascellari omolaterali (N) e la presenza o meno di metastasi sistemiche (M). Nella malattia non metastatica, si distingue in stadio clinico (desunto dagli esami diagnostici) e stadio patologico, desunto dall'esito dell'esame istopatologico definitivo
Grading	Sistema per classificare il grado di deviazione del tessuto tumorale dal tessuto normale di origine. Ha un impatto prognostico ben definito
Prevenzione primaria	Azioni e misure adatte a ridurre l'incidenza di una certa patologia, agendo, ad esempio, sui fattori di rischio modificabili
Prevenzione secondaria	Azioni e misure adatte all'identificazione dei tumori in fase asintomatica, in modo da consentire terapie più tempestive ed efficaci
Prevenzione terziaria	Azioni e misure adatte, in pazienti che hanno già subito un intervento per tumore e sono liberi da malattia, ad intercettare ricadute operabili, o a diagnosticare una ricaduta metastatica

MMG	Medico di Medicina Generale
NMSC	Tumore cutaneo Non Melanoma
SCC	Squamous Cell Carcinoma o Epitelioma Spinocellulare o Spinalioma
TC	Tomografia Computerizzata
RM	Risonanza Magnetica
US	Ultrasonografia
RT	Radioterapia
CT	Chemioterapia
ECT	Elettrochemioterapia
DH/DS	Day Hospital / Day Surgery
Mohs	La chirurgia micrografica di Mohs è una procedura chirurgica sofisticata che consente di asportare i tumori della cute non melanocitici, attraverso un sezionamento seriale e una tracciatura tridimensionale della neoplasia
CCPDMA	Chirurgia controllata dei margini complete (circumferential peripheral and deep-margin assessment)

6. SCOPO

- Descrivere il processo di cura per il problema di salute per un paziente “Tipo” affetto CARCINOMA SQUAMOCELLULARE DELLA CUTE riportando le indicazioni concordate tra i professionisti della Rete Oncologica Piemontese e Valle d’Aosta e migliorare l’approccio al paziente.
- Ridurre la variabilità di comportamenti e migliorare l’appropriatezza clinica e organizzativa.
- Informare il personale, gli utenti e i pazienti anche ai fini di prevenzione primaria e secondaria.
- Documentare le attività effettuate.
- Migliorare la qualità complessiva e la qualità delle prestazioni del processo di salute.
- Fornire indicazioni per la manutenzione e la misurazione dei percorsi.
- Ottimizzazione delle risorse tecnologiche e professionali disponibili, al fine di evitare “sprechi” delle stesse.

Tale percorso non vuole sostituirsi al giudizio clinico degli operatori nelle scelte operate in specifiche condizioni cliniche ed in un contesto locale, ma è uno strumento per condividere processi decisionali e organizzativi della assistenza.

Il PSDTA può essere uno strumento che pur rivolto all’utilizzo medico, ha anche obiettivo di sensibilizzare alla consapevolezza delle conseguenze di esposizione solare eccessiva e della necessità di protezione dall’esposizione ai raggi UV diretta mediante utilizzo di vestiti adeguati e cappelli (UV-proof), ricerca delle aree di ombra e regolare e corretto uso delle creme di protezione solare, con particolare attenzione a alcune categorie di popolazione a rischio.

La pandemia Covid-19 negli ultimi mesi ha costretto il Servizio Sanitario Nazionale a concentrare tutte le sue energie nel contrasto al virus e nell'assistenza ai malati di Covid-19, provocando inevitabili ritardi nell'erogazione delle cure ai pazienti oncologici. ([8] I Numeri del Cancro in Italia 2021 AIOM ARTUM)

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

INCIDENZA EPIDEMIOLOGIA

Incidenza del carcinoma squamoso cutaneo per età e sesso

Secondo i dati AIRTUM, l'incidenza di carcinoma cutaneo squamoso è 4,2 casi per 100.000 abitanti nei maschi e di 2,4 nelle femmine.

Tuttavia la vera incidenza del carcinoma squamocellulare cutaneo è difficile da determinare e i dati sono spesso discrepanti tra le varie casistiche (da 29 a 70 ma anche fino a 320 casi su 100000 abitanti) in considerazione della particolarità dei tumori cutanei.

La mancanza di dati deriva dal fatto che tale patologia è presa in cura da molteplici specialisti, talvolta anche in ambito privato; spesso si tratta di piccole lesioni che si avvalgono di metodiche diagnostiche non invasive (es. la diagnosi dermatoscopica) e quindi tali lesioni non vengono sempre segnalate, e nella maggior parte dei casi vengono asportate ambulatorialmente (mancanza di dati derivanti dalle SDO); purtroppo talvolta vengono trattate con metodiche chirurgiche / fisiche / mediche senza eseguire approfondimenti istologici, oppure si tratta di lesioni indolenti e che si decide di non trattare in pazienti in età avanzata o soggetti già debilitati, pur con conseguenze cliniche per il paziente.

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

1. [1] Boi S, Cristofolini M, Micciolo B, et al. Epidemiology of skin tumors: data from the Cutaneous Cancer Registry in Trentino. J Cutan Med Surg. 2003;16-188-97.
2. [2] AIOM and AIRTUM working group. I numeri del cancro in Italia. Available from: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/10/2018_NumeriCancro-operatori.pdf

9. CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA

La Regione Piemonte ha individuato con delibera del 23 novembre 2015 (D.G.R.51-2485/2015, "Individuazione dei centri HUB nell'ambito del dipartimento della Rete Oncologica"):

Centri HUB: centri sovraordinati, con maggiore specializzazione diagnostica e terapeutica, identificati sulla base di specifiche caratteristiche e competenze

Centri Spoke: strutture di primo livello, generalmente i dipartimenti oncologici intraospedalieri, con possibilità di assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche con la stessa qualità di prestazione degli HUB

Il modello organizzativo generale di presa in carico in atto in Regione Piemonte prevede la presenza di Centri Accoglienza e Servizi (**CAS**) e Gruppi Interdisciplinari Cure (**GIC**) in modo da garantire un rapido accesso a pazienti con sospetto diagnostico ed un efficiente indirizzamento verso i relativi GIC di riferimento per il prosieguo dell'iter terapeutico-assistenziale.

10. CRITERI DI INGRESSO

Sono inclusi in questo PSDTA tutti i pazienti con sospetto clinico o diagnosi di SCC della cute e i soggetti affetti da Sindrome Gorlin.

Nel percorso PSDTA sono coinvolti :

- Dipartimento di Prevenzione
- Distretti Sanitari
- Medici di famiglia / Case della salute
- Servizi di cure domiciliari e palliative
- Hospice
- Strutture di riabilitazione
- Reti Ospedaliere
- Servizi sociali ospedalieri e territoriali
- Progetto Protezione Famiglie Fragili
- Associazioni di pazienti e di volontari

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

Prevenzione primaria

I principali fattori di rischio sono:

- fattori legati all'ospite: descritti sei fenotipi secondo Fitzpatrick di maggior sensibilità a danno attinico e fotosensibilità; sindromi genetiche che diminuiscono la protezione all'esposizione attinica (Xeroderma pigmentoso, s. di Gorlin, albinismo); lesioni preneoplastiche come la cheratosi senile e la leucoplachia; fattori immunologici quali l'immunosoppressione nei trapiantati, nell'infezione da HIV, nelle neoplasie
- fattori di rischio ambientali : esposizione ai raggi UV, lettini abbronzanti, radiazioni ionizzanti, sostanze chimiche cancerogene o co-cancerogene insieme ai raggi UV
- Anche l'uso di farmaci è stato correlato con l'insorgenza di tumori cutanei: i contraccettivi orali, la fototerapia, lo psoralene, l'amiodarone, gli inibitori del tumor necrosis factor, i bloccanti del recettore dell'angiotensina, gli inibitori delle fosfodiesterasi e le statine, i diuretici tiazidici. Infine sono da ricordare tra le possibili cause il fumo e alcune sostanze chimiche principalmente legate ad esposizione occupazionale (arsenico, vinilcloride, idrocarburi policiclici aromatici, benzina)[7].

La prevenzione può essere attuata attraverso: l'utilizzo di filtri solari, evitando le lampade abbronzanti, l'impiego di un abbigliamento adeguato e l'educazione del paziente.

La protezione dai raggi solari viene effettuata secondo le varie modalità che la rendono efficace, di cui l'impiego di creme di protezione solare rappresenta una ma non l'unica modalità, includendo anche l'uso di indumenti, cappelli e occhiali protettivi, così come evitare l'esposizione alla luce solare diretta trascorrendo parte della giornata all'ombra. Il ruolo rilevante svolto dai raggi UV nello sviluppo della patologia rende importante lo sviluppo di strategie di prevenzione e di adeguata fotoprotezione e fotoesposizione

Prevenzione secondaria

È mirata al controllo periodico di pazienti affetti da comorbilità che aumentano i rischi sensibilizzando anche MMG. Una aumentata incidenza di SCC è stata anche riportata in pazienti affetti da genodermatosi (quali l'albinismo muco-cutaneo, lo xeroderma pigmentoso e l'epidermodisplasia verruciforme). Infine, i processi infiammatori cronici di lunga durata come quelli presenti in alcune malattie genetiche (e.g. epidermolisi bollosa), in ferite croniche, ustioni, cicatrici e ulcere degli arti inferiori possono contribuire allo sviluppo di cSCC [4]. L'altro rilevante fattore di rischio per lo sviluppo di cSCC è rappresentato dalla immunosoppressione che può promuovere lo sviluppo e la progressione dei cSCC a causa della minore immunosorveglianza contro il tumore o verso l'HPV. Tra i trattamenti che possono causare immunosoppressione, sono incluse le terapie utilizzate per il trapianto allogenico di organi e le terapie per le malattie immuno-mediate croniche o per patologie ematopoietiche, come il linfoma o la leucemia, che sono associate ad un aumentato rischio di cSCC. Tutti gli agenti immunosoppressori e i farmaci biologici hanno un impatto su questo rischio, ma in misura diversa. Un tipico esempio di immunosoppressione iatrogena è rappresentato dai pazienti che sono stati sottoposti a trapianto d'organo (OTR) e che hanno un rischio di sviluppare cSCC da 65 a 250 volte maggiore rispetto alla popolazione generale

Prevenzione terziaria

E' rappresentata dai programmi di follow-up dei pazienti liberi da malattia dopo i trattamenti.

Prevenzione socio-assistenziale

La Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta tutela i propri assistiti con l'erogazione, di fronte al solo sospetto diagnostico, dell'esenzione ticket 048. La richiesta dell'invalidità civile precocemente nell'iter diagnostico e, ove necessario, l'attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili, costituiscono determinanti supporti socio assistenziali per il malato, soprattutto in caso di malattia in stadio avanzato in persone a rischio socio-assistenziale.

Attività	Descrizione	Timing richiesto
Visita CAS	<p>Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione medica, che può essere a sua volta centralizzata oppure eseguita da specialisti diversi secondo il modello dei CAS “delocalizzati”. Il medico provvede a definire e richiedere i successivi accertamenti • Valutazione infermieristica: con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale • Gestione amministrativa: rilascio dell’esenzione 048 temporanea o definitiva; organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico <p>Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti, comunicarli al paziente e provvedere alla presentazione della documentazione al GIC</p>	<i>La visita CAS va erogata entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta</i>
Definizione diagnostica del SCC	<p>Nel processo di diagnosi e stadiazione locale della neoplasia deve essere disponibile la visita dermatologica con dermatoscopio e la successiva tipizzazione istologica (vedi <i>Allegato 1</i> per la refertazione anatomo-patologica)</p> <p>Può essere necessario disporre delle modalità diagnostiche a scelta tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • US della sede della lesione • TC della sede della lesione • RM della sede della lesione 	
Stadiazione sistemica	<p>Nei pazienti con neoplasia localmente avanzata non operabile o metastatica è necessario eseguire esami di stadiazione sistemica tramite TC con coinvolgimento dei distretti corporei relativi alla sede della neoplasia e collo, torace ed addome completo con mdc</p>	
GIC	<p>Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare pre e postoperatoria del caso nel suo complesso, portando alla definizione di una strategia diagnostica e terapeutica condivisa. Il GIC deve prevedere la partecipazione di tutti gli specialisti necessari per una completa valutazione del caso, di seguito elencati :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgo con competenza specifica • Dermatologo • Oncologo Medico/Dermatoncologo • Radioterapista • Infermiere 	<i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i>

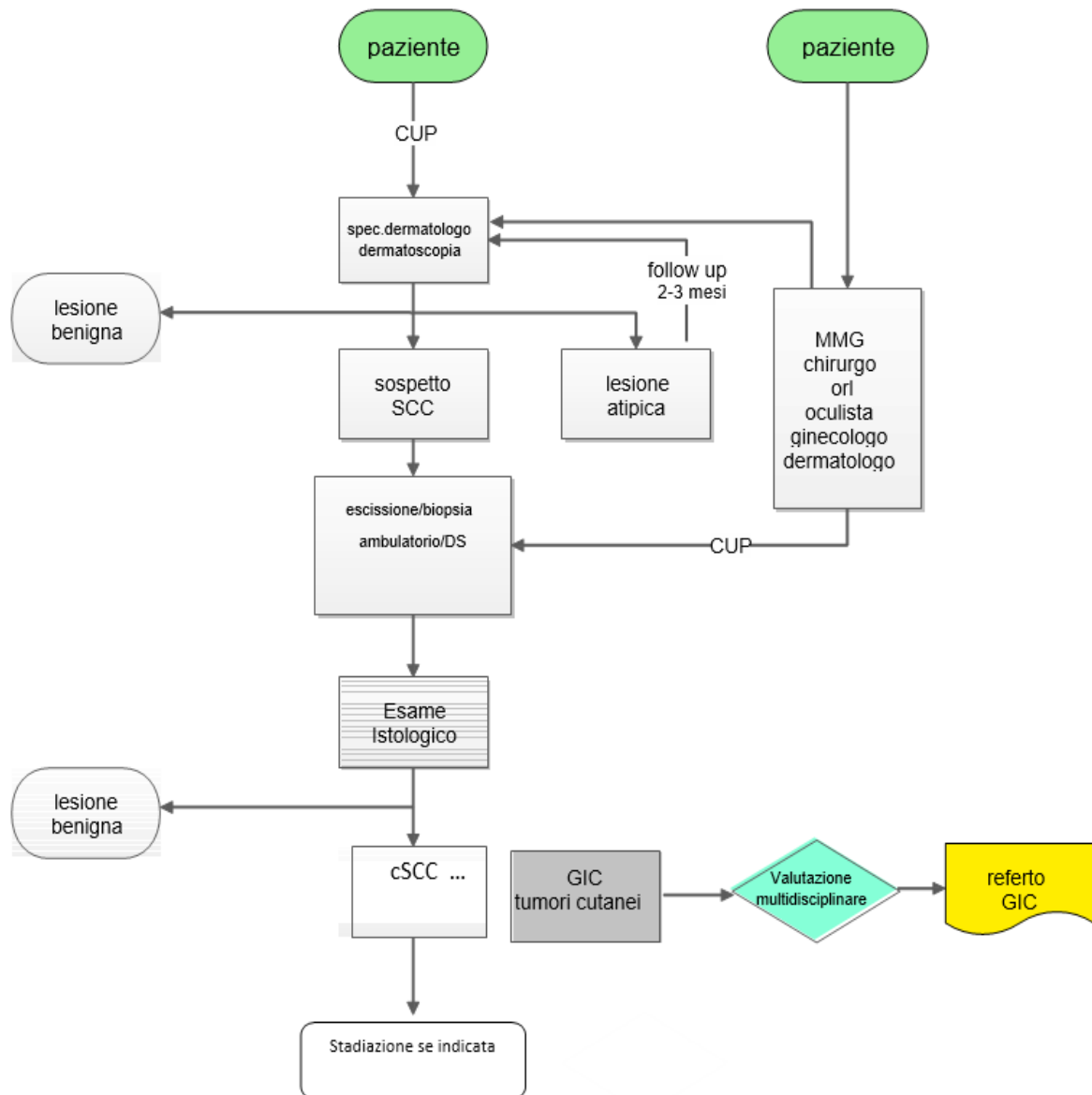
	<p>Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomopatologo • Chirurgo Generale • Chirurgo maxillo facciale • Dietologo • Farmacista • Fisiatra • Medico Nucleare • Otorinolaringoiatra • Radiologo • Psicologo • Palliativista/Terapista del dolore <p>In caso di non disponibilità di qualcuna delle discipline richieste è necessario far riferimento al GIC di un altro centro (possibilmente l'hub di riferimento territoriale). Nel regolamento del GIC, oltre agli specialisti che partecipano, devono essere descritte le periodicità degli incontri, le modalità di svolgimento e di refertazione. In seguito alla discussione multidisciplinare viene redatta una relazione scritta con le indicazioni terapeutiche stabilite e lo specialista a cui il caso viene affidato. La proposta è in seguito condivisa con la paziente nel rispetto delle rispettive caratteristiche cliniche e preferenze. La discussione interdisciplinare è obbligatoria per l'impostazione iniziale delle terapie e necessaria ogni qualvolta si ravvisi un problema clinico complessivo che richieda più competenze</p>	
<p>Chirurgia</p>	<p>Setting assistenziale – Indicazioni (<i>Allegato 2</i>)</p> <p>Asportazioni ambulatoriali- cod. 86. ASA <3</p> <p>Asportazione chirurgica di lesioni iniziali e non infiltranti riparabili con sutura diretta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumori maligni non infiltranti di piccole dimensioni – Melanomi, ca. basocellulari superficiali, Bowen non ulcerati, cheratosi attiniche, cheiliti attiniche e biopsie incisionali • Tumori benigni – nevi atipici, angiomi, t. annessiali. • Crioterapia, Elettrocoagulazione, shaving, courettage • Allargamenti • Tutti gli interventi in sedi non ad alto rischio riparabili con sutura diretta 	

	<p>Asportazioni in regime di Day surgery – cod. 864 o codici specifici per sede (prevedere successivo adeguato tempo di osservazione chirurgica)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASA > 2 e pazienti in terapia anticoagulante su indicazione del chirurgo o con indicazioni di tipo sociale • Tumori che per sede e dimensione richiedono una ricostruzione plastica con lembi di rotazione, trasposizione, innesti liberi o scollamenti tali da consentire riparazioni plastiche soddisfacenti. Tali procedure prevedono la mobilizzazione di tessuto a tutto spessore. • Tumori localizzati in sedi anatomiche critiche ad alto rischio/area H- (capillizio/fronte, palpebre, naso, zona para-alare labbra, orecchio, regione retro e pre-auricolare, vulva, pene, regione sacro-perineale) che richiedono ricostruzioni plastiche e/o scollamenti di tessuti adiacenti • Allargamenti estesi ai tessuti profondi • Procedure che prevedono una ricostruzione differita dopo valutazione istologica • Allargamenti e ricerca linfonodo sentinella • Chirurgia con tecnica di Mohs • Terapia fotodinamica per lesioni multiple o lesioni estese 	
<p>Radioterapia</p>	<p>Il trattamento radiante dei cSCC viene proposto con modalità esclusiva se non proponibile chirurgia come approccio di I scelta e con modalità adiuvante nei pazienti operati con quadro di infiltrazione perineurale clinica o radiologica o nei pazienti ad alto rischio.</p> <p>La RT del distretto linfonodale è proponibile in adiuvante a seconda dello stadio di N patologico, in caso di RT esclusiva invece è da valutare sulla base della stadiazione clinica da parte del medico specialista radio-oncologo.</p> <p>Terapia medica in malattia avanzata, trattamento chemioterapico o immunologico secondo linee guida.</p>	

Follow up	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="323 237 635 656"> cSCC alto e basso rischio N0 Esame clinico completo della cute e dei bacini linfonodali cSCC N+ </td> <td data-bbox="635 237 951 656"> Ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni, poi ogni 6-12 mesi per ulteriori 3 anni, successivamente ogni 12 mesi Ogni 1-3 mesi per 1 anno, poi ogni 2-4 mesi per 3 anni, successivamente ogni 6-12 mesi </td> <td data-bbox="951 237 1265 656"> Dermatologia </td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 656 635 891"> cSCC alto rischio Ecografia del bacino linfonodale </td> <td data-bbox="635 656 951 891"> Ogni 3 mesi per 2 anni, poi ogni 6 mesi per ulteriori 3 anni e successivamente ogni 12 mesi </td> <td data-bbox="951 656 1265 891"> Dermatologia (Oncologia) Radiologia </td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 891 635 1160"> cSCC N+ Ecografia addome completo, Rx torace, TC total body con e senza mdc </td> <td data-bbox="635 891 951 1160"> In base a giudizio clinico </td> <td data-bbox="951 891 1265 1160"> Oncologia Radiologia </td> </tr> </table>	cSCC alto e basso rischio N0 Esame clinico completo della cute e dei bacini linfonodali cSCC N+	Ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni, poi ogni 6-12 mesi per ulteriori 3 anni, successivamente ogni 12 mesi Ogni 1-3 mesi per 1 anno, poi ogni 2-4 mesi per 3 anni, successivamente ogni 6-12 mesi	Dermatologia	cSCC alto rischio Ecografia del bacino linfonodale	Ogni 3 mesi per 2 anni, poi ogni 6 mesi per ulteriori 3 anni e successivamente ogni 12 mesi	Dermatologia (Oncologia) Radiologia	cSCC N+ Ecografia addome completo, Rx torace, TC total body con e senza mdc	In base a giudizio clinico	Oncologia Radiologia	
cSCC alto e basso rischio N0 Esame clinico completo della cute e dei bacini linfonodali cSCC N+	Ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni, poi ogni 6-12 mesi per ulteriori 3 anni, successivamente ogni 12 mesi Ogni 1-3 mesi per 1 anno, poi ogni 2-4 mesi per 3 anni, successivamente ogni 6-12 mesi	Dermatologia									
cSCC alto rischio Ecografia del bacino linfonodale	Ogni 3 mesi per 2 anni, poi ogni 6 mesi per ulteriori 3 anni e successivamente ogni 12 mesi	Dermatologia (Oncologia) Radiologia									
cSCC N+ Ecografia addome completo, Rx torace, TC total body con e senza mdc	In base a giudizio clinico	Oncologia Radiologia									
Cure palliative	<p>Si raccomanda di eseguire un consulto specialistico di Cure Palliative in tutti i casi di malattia avanzata con forte carico di sintomi o condizioni generali compromesse (ECOG PS \geq 2) a prescindere dalle opportunità di trattamento attivo. Anche l'occorrenza ripetuta di eventi acuti che richiedano l'accesso alle strutture di emergenza e/o il ricovero ospedaliero costituiscono indicatori importanti della necessità di presa in carico di cure palliative.</p> <p>Nelle fasi più avanzate della malattia, qualora non vi sia più indicazione a trattamenti attivi, si raccomanda l'attivazione di una assistenza continuativa di Cure Palliative a domicilio o in struttura Residenziale dedicata.</p>										
Medicina Territoriale	<p>In tutte le fasi della malattia deve essere mantenuto un rapporto costante con i Medici di Medicina Generale e con le strutture territoriali che possono fornire un importante supporto complementare alla terapia principale.</p> <p>Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia</p>										
Ruolo delle Organizzazioni	<p>Le associazioni di volontariato contribuiscono alla promozione di programmi di prevenzione, con campagne informative alla popolazione sulla fotoprotezio-</p>										

di Volontariato (ODV)	ne, e sono di supporto nel percorso personale delle pazienti. La Regione Piemonte si avvale del loro contributo nel disegno e validazione del PSDTA per garantire l'umanizzazione del percorso e la garanzia della sua applicazione	
------------------------------	---	--

12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA



13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA

Per favorire l'implementazione del PSDTA si possono prevedere le seguenti attività:

- 1) diffusione attraverso il sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta,
- 2) eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari coinvolti nel percorso di cura;
- 3) diffusione brochure informative orientate all'utenza (esempio, versione semplificata tipo "flyer" del PSDTA);
- 4) pubblicazione del PSDTA sul sito aziendale;
- 5) altre iniziative promosse dalle Direzioni Aziendali volte a diffondere la cultura del miglioramento attraverso il PSDTA. Le Direzioni Aziendali provvederanno alla mappatura dei Servizi integrati nel PSDTA e a fornire i tempi di attesa per l'accesso agli stessi, oltre che, attraverso gli appositi strumenti a disposizione, di elaborare procedure per il monitoraggio degli indicatori;
- 6) Condivisione e coinvolgimento delle Organizzazioni di volontariato (ODV).

14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

La verifica dell'applicazione dei PSDTA viene effettuata attraverso le autovalutazioni e gli audit.

Le autovalutazioni sono realizzate dal personale della struttura, gli audit interni da personale dell'organizzazione aziendale e quelli esterni da personale non appartenente all'organizzazione.

L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2002).

Il processo dell'audit clinico può essere rappresentato come un ciclo, costituito da cinque passaggi chiave, gerarchicamente subordinati:

1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico;
2. definire i criteri e gli strumenti per il monitoraggio degli indicatori;
3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento.

N°	Indicatore	Note
1	Proporzione percentuale di pazienti sottoposti a terapia chirurgica e/o medica entro 90 giorni dalla diagnosi clinica	Locale
2	Visita di controllo annuale e screening per eventuali recidive o lesioni di nuova insorgenza o ad alto rischio	Locale
3	Proporzione di pazienti affetti da patologia avanzata e/o metastatica sottoposti a discussione multidisciplinare prechirurgica	Locale

Gli indicatori proposti derivano dal set di indicatori definiti dai gruppi di lavoro regionali della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta che hanno elaborato i PSDTA, con alcune revisioni e integrazioni necessarie per renderli calcolabili centralmente attraverso l'uso integrato dei dati sanitari pseudonimizzati presenti nel datawarehouse del CSI Piemonte. Questi indicatori sono indicati nelle note come calcolabili a livello "Regionale". Gli indicatori proposti dai gruppi di lavoro non calcolabili centralmente sono riportati come disponibili solo a livello "Locale". Una parte di questi sarebbe calcolabile se opportunamente raccolti in modo standardizzato in tutti i centri regionali.

Tutti gli indicatori calcolabili a livello centrale saranno calcolati per l'intera regione, per ASL di residenza e per struttura che eroga la prestazione. I confronti tra centri e tra periodi di alcuni indicatori possono richiedere procedure statistiche di standardizzazione per renderli più confrontabili.

15. AGGIORNAMENTO

E' prevista una revisione biennale. In caso di novità importanti verranno effettuati aggiornamenti annuali.

16. ARCHIVIAZIONE

Si suggerisce fortemente l'archiviazione dei PSDTA su supporto informatico in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

17. ALLEGATI

Gli allegati si riferiscono a specifiche procedure che possono essere soggette a frequenti aggiornamenti. Sono pubblicati sul sito delle Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

- Allegato 1 : **Referto istologico**
- Allegato 2 : Sintesi linee guida di trattamenti

La Rete Oncologica con i suoi Gruppi di Studio e/o in collaborazione con altre istituzioni produce documenti di indirizzo, consultabili sul sito di Rete www.reteoncologica.it :

- Assistenza infermieristica
- Assistenza psicologica e sociale
- Riabilitazione
- Nutrizione
- Gestione paziente anziano
- Cure palliative
- Problemi internistici del paziente oncologico
- Gestione farmaci
- Diagnostica anatomopatologica
- Raccomandazioni generali per le vaccinazioni nei pazienti oncologici pubblicate nel 2022