



**Percorso di Salute
Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
Carcinoma dell'Endometrio**

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. 6
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag. 6
9.	Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA	Pag. 7
10.	Criteri di ingresso	Pag. 7
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA	Pag. 8
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag. 14
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag. 15
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag. 15
15.	Aggiornamento	Pag. 16
16.	Archiviazione	Pag. 16
17.	Riferimenti bibliografici	Pag. 16
18.	Allegati	Pag. 16

1.INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente PSDTA individua ruoli e responsabilità dei diversi professionisti coinvolti nella gestione delle pazienti affette da carcinoma dell'endometrio, dalla diagnosi ai vari processi di cura e follow-up. Il principio cardine è l'integrazione delle diverse procedure al fine di ottimizzare i risultati diagnostici e terapeutici, minimizzando gli effetti collaterali e con particolare attenzione alla qualità di vita globale delle pazienti.

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
Istituzioni : Ordine dei Medici, Ordine Professioni Sanitarie, Ordine Farmacisti, Ordine Psicologi, Ordine Assistenti Sociali

4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

Nominativo	Azienda	Specialità
Coordinamento		
Annamaria Ferrero	AO Ordine Mauriziano di Torino	Ginecologia
Andrea Puppo	AO Cuneo	Ginecologia
Giorgio Valabrega	AO Ordine Mauriziano di Torino	Oncologia
Paolo Zola	AOU Città della Salute	Ginecologia

GdS Endometrio		
Piovano Elisa (Referente)	AOU Città della Salute	Ginecologia
Arnulfo Alberto	ASL VCO	Ginecologia
Biglia Nicoletta	Mauriziano	Ginecologia
De Marino Elvira	ASL VC	Oncologia
Destefanis Marinella	ASL CN 2	Oncologia
Garibaldi Elisabetta	AUSL VDA	Radioterapia
Geuna Elena	IRCCs Candiolo	Oncologia
Giacchello Rosalba	ASL CN1	Ginecologia
Katsaros Dionyssios	AOU Città della Salute	Ginecologia
Marenco Davide	ASL TO 5	Ginecologia
Masturzo Bianca	ASL Biella	Ginecologia
Olearo Elena	AO Cuneo	Ginecologia
Panuccio Enrico	ASL Città di Torino	Ginecologia
Petracchini Massimo	Mauriziano	Radiodiagnostica
Provenza Claudia	ASL Città di Torino	Anatomia patologica
Trino Elisabetta	Mauriziano	Radioterapia
Tripodi Elisa	ASL CN 2	Ginecologia

In collaborazione con i colleghi del Gruppo di Studio “Refertazione anatomico patologica e problematiche relative alla genetica” e “Refertazione imaging”.

Associazioni pazienti che hanno contribuito :

- ACTO Piemonte – Alleanza contro il tumore ovarico e i tumori ginecologici
- F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

Termine	Significato
PSDTA	Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale
CAS	Centro Accoglienza e Servizi
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
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
AUB	Sanguinamento uterino anomalo
NED	Assenza di segni clinici di malattia
MDC	Mezzo di contrasto
ECO TV	Ecografia Transvaginale
ICG	Verde indocianina
IHC	Immunoistochimica
CT	Chemioterapia
RT	Radioterapia
BT	Brachiterapia
EBRT	Radioterapia stereotassica
OT	Ormonoterapia
TC	Tomografia computerizzata
RM	Risonanza magnetica
MPA	Medrossiprogesterone Acetato
MA	Megestrol Acetato
AIFA	Agenzia Italiana Farmaco
FDA	Food and Drug Administration
LG	Low grade, basso grado
HG	High grade, alto grado

6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutte le pazienti affette da tumore dell'endometrio un iter personalizzato in tutte le fasi della malattia, attraverso un continuum di azioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sui bisogni della singola paziente, con l'obiettivo di ottenere le migliori sopravvivenza e qualità di vita.

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

In Italia, il carcinoma dell'endometrio rappresenta il terzo tumore per frequenza nelle donne, nella fascia di età 50-69 anni.

Sulla base dei dati di popolazione raccolti dai Registri Tumori Italiani si stima che, nel 2020, in Italia siano stati diagnosticati circa 8.330 nuovi casi di tumore dell'endometrio, pari al 4.6% di tutte le neoplasie maligne diagnosticate nelle donne (esclusi i tumori della cute non melanomi). (*AIRTUM 2020*)

Il tasso medio annuale di incidenza è di 24.1 per 100.000 donne (periodo 2008-2016, standardizzazione sulla popolazione europea 2013), senza rilevanti differenze geografiche (Nord: 24.4, Centro: 25.3, Sud e Isole: 22.8).

Il tumore dell'endometrio mostra un lieve aumento dell'incidenza tra il 2008 e il 2016, in particolare nella fascia di età inferiore a 49 anni, dove si rileva una variazione percentuale media annua di +2.3% (*AIRTUM 2020*).

Secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili, nel 2019 in Italia si sono verificati 2604 decessi per tumore dell'endometrio (tasso standardizzato di 0.36 per 10.000 abitanti) (ISTAT, <http://dati.istat.it/>)

Il più recente report dell'AIOM-AIRTUM riporta i dati di sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore nei registri tumori italiani per i casi incidenti nel 2010-2014, e con follow-up al 2018. La sopravvivenza netta a 1 anno dalla diagnosi per il tumore dell'endometrio è pari a 92.1%, quella a 5 anni dalla diagnosi è del 79.2%. (*I numeri del cancro in Italia, 2021*)

Sono oltre 122.500 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore dell'endometrio stimati al 2020. (*I numeri del cancro in Italia, 2021*)

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- 1) Concin N et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2021 Jan;31(1):12-39.
- 2) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), Uterine Neoplasms, Version 1.2022, accessed online 21/02/2022
- 3) Concin N et al. European Society of Gynaecological Oncology quality indicators for the surgical treatment of endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2021 Dec;31(12):1508-1529.
- 4) Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2021 disponibile sul sito www.aiom.it
- 5) Oaknin A, Bosse TJ, Creutzberg CL, Giordano G, Harter P, Joly F, Lorusso D, Marth C, Makker V, Mirza MR, Ledermann JA, Colombo N; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2022 Jun 8:S0923-7534(22)01207-8.
- 6) Linee guida AIOM neoplasie dell'utero : endometrio e cervice - Edizione 2022
- 7) I numeri del cancro in Italia, 2020 e 2021. AIOM, AIRTUM

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

Dai dati preliminari rilevati dal registro Tumori Piemonte, riferiti all'area metropolitana di Torino (ASL TO 1-5, circa 2.300.000 residenti) e al periodo 2013-2017, si può stimare che in tutta la Regione ci siano ogni anno circa 600 nuovi casi di carcinoma del corpo dell'utero (ICD 10: C54); il tasso standardizzato (sulla popolazione mondiale) è pari a 11 per 100.000.

I dati regionali aggiornati di sopravvivenza e prevalenza non sono al momento disponibili.

Nel periodo 2016-2018 (elaborazione CPO dei dati ISTAT) il numero medio annuo di decessi per tumore dell'endometrio in Piemonte è stato di 90 casi.

In base ai dati elaborati dal CPO Piemonte (<https://www.cpo.it/it/dati/assistenza-oncologica/>), nel 2019 ci sono stati 966 ricoveri ospedalieri per tumore del corpo dell'utero: il 28.4% in regime di Day Hospital, il 59.6% in regime ordinario chirurgico e il 12% in regime ordinario medico.

Nel 2020 si è registrato un numero simile di ricoveri, N=988, con un'analogia distribuzione per età e tipologia di ricovero. 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 carcinoma endometriale.

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 fattori di rischio principali per lo sviluppo di una neoplasia dell'endometrio sono:

- per le neoplasie endometrioidi legate all'iperestrogenismo (tipo 1): alto numero di cicli anovulatori , menopausa tardiva, obesità, diabete, ipertensione e terapia ormonale sostitutiva a base di estrogeni non adeguatamente controbilanciata dal progestinico.
- per le neoplasie non estrogeno-dipendenti (tipo 2): pregressa radioterapia pelvica o pregresso uso del tamoxifene.
- familiarità ed ereditarietà: il 3% delle neoplasie endometriali risulta legato a fattori ereditari. Le pazienti con sindrome di Lynch hanno un rischio del 40-60% di sviluppare nel corso della vita un tumore dell'endometrio.

Prevenzione Secondaria

Non c'è evidenza a supporto dello screening del cancro dell'endometrio nella popolazione generale, cioè nelle donne a rischio medio di carcinoma dell'endometrio e asintomatiche.

Livello di evidenza: II - Forza della raccomandazione: A

Non è mai stato dimostrato che lo screening mediante ecografia transvaginale riduca la mortalità per cancro dell'endometrio. Studi di coorte indicano piuttosto che tale procedura comporterebbe un aumento delle biopsie endometriali non necessarie, con maggior ansia per le donne e potenziali complicanze legate a queste biopsie.

Al momento della menopausa, le donne dovrebbero essere fortemente incoraggiate a segnalare qualsiasi sanguinamento vaginale, secrezione o spotting al proprio medico affinché, in queste circostanze, siano opportunamente indirizzate agli approfondimenti da eseguire.

Lo screening ultrasonografico per il tumore dell'endometrio nelle donne asintomatiche in post menopausa non è dunque raccomandato.

Esiste tuttavia un sottogruppo di donne ad alto rischio di carcinoma dell'endometrio per le quali lo screening è raccomandato. Per i dettagli vedasi *Allegato 1A*.

Prevenzione Terziaria

E' rappresentata dai programmi di follow-up delle pazienti libere da malattia dopo il trattamento primario.

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

Attività	Descrizione	Timing auspicabile
Visita CAS	<p>La paziente accede al CAS per prenotazione diretta o su invio del curante.</p> <p>Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione medica • Valutazione infermieristica (tra le schede in uso riconosciamo: valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale e lo screening per la valutazione geriatrica – G8, valutazione del dolore). • 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 andrebbe erogata entro 5 giorni dalla richiesta</i>
Definizione diagnostica	<p>Nel processo di diagnosi della neoplasia devono essere disponibili le seguenti modalità diagnostiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografia TV-TA refertata sec criteri IETA (<i>Allegato 2</i>) "Stadiazione pre-trattamento del tumore dell'endometrio") • Biopsia endometriale (Isteroscopia diagnostica con biopsia mirata, Endoflower, Endoram, RDT...) • Esame istologico della biopsia endometriale <p>La diagnostica istologica su biopsia deve riferirsi al più recente schema classificativo secondo WHO, includendo nel referto tipo istologico e grading della neoplasia.</p>	
Stadiazione sistemica	<p>Ai fini della stadiazione le pazienti devono eseguire Rx torace preoperatorio ed ecografia transvaginale e/o transrettale Il livello (approfondendo con RMN addome inferiore con mdc nei casi in cui non sia disponibile l'ecografia TV Il livello, o non sia chiara l'infiltrazione miometriale, o l'infiltrazione dello stroma cervicale o nei casi di malattia non operabile per pz unfit o per quadro localmente avanzato).</p> <p>Per refertare la RMN addome inferiore di stadiazione nel carcinoma dell'endometrio si propone l'utilizzo del referto strutturato (<i>Allegato 3</i>).</p> <p>La TC torace + addome completo con mdc è prevista per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>tumori di alto grado alla diagnosi</i> (i carcinomi endometriali di alto grado includono: il carcinoma endometrioide scarsamente differenziato, il carcinoma sieroso, a cellule chiare, indifferenziato e il carcinosarcoma) - <i>pazienti con invasione del miometrio >50% all'imaging preoperatorio o con infiltrazione dello stroma cervicale all'imaging preoperatorio.</i> <p>(E' comunque accettata la stadiazione preoperatoria con TC torace + addome mdc nei casi dubbi, anche negli stadi precoci)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>pazienti sottoposte a isterectomia e con diagnosi incidentale di carcinoma dell' endometrio / pazienti stadiate in modo incompleto e</i> la cui neoplasia abbia uno o più dei seguenti fattori di rischio all'esame istologico definitivo: carcinomi di alto grado, 	

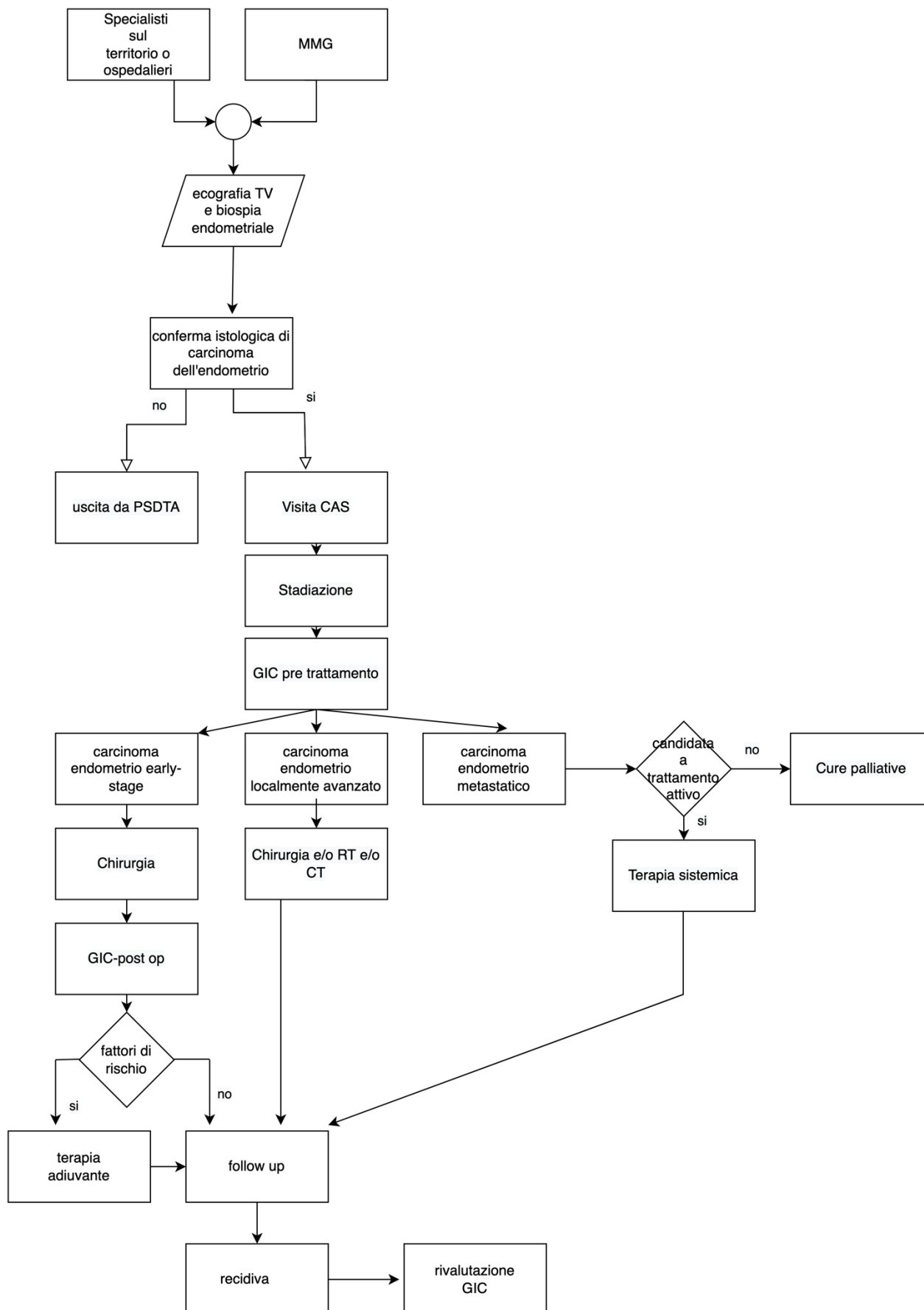
	<p>invasione del miometrio >50%, infiltrazione dello stroma cervicale, LVSI e neoplasie con diametro >2 cm.</p> <p>- pazienti con sintomi o segni clinici di malattia metastatica: esempio presenza di tumore a livello vaginale, massa palpabile, adenopatie, sintomi di nuova insorgenza pelvici/addominali/polmonari</p> <p>- se c'è un'anomalia sull' Rx torace preoperatorio</p> <p>La PET è da riservarsi alle pazienti con sospetto di metastasi linfonodali o localizzazioni a distanza rilevate dalle metodiche di stadiazione sopra indicate.</p>	
GIC Pre-trattamento	<p>A completamento del percorso diagnostico-stadiativo la paziente, o la sua documentazione clinica, viene inviata al Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) che definirà il progetto terapeutico nel suo complesso.</p> <p>Il GIC deve prevedere la partecipazione di tutti gli specialisti necessari per una completa valutazione del caso, di seguito elencati:</p> <p>Chirurgo ginecologo, Radioterapista, Oncologo Medico, Radiologo, Anatomo-patologo, Infermiere dedicato, Anestesista.</p> <p>Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:</p> <p>Psicologo/psico-oncologo, Palliativista, Farmacista, Medico Nucleare, Dietologo, Genetista, Geriatra.</p>	<i>Il GIC dovrebbe aver luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i>
Chirurgia	<p>Il tipo di intervento chirurgico è strettamente legato alla stadiazione ed in pazienti selezionate deve essere considerata la possibilità di una chirurgia fertility sparing (<i>allegato 1E-1F</i>).</p>	<i>L'intervento chirurgico dovrebbe aver luogo entro 40 giorni dalla visita GIC, da anticipare in caso di sintomatologia invalidante (es sanguinamento uterino abbondante con rischio di anemizzazione)</i>
Fattori prognostici patologici e classificaz. molecolare.	<p>La diagnosi su pezzo operatorio deve essere standardizzata e se possibile deve identificare 4 sottogruppi molecolari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) POLE mutated (POLE m) 2) Mismatch Repair deficiency (MMRd) 3) p53-abnormal (p53 abn) 4) Non specific molecular profile (NSMP) <p>Se gli strumenti/le risorse per eseguire la classificazione molecolare non sono a disposizione, l'indicazione è sempre quella di basarsi sulle caratteristiche patologiche tradizionali valutando nel contempo la possibilità di consorzarsi con laboratori disponibili nell'ambito della Rete.</p> <p>(<i>allegato 1C</i>)</p>	
GIC Post-chirurgico	<p>Per le pazienti operate l'esame istologico definitivo, comprensivo anche della classificazione molecolare ove disponibile, viene discusso dai membri del GIC.</p> <p>In questa sede vengono rivalutati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ adeguatezza dell'intervento, ✓ necessità di ulteriori esami di stadiazione/approfondimento, 	

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ iter terapeutico post-chirurgico vs invio a follow up ✓ necessità di consulenza genetica 	
Test universale per la S. di Lynch	<p>Per identificare le pazienti ad aumentato rischio di sindrome di Lynch è consigliabile eseguire un “trriage” mediante MMR IHC (peraltro già prevista per la classificazione molecolare del tumore) in tutti i carcinomi endometriali, indipendentemente dal sottotipo istologico di tumore (III, B).</p> <p>Alle pazienti con carcinoma endometriale identificate come ad aumentato rischio di sindrome di Lynch mediante tale “trriage” deve essere offerta una consulenza genetica (III, B) per valutare l’esecuzione dell’analisi mutazionale germinale.</p> <p>Quando la storia familiare sia altamente sospetta per la sindrome di Lynch, o nei carcinomi endometriali insorti in donne con meno di 50 anni si raccomanda la consulenza genetica indipendentemente dallo stato MMR.</p> <p><i>(allegato 1D)</i></p>	
Radioterapie	<p>Nel setting <i>adiuvante</i> la radioterapia è associata o meno alla chemioterapia a secondo delle classi di rischio, per ridurre il rischio di recidiva pelvica e linfonodale lombo-aortica. L’impiego di tecniche ad intensità modulata (IMRT) è auspicabile per minimizzare la dose all’intestino ed agli organi critici.</p> <p>La <i>radioterapia esclusiva</i> può essere eseguita nelle pazienti non operabili per controindicazioni mediche, A seconda dello stadio e del grading può essere indicata la brachiterapia uterina esclusiva oppure una radioterapia a fasci esterni (EBRT) a livello pelvico seguita da un sovradosaggio mediante BT endouterina.</p> <p>Nella <i>malattia oligometastatica</i> può essere valutata la radioterapia stereotassica (SBRT) (vedasi <i>Allegato A</i> per i dettagli in merito a terapie adiuvanti, trattamenti radicali, trattamento delle recidive).</p>	<i>Il trattamento adiuvante dovrebbe essere eseguito entro le 6-8 settimane dalla chirurgia</i>
Terapia adiuvante	<p>Terapie sistemiche attive sono rappresentate da chemioterapia, ormonoterapia e più recentemente da immunoterapia. La decisione del trattamento adiuvante deve essere frutto di una discussione multidisciplinare che valuti anche l’opportunità di un trattamento radioterapico (<i>allegato 1G</i>)</p>	
Terapia avanzata	<p>Nella malattia avanzata la decisione terapeutica deve tenere conto sia dell’estensione della malattia che delle caratteristiche molecolari. Il trattamento sistemico, basato su linee guida, può avvalersi di trattamenti locali e deve essere considerata l’opzione di un trattamento radioterapico a scopo eradicante nella malattia oligometastatica (<i>allegato 1H – 1L</i>).</p>	
Follow up e survivorship care	<p>Al termine della terapia la paziente senza segni clinici di malattia (NED) sarà sottoposta a monitoraggio clinico.</p> <p>Nelle pazienti a basso rischio di recidiva (FIGO 2009 Stadio I, istotipo Endometrioidale, LG, Non specific molecular profile (NSMP) o POLEm) le visite (colloquio, esame clinico e visita ginecologica) possono essere pianificate ogni 6 mesi per 5 anni, poi annualmente.</p> <p>Per le pazienti ad alto rischio di recidiva (FIGO 2009 Stadio II-III-IV, HG, tutti gli istotipi ad alto rischio, qualsiasi stadio con LVSI, p53 mutate e/o con Mismatch Repair Deficiency) le visite andranno organizzate ogni 3-4 mesi per i primi due-tre anni dopo il termine delle terapie ed ogni 6 mesi fino a 5 anni dal termine delle terapie, poi annualmente.</p>	

	<p>Per le pazienti ad alto rischio di recidiva si consiglia l'esecuzione della TC torace+addome completo con mdc, una volta all'anno, almeno nei primi due anni di follow up.</p> <p>Non è attualmente indicato l'uso routinario di ulteriori indagini citologiche, di imaging o sierologiche in corso di follow-up in pazienti asintomatiche.</p> <p>Può essere valutata l'esecuzione del solo Ca125 nelle sole pazienti (sia ad alto che a basso rischio) in cui il Ca125 era elevato alla diagnosi. Solo per tali donne il Ca125 potrà essere dosato nelle donne a basso rischio: ogni 6 mesi per 5 anni, nelle donne ad alto rischio: ogni 3 mesi per 2-3 anni e poi ogni 6 mesi fino a 5 anni.</p> <p>L'ecografia TV è il primo approccio diagnostico in caso di sospetto clinico di recidiva locale (eventuale RM mdc a completamento). Le indagini di imaging (TC con mdc, PET) sono da riservarsi ai casi che presentino segni o sintomi sospetti per recidiva.</p> <p>Altre procedure correlate al follow up suggerite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colloquio e consegna lettera informativa per la paziente all'inizio del follow up specialistico; promozione di esercizio fisico regolare, dieta sana e controllo del peso - Consegna lettera informativa per il curante, con le indicazioni sulle procedure previste - E' auspicabile che il medico che conduce il follow-up identifichi eventuali sindromi eredo-familiari nel cui ambito il tumore dell'endometrio potrebbe essersi sviluppato. E' infatti importante ricordare che, specie se in età premenopausale, questo può insorgere in soggetti affetti da S. di Lynch e fungere da "evento sentinella". Tali pazienti presentano un rischio molto elevato di neoplasia del colon (probabilità del 70% di ammalarsi entro i 70 anni di età), ma è nota l'associazione anche con il tumore della mammella e altre neoplasie (vedi paragrafo "prevenzione secondaria"). Pertanto la ricerca di una eventuale MMRd e un'accurata anamnesi familiare delle pazienti sono un indispensabile triage per il riconoscimento di forme eredo-familiari, che dovrebbero essere avviate ad un ambulatorio di counseling genetico e ad una corretta pianificazione della sorveglianza clinica dedicata. 	
Cure Palliative	<p>Si raccomanda di eseguire un consulto specialistico di Cure Palliative in tutti i casi di malattia avanzata sintomatica o condizioni generali compromesse (ECOG PS \geq 2) a prescindere dalle opportunità di trattamento attivo, attivando simultaneous care. 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 di volontariato	La diagnosi di carcinoma endometriale per la sua prevalenza rappresenta un problema non solo sanitario ma anche socio-economico: le associazioni di volontariato contribuiscono alla promozione di programmi di prevenzione, 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 (indicatori). 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.

Concin N, et al. European Society of Gynaecological Oncology quality indicators for the surgical treatment of endometrial carcinoma. Int J Gynecol Cancer. 2021 Dec;31(12):1508-1529.

N°	Indicatore	Note
1	Numero di nuovi casi di carcinoma dell'endometrio operati per centro/anno	Regionale
2	Percentuale di casi con valutazione GIC pre o post intervento	Regionale
3	Proporzione di pazienti che eseguono work-up preoperatorio secondo linee guida ESGO-ESMO-ESP	Locale
4	Proporzione di pazienti con carcinoma endometriale early stage sottoposte a chirurgia mini-invasiva	Regionale
5	Proporzione di staging linfonodali eseguiti in pazienti con presunto carcinoma endometriale early stage a rischio intermedio-alto o alto	Locale
6	Proporzione di biopsie linfonodo sentinella sec algoritmo nelle pazienti sottoposte a staging linfonodale	Locale
7	Proporzione di pazienti con ultrastaging del linfonodo sentinella	Locale
8	Compliance con LG ESGO-ESTRO-ESP in merito alle terapie adiuvanti	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. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Raccomandazioni AIOM per l'implementazione del test universale su carcinomi coloretali ed endometriali per l'identificazione della Sindrome di LYNCH - 01/2022

Giardiello FM, Allen JI, Axilbund et al. Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Dis Colon Rectum. 2014 Aug;57(8):1025-48

Crosbie EJ, Ryan NAJ, Arends MJ, et al. The Manchester International Consensus Group recommendations for the management of gynecological cancers in Lynch syndrome. Genet Med. 2019 Oct;21(10):2390-2400.

18. 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: Approfondimenti
- Allegato 2: Stadiazione pre-trattamento del tumore dell'endometrio
- Allegato 3: Referto strutturato RMN addome inferiore nel tumore dell'endometrio

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