



**Percorso di Salute  
Diagnostico  
Terapeutico Assistenziale  
Leucemia Mieloide Acuta**

**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.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.9
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag.10
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag.14
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag.14
15.	Aggiornamento	Pag.15
16.	Archiviazione	Pag.15
17.	Riferimenti bibliografici	Pag.15
18.	Allegati	Pag.16

## 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 del 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.

Scopo del presente documento è di fornire una panoramica generale sul quadro di esordio della Leucemia Mieloide Acuta al fine di assicurare un corretto e tempestivo inquadramento della malattia con una altrettanto corretta classificazione prognostica, biologica e della classe di rischio, tenendo conto dell'età del paziente, di eventuali malattie associate e dei suoi fattori di rischio. Solo in questo modo sarà possibile impostare una terapia corretta ed adeguata ad assicurare i migliori risultati in linea con i dati della letteratura.

## 2. REDAZIONE

La redazione del presente documento è a cura della Rete Oncologica della Regione Piemonte, Gruppo di Oncoematologia. L'esigenza di redigerlo nasce dall'auspicio di poter uniformare i metodi di diagnosi e cura della Leucemia Acuta Mieloide in tutto il territorio regionale; in questo modo sarà possibile garantire un trattamento uniforme dopo un inquadramento diagnostico corretto in tutti i Centri Regionali Hub ed offrire ai Centri Spoke dei riferimenti sicuri verso cui orientare i pazienti eventualmente giunti alla loro osservazione.

Data di stesura del 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	Unità operativa	Sede
Audisio	Erenesta	Ematologia	SC EMATOLOGIA	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Carnevale Schianca	Fabrizio	Oncologia	IRCSS	Candiolo
Gaidano	Gianluca	Ematologia	SCDU EMATOLOGIA AOU Maggiore della Carità di Novara	Novara

##### GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Ruolo	Unità operativa	Sede
Caravelli	Daniela	Ematologia	IRCC Candiolo	TORINO
D'Ardia	Stefano	Ematologia	SC Ematologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Dogliotti	Irene	Ematologia	SSVD Trapianto	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Ferrero	Dario	Ematologia	SCDU EMATOLOGIA	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Gaidano	Valentina	Ematologia	SC EMATOLOGIA	AO SS Antonio e Biagio e C. Arrigo ALESSANDRIA
Lunghi	Monia	Ematologia	SCDU EMATOLOGIA AOU Maggiore della Carità di Novara	NOVARA
Mattei	Daniele	Ematologia	DIVISIONE DI EMATOLOGIA	AO S. CROCE E CARLE di CUNEO
Marchetti	Monia	Ematologia	SC EMATOLOGIA	AO SS Antonio e Biagio e C. Arrigo ALESSANDRIA
Pini	Massimo	Ematologia	ASL CITTA' DI TORINO	Torino
Ulisciani	Stefano	Ematologia	SCDU Medicina Interna ad indirizzo ematologico	Orbassano

##### Associazioni pazienti che hanno contribuito :

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

## 5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

<b>Termine</b>	<b>Significato</b>
<b>PSDTA</b>	Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico e Assistenziale
<b>CAS</b>	Centro Accoglienza e Servizi. Struttura deputata alla presa in carico iniziale di un paziente con sospetto di neoplasia. 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
<b>GIC</b>	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
<b>Score prognostici</b>	Sono score riassuntivi di determinati fattori prognostici validati internazionalmente che permettono di prevedere le probabilità di risposta, recidiva e sopravvivenza nei vari sottotipi di LAM
<b>LA</b>	Leucemia acuta
<b>LAM</b>	Leucemia acuta mieloide
<b>LAL</b>	Leucemia acuta linfoide
<b>LAP</b>	Leucemia acuta promielocitica
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>AIEOP</b>	Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica
<b>ATRA</b>	Acido <i>all-trans</i> retinoico
<b>ATO</b>	Triossido di arsenico
<b>ELN</b>	European LeukemiaNet
<b>ESMO</b>	European School of Medical Oncology
<b>GIMEMA</b>	Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto
<b>GITMO</b>	Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo
<b>CHT</b>	Chemioterapia
<b>FRAIL</b>	Paziente fragile, non candidabile a terapia intensiva
<b>HSCT</b>	Hematopoietic Stem Cell Transplantation – trapianto di cellule staminali emopoietiche
<b>SIB</b>	Sibling; donatore consanguineo
<b>MUD</b>	Matched Unrelated Donor; donatore volontario non consanguineo
<b>APLO</b>	Donatore aploidentico
<b>ODV</b>	Organizzazioni di volontariato
<b>MDS</b>	Sindrome mielodisplastica
<b>MPN</b>	Neoplasia mieloproliferativa

<b>MRD</b>	Measurable Residual Disease – malattia minima misurabile
<b>NILG</b>	Northern Italy Leukemia Group
<b>RC</b>	Remissione completa
<b>R/R</b>	Recidiva/refrattaria (LA)
<b>SIE</b>	Società Italiana di Ematologia
<b>SIES</b>	Società Italiana di Ematologia Sperimentale
<b>SNC</b>	Sistema nervoso centrale
<b>TKI</b>	Inibitore di tirosin-chinasi
<b>UOC</b>	Unità Operativa Complessa
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale

## 6. SCOPO

L'obiettivo del presente PSDTA è quello di assicurare ai pazienti affetti da LAM una diagnosi corretta e tempestiva che, mediante una adeguata classificazione biologica e prognostica, consenta trattamenti mirati e orientati al rischio, basati sull'età e sulle comorbidità del paziente.

Tale PSDTA è mirato alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti, in un periodo di tempo ben definito. Con esso ci si propone di

- descrivere il processo e le specifiche attività di sviluppo nella organizzazione di riferimento;
- informare e formare il personale, gli utenti e i pazienti;
- ridurre la variabilità nei comportamenti;
- documentare le attività effettuate;
- migliorare la gestione complessiva e la qualità del processo diagnostico terapeutico sul paziente

I professionisti interessati a tale PSDTA sono i Medici Ematologi o Internisti, gli infermieri che prestano servizio in Reparti di Ematologia ad alta intensità di cura o a bassa intensità di cura, i biologi, patologi, medici laboratoristici, farmacisti, psicologi, palliativisti, responsabili delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

## 7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PDTA

La LAM è una malattia neoplastica del midollo osseo caratterizzata da un difetto acquisito a carico della cellula staminale orientata in senso mieloide ad una tappa molto precoce della differenziazione che provoca, come conseguenza, una riduzione progressiva delle cellule mieloidi normali ed un accumulo di cellule leucemiche.

In base ai dati del 2020, l'incidenza di LAM in Piemonte è di circa 400 casi all'anno. Il tasso stimato di incidenza per l'Italia (dati AIRTUM 2003-2005) è di 4 (uomini) e 3 (donne) nuovi casi/100.000 abitanti. L'incidenza aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età a partire dalla quinta decade di vita e si può affermare che tale patologia sia una patologia dell'anziano. L'età avanzata è di per sé un fattore di rischio sfavorevole e limitante l'uso della chemioterapia intensiva e del trapianto di midollo.

Le Strutture Organizzative Ospedaliere idonee per trattare una Leucemia Acuta Mieloide devono poter rispondere a criteri che assicurino una elevata complessità di trattamento.

I pazienti affetti da LAM necessitano di bisogni assistenziali importanti che coinvolgono trasversalmente sia varie strutture dipartimentali ed aziendali che il territorio, per la gestione soprattutto della terapia trasfusionale e della

terapia di supporto. Tranne rare eccezioni il paziente con LAM deve essere rapidamente indirizzato a queste strutture, quasi sempre in regime di ricovero nella fase di esordio. Il supporto terapeutico iniziale spesso deve essere intensivo o semi-intensivo, immediato, con rapida esecuzione di procedure diagnostiche complesse e specialistiche e avvio di terapie di stabilizzazione del paziente e a seguire di terapie specifiche per classe diagnostica e categoria di rischio.

## 8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- 1) Luo C, Wu G, Huang X Myeloablative conditioning regimens in adult patients with acute myeloid leukemia undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in complete remission: a systematic review and network meta-analysis. .Bone Marrow Transplant. 2022 Nov 10. Online ahead of print
- 2) Lachowicz CA, Long N Comparison and validation of the 2022 European LeukemiaNet guidelines in acute myeloid leukemia. .Blood Adv. 2022 Nov 28:bloodadvances.2022009010. Online ahead of print
- 3) Döhner H, Wei AH, Diagnosis and management of AML in adults: 2022 recommendations from an international expert panel on behalf of the ELN. Blood. 2022 Sep 22;140(12):1345-1377.
- 4) Raffaele Palmieri 1, Megan Othus Accuracy of SIE/SIES/GITMO Consensus Criteria for Unfitness to Predict Early Mortality After Intensive Chemotherapy in Adults With AML or Other High-Grade Myeloid Neoplasm JCO.2020 Dec 10;38(35):4163-4174
- 5) Rack KA, van den Berg E, Haferlach C et al. European recommendations and quality assurance for cytogenomic analysis of haematological neoplasms. Leukemia. 2019 Aug;33(8):1851-1867. doi: 10.1038/s41375-019-0378-z. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30696948; PMCID: PMC6756035.
- 6) Haas Vd, Ismaila N, Advani A, et al: Initial Diagnostic Work-Up of Acute Leukemia: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of the College of American Pathologists and American Society of Hematology Guideline. Journal of Clinical Oncology 37:239-253, 2019
- 7) Hoelzer D, Bassan R, Dombret H, et al: Acute lymphoblastic leukaemia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 27:v69-v82, 2016

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

La LAM è la forma di leucemia acuta più frequente nell'adulto-anziano con un'età media all'esordio >60 anni; entrambi i sessi sono colpiti, con una lieve predominanza per quello maschile. Le Strutture Organizzative Ospedaliere idonee per trattare una Leucemia Acuta Mieloide devono poter rispondere a criteri che assicurino una levata complessità di trattamento.

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") all'interno della rete ospedaliera i centri che si occupano di oncoematologia, che sono stati classificati in:

- **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 strutture semplici e servizi di ematologia che offrono un'assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncoematologiche 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.

Vista la complessità di gestione della patologia, è fondamentale la collaborazione con:

- **Medici di Famiglia:** costituiscono spesso il primo contatto dei cittadini con il Servizio Sanitario Nazionale, collaborano alla fase diagnostica e alla presa in carico, partecipano al follow up garantendo la continuità clinico assistenziale.
- **Servizi di cure domiciliari e palliative:** prendono in carico, assistono e curano le persone al proprio domicilio, soprattutto nelle fasi terminali di malattia
- **Hospice:** prendono in carico, assistono e curano le persone terminali in strutture dedicate
- **Servizi sociali:** valutano e soddisfano i bisogni sociali e assistenziali dei pazienti e dei loro familiari.
- **Associazioni di volontari e pazienti:** si attivano per collaborare con i servizi sanitari, sociosanitari e sociali per ottimizzare le risposte ai pazienti e alle loro famiglie.

Il paziente onco-ematologico, per malattia e tossicità di trattamento, necessita durante tutto il suo percorso di un supporto intensivo intra ed extraospedaliero, che inizia già nella fase pre trapiantologica (ad esempio con i vaccini) ma che deve comprendere un supporto psicologico, nutrizionale, riabilitativo a tutti i livelli

## 10. CRITERI DI INGRESSO

I pazienti coinvolti nei PSDTA sono individuati con le caratteristiche del sospetto diagnostico di LAM e/o della diagnosi di LAM. Ai pazienti viene rilasciata in sede di visita CAS o in sede di ricovero ospedaliero l'esenzione 048 relativa alla patologia neoplastica, che dà diritto all'utente di ricevere gratuitamente le prestazioni mediche e quelle in ambito sanitario e garantisce i farmaci correlati alla cura della patologia tumorale diagnosticata. Il grado di complessità assistenziale dei pazienti affetti da LAM è definito dal rischio della malattia e dalle condizioni cliniche del paziente.

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**

### **Definizione di LAM**

La LAM è una malattia neoplastica del midollo osseo caratterizzata da un difetto acquisito a carico della cellula staminale orientata in senso mieloido ad una tappa molto precoce della differenziazione che provoca, come conseguenza, una riduzione progressiva delle cellule mieloidi normali ed un accumulo di cellule leucemiche.

### **Incidenza di LAM**

In base ai dati del 2020, l'incidenza di LAM in Piemonte è di circa 400 casi all'anno. Il tasso stimato di incidenza per l'Italia (dati AIRTUM 2003-2005) è di 4 (uomini) e 3 (donne) nuovi casi/100.000 abitanti. L'incidenza aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età a partire dalla quinta decade di vita e si può affermare che tale patologia sia una patologia dell'anziano.

### **Accesso del paziente**

Il paziente con sospetta LAM può giungere all'osservazione del Centro di Riferimento tramite PS dell'ospedale, tramite il medico di medicina generale, tramite ambulatori o reparti di centri periferici cui il paziente si sia rivolto o sia stato ricoverato. L'entità e la gravità dei sintomi con cui il paziente giunge all'osservazione sono proporzionali alla rapidità di evoluzione della malattia, alla gravità delle citopenie periferiche, alla compresenza di febbre e/o di coagulopatia, al coinvolgimento di altri organi. L'inquadramento diagnostico deve essere pertanto rapido ed accurato.

### **Percorso diagnostico (allegato 1)**

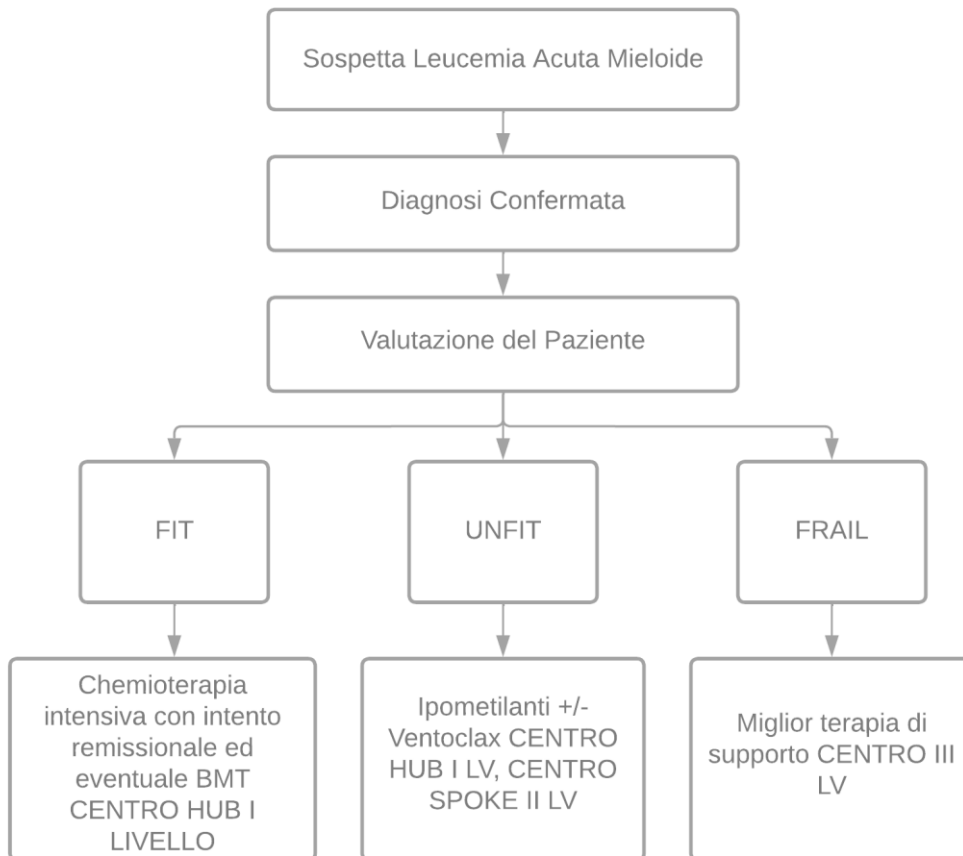
### **Percorso terapeutico (allegato 2)**

### **Sicurezza dei pazienti**

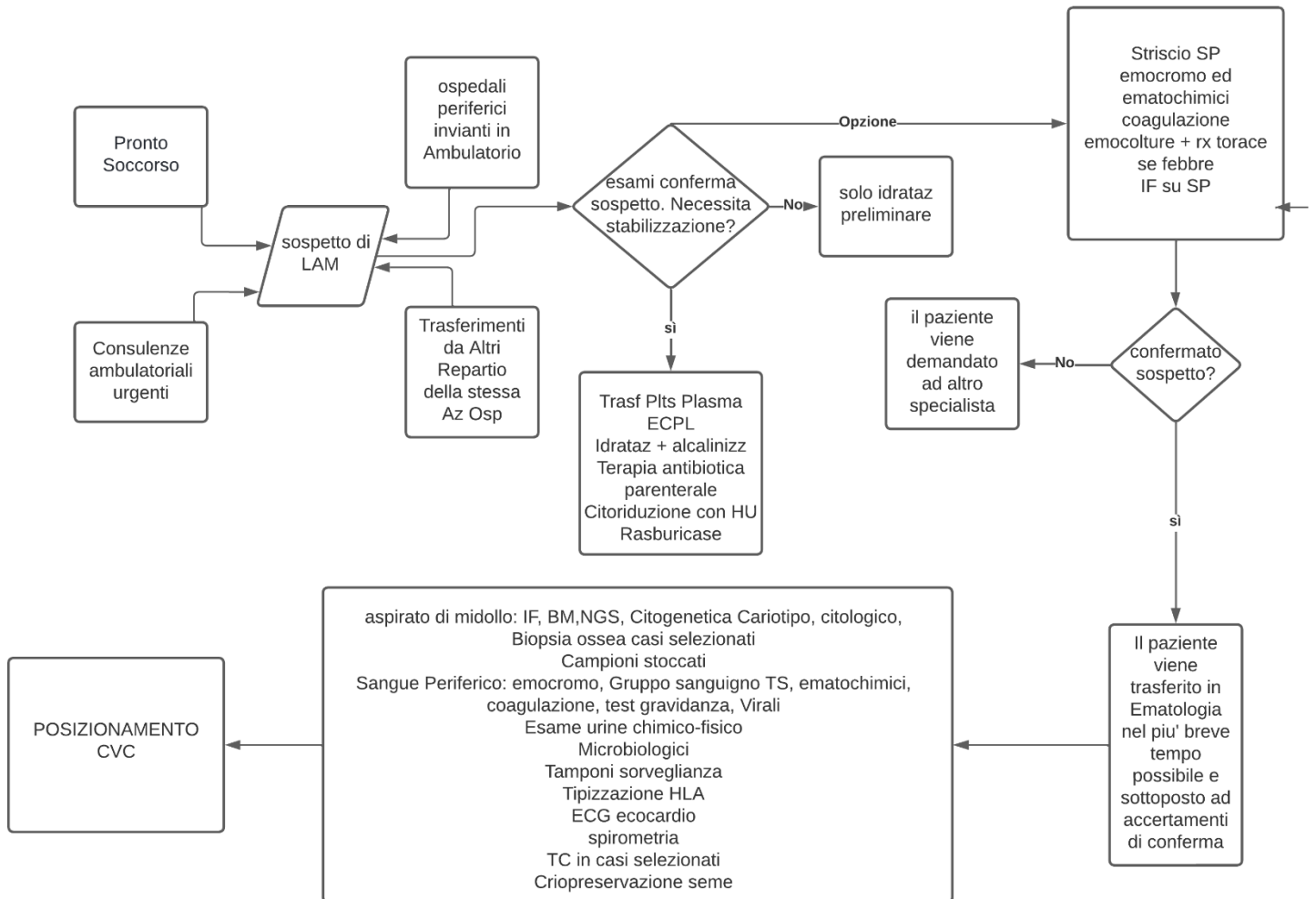
Tra gli obiettivi che il presente PSDTA si pone vi sono la gestione del rischio, volta sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, per garantire la sicurezza dei pazienti. I modelli di controllo del rischio si basano sull'omogeneizzazione della gestione del percorso diagnostico e terapeutico e sulla condivisione dello stesso in sede GIC, con l'obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze.

## 12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA

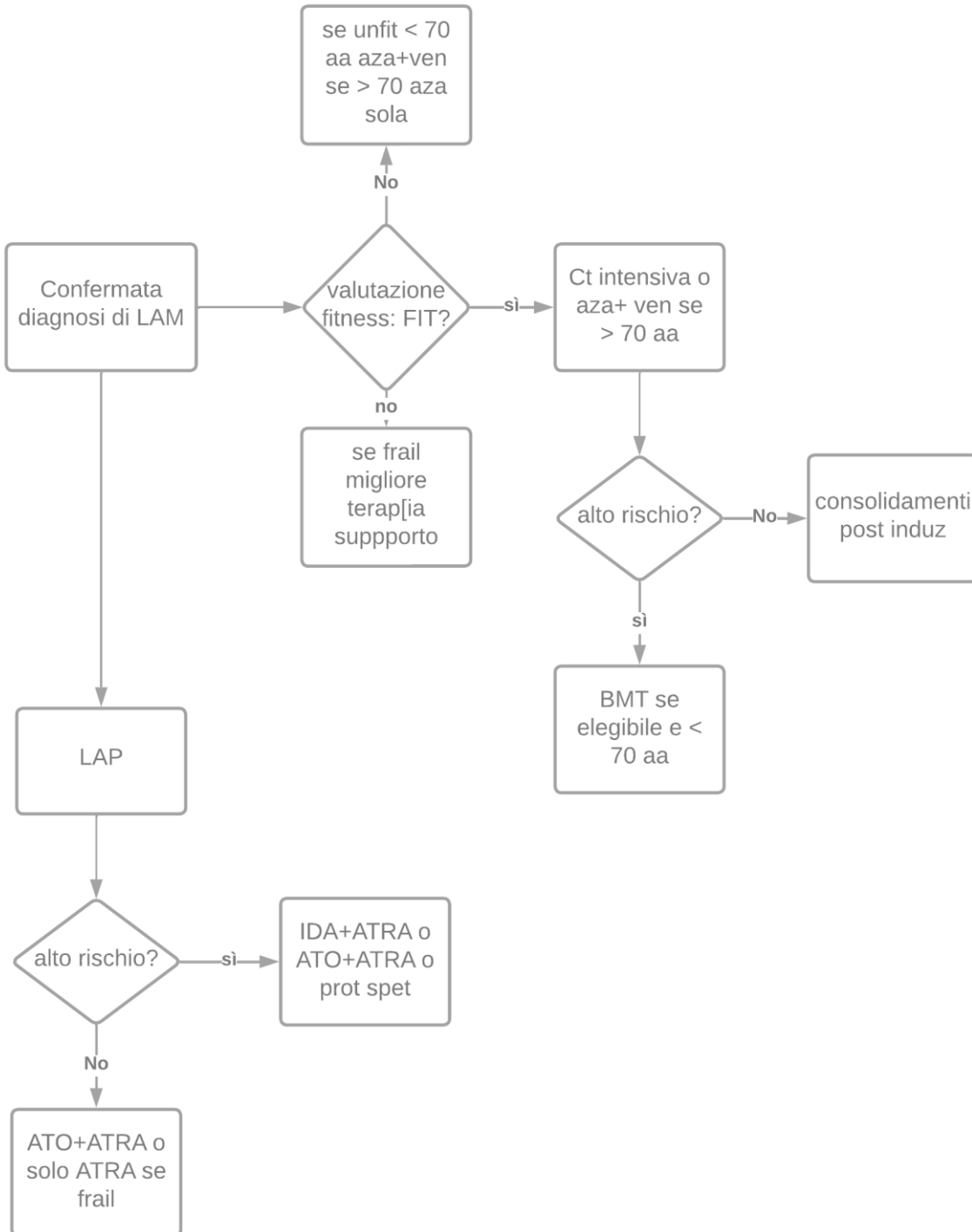
### 12.1 RAPPRESENTAZIONE SINTETICA DEL PSDTA DEI PAZIENTI AFFETTI DA LAM



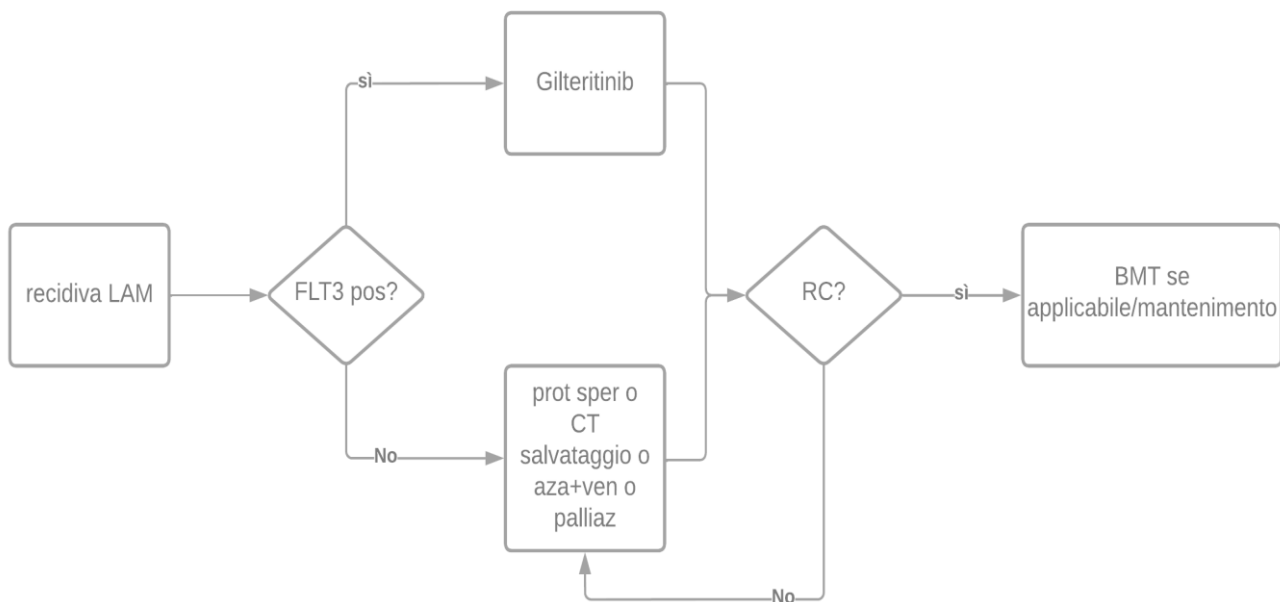
## 12.2 RAPPRESENTAZIONE SINTETICA DELLA DIAGNOSI NELLE LAM



### 12.3 RAPPRESENTAZIONE SINTETICA DELLA TERAPIA NELLE LAM



## 12.4 RAPPRESENTAZIONE SINTETICA DELLA GESTIONE DELLA RECIDIVA NELLE LAM



### 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 criteri, indicatori e standard;
3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento.

Nella tabella che segue sono presentati gli indicatori di riferimento.

N°	Indicatore	Note
1	Percentuale di ricoveri di pazienti con LAM con valutazione GIC pre o post ricovero	Regionale
2	N° di giorni intercorsi tra prima visita e inizio terapia	Locale
3	Percentuale di pazienti con età < 70 e senza gravi comorbidità che ricevono un TMO al primo ricovero per LAM	Regionale
4	Mortalità a 30 e 90 giorni dal primo ricovero per LAM	Regionale

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**

È prevista una revisione biennale dei PSDTA, o annuale in caso di novità importanti.

## **16. ARCHIVIAZIONE**

Il sistema d'archiviazione permette una rapida identificazione e reperibilità dei documenti originali per la loro consultazione. Si suggerisce fortemente l'archiviazione delle versioni successive dei PSDTA su supporto informatico.

Le varie copie emesse dei documenti vengono mantenute presso l'area di lavoro in cui sono necessarie dai singoli Responsabili, entro appositi raccoglitori sui quali è identificato esternamente il contenuto in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

## **17. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

Per la definizione delle presenti linee di indirizzo sono stati utilizzati i seguenti documenti

- Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, 2017.
- Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità, 2017.
- PNLG. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornate raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002
- Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, AReSS, 2007 [154]
- Ripa F. I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali In "Il bilancio sociale e il bilancio di missione come strumenti per il governo clinico-assistenziale ed economico". ASL Torino 4, maggio 2008. Pp 53-67

## 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 : Percorso Diagnostico
- Allegato 2 : Percorso Terapeutico

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](http://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