



**Percorso di Salute
Diagnostico
Terapeutico Assistenziale**

Tumori dell'Esophago

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.6
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.8
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag.12
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag.13
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag.13
15.	Aggiornamento	Pag.14
16.	Archiviazione	Pag.14
17.	Riferimenti bibliografici	Pag.14
18.	Allegati	Pag.15

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 stesso. 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.

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 Gastroenterologie, Endoscopie Digestive, Chirurgie Generali, Chirurgie dell'esofago, Radioterapie, Radiologie, Oncologie, Nutrizione Clinica e Dietetica, Responsabili CAS e GIC con preghiera di diffusione
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
Romagnoli	Renato	Chirurgia Generale	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Tessa	Maria	Radioterapia	ALS AT

GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Agnello	Elena	Dietologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Arcadipane	Francesca	Radioterapia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Antica Sede
Battaglia	Edda	Gastroenterologia	ASL TO4
Belli	Gaetano	Radioterapia	IRCCS - Candiolo
Berretta	Serena	Radioterapia	Ospedale di Novara
Borghi	Felice	Chirurgia generale	IRCCS - Candiolo
Burgio	Vincenzo	Radioterapia	Ospedale di Alessandria
Camandona	Michele	Chirurgia generale	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Catalano	Giorgia	Chirurgia generale	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
D'Anna	Maria Rosa	Chirurgia generale	Ospedale di Novara
Ferraris	Renato	Oncologia	IRCCS - Candiolo
Gentilli	Sergio	Chirurgia generale	Ospedale di Novara
Geretto	Paolo	Chirurgia generale	Ospedale di Cuneo
Granetto	Cristina	Oncologia	Ospedale di Cuneo
La Terra	Maria Antonella	Gastroenterologia	Ospedale San Giovanni Bosco-Torino
Lorusso	Riccardo	Chirurgia generale	Ospedale di Aosta
Mazza	Elena	Chirurgia generale	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Millo	Paolo	Chirurgia generale	Ospedale di Aosta
Parello	Giuseppe	Oncologia	ASL AT
Pernazza	Fausto	Chirurgia toracica	Ospedale S. Giovanni Bosco-Torino
Pochettino	Paolo	Oncologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Rebecchi	Fabrizio	Chirurgia generale	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Sacco	Marco	Gastroenterologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Satolli	Maria Antonietta	Oncologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Solla	Salvatore Dario	Radioterapia	Ospedale di Cuneo
Strignano	Paolo	Chirurgia generale	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Viora	Tiziana	Chirurgia generale	Ospedale S. Giovanni Bosco - Torino

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
Stadio	E' una misura riassuntiva dell'entità di malattia, che combina il diametro tumorale (T), con lo stato dei linfonodi (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
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 pre-clinica/precoce mediante una diagnosi tempestiva e regolari FU delle condizioni precancerose
Prevenzione terziaria FU	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 trattabile, mediante regolari FU
MMG	Medico di Medicina Generale
Grading	Sistema per classificare il grado di deviazione del tessuto tumorale dal tessuto normale di origine.
FU	Follow-up

6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutti i pazienti affetti da tumore dell'esofago un iter personalizzato in tutte le fasi della malattia, attraverso un continuum di azioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sui bisogni del singolo paziente, con l'obiettivo di ottenere la migliore sopravvivenza e qualità di vita del paziente.

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

Incidenza. Neoplasia relativamente rara, all'ottavo posto nel mondo, incidenza complessiva 3-4 casi/100.000 abitanti. In Italia è ancora prevalente l'istotipo squamoso (SCC) a differenza del Nord Europa e del Nord America dove l'adenocarcinoma (AC) ha superato l'SCC; tuttavia anche in Italia si assiste ad un aumento di AC con un incremento del 22% nel periodo 1980-1995 e del 35% nel periodo 1995-2004 (dati dei Registri Tumori).

In Italia 2.000 nuovi casi/anno; Trentino, Friuli Venezia Giulia e Lombardia le regioni con maggior incidenza.

Sesso. Colpito principalmente il sesso maschile con rapporto 2-5/1.

Età. L'incidenza aumenta progressivamente dopo i 45-50 anni; l'età media è 66 anni.

Razza. Variante squamocellulare 6 volte più frequente nei maschi neri, adenocarcinoma 3 volte più frequente nei bianchi.

Sede Anatomica. Il 15% dei carcinomi esofagei origina dal 1/3 superiore dell'esofago, il 50% dal 1/3 medio, il rimanente 35% dal 1/3 inferiore; in quest'ultima sede è prevalente l'adenocarcinoma associato a metaplasia di Barrett – Incidenza relativamente alta di neoplasie primitive sincrone in altri distretti - cavità orale, faringe, laringe, polmoni - (1-3%) o metacrone (4-9%) associate al carcinoma esofageo per fattori di rischio comuni. Per diffusione linfatica

sottomucosa possono riscontrarsi lesioni esofagee sincrone a distanza (“skip lesions”).

Eziologia: per i fattori di rischio più comuni, vedere nella sezione n. 11 il paragrafo prevenzione primaria

Fattori Genetici: Tilosi. Trasmissione autosomica dominante, caratterizzata da ipercheratosi palmo-plantare e papillomi esofagei; sviluppo di carcinoma esofageo in età < 65 anni nel 95% dei casi.

Precedente patologia esofagea. Sindrome di Plummer-Vinson: esofagite, anemia ferropriva, cheilosi, coilonichia, glossite, fragilità ungueale; sviluppo di carcinoma dell'esofago o dell'ipofaringe 10% dei soggetti. **Acalasia:** alterata motilità della muscolatura esofagea e mancato rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore; il 14-16% dei soggetti può presentare un carcinoma squamoso dell'esofago dopo 20 anni. **Lesioni da caustici.** 1-7% dei pazienti con carcinoma esofageo presenta un'anamnesi di ingestione di caustici – Periodo di tempo intercorrente tra ingestione e carcinoma ~ 40-50 anni; in maggioranza insorgono nel 1/3 medio. **Esofago di Barrett.** L'esofagite peptica predispone all'esofago di Barrett (sostituzione epitelio squamoso pluristratificato non cheratinizzato con epitelio colonnare metaplastico); si può riscontrare uno o tutti i seguenti tipi di epitelio colonnare: fundico, giunzionale e metaplasia intestinale. Fattore singolo di rischio più importante di adenocarcinoma esofageo, rischio 2-3 volte superiore nei pazienti con esofago di Barrett rispetto a pazienti con malattia da reflusso gastroesofageo di lunga data in assenza di Barrett. Maggior rischio di progressione maligna nei maschi >50 anni, in presenza di ulcerazioni, stenosi e/o displasia. Nei pazienti con esofago di Barrett rischio di adenocarcinoma esofageo pari a 0.45%; fattori di rischio indipendenti: sesso maschile, età avanzata >75anni, grado di displasia. Generale consenso che tumori rilevati in corso di sorveglianza endoscopica siano associati a migliore sopravvivenza rispetto a quelli diagnosticati in pazienti sintomatici (Livello di Evidenza III). Una recente analisi sembra dimostrare sopravvivenze inferiori dopo trattamento chemioradioterapico preoperatorio per pazienti con adenocarcinoma su esofago di Barrett rispetto ad adenocarcinoma non-Barrett (Livello di Evidenza III).

Mortalità Nel 2020 sono stati stimati 1.900 decessi per tumori dell'esofago (uomini = 1.400; donne = 500) Le stime per il 2021 non sono disponibili

Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi 13% negli uomini e 22% nelle donne. Probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi: Stima non disponibile

Prevalenza Sono 7.100 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore dell'esofago (uomini = 5.100; donne = 2.000)

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2021 disponibile sul sito www.aiom.it
- <http://dati.istat.it/>
- I numeri del Cancro in Italia, LG AIRTUM 2021 www.registri-tumori.it
- L'impatto dei tumori in Piemonte, Incidenza, mortalità, sopravvivenza: 50 anni di attività del registro Tumori Piemonte 2019.

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

In Piemonte gli unici dati disponibili mostrano che nel periodo 1965-1969 il tumore dell'esofago aveva una incidenza del 3% nel maschio e che nel periodo 2013-2014 si è ridotta all'1%.

La Regione Piemonte ha inoltre 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 dell'esofago in situ o invasivo.

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

Stili di vita e rischio di tumore esofageo

I tumori maligni dell'esofago si sviluppano prevalentemente in soggetti di età superiore a 65 anni, più frequenti in Asia nelle forme squamose e nei Paesi occidentali negli adenocarcinomi, ove si è assistito a un rapido aumento dei casi, verosimilmente correlati ai diversi fattori eziopatogenetici.

I carcinomi a cellule squamose sono associati principalmente al consumo di bevande alcoliche e al fumo, mentre gli adenocarcinomi alla malattia da reflusso gastroesofageo, condizione spesso correlata all'obesità, più frequente nei Paesi europei.

Prevenzione secondaria

Screening

Tradizionalmente, l'incidenza del carcinoma squamocellulare (SCC) e dell'adenocarcinoma dell'esofago (AC) è tale da non rendere costo-efficace una strategia di screening per la popolazione generale, mentre è indispensabile nel caso di esofago di Barrett (*Allegato 1*).

Diagnosi precoce

In presenza di fattori di rischio accertati (vedi sopra) o di sintomatologia di sospetto, l'esame indicato per una diagnosi precoce è la esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie (*Allegato 2*).

Prevenzione terziaria

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

Fa parte della prevenzione terziaria anche la riabilitazione oncologica, intesa come prevenzione delle complicanze correlate con la malattia e i suoi trattamenti, come supporto al recupero della migliore qualità della vita in ogni fase della vita del malato non solo dal punto di vista fisico, ma anche psico-sociale.

Interventi di prevenzione terziaria sono: la riabilitazione alla deglutizione nella chirurgia dell'esofago cervicale, il supporto nutrizionale, che andrebbe avviato immediatamente alla diagnosi, contestualmente alla stadiazione e indipendentemente dalla perdita o meno del 5 % del peso corporeo e il counselling sullo stile di vita.

Prevenzione socio assistenziale

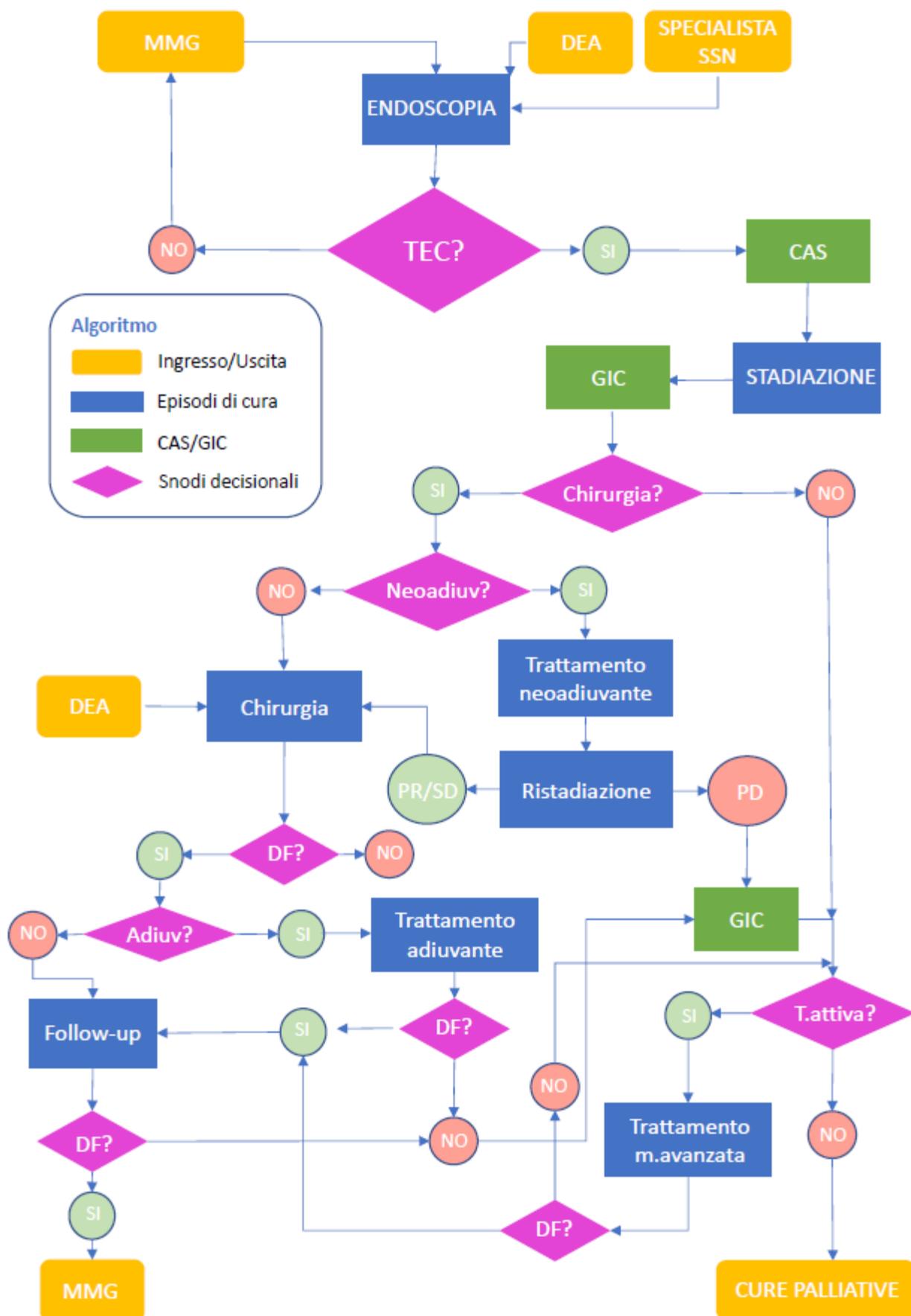
La Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta tutela i propri assistiti con l'erogazione, di fronte al solo sospetto diagnostico, dell'esenzione ticket 048. La richiesta dell'invalidità civile precocemente nell'iter diagnostico e, ove necessario, l'attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili, 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 della lesione	Il processo di valutazione iniziale prevede l’esofagogastroscoopia con biopsia e analisi istologica e molecolare secondo linee guida	
Stadiazione sistemica	<p>Si avvale delle seguenti metodiche :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● TC ● PET - FDG ● Broncoscopia (III medio ed inferiore) ● Ecoendoscopia nei casi selezionati 	
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 ● Gastroenterologo ● Radioterapista ● Oncologo Medico ● Infermiere <p>Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anatomopatologo ● Chirurgo Toracico ● Dietologo ● Farmacista ● Medico Nucleare ● 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</p>	<i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i>

	<p>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</p> <p>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>	
Terapia della malattia iniziale	<p>Nella malattia localizzata il trattamento locale può essere endoscopico in casi iniziali selezionati o chirurgico (<i>Allegati 3 e 4</i>) con analisi dell'anatomopatologo che include i marcatori molecolari utili a indirizzare la terapia (<i>Allegato 5</i>)</p>	
Trattamento della malattia localmente avanzata	<p>E' necessaria una valutazione multidisciplinare allo scopo di impiegare la migliore sequenza terapeutica neoadiuvante e valutare opportunità posizionamento stent o digiunostomia (<i>Allegato 6</i>).</p> <p>Al termine del trattamento neoadiuvante ristadiazione completa con valutazione per chirurgia (che può essere omessa in situazioni particolari)</p>	
Malattia metastatica	<p>Il trattamento della malattia avanzata, basato sulle linee guida deve essere preceduto ed accompagnato da una attenta valutazione, oltre che del PS, dello stato nutrizionale.</p>	
Follow up	<p>Ad oggi mancano studi randomizzati controllati nel carcinoma dell'esofago e della giunzione gastroesofagea che possano indicare il follow-up appropriato dei pazienti dopo resezione chirurgica, endoscopica o dopo trattamento CT/RT definitivo, l'impatto sulla sopravvivenza dei pazienti utilizzando un regolare follow-up strumentale. il follow-up clinico deve essere maggiormente indirizzato al controllo della sintomatologia riferita dal paziente, del suo stato nutrizionale e di eventuali disturbi di transito, che possono essere dovuti al precedente trattamento o ad una recidiva di malattia e che vanno indagati.</p> <p>Il follow up periodico riveste utilità per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il controllo delle complicanze precoci e/o tardive post chirurgia o CT/RT • la valutazione dello stato nutrizionale • il supporto psicosociale • il riconoscimento precoce di recidiva di malattia <p>In considerazione del fatto che l'incidenza di recidiva di malattia è più alta nei primi anni, si ritiene che il follow up specialistico possa essere limitato ai primi 5 anni. Dopo i 5 anni raccomandati il centro specialistico dovrebbe consigliare la prosecuzione del follow up presso il Medico di Medicina Generale.</p> <p>(<i>Allegati 7 e 8</i>)</p>	
Cure Palliative	<p>Per i pazienti neoplastici in fase avanzata di malattia, una volta esclusa la terapia antitumorale, si raccomanda l'attivazione di un programma integrato di cure palliative con l'intento di garantire la migliore qualità di vita possibile, nel setting appropriato e nel rispetto dei valori e dei desideri del malato e dei familiari.</p> <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</p>	

	trattamenti attivi, si raccomanda l'attivazione di una assistenza continuativa di Cure Palliative a domicilio o in struttura Residenziale dedicata.	
Medicina Territoriale	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 della terapia principale. Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia	
Odv	La diagnosi di carcinoma esofageo 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. 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.

Nella tabella che segue sono proposti gli indicatori di riferimento

N.	Indicatore	Tempo
1	Percentuale di pazienti sottoposti a visita dietologica di presa in carico prima dell'inizio dei trattamenti attivi	Regionale
2	Percentuale di pazienti con visita GIC pretrattamento	Regionale
3	Percentuale di pazienti sottoposti entro 30 giorni da indicazione GIC a intervento chirurgico upfront	Regionale
4	Percentuale di pazienti che hanno iniziato il trattamento neoadiuvante entro 30 giorni dalla visita GIC	Regionale
5	Percentuale di referti di anatomia patologica in cui è riportato il TRG (tumor regression grade)	Locale
6	Percentuale di decessi entro 90 giorni dopo intervento di esofagectomia	Regionale
7	Percentuale di pazienti sottoposti entro 3 mesi dalla fine del trattamento a un controllo clinico	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

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

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 : Fattore di rischio e prevenzione primaria

Allegato 2 : Diagnosi precoce

Allegato 3 : Principi di terapia

Allegato 4 : Tecniche chirurgiche

Allegato 5 : Anatomia patologica

Allegato 6 : Malattia localmente avanzata cT3, cT4 o N+

Allegato 7 : Suggerimenti di follow up post trattamento radicale

Allegato 8 : Suggerimenti di follow up nel paziente fragile

La Rete Oncologica con i suoi Gruppi di Studio e/o in collaborazione con altre istituzioni produce documenti di indirizzo sulle seguenti tematiche, 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