



**Percorso di Salute  
Diagnostico  
Terapeutico Assistenziale  
  
Carcinoma Basocellulare**

**Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

## SOMMARIO

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

## 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.

## 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

Stato della revisione			
N.	Data	Modifiche	Autori
00	01.02.2023	Prima emissione	GdS Cutanei
01	30.09.2024	Revisione	Gds Cutanei
..			

## 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 di Torino
Occelli	Marcella	Oncologia	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Quaglino	Pietro	Dermatologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Savoia	Paola	Dermatologia	AOU Maggiore della Carità di Novara- Università del Piemonte Orientale

##### GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Arese	Veronica	Dermatologia	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Contini	Rossella	Otorinolaringoiatria	VCO Omegna
Fanara	Rossella	Dermochirurgia	ASL TO4 Ivrea
Fraccalvieri	Marco	Dermatologia Chirurgica	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Gattoni	Massimo	Dermatologia	Vercelli
Giorgione	Roberto	Dermatologia	AOU Maggiore della Carità di Novara- Università del Piemonte Orientale
Merlo	Giulia	Dermatologia	Alessandria
Nasi	Andrea	Chirurgia Maxillo Facciale	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Ronco	Annamaria	Chirurgia	Humanitas Gradenigo di Torino
Russo	Antonio	Chirurgia Plastica	AOU Maggiore della Carità di Novara- Università del Piemonte Orientale
Ferrario	Silvia	Radioterapia	ASL TO4 Ivrea
Buffoni	Lucio	Oncologia	Humanitas Gradenigo di Torino
Tessa	Maria	Radioterapia	Asti

##### 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>CAS</b>	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
<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>Skin Unit</b>	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.
<b>Stadio</b>	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
<b>Grading</b>	Sistema per classificare il grado di deviazione del tessuto tumorale dal tessuto normale di origine. Ha un impatto prognostico ben definito
<b>Prevenzione primaria</b>	Azioni e misure adatte a ridurre l'incidenza di una certa patologia, agendo, ad esempio, sui fattori di rischio modificabili
<b>Prevenzione secondaria</b>	Azioni e misure adatte all'identificazione dei tumori in fase asintomatica, in modo da consentire terapie più tempestive ed efficaci
<b>Prevenzione terziaria</b>	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
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale
<b>BCC</b>	Basal Cell Carcinoma
<b>TC</b>	Tomografia Computerizzata
<b>RM</b>	Risonanza Magnetica
<b>US</b>	Ultrasonografia
<b>RT</b>	Radioterapia
<b>CT</b>	Chemioterapia
<b>ECT</b>	Elettrochemioterapia
<b>DH/DS</b>	Day Hospital / Day Surgery
<b>Mohs</b>	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
<b>CCPDMA</b>	Chirurgia controllata dei margini complete circumferential peripheral and deep-margin assessment)

## 6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutti i pazienti affetti da BCC della cute 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

Il BCC è il tumore epiteliale cutaneo maligno più comune nella razza caucasica e rappresenta fino all'82% dei tumori cutanei. In Italia la percentuale di BCC sul totale dei tumori si aggira mediamente sul 70%, con valori lievemente più bassi nell'Italia Meridionale. I soggetti maggiormente colpiti sono di sesso maschile (15,2 % vs 14,8%) e di età superiore ai 65 anni. Il numero di nuovi casi è del 30% circa più elevato negli uomini rispetto alle donne. Anche se sono stati osservati casi nei bambini, lo sviluppo di questo tumore prima dei 20 anni è un evento molto raro.

Il BCC rappresenta un quadro patologico oncologico maligno, caratterizzato da aspetti clinici ed istologici peculiari e con la caratteristica di lento accrescimento espansivo, infiltrativo e distruttivo ed incidenza di metastasi estremamente limitata (intorno allo 0,1%).

La lesione iniziale è spesso difficilmente diagnosticabile: si presenta come una chiazza eritematosa, una piccola papula ipercheratosica o disseminata di minute teleangectasie o, infine, come un'erosione di minime dimensioni ricoperta da crosta ematica senza tendenza alla riparazione. Nel corso di mesi o di anni il BCC acquista le caratteristiche cliniche che ne condizionano le varianti morfologiche, estremamente polimorfe.

Si classificano diverse forme cliniche conclamate cui possono corrispondere, non necessariamente, variazioni degli aspetti istologici:

- Carcinoma basocellulare piano-superficiale: forma eritematosa, forma bowenoide, forma pagetoide, forma eritematoide;
- Carcinoma basocellulare cicatriziale: forma piano-cicatriziale e forma sclerodermiforme;
- Carcinoma basocellulare nodulare;
- Carcinoma basocellulare ulcerativo: rappresenta l'evoluzione delle forme cliniche precedenti;
- Carcinoma basocellulare ulcus rodens;
- Carcinoma basocellulare terebrante;
- Carcinoma basocellulare pigmentato.

Numerosi sono i fattori che influenzano il percorso terapeutico del BCC (come la sede, le dimensioni, l'istotipo, i pregressi trattamenti, il numero di lesioni, la tendenza alle recidive e le condizioni generali del paziente).

Nella scelta del trattamento, si deve privilegiare la terapia che assicura la maggior probabilità di radicalità.

È utile, a tale scopo, individuare i BCC ad alto rischio di recidiva: sede centro facciale e padiglioni auricolari; dimensioni > 2 cm di diametro; istotipo sclerodermiforme, micronodulare e basosquamocellulare; comparsa di recidiva dopo trattamenti locali.

## 8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2024 disponibile sul sito [www.aiom.it](http://www.aiom.it)
- NCCN ( [https://www.nccn.org/guidelines/category\\_1](https://www.nccn.org/guidelines/category_1)) 2.2024
- Telfer NR, Colver GB, Bower PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol 1999; 141: 415-423
- Peris K, Fargnoli MC, Garbe C, et al. Diagnosis and treatment of basal cell carcinoma: European consensus-based interdisciplinary guidelines. Eur J Cancer. 2019 Sep;118:10-34.
- European consensus-based interdisciplinary guideline for diagnosis and treatment of basal cell carcinoma-update 2023.
- Peris K, Fargnoli MC, Kaufmann R, Arenberger P, Bastholt L, Seguin NB, Bataille V, Brochez L, Del Marmol V, Dummer R, Forsea AM, Gaudy-Marqueste C, Harwood CA, Hauschild A, Höller C, Kandolf L, Kellerners-Smeets NWJ, Lallas A, Leiter U, Malvey J, Marinović B, Mijuskovic Z, Moreno-Ramirez D, Nagore E, Nathan P, Stratigos AJ, Stockfleth E, Tagliaferri L, Trakatelli M, Vieira R, Zalaudek I, Garbe C; EADO, EDF, ESTRO, UEMS and EADV. Eur J Cancer. 2023 Oct;192:113254.

## 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 BCC 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**

I BCC si manifestano soprattutto nelle parti del corpo più esposte al sole: viso, cuoio capelluto, orecchie, collo, spalle e schiena (dorso), regione dorsale delle mani e degli avambracci e risultano più frequenti negli individui con la pelle chiara e che lavorano all'aperto. Le scottature conseguenti all'esposizione ai raggi solari durante l'infanzia e l'adolescenza, sembrano avere un ruolo di rilievo nello sviluppo del BCC nell'età adulta. Pertanto, oltre ad essere una prevenzione necessaria per tutti, proteggere la pelle dal sole è particolarmente importante, nei bambini e nei ragazzi.

Il BCC può essere provocato da diversi fattori di origine ambientale, costituzionale, familiare o essere determinato dal contatto con sostanze chimiche. Tuttavia il principale fattore di rischio è la prolungata esposizione ai raggi ultravioletti sia naturali che artificiali. L'esposizione cumulativa cronica di radiazioni UV è il fattore di rischio ambientale più importante e ciò spiega il drastico aumento di incidenza con l'aumentare dell'età. L'incidenza è maggiore alle latitudini più basse, in correlazione ad una maggiore intensità della luce ambientale. Le fonti artificiali di radiazioni UV, come la terapia PUVA e i dispositivi di abbronzatura indoor sono implicati nella patogenesi.

### **Prevenzione primaria**

La protezione dai raggi solari avviene con l'impiego di creme di protezione, con l'uso di indumenti, cappelli e occhiali protettivi ed evitando 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**

E' mirata al controllo periodico di

- Pazienti affetti da comorbidità che aumentano i rischi sensibilizzando anche il MMG
- Pazienti affetti da genodermatosi (albinismo muco-cutaneo, xeroderma pigmentoso epidermodisplasia verruciforme), processi infiammatori di lunga durata come quelli presenti in alcune malattie genetiche (epidermolisi bollosa), ferite croniche, ustioni, cicatrici, ulcere degli arti inferiori immunosoppressione da terapie utilizzate nei trapianti, per malattie immunomediate croniche o per patologie immunopoietiche come il linfoma e la leucemia.
- Pazienti esposti a farmaci biologici
- Soggetti a contatto con l'arsenico
- Soggetti con familiari che hanno già avuto il BCC (storia familiare per malattia)

### **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. Per la particolare natura di questa neoplasia, l'esenzione 048 deve essere riservata ai casi complessi per sede, estensione o numerosità lesioni. 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
<b>Visita CAS</b>	<p>Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Valutazione infermieristica: con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale</li> <li>• Gestione amministrativa: rilascio dell’esenzione 048 temporanea o definitiva; organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico</li> </ul> <p>Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti, comunicarli al paziente e provvedere alla presentazione della documentazione al GIC. Per la particolare natura della neoplasia la visita CAS può essere riservata solo a casi complessi</p>	<i>In base a rischio (vedi Allegato 1)</i>
<b>Definizione diagnostica del BCC</b>	<p>Nel processo di diagnosi e stadiazione locale della neoplasia deve essere disponibile la visita dermatologica con dermatoscopio e la successiva tipizzazione istologica</p> <p>Può essere necessario disporre delle modalità diagnostiche a scelta tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• US della sede della lesione</li> <li>• TC della sede della lesione</li> <li>• RM della sede della lesione</li> </ul> <p>Si raccomanda di utilizzare la stadiazione proposta dalla consensus 2023 EADO-EDF-ESTRO-EADV</p>	
<b>Stadiazione sistemica</b>	<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>	
<b>GIC</b>	<p>Il Gruppo Interdisciplinare Cure, da attivare in caso di situazioni cliniche complesse, 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"> <li>• Chirurgo con competenza specifica</li> <li>• Dermatologo</li> <li>• Oncologo Medico/Dermatoncologo</li> <li>• Radioterapista</li> <li>• Infermiere</li> </ul> <p>Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anatomopatologo</li> <li>• Chirurgo Generale</li> <li>• Chirurgo Maxillo Facciale</li> <li>• Dietologo</li> <li>• Farmacista</li> <li>• Fisiatra</li> <li>• Medico Nucleare</li> <li>• Otorinolaringoiatra</li> <li>• Radiologo</li> <li>• Psicologo</li> </ul>	<i>In base a rischio (vedi Allegato 1)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativista/Terapista del dolore</li> </ul> <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.</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 (ad esempio, metastasi ossee a rischio complicanze, metastasi cerebrali ecc.).</p>	
<b>Counselling genetico</b>	In caso di sospetto di Sindrome di Gorlin indicata consulenza genetica Medica	
<b>Principi di terapia</b>	La scelta del trattamento ottimale, che può essere chirurgico o radioterapico, eventualmente associato a terapia sistemica, deve considerare dimensioni, sede ed età del paziente. Salvo che in casi localizzati a basso rischio, è necessaria una condivisione multidisciplinare. Nella malattia avanzata deve essere considerato il trattamento con farmaci a bersaglio molecolare (vedi <i>Allegato 1</i> )	
<b>Follow-up</b>	Per follow-up si intende non soltanto l'insieme delle procedure finalizzate alla diagnosi di ripresa di malattia ma anche gli interventi utili alla riabilitazione, al controllo delle tossicità tardive e all'educazione alla salute. Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia. Un paziente con diagnosi precedente di BCC ha un rischio approssimativo del 15% di sviluppare un altro carcinoma BCC in un anno e del 35% a 5 anni e il rischio aumenta per pazienti con più di un carcinoma asportato. Seguire i pazienti con controlli ambulatoriali ravvicinati può permettere di individuare prontamente recidive o nuove lesioni.	
<b>Cure Palliative</b>	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. 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.	
<b>Medicina Territoriale</b>	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. Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia	
<b>Ruolo delle organizzazioni di volontariato (ODV)</b>	La diagnosi di carcinoma basocellulare 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. 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).

## 13. 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.

#### **14. AGGIORNAMENTO**

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

#### **15. 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.

#### **16. 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 : Principi di terapia

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