



**Percorso di Salute Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
Tumori Testa Collo**

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

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

Il gruppo di studio dei tumori testa collo è stato incaricato dalla Rete Oncologica per redigere il percorso di presa in carico di persone affette da tumori del distretto testa collo. I riferimenti per la redazione sono definiti secondo i punti di seguito elencati, ai fini di una corretta identificazione dei documenti e della formulazione dei necessari aggiornamenti.

Stato della revisione			
N.	Data	Modifiche	Autori
00	01.02.2023	Prima emissione	GdS Testa Collo
01	15.10.2024	Revisione	GdS Testa Collo

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

Affinchè il PSDTA possa entrare pienamente nella pratica clinica quotidiana di tutti i soggetti coinvolti è stato necessario predisporre una lista di distribuzione delle parti coinvolgendo figure professionali diverse ed afferenti a diverse Aziende Sanitarie.

- **Nucleo di Coordinamento**

Cognome	Nome	Ruolo	Unità operativa	Sede
Denaro	Nerina	Coordinatore GS	Oncologia	AO Santa Croce e Carle di Cuneo Policlinico Fond.IRCCS Ca Granda Milano
Iorio	Giuseppe Carlo	Coordinatore GS	Radioterapia	AOU Città Salute Torino
Succo	Giovanni	Coordinatore GS	ORL	Osp. San Giovanni Bosco Torino
Ostellino	Oliviero	Coordinatore GS	Oncologia	AOU Città Salute Torino

- **Componenti del gruppo di lavoro e sottogruppi.**

Gruppo 1 Cavo Orale

Airolidi Mario	AOU Città della Salute	Oncologia
Alessandra Sovatzis	AO Alessandria	Deglutologia
Andrea Cavalot	ASL TO 5	ORL
Averono Gianluca	ASL Biella	ORL
Balcer Vittoria	ASL Biella	Radioterapia
Berretta Laura	AO Alessandria	Radioterapia
Cristina Ondolo	AOU San Luigi Gonzaga	ORL
Fabiano Beatrice Enrica	AO Mauriziano	ORL

Gruppo 2 Orofaringe

Daniele Di Iorio	ASL Città di Torino	ORL
De Stefani Antonella	AUSL VdA	ORL
Dosdegani Riccardo	ASL VC	ORL
Edoardo Paganelli	ASL Cuneo 2	ORL
Elena Cappellaro	AO Alessandria	ORL
Erika Crosetti	SCDU ORL San Luigi	ORL
Eugenia Ricci	ASL TO 5	ORL
Evangelisti Lucia	ASL CN 1	Oncologia
Chiara Cavallin	AOU Città della Salute	Radioterapia
Fabrizio Marola	ASL TO 4	ORL

Gruppo 3 Rinofaringe e CUP

Fabrizio Riva	AOU San Giovanni Battista	ORL
Ferrario Silvia	ASL TO 4	Radioterapia
Gallone Giorgio	ASL TO 4	ORL
Ferella Letizia	AUSL VsA	Radioterapia
Gaspari Fabio	ASL Città di Torino (OSGB)	Oncologia
Gervasio Fernando	ASL Biella	ORL
Gervasio Silvia	ASL Città di Torino	Dietologa
Giacalone Angela	AOU Novara	Anatomia Patologica
Giacomo Machetta	ASL TO 3	ORL

Gruppo 4 Laringe e Ipofaringe

Giovanni Borello	AOU Novara	ORL
Giuseppe Nazionale	ASL TO 3	ORL
Golisano Graziella	ASL TO 4	Dietologia
Guglielmetti Ruggero	ASL VCO	ORL
Lerda Walter	AO Cuneo	ORL
Libero Tubino	ASL TO 4	ORL
Loddo Carmen	ASL TO 4	Oncologia
Magnano Mauro	ASL TO 3 Pinerolo	ORL
Maioli Paolo	ASL VC	ORL
Martini Stefania	AO Cuneo	Radioterapia
Matteo Chiarlone	ASL Cuneo 1	ORL

Gruppo 5 Ghiandole salivari e cavità nasali/paranasali

Valentina Monticone	ASL Cuneo 2	ORL
Matteo Nicolotti	AO Alessandria	Maxillo facciale
Vergano Riccardo	ASL Città di Torino (OMV)	ORL
Verna Roberta	AOU Orbassano	Radioterapia
Blengio Fulvia	AO Alessandria	Oncologia
Vittorio Ferrero	AO Mauriziano	ORL
Veronica Bonetto	ASL TO 3	Infermiere
Marola Fabrizio	ASL TO 4	ORL

Gruppo 6 Malattia Ricorrente/Metastatica e Terapia Palliativa

Moretto Francesco	ASL AT	Radioterapia
Pagliassotto Alessandro	ASL Città di Torino	ORL
Pisani Carla	AOU Novara	Radioterapia
Pisani Paolo	ASL AT	ORL
Rosmino Claudia Maria	AOU Città della Salute	Radioterapia
Salusso Anna Lisa	ASL TO 3	infermiere
Schena Marina	AUSL VdA	Oncologia
Scotti Antonio	ASL VCO	ORL
Silvia Ponso	AO Cuneo	ORL
Sorrentino Raffaele	AO Alessandria	ORL

o Coordinatori dei sottogruppi:

Gruppo 1 cavo orale coordinato da Vittoria Balcet e Averono Gianluca

Gruppo 2 orofaringe coordinato da Erika Crosetti e Chiara Cavallin

Gruppo 3 rinofaringe e CUP coordinato da Gaspari Fabio e Ferrario Silvia

Gruppo 4 laringe e ipofaringe coordinato da Lerda Walter e Magnano Mauro

Gruppo 5 ghiandole salivari e cavità nasali/paranasali coordinato da Valentina Monticone e Matteo Nicolotti

Gruppo 6 malattia ricorrente/metastatica e terapia palliativa da Moretto Francesco e Schena Marina

- **Responsabili della revisione del percorso diagnostico-terapeutico, delle flow-charts, del follow-up e degli indicatori:** Giacalone Angela, Martini Stefania, Blengio Fulvia, Ponso Silvia.

- **Responsabili sezione Dietologia/trattamenti simultanei:** Gervasio Silvia, Golisano Graziella.

Associazioni pazienti che hanno contribuito :

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

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Termine	Significato
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ALL	Allegato
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ASL	Azienda Sanitaria Locale
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CAS	Centro Accoglienza e Servizi
CDDP	Cisplatino
CPS	Combined Positive Score
CT	Chemioterapia
CUP	Cervical cancer of un unknown primary
EBV	Epstein-Barr Virus
ECE	Estensione Extracapsulare
ECM	Educazione Continua in Medicina
EGdS	EsofagoGastroDuodenoScopia
EGFR	Anti-epidermal-growth-factor-receptor
FNAC	Citologia da ago aspirato con ago sottile
FU	Fluor-uracile
GIC	Gruppo Interdisciplinare Cure
GS	Gruppo di Studio
HER2	Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
HPV	Human Papilloma Virus
IMRT	Intensity-modulated RT
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MDT	Metastasis-Directed Therapy
MMG	Medico di Medicina Generale
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NAS	Non altrimenti specificato
NTRK	Neurotrophic tyrosine receptor kinase
ODV	Organizzazioni di Volontariato
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPT	Ortopantomografia
ORL	Otorinolaringoiatria
PD1	Programmed Death-1
PDL1	Programmed Death Ligand-1
PEG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea

PET	Tomografia a Emissione di Positroni
PRG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea
RM	Risonanza Magnetica
RX	Radiografia
RT	Radioterapia
SABR	Stereotactic ablative RT
SBRT	Stereotactic body RT
SCC	Carcinomi squamocellulari
SCDU	Struttura Complessa a Direzione <u>Universitaria</u>
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SNG	Sondino Nasogastrico
TC	Tomografia Computerizzata
TPF	Cisplatino, Docetaxel, 5-FU
UOC	Unità Organizzativa Complessa
UOCP	Unità operativa di Cure Palliative
USD	Unità Semplice Dipartimentale
VADS	Vie Aerodigestive Superiori
VMAT	Volumetric Modulated Arc Therapy

6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutti i pazienti affetti da tumori testa-collo 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 DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PSDTA

I tumori maligni del distretto testa-collo rappresentano in Italia circa il 3% di tutti i tumori maligni. Ogni anno si diagnosticano circa 13.000 nuovi casi e la maggior parte di essi si osserva nella popolazione maschile (7.300 casi). L'incidenza annuale è 18/100.000 abitanti, un dato simile a quello riscontrato nella Unione Europea. La malattia è tre volte più frequente nel nord del paese. Sulla base dei dati delle SDO, nel periodo gennaio 2015 - dicembre 2019 sono stati rilevati 4811 nuovi casi di tumore testa-collo in Piemonte, e 832 casi nel 2020, di cui 689 verificatisi dall'inizio dell'epidemia di COVID-19 in Italia, ovvero marzo 2020. Il 93% dei tumori di testa e collo sono tumori epiteliali. Il 90% dei tumori maligni in questa sede sono carcinomi squamo-cellulari (SCC), (*Allegato 1*).

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO - SOCIETÀ INTERNAZIONALI DI RIFERIMENTO

La stesura del PSDTA ha utilizzato le evidenze più recenti della letteratura, riassunte sostanzialmente nelle principali linee guida/raccomandazioni da parte delle Società/Enti internazionali e nazionali:

- www.aiom.it
- www.radioterapiaitalia.it
- www.esmo.org
- www.nccn.org
- www.siapec.it
- www.aiocc.it
- www.estro.org
- www.eortc.org
- www.dahanca.dk
- www.rtog.org
- www.sioechcf.it
- www.sicmf.org
- <https://beta.asco.org>
-

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

Sulla base dei dati delle SDO, nel periodo gennaio 2015 – dicembre 2019 sono 4811 i nuovi casi di tumore testa-collo in Piemonte, 832 casi nel 2020, di cui 689 verificatisi dall'inizio dell'epidemia COVID-19 in Italia, ovvero marzo 2020 (*allegato 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

10. CRITERI DI INGRESSO/ELIGIBILITA'

Sono inclusi in questo PSDTA tutti i pazienti con sospetto clinico o diagnosi di carcinoma :

- Cavo Orale
- Orofaringe
- Rinofaringe
- Laringe e Ipofaringe
- Ghiandole Salivari e Cavità Nasali/Paranasali
- Metastasi Cervicali da Primitivo Occulto (CUP)

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 dei tumori testa collo sono:

- Tabacco e alcol : il fumo di tabacco e il consumo di alcol sono causalmente associati ai tumori della cavità orale, della lingua, dell'orofaringe, dell'ipofaringe, ma non della laringe. Sia negli uomini che nelle donne il rischio aumenta in rapporto alla durata del consumo di tabacco e al numero di sigarette giornaliere e diminuisce in rapporto al tempo trascorso dal momento in cui si è smesso di fumare. Anche i tumori delle cavità nasali e paranasali e i tumori del rinofaringe sono verosimilmente associati al consumo di tabacco
- Fumo involontario . un'esposizione prolungata a fumo passivo in casa o sul luogo di lavoro aumenta significativamente il rischio.
- Dieta : il consumo di verdure non amidacee e di frutta, in particolare quelle ricche di carotenoidi, probabilmente riduce il rischio di ammalarsi di tumori della bocca, faringe e laringe
- Esposizioni professionali : l'esposizione a polvere di legno e di cuoio è causalmente associata agli adenocarcinomi dei seni paranasali (e in grado minore, ai carcinomi epidermoidi), l'esposizione a formaldeide è causalmente associata ai tumori del rinofaringe (e probabilmente ai tumori dei seni paranasali, anche nei lavoratori non esposti a polvere di legno, e forse anche, ma gli studi sono pochi, ai tumori della bocca, faringe e laringe) e l'esposizione a idrocarburi aromatici policiclici (praticamente ogni professione esposta a fumi di combustibili fossili) è causalmente associata ai tumori della laringe.
- Virus del papilloma umano (HPV) : una recente revisione della letteratura sui tumori della testa e del collo ha riportato una prevalenza del 23,5% per i tumori del cavo orale, del 24% per i tumori della laringe e del 35,6% per i tumori dell'orofaringe; nel 68% e, rispettivamente, nel 90% dei casi si trattava di HPV 16, e, in una piccola percentuale, di casi di HPV 18. Vari studi sierologico-epidemiologici hanno riscontrato un rischio marcatamente aumentato di tumori dell'orofaringe e marcatamente aumentato di tumori della cavità orale, associato a marker sierologici di HPV. I pazienti che hanno sofferto di un cancro ano genitale hanno presentato un rischio più elevato di cancro alla tonsilla

La prevenzione primaria pertanto si fonda su :

- Abolizione del fumo di tabacco
- Riduzione consumo di alcolici e abolizione consumo di superalcolici
- Vaccinazione HPV in maschi e femmine prima dell'inizio dell'attività sessuale
- Rimozione sostanze cancerogene dall'ambiente di lavoro

Prevenzione secondaria

Non esiste uno screening dedicato

Prevenzione terziaria

E' rappresentata dai programmi di follow-up dei pazienti liberi da malattia dopo i trattamenti, ma anche dai percorsi riabilitativi oncologici volti a ridurre le probabilità di sviluppo di disabilità correlate con la malattia o i trattamenti. Il percorso riabilitativo individuale va pianificato in fase pre chirurgica attraverso la "prehabilitation" e deve prevedere tutti gli aspetti funzionali (in particolare la fonazione), nutrizionali, motorie e psico sociali.

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	Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti: ○ 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 ○ Valutazione fisioterapica ○ Gestione amministrativa: rilascio dell'esenzione 048 temporanea o definitiva; organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti, comunicarli al paziente e provvedere alla presentazione della documentazione al GIC	<i>La visita CAS va erogata entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta</i>
Diagnosi e stadiazione	Nel processo di diagnosi e stadiazione locale della neoplasia devono essere disponibili le seguenti modalità diagnostiche: ○ Completo set di indagini istologiche o citoistologiche ○ Endoscopia con fibre ○ Rm, TC, Ecografia (+/- FNAC), angiografia, RX, PET-TC ○ EGDS/Broncoscopia ○ Audiometria/impedenziometria ○ Visita specialistica e campo visivo ○ Ecodoppler vasi del collo ○ Determinazioni HPV/EBV La stadiazione delle neoplasie del testa-collo viene comunemente effettuata mediante il sistema classificativo “TNM”, modificato nel 2017 (UICC/AJCC 8° Edizione – Brierley et al. TNM 8th Edition 2016). Il percorso diagnostico dovrebbe concludersi entro 20-30 giorni (ma non oltre i 30 giorni) dalla prima visita specialistica	
GIC	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: ○ Radioterapista ○ Oncologo Medico ○ Otorinolaringoiatra/ Chirurgo maxillo facciale ○ Infermiere Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:	<i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i>

	○ Anatomopatologo ○ Dietologo ○ Fisiatra ○ Fisioterapista	
	○ Logopedista ○ Farmacista ○ Odontoiatra ○ Radiologo ○ Medico nucleare ○ Psicologo ○ Palliativista/Terapista del dolore In caso di non disponibilità di qualcuna delle discipline richieste è necessario far riferimento al GIC di un altro centro (possibilmente l'hub di riferimento territoriale). Nel regolamento del GIC, oltre agli specialisti che partecipano, devono essere descritte le periodicità degli incontri, le modalità di svolgimento e di refertazione. In seguito alla discussione multidisciplinare viene redatta una relazione scritta con le indicazioni terapeutiche stabilite e lo specialista a cui il caso viene affidato. La proposta è in seguito condivisa con la paziente nel rispetto delle rispettive caratteristiche cliniche e preferenze. La discussione interdisciplinare è obbligatoria per l'impostazione iniziale delle terapie e necessaria ogni qualvolta si ravvisi un problema clinico complesso che richieda più competenze. In considerazione della sede della malattia è fondamentale la valutazione nutrizionale (<i>Allegato 2</i>)	
Malattia localizzata	Al termine del percorso diagnostico-stadiativo ed in base alla valutazione GIC, per il paziente candidato a trattamento radicale per neoplasia del distretto cervico-cefalico, la chirurgia, la radioterapia e la radiochemioterapia rappresentano le opzioni terapeutiche. Le terapie andrebbero avviate entro 50 giorni dalla prima visita CAS e 30 giorni dalla valutazione multidisciplinare. La chirurgia è spesso la prima opzione nella malattia localizzata Dopo l'intervento chirurgico può essere proposto un trattamento adiuvante con radioterapia (60-66 Gy; IMRT raccomandata) o con radiochemioterapia in base al rischio di recidiva La radioterapia radicale (con o senza terapia sistemica) è un'opzione di successo riservata in particolar modo alle neoplasie dell'orofaringe, rinofaringe ed ipofaringe/laringee (preservazione d'organo), (<i>Allegato 3</i>).	
Malattia localmente avanzata	Nella malattia localmente avanzata è indicato un trattamento chemio radioterapico concomitante eventualmente preceduto da terapia di induzione. Una peculiarità di queste neoplasie è la presenza di metastasi linfonodali da carcinoma primitivo ignoto che richiedono un trattamento analogo a quello della neoplasia primitiva (<i>Allegato 6</i>)	

Recidiva locale	In casi selezionati, dopo discussione multidisciplinare, le recidive locali possono giovare di una chirurgia di salvataggio o di una reirradiazione, che deve essere effettuata in centri con elevata expertise. Deve essere considerata l'opzione della adroterapia	
Malattia ricorrente/metastatica	Nella malattia ricorrente o metastatica la terapia medica è indicata per migliorare la sopravvivenza e garantire un miglior controllo della qualità di vita (<i>Allegato 5</i>). In casi particolari terapie loco regionali possono essere associate alla terapia sistemica	

Trattamenti simultanei	Le neoplasie del distretto cervico-cefalico sono tra quelle a maggior impatto sullo stato nutrizionale del soggetto. La tempestività dell'attivazione della valutazione nutrizionale (dietistica/dietologica) è pertanto cruciale nel prevenire/trattare precocemente la malnutrizione. Nel paziente candidato e/o sottoposto a chirurgia è importante lo screening del rischio nutrizionale, che dev'essere sempre effettuato in corso di visita CAS, e può essere effettuato anche dal personale infermieristico. Nel paziente candidato a trattamento CT-RT che, per gli effetti collaterali previsti, è da considerarsi "tout court" a rischio di malnutrizione, la presa in carico nutrizionale dev'essere sempre effettuata contestualmente alla presa in carico da parte del GIC ed il follow up molto stringente (settimanale o al massimo ogni 2 settimane), (<i>Allegato 2</i>). Devono essere garantiti inoltre ai pazienti idonei percorsi di riabilitazione multiprofessionale. Per i pazienti candidati a trattamento radioterapico e/o chemioterapia concomitante, viene programmata una valutazione preliminare odontostomatologica. Fondamentale è infine il supporto psico-oncologico, soprattutto per i pazienti che presentano segni di ansia e depressione, difficoltà a comprendere la prognosi, segni di conflitto con i familiari, scarsa compliance al trattamento, nonché come supporto per i familiari.	
Effetti collaterali tardivi	La sede anatomica e l'intensità dei trattamenti sono spesso causa di effetti collaterali rilevanti e duraturi che possono essere prevenuti, almeno parzialmente, con adeguate misure di riabilitazione. E' pertanto necessaria una interazione costante con gli specialisti di riabilitazione (<i>Allegati 3,4,5</i>)	
Follow up	Le finalità del percorso di follow-up sono diverse: la valutazione degli effetti sub-acuti e tardivi del trattamento, il percorso di riabilitazione, il ripristino dello stato nutrizionale e delle funzioni deglutitorie e fonatorie, il monitoraggio dello stato psicosociale del paziente oltre che la diagnosi di recidive/metastasi e/o di secondi tumori (associati ai fattori di rischio). La valutazione strumentale ORL con videoendoscopia delle VADS, la TC massiccio facciale-collo-torace-addome e la RM del massiccio facciale e del collo con e senza mdc rivestono il ruolo principale (<i>Allegati 5,7</i>).	

Cure Palliative	Cure palliative simultanee precoci : per i pazienti con o senza malattia metastatica anche in corso di terapie causali, che presentino sintomi rilevanti o che abbiano familiari in difficoltà nel processo di consapevolezza della prognosi o che necessitino di supporto nella pianificazione del percorso di cura. 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.	
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 alla terapia principale. Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia	

Ruolo delle Organizzazioni di Volontariato (ODV)	La diagnosi riguardante i tumori testa-collo 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. Nel caso delle neoplasie del Distretto Cervico facciale va segnalato il notevole supporto delle Associazioni di volontariato come AILAR che sostengono il paziente in fase preoperatoria con i propri Maestri della fonazione, a loro volta ex pazienti formati e che lo supportano nel post operatorio. In molte realtà, soprattutto periferiche, è prevalentemente AILAR a farsi carico della riabilitazione alla fonazione. L'essere assistiti da ex pazienti spesso si rivela uno strumento potente riabilitativo con ricadute psicologiche determinanti.	
---	---	--

12 RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA

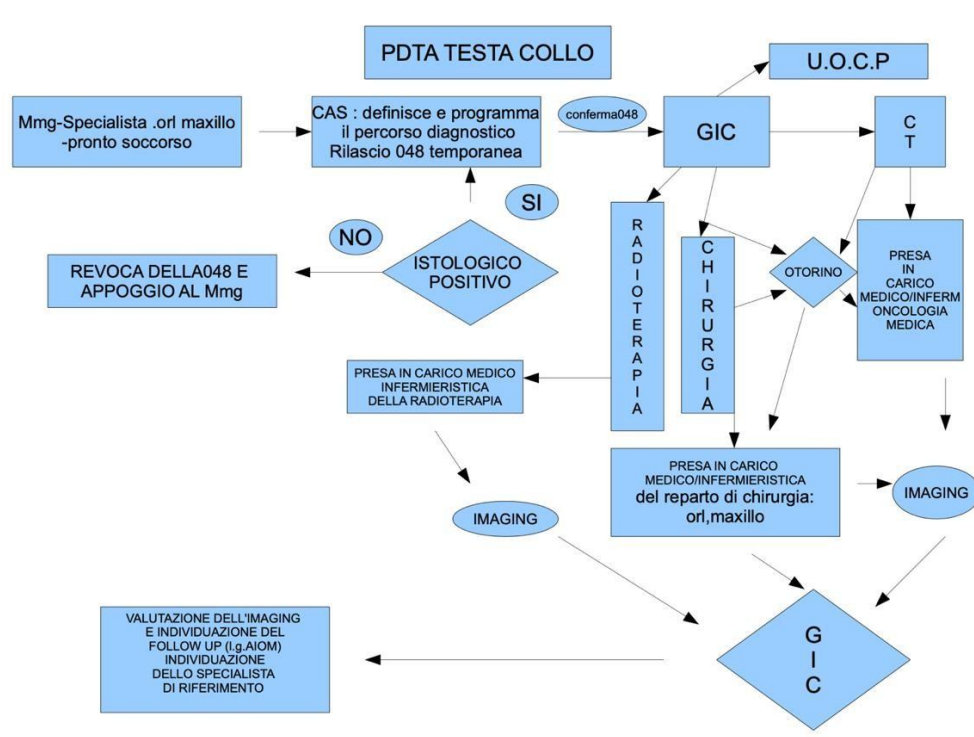


Fig. 3 Flowchart dall'invio dell'assistito con sospetta neoplasia in avanti (fonte: PDTA 2020 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino).

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.

Di seguito, gli indicatori di riferimento.

N°	Indicatore	Note
1	N° totale di visite GIC per centro per anno	Regionale
2	Concordanza tra indicazioni del GIC e successivo iter del paziente	Locale
3	Percentuale di pazienti discussi dal GIC che iniziano un trattamento radicale entro 30 giorni	Regionale
4	Percentuale di pazienti con almeno una visita clinica entro 3 mesi dall'inizio del trattamento radicale	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 aggiornare 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 : Dati epidemiologici Regione Piemonte
- Allegato 2 : Schemi di approccio nutrizionale al paziente con neoplasia testa collo
- Allegato 3 : Percorso di presa in carico logopedica nel PSDTA di Rete
- Allegato 4 : Approccio ortottico alla diplopia in oncologia
- Allegato 5 Complicanze di interesse fisiatrico e fisioterapico : proposte di valutazioni e trattamenti
- Allegato 6 : Sintesi dei percorsi terapeutici
- Allegato 7 : Schema di follow up

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 pubblicati nel 2022