



**Percorso di Salute
Diagnostico
Terapeutico Assistenziale**

GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA METASTASI OSSEE

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.	11
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag.	12
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag.	12
15.	Aggiornamento	Pag.	12
16.	Archiviazione	Pag.	12
17.	Allegati	Pag.	12

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

La redazione di un PSDTA per il paziente affetto da metastasi ossea è particolarmente complessa in quanto riguarda un gruppo estremamente eterogeneo di condizioni cliniche con prognosi oltremodo differenti. La metastasi ossea impatta negativamente sulla sopravvivenza del paziente, in modo differente in base alla neoplasia di partenza. Le linee guida nazionali AIOM 2024 racchiudono il dettaglio nell'approccio al paziente metastatico osseo, ma scopo del presente PSDTA è creare un percorso condiviso di ottimizzazione della qualità delle cure.

Per poter giungere a questo obiettivo, è necessario l'impegno dei professionisti e delle istituzioni al fine di garantire il più possibile l'omogeneità delle cure tramite la discussione multidisciplinare e laddove sia richiesto attraverso la condivisione telematica di notizie cliniche e di diagnostica per immagini tra centri di primo e secondo livello.

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

La rete Oncologica della Regione Piemonte e Valle d'Aosta, dato l'impatto notevole in termini socio sanitari e gestionali della malattia metastatica ossea, ha pianificato la stesura di un documento per l'individuazione dei centri di gestione di primo (SPOKE) e di Secondo (HUB) livello dedicati al paziente metastatico osseo e dei criteri di selezione del paziente per l'invio a valutazione multidisciplinare presso i medesimi centri.

Stato della revisione			
N.	Data	Modifiche	Autori
00	31.10.2025	Prima emissione	GdS Metastasi ossee

3. LISTA DISTRIBUZIONE

Strutture di cure primarie delle ASL regionali e per loro tramite ai MMG
Aziende Sanitarie: Direttori Generali e Direttori Sanitari Direttori di UOC e USD e Responsabili delle funzioni interessate : Responsabili CAS e GIC con preghiera di diffusione, CPO
Organizzazioni di Volontariato (ODV) di riferimento per patologia
Istituzioni: Ordine dei Medici, Ordine Professioni Sanitarie, Ordine Farmacisti, Ordine Psicologi, Ordine Assistenti Sociali

4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Unità operativa	Sede
Arabia	Federica	Radiologia	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Bellò	Marilena	Medicina Nucleare	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Bianco	Lavinia	Radioterapia	AO Mauriziano
Bombaci	Sebastiano	Oncologia Medica	ASL To 4
Bottino	Francesca	Cure Palliative	ASL To 5
Bungaro	Maristella	Oncologia Medica	PO Pietro Ferrero (ASL Cn2)
Busso	Marco	Radiologia	PO Rivoli (ASL To3)
Cante	Domenico	Radioterapia	ASL To 4
Capaldi	Antonio	Oncologia Medica	ASL To 5
Castro	Leoluca	Anestesia e Rianimazione	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Cofano	Fabio	Neurochirurgia	Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Neurochirurgia
Collo	Gianluca	Ortopedia e Traumatologia	PO Maria Vittoria di Torino (ASL Città di Torino)
Comandone	Alessandro	Oncologia Medica	ASL Città di Torino
Conti	Andrea	Ortopedia e Traumatologia	PO di Chivasso (ASL To4)
Depetris	Ilaria	Oncologia Medica	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
D'Ambrosio	Lorenzo	Oncologia Medica	AOU S Luigi Gonzaga di Orbassano
Evangelisti	Lucia	Oncologia Medica	ASL CN1
Fusco	Vittorio	Oncologia Medica	AO S Antonio e Biagio e C. Arrigo Alessandria
Garbossa	Diego	Neurochirurgia	Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Neurochirurgia
Garnero	Andrea	Neurochirurgia	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Gatti	Marco	Radioterapia	IRCCS Candiolo
Giolitti	Andrea	Ortopedia e Traumatologia	Ospedale Civile di Ivrea e di Cuorgnè (ASL To4)
Milano	Michele	Ortopedia e Traumatologia	PO Chieri- Moncalieri- Carmagnola (ASL To5)
Miraglia	Stefania	Oncologia Medica	ASL Città di Torino
Molea	Francesca	Radiologia	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Ottaviani	Davide	Oncologia Medica	Ospedale Humanitas Gradenigo (Torino)
Ottone	Azzurra	Oncologia Medica	Ospedale Humanitas Gradenigo (Torino)
Pellegrino	Pietro	Chirurgia oncologica Ortopedica	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Pierdominici	Ercole Paolo	Ortopedia e Traumatologia	PO Chieri- Moncalieri- Carmagnola (ASL To5)
Pittaro	Alessandra	Anatomia Patologica	AOU Città della Salute e della Scienza Di

			Torino
Rezzoagli	Martina	Chirurgia oncologica Ortopedica	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Rizzo	Francesco	Oncologia Medica	ASL VCO
Robba	Tiziana	Radiologia	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Salatino	Antonia	Radioterapia	IRCCS Candiolo
Tosto	Ferdinando	Ortopedia Traumatologia e	Ospedale Humanitas Gradenigo
Triolo	Pierfranco	Ortopedia Traumatologia e	PO E. Agnelli di Pinerolo (ASL To3)
Vigna Suria	Melitea	Ortopedia Traumatologia e	Nuovo ospedale degli Infermi di Biella (ASL Biella)

COORDINAMENTO

Cognome	Nome	Unità operativa	Sede
Boffano	Michele	Chirurgia Oncologica Ortopedica	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Merlotti	Anna	Radioterapia	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Miano	Sara	Oncologia Medica	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Piana	Raimondo	Chirurgia Oncologica Ortopedica	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Rondi	Nadia	Radioterapia	AOU Città della Salute e della Scienza Di Torino
Rossi	Maura	Oncologia Medica	AO S Antonio e Biagio e C. Arrigo Alessandria

ASSOCIAZIONI PAZIENTI CHE HANNO CONTRIBUITO :

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

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

Termine	Significato
GIC	Gruppo Interdisciplinare Cure
CAS	Centro Accoglienza Servizi
ESMO	European Society of Medical Oncology
PSDTA	Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale
AIOM	associazione Italiana Oncologia Medica
SIOT	Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia
MUO	Metastasis of Unknown Origin (Metastasi di Origine Sconosciuta)
cERBT	conventional External Beam RadioTherapy (radioterapia con fotoni tradizionale)
SRS	Stereotactic Radio Surgery (radiochirurgia stereotassica)

6. SCOPO

Scopo dell'attuale PSDTA è offrire il miglior percorso possibile nel trattamento multidisciplinare del paziente affetto da metastasi ossea dello scheletro appendicolare od assile. Lo scopo è gestire in modo efficace ed omogeneo il paziente con metastasi ossea mediante l'integrazione del sistema territoriale con quello ospedaliero nell'ottica di incidere sulla sopravvivenza dei pazienti affetti da metastasi ossea, minimizzando l'impatto su pazienti fragili e migliorando la qualità di vita.

Il presente documento si prefigge quindi in prima battuta di individuare i criteri per definire i centri HUB e Spoke per il trattamento multidisciplinare del paziente in ambito ospedaliero ed in seconda battuta di fornire alcune indicazioni sull'invio dei pazienti nei medesimi.

Condizione sine qua non per la piena attuazione del presente PSDTA è l'implementazione tecnologica mediante una piattaforma di condivisione di immagini e dati clinici dei pazienti per permettere l'inquadramento multidisciplinare a distanza per una corretta strategia terapeutica.

Scopo fisiatria post-operatorio (vedi allegato 3)

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

Ogni anno in Italia più di 390mila persone ricevono una nuova diagnosi di tumore; già nel 2010 erano stimati circa 75000(2) casi di metastasi ossee, numero destinato ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione, con l'aumento dell'incidenza dei tumori e con l'aumento della sopravvivenza grazie al miglioramento della qualità delle cure ed alle diagnosi precoci.

L'osso è il terzo più comune sito di localizzazione metastatica dopo polmone e fegato; i tumori primitivi che più frequentemente interessano l'osso come disseminazione metastatica sono quelli di polmone, mammella, prostata, tiroide e rene. Riscontri autopsici hanno dimostrato come circa il 70% di tutti i pazienti con tumore di mammella e prostata e fino al 42% di quelli con tumore del polmone, tiroide e rene mostrassero localizzazioni ossee.

Ai tumori solidi vanno aggiunti tutti i casi di mieloma multiplo, che interessa con lesioni osteolitiche fino al 95% dei pazienti.

I pazienti con metastasi ossea sono a rischio di sviluppare Eventi Scheletrici Avversi (SRE) che impattano negativamente sulla prognosi e sulla qualità della vita (QoL). A volte l'evento scheletrico avverso è il primo sintomo della patologia che verrà diagnosticata, ma in una percentuale stimata fino al 3% non si riscontra un tumore primitivo (Metastasi di origine sconosciuta o MUO).

L'incidenza di metastasi ossee non rientra tra i dati correntemente raccolti dai registri tumori di popolazione.

I dati riportati da studi di serie cliniche risentono molto dei fattori di selezione, dei criteri usati per definire le lesioni e del tipo di follow-up praticato.

In letteratura sono disponibili alcuni studi di coorte a livello di popolazione su specifiche neoplasie e pochi studi su intere popolazioni, di adeguate dimensioni e con stime di incidenza e prevalenza attendibili.

Si può stimare che il numero di pazienti metastatici in Piemonte sia di circa 7000 con prevalenza di primitività mammaria, polmonare e prostatica (2/3 dei casi).

Analizzando i dati del Piemonte riguardanti i ricoveri nel 2006-2020 con codice di diagnosi primaria o secondaria ICD9 198.5 (MTS ossee) si osserva una stabilità dei ricoveri in area chirurgica specialistica e una diminuzione in area medica e chirurgica non specialistica. Nel 2019 su 3055 ricoveri, il 14,2% era in area chirurgica e il 9,6% in area chirurgica specialistica.

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

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

- Coleman R, Hadji P, Body JJ, Santini D, Chow E, Terpos E, et al. Bone health in cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2020 Dec;31(12):1650–63.
- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). METASTASI OSSEE E SALUTE DELL'OSSO.2024
- Anderson AB, Wedin R, Fabbri N, Boland P, Healey J, Forsberg JA. External Validation of PATHFx Version 3.0 in Patients Treated Surgically and Nonsurgically for Symptomatic Skeletal Metastases. Clin Orthop. 2020 Apr;478(4):808–18.
- Piccioli A, Spinelli MS, Forsberg JA, Wedin R, Healey JH, Ippolito V, et al. How do we estimate survival? External validation of a tool for survival estimation in patients with metastatic bone disease—decision analysis and comparison of three international patient populations. BMC Cancer [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Nov 10];15(1). Available from: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-015-1396-5>
- Cofano F, Di Perna G, Zenga F, Ducati A, Baldassarre B, Ajello M, et al. The Neurology-Stability-Epidural compression assessment: A new score to establish the need for surgery in spinal metastases. Clin Neurol Neurosurg. 2020 Aug;195:105896.

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

Scopo del presente PSDTA è la gestione ospedaliera e territoriale del paziente affetto da metastasi ossea. Essendo di per se' un paziente con prognosi a lungo termine infausta e necessitando di gestione multidisciplinare ab initio, il paziente metastatico viene seguito sia in ambito ospedaliero (per cure Oncologiche mediche, Radioterapiche, Ortopediche, ecc) che in ambito territoriale (Somministrazione di farmaci antalgici, Medicazione di accessi venosi, Cure palliative).

Storicamente la gestione del paziente metastatico ha previsto in prima battuta il trattamento medico associato a quello radioterapico nella gestione dei casi sintomatici.

La morbidità intrinseca dovuta al presentarsi di eventi scheletrici avversi (fratture, impending fractures, ipercalcemia paraneoplastica, ecc..) e la necessità di intervento chirurgico drasticamente aumentata nel tempo rendono però necessaria l'individuazione di centri HUB e Spoke ospedalieri per la gestione multidisciplinare del paziente. Secondo le ultime evidenze disponibili, la probabilità di intervento chirurgico è del 10% per ogni anno in cui il paziente è affetto da secondarietà ossee, per cui nell'individuare centri Hub e Spoke vi è grande attenzione alla presenza di figure professionali ad alta specializzazione.

Criteri per l'individuazione di centro Hub e Centro Spoke

Centro SPOKE Presenza dei seguenti specialisti: Oncologo, Ortopedico, Radiologo, Radioterapista, Anatomo Patologo, Fisiatra

Centro HUB: in aggiunta necessaria la presenza di specialisti in Radiologia interventistica e Chirurgia Vertebrale (Neurochirurgo od Ortopedico)

N.b.: per individuare un "centro Spoke" o "centro HUB" si considera la presenza dello specialista nell'ambito della rete ospedaliera di riferimento per ASL

Nel PSDTA sono coinvolti

- Distretti Sanitari
- Medici di famiglia / Case della salute
- Servizi di cure domiciliari e palliative
- Strutture di riabilitazione
- Reti Ospedaliere

- Servizi sociali ospedalieri e territoriali
- Progetto Protezione Famiglie Fragili
- Associazioni di pazienti e di volontari

10. CRITERI DI INGRESSO

Paziente con metastasi ossea nota o di nuova diagnosi, o sospetta tale.

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

Nel seguente paragrafo si delineano i criteri per inviare il paziente a gestione multidisciplinare presso centro HUB o centro SPOKE sulla base delle differenti presentazioni cliniche

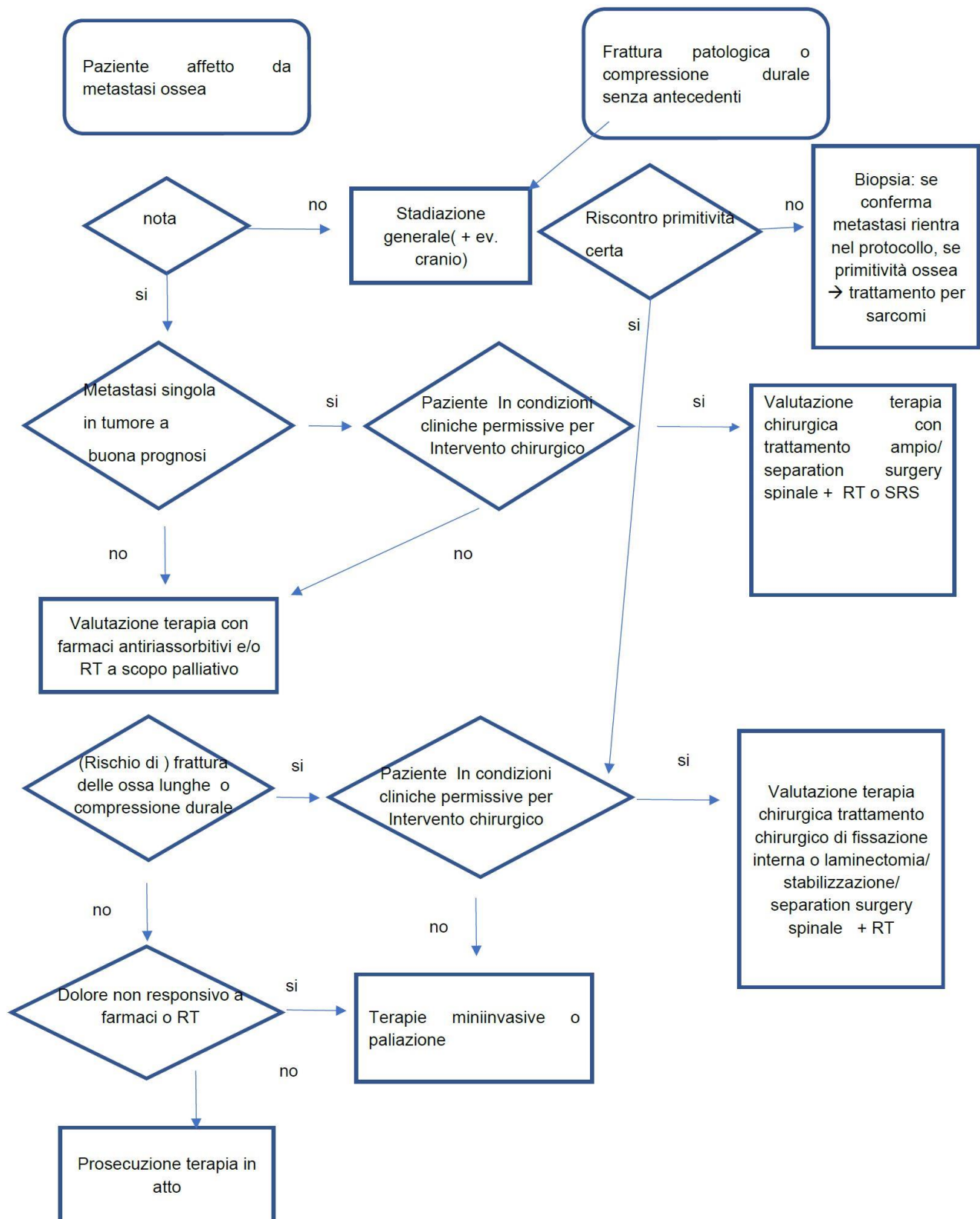
I pazienti vengono stratificati sulla base della diagnosi, delle necessità cliniche e sulla potenziale necessità di trattamento chirurgico o di procedura di radiologia interventistica.

Attività	Descrizione	Timing richiesto
CAS	La presa in carico di un paziente con sospetta/accertata metastasi da neoplasia comprende: - Valutazione medica con definizione e richiesta dei successivi accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali. - Valutazione infermieristica con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale. - Gestione amministrativa con rilascio dell'esenzione 048 temporanea o definitiva e organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico. Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti e attivare il GIC di riferimento.	<i>La visita CAS deve essere erogata <u>entro 5 giorni</u> dalla richiesta</i>
GIC	Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare 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: • Ortopedico • Oncologo Medico • Radioterapista • Infermiere Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono: • Anatomopatologo • Farmacista • Neurologo • Fisiatra • Neurochirurgo • 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.	<i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i>

	<u>I) Pazienti con nuova diagnosi di singola secondarietà ossea (impending fracture o fratturato)</u> Nel caso di primo riscontro di lesione riferibile a secondarietà ossea (in ambito territoriale od ospedaliero) vi è la necessità di inquadramento clinico, pertanto il paziente va studiato tramite TC di stadiazione Torace ed Addome (+ ev. Cranio) con MdC per ricerca della lesione primitiva. In caso di assenza di riscontro di una primitività sospetta, il paziente va inviato a centro HUB (o SPOKE con disponibilità di radiologia interventistica) per la diagnosi bipticaa. In caso di un riscontro di primitività ossea, il paziente va inviato a centro HUB per la gestione dei sarcomi. In caso di <u>singola metastasi ossea</u> e riscontro alla TC di stadiazione di sospetto primitivo passibile di trattamento curativo, il caso va condiviso con oncologo della patologia di riferimento e centro HUB per valutazione di approccio chirurgico ortopedico ottimale.	
	<u>II) Pazienti con nuova diagnosi di secondarietà ossea plurimetastatica (impending fracture o fratturato)</u> In caso di riscontro di multiple lesioni ossee riferibili a secondarietà vi è la necessità di inquadramento clinico, pertanto il paziente va studiato tramite TC di stadiazione Torace ed Addome (+ ev. Cranio) con MdC per ricerca della lesione primitiva. In caso di quadro plurimetastatico sono indicate consulenza oncologica ed ortopedica con coinvolgimento di centro SPOKE per la valutazione di eventuale trattamento chirurgico ortopedico. I pazienti con una nuova diagnosi di secondarietà ossea con primitivo noto entrano successivamente nell'iter previsto per il gruppo III.	
	<u>III) Pazienti con secondarietà ossea con primitivo noto</u> In caso di riscontro di nuova lesione riferibile a secondarietà ossea in paziente con anamnesi oncologica positiva vi è la necessità di valutazione oncologica e ristadiatione sistemica. Si identificano in modo schematico le seguenti classi di pazienti: A) Paziente con singola metastasi è consigliata la consulenza ortopedica ed eventuale condivisione del caso con ortopedia di centro HUB per valutazione di suscettibilità di chirurgia Radicale con resezione del segmento osseo: consigliata gestione in centro HUB B) Paziente plurimetastatico a rischio di evento scheletrico avverso DELLE OSSA LUNGHE e/o di BACINO: consigliata gestione in centro SPOKE C) Paziente a rischio di evento scheletrico avverso VERTEBRALE: consigliata gestione in centro HUB o SPOKE con disponibilità di ch. Vertebrale D) Paziente affetto da frattura patologica: consigliata gestione in centro SPOKE (salvo necessità di tecnologie disponibili solo in centro HUB) E) Paziente in terapia palliativa ma suscettibile di trattamento chirurgico a scopo di nursing o controllo della sintomatologia algica: consigliata gestione in centro SPOKE	

	F) Paziente affetto da metastasi ossea sintomatica non responsiva a farmaci, non suscettibile di trattamento chirurgico o radioterapico: consigliata gestione in centro HUB o SPOKE con disponibilità di radiologia interventistica G) Paziente affetto da metastasi ossea che non rivesta nessuna delle condizioni precedenti: consigliata gestione in centro SPOKE I casi descritti in assenza di criteri di urgenza dovrebbero auspicabilmente essere discussi in ambito multidisciplinare. (Allegati 2,3).	
Cure Palliative	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 di metastasi ossee rappresenta un problema non solo sanitario ma anche socio-economico: le associazioni di volontariato sono di supporto nel percorso personale del paziente, sostengono le strutture ospedaliere con progetti di collaborazione diversificati, aderiscono ad iniziative nazionali per raccolta fondi e promuovono forme di incontro medico-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) e le Associazioni pazienti.

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 a 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).

Considerando che il presente PSDTA comprende realtà nosologiche eterogenee la definizione degli indicatori è un processo da definire e perfezionare nel tempo.

Pertanto, si prevedono:

- Audit Interni: valutazione annuale degli indicatori da eseguirsi a livello delle strutture che trattano i pazienti.
- Audit esterni: valutazione annuale coordinata dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

15. AGGIORNAMENTO

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

16. ARCHIVIAZIONE

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

17. ALLEGATI

- Allegato 1 – Criteri per l'invio per valutazione chirurgica ortopedica dello scheletro appendicolare o della pelvi
- Allegato 2 - Criteri di valutazione paziente con metastasi vertebrale da parte di centro hub
- Allegato 3 - I percorsi riabilitativi