



Percorso di Salute

Diagnostico

Terapeutico Assistenziale

Tumori dell'ovaio

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

SOMMARIO

1.	Introduzione e presentazione del Documento	Pag. 3
2.	Redazione	Pag. 3
3.	Lista di distribuzione	Pag. 3
4.	Gruppo di Lavoro e Coordinamento	Pag. 4
5.	Glossario, terminologia e abbreviazioni	Pag. 5
6.	Scopo	Pag. 5
7.	Analisi del problema oggetto del PSDTA	Pag. 5
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag. 6
9.	Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA	Pag. 7
10.	Criteri di ingresso	Pag. 7
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. 14

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 dei pazienti, garantendo l'effettiva presa in carico dei loro bisogni globali. 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. Il presente PSDTA individua ruoli e responsabilità dei diversi professionisti coinvolti nella gestione delle pazienti affette da tumori dell'ovaio, dalla diagnosi al trattamento e monitoraggio nell'ambito della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta. Il principio cardine è l'integrazione delle diverse procedure e professionalità al fine di ottimizzare i risultati diagnostici e terapeutici con particolare attenzione alla qualità di vita delle pazienti affette da tale patologia.

2.REDAZIONE

La stesura del 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 multi professionalità.

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 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

REFERENTE DEL SOTTOGRUPPO

Cognome	Nome	Specialità	Azienda
Katsaros	Dionyssios	Ginecologia	AOU Città della Salute Torino

GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Specialità	Azienda
Bergnolo	Paola	Oncologia	ASL Città di Torino
Camanni	Marco	Ginecologia	ASL Città di Torino
Choa	Gabriella	Oncologia	ASL Città di Torino
Ciancio	Andrea	Ginecologia	ASL TO 3
Courthod	Giulia	Ginecologia	AUSL VdA
Daniele	Alberto	Ginecologia	AO S.Croce e Carle Cuneo
Del Piano	Elena Maria	Ginecologia	ASL Città di Torino
Geuna	Elena	Oncologia	IRCCs Candiolo
Martincich	Laura	Radiologia	ASL Asti
Olearo	Elena	Ginecologia	AO S.Croce e Carle Cuneo
Peroglio Carus	Alice	Ginecologia	ASL CN1
Perotto	Stefania	Ginecologia	ASL CN2
Ponzone	Riccardo	Ginecologia	IRCCs Candiolo
Rubino	Alessandra	Radiologia	ASL Città di Torino
Sarli	Franco	Oncologia	ASL TO 3
Tripodi	Elisa	Ginecologia	ASL CN2
Zavallone	Laura	Oncologia	ASL Biella

COORDINAMENTO

Cognome	Nome	Specialità	Sede
Ferrero	Annamaria	Ginecologia	AO Ordine Mauriziano Torino
Puppo	Andrea	Ginecologia	AO S.Croce e Carle Cuneo
Valabrega	Giorgio	Oncologia	AO Ordine Mauriziano Torino
Zola	Paolo	Ginecologia	AOU Città della Salute Torino

Associazioni pazienti che hanno contribuito :

- ACTO Piemonte – Alleanza contro il tumore ovarico e i tumori ginecologici
- F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

Termine	Significato
PSDTA	Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale
CAS	Centro Accoglienza e Servizi
GIC	Gruppi Interdisciplinari Cure
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 asintomatica, in modo da consentire terapie più tempestive ed efficaci
Prevenzione terziaria	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
Eco Tv	Ecografia Transvaginale
RM	Risonanza magnetica nucleare
TC	Tomografia Computerizzata
PET-CT	Tomografia ad emissione di positroni
CHT	Chemioterapia
RT	Radioterapia
IDS	Interval Debulking Surgery
HRD	Homologous Recombination Deficiency
DH	Day Hospital
PLD	Doxorubicina liposomiale peghilata
OS	Overall Survival
PFS	Progression Free Survival
FDA	Food and Drug Administration
PARP-i	Inibitori della Poli ADP-ribosio polimerasi
ODV	Organizzazioni di volontariato

6. SCOPO

Obiettivo del presente PSDTA è garantire a tutte le pazienti affette da tumori dell'ovaio nelle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta un iter personalizzato in tutte le fasi della malattia, attraverso un continuum di azioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sui bisogni della singola paziente, con l'obiettivo di ottenere la migliore sopravvivenza e qualità di vita. Il PSDTA mira alla definizione e condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza.

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

Il tumore dell'ovaio è ancora oggi uno dei "big killers" tra le neoplasie ginecologiche ed occupa il decimo posto tra tutti i tumori femminili (3%).

Dati nazionali

Incidenza, e trend temporale incidenza

Sulla base dei dati di popolazione raccolti dai Registri Tumori Italiani si stima che, nel 2020, in Italia siano stati diagnosticati circa 5.200 nuovi casi di tumore dell'ovaio.

Mortalità

Nel 2021 sono stimati 3.200 decessi per tumore dell'ovaio.

Sopravvivenza

Il più recente report dell'AIOM-AIRTUM riporta i dati di sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore nei registri tumori italiani per i casi incidenti nel 2010-2014, e con follow-up al 2018. La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi di tumore dell'ovaio è pari al 43%. La probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi è del 55%.

Prevalenza

Sono 49.800 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore dell'ovaio stimate al 2020.

Riferimenti bibliografici

- *I numeri del cancro in Italia, 2021. AIOM, AIRTUM*
- ISTAT, <http://dati.istat.it/>

Dati regionali

In base ai dati elaborati dal CPO Piemonte (<https://www.cpo.it/it/dati/assistenza-oncologica/>), nel 2021 ci sono stati 818 ricoveri ospedalieri per tumore dell'ovaio: il 26.7% in regime di Day Hospital, il 45.5% in regime ordinario chirurgico e il 27.8% in regime ordinario medico.

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Ovarian Cancer Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer. Version 4.2022
2. Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2022 disponibile sul sito www.aiom.it
3. Timmerman D, et al. ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE Consensus Statement on pre-operative diagnosis of ovarian tumors. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(7):961-982.
4. Fotopoulou C, et al. European Society of Gynaecological Oncology guidelines for the peri-operative management of advanced ovarian cancer patients undergoing debulking surgery. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(9):1199-1206
5. Querleu D, et al. European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *International Journal of Gynecologic Cancer*. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(7):1534-1542.
6. Fotopoulou C, et al. Quality indicators for advanced ovarian cancer surgery from the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): 2020 update. *Int J Gynecol Cancer*. 2020;30(4):436-440.
7. Colombo N et al. ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Annals of Oncology* 2019; 30: 672–705.

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

Il modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta prevede la presenza di Centri Accoglienza e Servizi (**CAS**), strutture deputate alla rapida presa in carico iniziale di una paziente con sospetto di tumore dell'ovaio. Predisposti gli esami diagnostici essenziali sulla base del sospetto, il CAS indirizza la paziente verso il Gruppo Interdisciplinare Cure (**GIC**) specialistico. I GIC sono gruppi multi specialistici che prendono in carico la paziente con diagnosi di tumore dell'ovaio e mettono a punto il programma terapeutico-assistenziale secondo lo stato dell'arte.

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 incluse in questo PSDTA tutte le pazienti con sospetto clinico o diagnosi di tumori dell'ovaio.

Nel percorso PSDTA sono coinvolti:

- Dipartimento di prevenzione
- Distretti Sanitari
- Medici di famiglia/ Case della salute
- Servizi di cure domiciliari e palliative
- Reti Ospedaliere
- Servizi sociali ospedalieri e territoriali
- Strutture di riabilitazione
- Progetto Protezione Famiglie Fragili
- Associazioni di pazienti e di volontari
- Hospice

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

Prevenzione primaria

Tra le condizioni di rischio maggiormente correlate allo sviluppo dei tumori dell'ovaio si annoverano:

- fattori endocrini (nulliparità, infertilità, prima gravidanza a >35 anni) legati alla stimolazione ovarica
- fattori familiari (storia familiare positiva per carcinoma ovarico o pregresso tumore colico, endometriale o mammario) e genetici legati alla presenza di alterazioni genetiche di cui più frequenti BRCA 1 e BRCA2 che predispongono ad un rischio incrementato di sviluppo di tumori ovarici, mammari ed altre neoplasie.

La gestione delle donne/pazienti con mutazione BRCA, previo adeguato counseling genetico, prevede:

- eventuale chirurgia di riduzione del rischio (salpingo-ovariectomia bilaterale profilattica).
- misure di riduzione del rischio mediante sorveglianza strumentale, farmaco prevenzione nell'ambito di trials clinici e modificazione degli stili di vita (dieta, esercizio fisico).

Prevenzione secondaria

Non c'è evidenza a supporto di strategie di screening che consentano di effettuare una diagnosi precoce di tumore dell'ovaio. Unica eccezione è rappresentata dalle donne con alterazioni dei geni BRCA1 e BRCA2. Secondo deliberazione della Giunta Regionale Regione Piemonte del 29 marzo 2019, n. 71-8681 "Disposizioni in merito alla diagnosi precoce del tumore della mammella e dell'ovaio in persone con riscontro di rischio eredo-familiare" lo screening può essere effettuato nelle donne BRCA mutate dall'età 30 anni mediante esame pelvico + ecografia TV + Ca125 ogni 6 mesi, (esenzione D99).

Prevenzione terziaria

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

Fa parte della prevenzione terziaria la riabilitazione oncologica che comprende:

- La gestione dei sintomi derivanti dai trattamenti chirurgici e medici
- La prevenzione a lungo termine delle sequele della menopausa indotta in età fertile.
Le pazienti possono confluire negli ambulatori già operativi dedicati alla menopausa ma sarebbe auspicabile l'inserimento in programmi ad hoc che possano affrontare contestualmente sintomi vasomotori, osteoporosi secondaria, aspetti cardiovascolari e metabolici, aspetti psico sociali.
- La gestione delle neuropatie indotte dalla chemioterapia e la fatigue da PARPI

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.

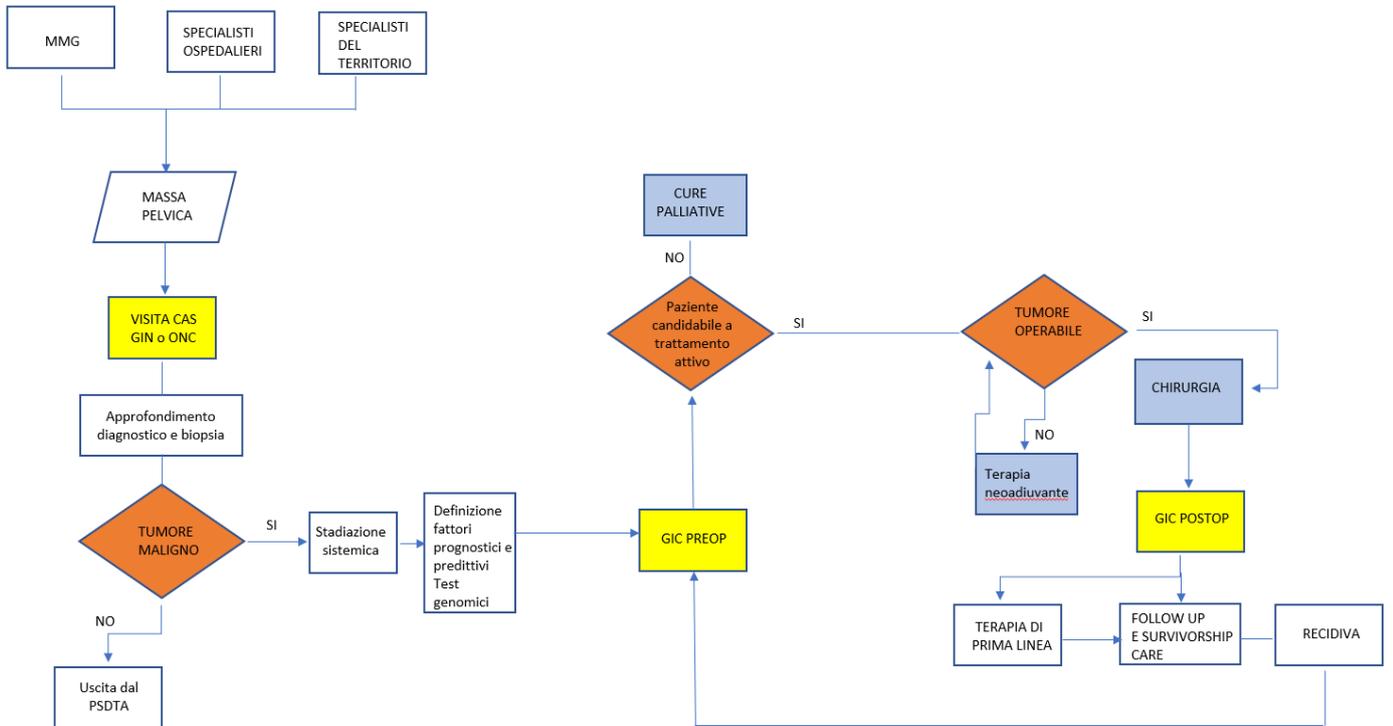
Presa in carico del paziente , stadiazione e trattamento

Attività	Descrizione	Timing auspicabile
Visita CAS	<p>La paziente accede al CAS per prenotazione diretta o su invio del curante. Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione medica • Valutazione infermieristica (tra le schede in uso riconosciamo: la valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale, lo screening per la valutazione geriatrica – G8, la valutazione del dolore) • 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>
Stadiazione	<p>Devono essere disponibili le seguenti metodiche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografia (transvaginale) • TC torace addome con contrasto • RM • TC-PET <p>(Allegato 1)</p>	
Valutazione GIC	<p>Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare pre e postoperatoria, o più in generale pre e post trattamento, 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"> • Ginecologo • 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 Generale • Dietologo • Farmacista • Radiologo • Urologo • Psicologo • Medico Nucleare • 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</p>	Entro 4 settimane dalla visita CAS

	<p>partecipano, devono essere descritte le periodicità degli incontri, le modalità di svolgimento e di refertazione.</p> <p>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>	
Definizione dell'operabilità negli stadi avanzati	<p>Obiettivo del trattamento chirurgico primario è ottenere citoreduzione ottimale con tumore residuo macroscopicamente assente (TR = 0). Il residuo tumorale postchirurgico è un fattore prognostico indipendente. Eventuale terapia neoadiuvante deve essere decisa dal GIC seguendo le linee guida</p> <p>La laparoscopia esplorativa può essere utilizzata come parte integrante del processo diagnostico-terapeutico per definire la reseccabilità della malattia, migliorando l'accuratezza dei work up clinici e radiologici e non sottostimando le pazienti operabili in prima istanza. Lo score laparoscopico (Predictive Index Value PIV – Fagotti's score) è uno strumento validato che prevede la valutazione del coinvolgimento di alcune strutture anatomiche da parte della malattia, con assegnazione di un punteggio in base all'estensione e/o profondità delle lesioni.</p>	
Chirurgia	<p>Le linee guida raccomandano che il trattamento chirurgico del tumore dell'ovaio venga effettuato da un ginecologo oncologo in un centro di riferimento perché questo determina un miglioramento della prognosi.</p> <p>Negli stadi iniziali la chirurgia rappresenta sempre la prima opzione in quanto consente una asportazione radicale ed una stadiazione completa. Nella malattia avanzata l'opzione chirurgica deve essere discussa considerando anche l'opzione di un trattamento neoadiuvante allo scopo di ottenere resezioni RO (Allegato 2)</p>	
Determinazione BRCA-HRD	<p>È raccomandata l'esecuzione di un test per verificare la presenza di mutazione genetica-somatica BRCA1/2, seguita, in caso di positività da ricerca della stessa mutazione nella linea germinale, in tutte le pazienti affette da neoplasia epiteliale maligna dell'ovaio, salvo nei casi di tumore mucinoso o tumore borderline.</p> <p>Quando disponibile, deve essere considerata l'adozione di un test di valutazione del difetto di ricombinazione omologa (HRD) per l'opportuna scelta del regime terapeutico e del mantenimento.</p>	<i>Entro 4-6 settimane per consentire opportuno disegno terapeutico.</i>
GIC postoperatorio	<p>I risultati dell'esame istologico vengono ridiscussi dai membri del GIC.</p> <p>In questa sede vengono rivalutati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tipo di intervento • necessità di ulteriori esami di stadiazione/approfondimento • iter terapeutico post-chirurgico 	
Terapia medica	<p>L'indicazione alla terapia adiuvante deve tenere conto dello stadio patologico, dell'istotipo e del grading tumorale (Allegato 3).</p> <p>Lo schema di terapia in malattia avanzata (ed in adiuvante) deve essere eseguito secondo linee guida considerando attentamente P.S., età, comorbidità, stato BRCA 1-2 e precedenti trattamenti.</p>	<i>Inizio entro 30 giorni dall'intervento chirurgico</i>
Follow up e survivorship care	<p>Al termine del trattamento la paziente senza segni clinici di malattia (NED) sarà sottoposta a monitoraggio clinico + determinazione del CA125 ogni 4 mesi per due anni ed ogni 6 mesi per ulteriori 3 anni, quindi annualmente dal 5 anno.</p>	

	<p>Durante il follow up si raccomanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la registrazione e l'eventuale trattamento di sintomi legati alle terapie mediche e/o chirurgiche effettuate; ▪ la valutazione dei bisogni psicologici, familiari e sociali; ▪ il counseling sui rischi genetici e la prescrizione dei test genetici, se non effettuati in precedenza; ▪ indicazioni sulle terapie ormonali; ▪ La promozione della salute cardiovascolare, ossea, cerebrale e sessuale. 	
Cure Palliative	<p>In tutte le fasi della malattia va considerata la opportunità di un supporto attivo (simultaneous care).</p> <p>In caso di performance status scadente oppure di altre controindicazioni alla messa in opera di terapia specifica antineoplastica, la paziente dovrebbe essere riferita al servizio di cure palliative. E' da considerarsi fortemente raccomandato il coinvolgimento dell'equipe di cure palliative e del NOCC nella valutazione della paziente fin dal momento della discussione della prima progressione di malattia per l'impostazione di un percorso di accompagnamento al fine vita di tipo clinico, assistenziale, psicologico e sociale. La terapia palliativa va considerata quando l'aspettativa di vita è sufficiente per poter programmare un utile percorso soprattutto in presenza di criticità socio-ambientali opportunamente valutate.</p>	
Medicina Territoriale	<p>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.</p>	
Ruolo delle Organizzazioni di Volontariato (ODV)	<p>La diagnosi di carcinoma dell'ovaio 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</p>	

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).

Nella tabella seguente sono presentati gli indicatori di riferimento per il PSDTA dei tumori dell'ovaio:

N°	Indicatore	Note
1	Tasso di citoriduzioni ottimali	Locale
2	Percentuale di interventi eseguiti o supervisionati da ginecologo oncologo o da chirurgo specificamente dedicato al trattamento delle neoplasie ginecologiche	Locale
3	Proporzione di pazienti che eseguono la determinazione del BRCA somatico e/o germinale	Locale
4	Proporzione di pazienti con visita GIC prechirurgica	Regionale
5	Proporzione di pazienti con tempo da conclusione chemioterapia neoadiuvante a intervento chirurgico <28 giorni	Regionale
6	Partecipazione a studi clinici sul tumore ovarico	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.

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

Vedi paragrafo 8 "LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO"

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 : Il percorso diagnostico della massa pelvica
- Allegato 2 : Approccio chirurgico
- Allegato 3 : Indicazioni alla terapia adiuvante

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 :

- 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