



**Percorso di Salute
Diagnostico
Terapeutico Assistenziale**

***Sarcomi dei tessuti molli
delle estremità e del tronco superficiale***

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.6
7.	Analisi del problema oggetto del PSDTA	Pag.6
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.13
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag.14
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag.14
15.	Aggiornamento	Pag.15
16.	Archiviazione	Pag.15
17.	Riferimenti bibliografici	Pag.15
18.	Allegati	Pag.15

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

La condivisione di percorsi di salute diagnostici terapeutici e assistenziali (PSDTA) rappresenta un elemento fondamentale di governance delle Reti Oncologiche. Tale processo mira a garantire qualità ed efficienza della gestione delle patologie oncologiche e a rendere omogeneo su tutto il territorio della Rete il percorso del paziente, garantendo l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali" del paziente. 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

Data di stesura del primo documento		01/02/2023
Numero della revisione		
Data di revisione		

3. LISTA DISTRIBUZIONE

Strutture di cure primarie della 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
Boglione	Antonella	Oncologia	ASL Città di Torino
Grignani	Enrico	Oncologia	AOU Città della Salute, Torino

GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Aliberti	Sandra	Oncologia	IRCCS Candiolo
Borre'	Alda	Radiologia	in quiescenza
Boux	Elena	Ortopedia Oncologica	AOU Città della Salute, Torino
Bruna	Maria Cristina	Chirurgia Toracica	IRCCS Candiolo
Cinquegrana	Armando	Chirurgia	IRCCS Candiolo
Cistaro	Angelina	Medicina Nucleare	Ospedale Galliera, Genova
Comandone	Alessandro	Oncologia	ASL Città di Torino
D'ambrosio	Lorenzo	Oncologia	AOU San Luigi, Orbassano, TO
De angelis	Antonina	Oncologia	AO Alessandria
Gatti	Marco	Radioterapia	IRCCS Candiolo
Grosso	Federica	Oncologia	AO Alessandria
Linari	Alessandra	Anatomia Patologica	AOU Città della Salute, Torino
Lista	Patrizia	Oncologia	AOU Città della Salute, Torino
Rampino	MONICA	Radioterapia	AOU Città della Salute, Torino
Pisacane	Alberto	Anatomia Patologica	IRCCS Candiolo
Robba	Tiziana	Radiologia	AOU Città della Salute, Torino
Sandrucci	Sergio	Chirurgia	AOU Città della Salute, Torino
Siatis	Dimitrios	Chirurgia	IRCCS Candiolo
Tolomeo	Francesco	Oncologia	AOU Città della Salute, Torino

Associazioni pazienti che hanno contribuito :

- **Fondazione per la ricerca sui tumori dell'apparato muscolo scheletrico e rari Onlus**
- **Gruppo Italiani Tumori Rari – Organizzazione di Volontariato – Ente del Terzo Settore**
- **F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia**

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

Termine	Significato
CAS	Centro Accoglienza e Servizi. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, il CAS è la struttura deputata alla presa in carico iniziale di un paziente con sospetto di neoplasia. Predisposti gli esami diagnostici essenziali sulla base del sospetto, il CAS indirizza il paziente verso il Gruppo Interdisciplinare Cure specialistico
GIC	Gruppi Interdisciplinari Cure. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, i GIC sono gruppi multispecialistici che prendono in carico il paziente con diagnosi oncologica e mettono a punto il programma terapeutico, secondo lo stato dell'arte.
Stadio	E' una misura riassuntiva dell'entità di malattia, che combina il diametro tumorale (T), con lo stato dei linfonodi loco-regionali (N) e la presenza o meno di metastasi sistemiche (M). Nella malattia non metastatica, si distingue in stadio clinico (desunto dagli esami diagnostici) e stadio patologico, desunto dall'esito dell'esame istopatologico definitivo
Prevenzione primaria	Azioni e misure adatte a ridurre l'incidenza di una certa patologia, agendo, ad esempio, sui fattori di rischio modificabili
Prevenzione secondaria	Azioni e misure adatte all'identificazione dei tumori in fase 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
MMG	Medico di Medicina Generale
RM	Risonanza magnetica
TC	Tomografia computerizzata
PET	Tomografia ad emissione di positroni
Grading	Sistema per classificare il grado di deviazione del tessuto tumorale dal tessuto normale di origine. Ha un impatto prognostico ben definito in alcuni istotipi
Genotipo	Processo che permette di determinare differenze nel corredo genetico o nel genotipo di un di una particolare sequenza del DNA che codifica per una specifica proteina in generale un oncogene
Traslocazione	Ricollocazione di un segmento cromosomico in una posizione diversa del genoma. Frequentemente nei sarcomi è reciproca cioè una parte di un cromosoma è scambiata con una parte di un diverso cromosoma non omologo
STM	Sarcomi dei tessuti molli

6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutti i pazienti affetti da sarcoma dei tessuti molli (STM) 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. Peculiarità di questo gruppo di tumori è la loro rarità che richiede la centralizzazione del paziente dopo avere posto il sospetto per la fase diagnostica, chirurgica e di impostazione del trattamento medico e radioterapico

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PDTA

I sarcomi dei Tessuti Molli (STM) sono tumori rari con un'incidenza stimata di 3-5 casi/100.000 abitanti/anno, e rappresentano l'1% dei tumori dell'adulto. In Italia per il 2020 sono stati stimati circa 2.300 nuovi casi (1.400 tra gli uomini e 900 nelle donne). La sopravvivenza netta a 5 anni comprendente tutti gli stadi di malattia è del 64% (dati dell'anno 2020). In Italia sono 28.800 le persone che vivono dopo aver manifestato un STM (17.000 uomini e 11.800 donne).

Sono tumori distribuiti lungo tutto l'arco della vita, ma si riconoscono tre picchi principali: età infantile con istotipi pediatrici specifici, età giovane adulta (18-30 anni); età anziana (>65 anni).

Anche anatomicamente sono ubiquitari, ma maggiormente presenti nelle aree a maggiore componente di tessuti mesenchimali: arti e cingoli (18% arti superiori, 46% arti inferiori), retroperitoneo (13%) e visceri (15%), tronco superficiale (8%), distretto ORL (5%).

I sottotipi istologici sono più di 80 (WHO 2020) identificati ancora oggi sulla base della presunta origine tessutale, ma l'integrazione tra diagnosi morfologica, immunoistochimica e molecolare riveste sempre maggiore importanza.

Purtroppo è ancora di frequente riscontro un ritardo diagnostico, in parte connesso con la rarità della patologia, che porta ad una sottovalutazione delle masse dei tessuti molli e ad una errata diagnosi.

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2021 disponibile sul sito www.aiom.it
- Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO-EURACAN-GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up A. Gronchi, A. B. Miah, A. P. Dei Tos, N. Abecassis, J. Bajpai, et al. Ann Oncol 2021;32:1348-65.
- WHO Classification of Tumours Editorial Board. Soft tissue and bone tumours. International Agency for Research on Cancer: Lyon (France); 2020.
- JY Blay, P Soibinet, N Penel, E Bompas, et al. Improved survival using specialized multidisciplinary board in sarcoma patients. Ann Oncol 2017;11:2852-9.
- Regione Piemonte, DGR 23/1/2015, n. 1-924 Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" (BURP 4S2 29/01/2015)
- I numeri del cancro in Italia 2021.
https://www.aiom.it/wpcontent/uploads/2021/10/2021_NumeriCancro_web.pdf

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

In Piemonte nel 2020 sono stati stimati circa 200 nuovi casi di sarcoma dei tessuti molli. La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti affetti da sarcoma dei tessuti molli è intorno al 60% con significative oscillazioni della prognosi in relazione all'istotipo considerato e alla sede di insorgenza anche all'interno dello stesso istotipo.

In questo contesto si colloca la delibera della regione Piemonte 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.

E' opportuno sottolineare come questo modello si adatti particolarmente alla sfida rappresentata da una patologia rara ed estremamente eterogenea. A livello locale la presa in carico del paziente non differisce dal modello organizzativo generale della Regione Piemonte. Questo prevede la presa in carico del paziente da parte di Centri Accoglienza e Servizi (**CAS**) i quali devono indirizzare il paziente, una volta ipotizzato o riconosciuto il problema "sarcoma", a Gruppi Interdisciplinari Cure (**GIC**) così da garantire un rapido accesso ed un efficiente indirizzamento verso i GIC di riferimento a questo specifico gruppo di tumori. Può essere infine utile sottolineare come in questo gruppo di patologie non esistano prove a favore dell'efficacia di uno screening specifico e come quindi la diagnosi avvenga sempre occasionalmente o nel corso di approfondimenti indotti dal riconoscimento di una neoformazione a crescita più o meno rapida in relazione nuovamente all'istotipo considerato.

10. CRITERI DI INGRESSO

Sono inclusi in questo PSDTA tutti i pazienti con sospetto clinico o diagnosi di sarcoma dei tessuti molli delle estremità o del tronco superficiale

Sono esclusi i pazienti con età inferiore ai 18 anni

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

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

Prevenzione primaria

La maggior parte dei STM sono sporadici. Pochi hanno una causa identificabile.

- Vi è una associazione tra infezioni virali da Epstein Barr Virus in pazienti immunodepressi e leiomiomasarcoma.
 - Sarcomi secondari a radiazioni sono evidenti dopo trattamento per linfomi, carcinomi della portio o carcinomi mammari.
 - Il linfedema cronico può associarsi all'angiosarcoma (sindrome di Stewart-Treves)
 - Alcune malattie genetiche si associano a STM: i pazienti portatori di Neurofibromatosi di tipo I hanno un rischio superiore al 10% di sviluppare un tumore maligno delle guaine nervose periferiche durante la loro esistenza. La sindrome di Li-Fraumeni, determinata da una mutazione del gene soppressore p53, si associa ad un incremento del rischio per sarcomi ossei e dei tessuti molli.
- Alcune sostanze chimiche aumentano il rischio di sviluppare un STM: cloruro di vinile (angiosarcomi epatici), pesticidi (sarcomi muscolari).

Prevenzione secondaria

La rarità epidemiologica dei STM, il rapporto benigno/maligno di 300:1, la mancanza di un esame diagnostico di facile applicazione, rendono inattuabili i programmi di screening.

Prevenzione terziaria

E' rappresentata dai programmi di follow-up dei pazienti liberi da malattia dopo i trattamenti. Fa parte della prevenzione terziaria anche la riabilitazione oncologica, intesa come prevenzione delle complicanze correlate con la malattia e i suoi trattamenti, come supporto al recupero della migliore qualità della vita in ogni fase della vita del malato non solo dal punto di vista fisico, ma anche psico-sociale.

Nel caso dei sarcomi, soprattutto degli arti e nei giovanissimi e giovani, il percorso riabilitativo è determinante e deve essere pianificato già in fase pre chirurgia, anche in caso di interventi conservativi. Deve comprendere un costante intervento psicologico, nutrizionale, endocrinologico, fisioterapico con un follow dedicato per i giovani guariti atto a individuare i danni tardivi da chemio radioterapia e chirurgia. A tal proposito sarà determinante sarà la redazione del "passaporto del guarito", documento disponibile sia in formato cartaceo che elettronico, traducibile in più lingue, consegnato ad ogni bambino/adolescente che termina il programma terapeutico e che contiene la storia dettagliata di malattia (tipo di tumore, caratteristiche cliniche e biologiche, trattamenti ricevuti ed eventuali complicazioni durante le cure) oltre alle raccomandazioni su quali esami di screening effettuare, per monitorare nel tempo e possibilmente prevenire possibili effetti a distanza secondari alle cure ricevute. Tale documento accompagnerà il paziente anche durante la vita adulta.

Prevenzione socio assistenziale

La Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta tutela i propri assistiti con l'erogazione, di fronte al solo sospetto diagnostico, dell'esenzione ticket 048.

La richiesta dell'invalidità civile precocemente nell'iter diagnostico e, ove necessario, l'attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili, costituiscono determinanti supporti socio assistenziali per il malato, soprattutto in caso di malattia in stadio avanzato in persone a rischio socio-assistenziale.

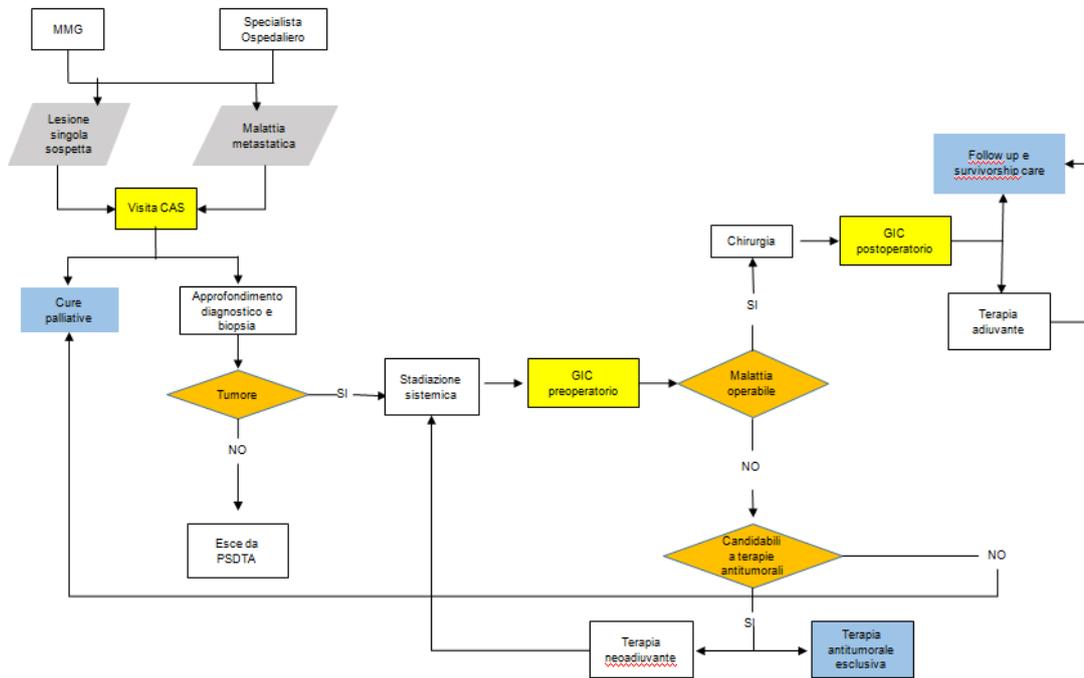
Attività	Descrizione	Timing richiesto
Visita CAS	<p>Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione medica: il medico provvede a definire e richiedere i successivi accertamenti • Valutazione infermieristica: con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale • Gestione amministrativa: rilascio dell'esenzione 048 temporanea o definitiva; organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico <p>Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti, comunicarli al paziente e provvedere alla presentazione della documentazione al GIC</p>	<i>La visita CAS va erogata entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta</i>
Definizione diagnostica della lesione dei tessuti molli	<p>La diagnostica per immagini in primo luogo è chiamata a confermare o escludere la presenza di una massa dei tessuti molli sospettata clinicamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poiché sono molti i pazienti affetti da una tumefazione delle parti molli, non tutti potranno essere inviati direttamente a un centro di riferimento per i sarcomi e la prima valutazione clinico-anamnestica è generalmente condotta in ambito non specialistico. - Le masse clinicamente ritenute superficiali <5 cm e quelle profonde <3 cm possono essere sottoposte a un primo esame US anche in centri non di riferimento per la patologia oncologica muscoloscheletrica. - L'indagine ecotomografica può diagnosticare in modo conclusivo una lesione benigna con aspetto US patognomonico (es: lipoma, cisti sebacea, cisti artrogena, elastofibroma dorsali, etc), per la quale si pone eventuale indicazione a follow up ecografico. Qualora l'esame US permanga non dirimente o viceversa individui segni di aggressività il Paziente dovrà essere inviato a un centro di riferimento per la rivalutazione clinica e per l'esecuzione di esame RM con mdc. - L'esame RM deve essere acquisito su apparecchiatura ad alto campo magnetico (>1,5T) e deve consentire la valutazione della compartimentalità della lesione e l'adeguata esplorazione dell'intero segmento anatomico ai fini della stadiazione loco-regionale di malattia. -Sulla base della valutazione clinico-anamnestica e radiologica, è eventualmente posta indicazione a biopsia ecoguidata. -Nei casi in cui la biopsia con ago tranciante non riuscisse a fornire materiale sufficiente per la diagnosi, si potrà valutare l'effettuazione di una biopsia incisionale. 	
Stadiazione sistemica	<p>Per la stadiazione generale è indicato l'utilizzo della sola TC del torace senza mezzo di contrasto, che consente di individuare le secondarietà polmonari. La TC toraco-addominale con mezzo di contrasto è comunque l'esame di scelta per la ricerca di metastasi linfonodali e di eventuali ulteriori secondarietà ed è da condursi qualora la sede e l'istotipo della neoplasia lascino supporre la presenza di tali secondarietà. L'esame TC del torace e dell'addome può essere esteso agli arti con tecnica angio-TC, per meglio valutare il coinvolgimento dei vasi da parte della massa tumorale.</p>	

	<p>I sarcomi dei tessuti molli possono essere avidi di 18-FDG. Pertanto la PET con FDG può essere un'opzione per indicare la sede più appropriata per la biopsia con maggior grading metabolico.</p> <p>Tutti i pazienti con diagnosi di sarcoma dei tessuti molli candidati a terapie potenzialmente gonadotossiche devono essere informati sul rischio di infertilità legato ai trattamenti. I pazienti desiderosi di attuare possibili interventi di preservazione della fertilità devono essere inviati per counselling presso un centro specializzato.</p> <p>I pazienti devono essere informati della necessità di prendere le opportune misure, provatamente efficaci, per prevenire il concepimento durante e dopo i trattamenti antitumorali, per un periodo che verrà comunicato dai medici.</p>	
GIC	<p>Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare pre- e postoperatoria del caso nel suo complesso, portando alla definizione di una strategia diagnostica e terapeutica condivisa. Il GIC deve prevedere la partecipazione di tutti gli specialisti necessari per una completa valutazione del caso, di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgo generale/ Chirurgo Ortopedico • Radioterapista • Oncologo Medico • Radiologo • Infermiere <p>Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomopatologo • Farmacista • Fisiatra • Chirurgo Plastico • Chirurgo Toracico • Chirurgo Vascolare • Psicologo • Palliativista/ Terapista del dolore <p>In caso di non disponibilità di qualcuna delle discipline richieste è necessario far riferimento al GIC di un altro centro (possibilmente l'hub di riferimento territoriale).</p> <p>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 il 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>	<p><i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i></p>
Chirurgia	<p>La chirurgia è il trattamento standard per tutti i pazienti affetti da sarcoma dei tessuti molli in fase localizzata. L'intervento deve essere condotto da un'equipe esperta con l'obiettivo di ottenere margini adeguati, cercando nel contempo di ridurre i danni funzionali ed estetici. Il pezzo operatorio va orientato da parte del chirurgo per permettere un'adeguata valutazione dei margini. La qualità della chirurgia effettuata si basa sulla definizione da parte del patologo del margine sano più prossimo mediante la marcatura con inchiostro di china del pezzo di resezione delle aree sospette per marginalità.</p>	<p><i>La tempistica della chirurgia dopo terapie neoadiuvanti va stabilita sulla base del tipo di terapia effettuata (chemio vs radio vs radio + chemio)</i></p>

	<p>Si definiscono adeguati i margini chirurgici radicali o ampi; non adeguati quelli intralesionali.</p> <p>In casi estremamente selezionati è però possibile valutare la pianificazione di un margine positivo o marginale nel caso in cui questo non sia migliorabile se non a costo di gravi danni funzionali o estetici.</p>	
Malattia localmente avanzata non resecabile	<p>Questi casi possono trarre giovamento da un approccio che si avvale della chemioterapia, della radioterapia o dell'approccio concomitante chemio-radioterapico preoperatorio e deve essere discusso nel GIC.</p>	
Rivalutazione strumentale	<p>Al termine del trattamento neoadiuvante, è prevista una ristadiazione locale mediante gli stessi esami strumentali utilizzati nella prima fase stadiativa.</p> <p>Al completamento del programma di terapia neoadiuvante in sede multidisciplinare viene valutata la risposta clinico-strumentale e si discute l'approccio chirurgico più adeguato</p>	
GIC POST-OP	<p>I risultati dell'esame anatomopatologico e delle determinazioni di profilo biologico vengono ridiscussi dai membri del GIC alla luce dell'esame istologico definitivo, completo, se necessario, di caratterizzazione molecolare. In questa sede vengono rivalutati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adeguatezza dell'intervento, • necessità di ulteriori esami di stadiazione/approfondimento, • iter terapeutico post-chirurgico 	
Chemioterapia adiuvante	<p>Le evidenze scientifiche sull'efficacia della chemioterapia adiuvante nel trattamento dei sarcomi dei tessuti molli sono limitate e parzialmente discordanti. Può essere proposta in casi selezionati, specie nei pazienti ad alto rischio (sarcoma ad alto grado, sede profonda, dimensione maggiore di 5 cm) a seguito di attenta valutazione interdisciplinare e discutendo approfonditamente con il paziente i benefici e le tossicità prospettabili. Non è ad oggi indicato un trattamento chemioterapico adiuvante nel caso in cui sia stato eseguito un trattamento chemioterapico preoperatorio.</p>	
Radioterapia post-operatoria	<p>La Radioterapia post-operatoria viene proposta a completamento della chirurgia ampia o marginale non radicalizzabile nei sarcomi di alto grado e di grado intermedio, ove pare offrire da studi prospettici un incremento della DFS senza modificazione certa della OS.</p>	
Trattamenti Malattia avanzata non resecabile o metastatica	<p>La chemioterapia standard in prima linea si basa sull'utilizzo di antracicline. Non vi sono ad oggi evidenze che schemi di associazione determinino un vantaggio in termini di sopravvivenza globale.</p> <p>I trattamenti della malattia avanzata sono principalmente di tipo chemioterapico e devono essere basati su età, P.S. ed estensione della malattia, oltre che sull'istotipo o sulla presenza di specifiche alterazioni molecolari.</p> <p>Radioterapia o chirurgia possono essere utili in specifiche situazioni cliniche che devono essere discusse in GIC.</p>	
Follow up e survivorship care	<p>I pazienti trattati per sarcomi dei tessuti molli devono essere seguiti in follow up per almeno 10 anni, differenziando il calendario ed il tipo di esame sulla base dell'istotipo e del grado istologico considerando che l'asportazione con chirurgia radicale di recidive locali o di metastasi polmonari può prolungare la sopravvivenza del paziente.</p> <p>Nei sarcomi dei tessuti molli a basso rischio di ricaduta vi è consenso nel raccomandare controlli ogni 4-6 mesi per 5 anni e successivamente ogni 12 mesi fino a 10 anni.</p>	

	<p>Nelle forme ad alto rischio di ricaduta vi è consenso nel raccomandare controlli ogni 3-4 mesi per 2 anni e poi ogni 4-6 mesi fino al 5° anno. Successivamente la tempistica può essere annuale fino al 10° anno.</p> <p>Per il follow up del tumore primitivo si raccomanda l'effettuazione di una visita clinica supportata dalla ecografia e/o dalla RM della sede anatomica. Per quanto riguarda il follow up di sedi sistemiche di malattia è necessario un imaging del torace (preferibilmente TC torace, in alternativa RX torace in casi selezionati)</p>	
Cure Palliative	<p>Si raccomanda di eseguire un consulto specialistico di Cure Simultanee/Palliative in tutti i casi di malattia avanzata con forte carico di sintomi o condizioni generali compromesse (ECOG PS \geq 2) a prescindere dalle opportunità di trattamento attivo. Anche l'occorrenza ripetuta di eventi acuti che richiedano l'accesso alle strutture di emergenza e/o il ricovero ospedaliero costituiscono indicatori importanti della necessità di presa in carico di cure palliative.</p> <p>Nelle fasi più avanzate della malattia, qualora non vi sia più indicazione a trattamenti attivi, si raccomanda l'attivazione di una assistenza continuativa di Cure Palliative a domicilio o in struttura Residenziale dedicata.</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.</p> <p>Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia.</p>	
Ruolo delle Organizzazioni di Volontariato (ODV)	<p>Per la sua prevalenza, questa patologia 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).

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	Percentuale di pazienti sottoposti a biopsia preoperatoria tru-cut (sul totale delle visite GIC per sarcoma)	Locale
2	Percentuale di pazienti sottoposti a TC torace e addome prima della chirurgia (sul totale delle visite GIC per sarcoma)	Locale
3	Percentuale di pazienti riferiti al GIC (sul totale delle visite CAS per sarcoma)	Locale
4	Percentuale di pazienti operati per sarcoma dei tessuti molli con visita GIC pre-intervento	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 ogni 3 anni. In caso di novità importanti verranno effettuati aggiornamenti.

16. ARCHIVIAZIONE

Si suggerisce fortemente l'archiviazione dei PSDTA su supporto informatico in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

17. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

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

- Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, 2017.
- Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017. Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità, 2017.
- PNLG. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornate raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002
- Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, AReSS, 2007 [154]
- Ripa F. I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali . In "Il bilancio sociale e il bilancio di missione come strumenti per il governo clinico-assistenziale ed economico". ASL Torino 4, maggio 2008. Pp 53-67

18. ALLEGATI

La Rete Oncologica con i suoi Gruppi di Studio e/o in collaborazione con altre istituzioni produce documenti di indirizzo sulle seguenti tematiche, consultabili sul sito di Rete www.reteoncologica.it :

- Assistenza infermieristica
- Assistenza psicologica e sociale
- Riabilitazione
- Nutrizione
- Gestione paziente anziano
- Cure palliative
- Problemi internistici del paziente oncologico
- Gestione farmaci
- Diagnostica anatomopatologica
- Raccomandazioni generali per le vaccinazioni nei pazienti oncologici pubblicate nel 2022