

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 1 di 17

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

Gestione del carcinoma endometriale

1.1 Descrizione sintetica

Il PDTA individua ruoli e responsabilità dei diversi professionisti coinvolti nella gestione delle pazienti affette da neoplasie invasive dell'endometrio dalla diagnosi ai vari processi di cura. Il principio cardine informativo è l'integrazione delle diverse procedure al fine di minimizzare gli effetti tossici e ottimizzare i risultati terapeutici con particolare attenzione alla qualità di vita globale delle pazienti.

1.2 Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo
Paola Tessari	AVO	Componente
Monica Brunetti	CAS e coordinatrice NOCC PO S. Anna	Componente
Chiara Benedetto	Ginecologia ed Ostetricia SC 1 U	Componente
Saverio Danese	Ginecologia ed Ostetricia SC 4	Componente
Anna De Luca	SCDU Cure Palliative	Componente
Jacopo Munari	Servizio Psicologia PO S. Anna	Componente
Corrado De Sanctis	Breast Unit	Componente
Rosanna Fruncillo	Coordinatrice ginecologia oncologica	Componente
Paola Giribaldi	CAS PO S. Anna e componente NOCC	Componente
Francesca Giunta	SCDU Medicina Nucleare	Componente
Gianluca Gregori	Ginecologia ed Ostetricia SC 3	Componente
Caterina Grillo	Laboratorio PO Sant'Anna	Componente
Evelina Gollo	SCDO Anestesiologia	Componente
Donato Mastrantuono	DIPSA PO S. Anna	Componente
Vincenzo Marra	SC Radiologia Sant'Anna	Componente
Leonardo Micheletti	Ginecologia ed Ostetricia SC 1 U	Componente
Marco Mitidieri	Ginecologia ed Ostetricia SC 4	Componente
Francesco Moro	SCDU Chirurgia II	Componente
Barbara Pasini	Genetica Medica	Componente
Marisa Ribotta	SCDO Anatomia patologica	Componente
Giuliana Ritorto	SCDO Oncologia Medica 1	Componente
Sergio Sandrucci	GIC sarcomi e tumori rari	Componente
Tullia Todros	Ginecologia ed Ostetricia SC 2 U	Componente
Alessandro Urgesi	SSCDV Radioterapia	Componente
Elsa Viora	SSCVD Ecografia e diagnosi prenatale	Componente
Paolo Zola	Ginecologia ed Ostetricia SC 2 U	Coordinatore del gruppo di lavoro

Verifica contenuti e approvazione	Autorizzazione all'emissione
Dott.ssa Grace Rabacchi Direttore Sanitario PO S. Anna <i>Firmato in originale</i> Dott. Daniele Farina Direttore Dipartimento Ginecologia Ostetricia <i>Firmato in originale</i> Dott. Danilo Pennetta DAPS PO S. Anna <i>Firmato in originale</i>	Dott. Giovanni La Valle Direttore Sanitario AOU Città della Salute e della Scienza <i>Firmato in originale</i>

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso la S.C. Ginecologia e Ostetricia 2 U. La diffusione è effettuata per via elettronica in formato non modificabile [es. Adobe Acrobat (*.pdf)]. Sono consentite la visione a terminale e la stampa, ma non la modifica. Non è consentito diffondere, senza autorizzazione, questo documento in fotocopia in quanto i suoi contenuti sono proprietà della Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino.

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 2 di 17

Contenuti del documento

1. Titolo, descrizione e gruppo di lavoro	1
1.1 <i>Descrizione sintetica</i>	1
1.2 <i>Gruppo di lavoro</i>	1
2. Informazioni relative al documento	3
2.1 <i>Periodo di validità e revisione</i>	3
2.2 <i>Revisioni</i>	3
2.3 <i>Obiettivi</i>	3
2.4 <i>Ambito di applicazione</i>	3
2.5 <i>Terminologia e abbreviazioni</i>	3
3. Contenuti del Documento	3
3.1 <i>Generalità</i>	3
3.2 <i>Tabelle riassuntive</i>	5
3.2.1 <i>Tabella GIC - regolamento</i>	5
3.2.2 <i>Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili</i>	6
3.2.3 <i>Neoplasie di pertinenza del GIC</i>	6
3.2.4 <i>Descrizione sintetica dell'iter diagnostico</i>	7
3.2.5 <i>Descrizione sintetica dei trattamenti</i>	7
3.2.6 <i>Follow up</i>	8
3.3 <i>Diagramma di flusso</i>	9
3.4 <i>Attività</i>	13
3.4.1 <i>Presa in carico da parte del CAS</i>	13
3.4.2 <i>Discussione del caso al GIC</i>	13
3.4.3 <i>Trattamento correlato allo stadio di malattia.</i>	14
3.4.4 <i>Follow up</i>	14
3.4.5 <i>Discussione della recidiva al GIC</i>	14
3.4.6 <i>Trattamento della recidiva di carcinoma dell'endometrio</i>	14
3.4.7 <i>Gestione della palliazione</i>	14
3.5 <i>Responsabilità</i>	14
3.6 <i>Bibliografia, Fonti e Riferimenti</i>	15
3.7 <i>Aspetti etici</i>	15
4. Strumenti di Gestione del documento	16
4.1 <i>Documenti correlati</i>	16
4.2 <i>Monitoraggio</i>	16
4.2.1 <i>Attività di controllo</i>	16
4.2.2 <i>Indicatori</i>	16
4.3 <i>Modalità di implementazione</i>	17
5. Allegati	17
5.1 <i>Moduli</i>	17
5.2 <i>Schede</i>	17

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 3 di 17

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

Il documento ha validità di due anni dalla data di emissione.

In presenza di rilevanti modifiche organizzative o di nuove evidenze in letteratura il Coordinatore del Gruppo di Lavoro assicurerà la revisione del presente documento.

2.2 Revisioni

Revisione	Emissione	Modifiche apportate
0	27/11/2018	Trattandosi di documento di prima stesura non sono presenti modifiche

2.3 Obiettivi

Assicurare un'uniformità di comportamento dei professionisti coinvolti nel processo di diagnosi e cura coerentemente con le attività della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e le migliori evidenze di letteratura disponibili. Ottimizzare in tal modo il controllo della malattia al fine di migliorare la quantità e la qualità di vita delle pazienti.

2.4 Ambito di applicazione

Pazienti affette da carcinoma invasivo dell'endometrio trattate presso l' Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino.

2.5 Terminologia e abbreviazioni

Glossario

Acronimi

Abbreviazione	Descrizione
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico aziendale
GIC	Gruppo interdisciplinare delle cure
CAS	Centro accoglienza servizi
CT	Chemioterapia
RT	Radioterapia
NED	Assenza di segni clinici di malattia
PO	Presidio ospedaliero
MDC	Mezzo di contrasto
ECO TV	Ecografia transvaginale
BRT	Brachiterapia
EBRT	Radioterapia per campi esterni
OT	Ormonoterapia
NOCC	Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure
NDCC	Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure
RM	Risonanza magnetica

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

Il carcinoma dell'endometrio rappresenta l'8-10% delle neoplasie femminili nei Paesi industrializzati con circa 288.000 nuovi casi e 74.000 morti per anno. Negli Stati Uniti, nel 2007 sono stati registrati circa 39.000 nuovi casi, con 7.400 decessi. In Italia si verificano circa 7.750 nuovi casi ogni anno. L'analisi dei dati di prevalenza ha mostrato che circa 91.700 persone viventi in Italia hanno avuto un tumore dell'endometrio nel corso della loro vita; di queste, circa il 30% ha

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 4 di 17

avuto una diagnosi di tumore dell'endometrio negli ultimi 5 anni. L'analisi dei trend dei tassi di molti Paesi industrializzati ha messo in evidenza come l'incidenza del tumore dell'endometrio sia cresciuta dagli anni '60 fino a raggiungere un picco negli anni '70 per poi stabilizzarsi. Inoltre, l'incremento dei tassi di incidenza età specifici (ASR, Age Standardized Rate) si era verificato soprattutto tra le donne in post-menopausa ed era generalmente più elevato nei Paesi occidentali (ASR: 44/100.000 USA; 23/100.000 Norvegia; 21/100.00 UK) rispetto ai Paesi orientali (ASR: 3/100.000 Bombay) ed africani (ASR: 4/100.000 Nigeria).

Si è assistito, dopo l'incremento dei tassi di incidenza tra il 1960 ed il 1970, ad un suo lento declino dovuto principalmente al cambiamento della terapia sostitutiva in menopausa. In effetti la terapia con soli estrogeni è stata sostituita con la terapia bilanciata con progestinici. Questa neoplasia è tipica della post-menopausa (<10 % in premenopausa) e l'incidenza aumenta tra i 50 ed i 70 anni per poi diminuire. Storicamente, dal punto di vista anatomico patologico le neoplasie endometriali sono classificate in due macro gruppi. Il tipo 1 che comprende l'adenocarcinoma, è correlato con l'iperestrogenismo ed ha una prognosi favorevole restando a lungo confinata all'interno del viscere uterino.

La seconda sottoclasse definita tipo 2 che comprende gli istotipi non endometriodi (sierosi, a cellule chiare e carcinomi indifferenziati), tende ad insorgere nella 6-7 decade, non correla con il quadro endocrinologico ed ha una tendenza a metastatizzare in particolare negli organi viscerali simile alla neoplasia ovarica. Il Cancer Genome Atlas (TCGA) Research Network ha recentemente implementato la classificazione anatomopatologica, introducendo 4 gruppi diversi dal punto di vista molecolare: 1) POLE: tumori ultramutati; 2) tumori con instabilità ai microsatelliti; 3) tumori a mutazione p53 prevalente; 4) tumori con restanti mutazioni.

I principali fattori di rischio legati allo sviluppo del tumore endometriale sono l'obesità e la sindrome metabolica (associate ad un incremento della produzione di estrogeni), il diabete mellito di tipo II, la nulliparità e l'infertilità (ad esempio la sindrome dell'ovaio policistico), un menarca precoce ed una menopausa tardiva, la presenza di un tumore secernente estrogeni o terapie ormonali estrogeniche. Pazienti con sindrome di Lynch o con un tumore ereditario non poliposico del colon (HNPCC), hanno un rischio del 40-60% di sviluppare un tumore dell'endometrio.

Il presente documento sostituisce il documento trasmesso alla Direzione Sanitaria d'azienda in data 30/04/2014.

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 5 di 17

3.2 Tabelle riassuntive

3.2.1 Tabella GIC - regolamento

Coordinatore	Prof. Paolo Zola
Segreteria	
Sede dell'incontro	Aula GIC , 1 piano Via Ventimiglia 1 - Torino
Periodicità dell'incontro e orario	Martedì ore 14:00-17:30
Modalità di refertazione	<i>Cartella informatizzata Trakcare</i>
Descrizione sintetica del funzionamento	Discussione multidisciplinare dei casi clinici
Descrizione del percorso assistenziale	L'infermiere identifica i bisogni di assistenza della persona e formula i relativi obiettivi assistenziali del percorso: A) <u>Accoglie la persona assistita e la sua famiglia favorendone l'orientamento e la fiducia</u> • Valuta il livello di ansia o di preoccupazione manifestato dalla persona assistita, adattando, di conseguenza la comunicazione. • Valuta in base alle informazioni raccolte il problema di salute, il percorso diagnostico terapeutico, le abitudini di vita della persona assistita, le condizioni cliniche, il livello di autonomia con particolare attenzione. • Identifica, in base alle valutazioni effettuate, le necessità di aiuto alla persona assistita. B) <u>L'infermiere, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale</u> • Identifica e programma, secondo priorità, gli interventi appropriati (sostitutivi, di compenso, di guida, di educazione, di sostegno) per raggiungere i risultati attesi, favorendo per quanto possibile la cooperazione della persona assistita. • Applica procedure/protocolli e istruzioni operative utili alla definizione della diagnosi: ▪ identifica le diversità culturali e linguistiche; ▪ coinvolge la persona nella valutazione dei bisogni assistenziali al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito; ▪ attività di supporto in talune indagini diagnostiche (rilevazione parametri vitali, esami ematochimici, biopsie ossee, aspirato midollare, ecc...); ▪ gestisce con il medico il paziente candidato a trattamento chirurgico o oncologico applicando il protocollo/procedura Patient Blood Management (Decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"); ▪ da informazioni dettagliate sugli esami del percorso diagnostico; illustra la preparazione di accertamenti strumentali e ne coordina l'esecuzione; ▪ monitora il percorso diagnostico del paziente e contatta lo specialista di riferimento garantendone la continuità; • E' presente alla visita CAS (se non è possibile esegue una valutazione dedicata: contatta e organizza un accesso del paziente per la valutazione infermieristica) ▪ tutela la privacy; ▪ raccoglie l'anamnesi assistenziale; ▪ informa sul percorso diagnostico-terapeutico proposto ed eventuali tossicità; ▪ valuta il patrimonio venoso e organizza il posizionamento CVC; ▪ valuta il dolore; ▪ individua e valuta le fragilità; identifica il care-giver da coinvolgere nel piano di cura su indicazione dell'assistito; ▪ effettua valutazione geriatrica; ▪ coinvolge la persona nella valutazione dei bisogni assistenziali al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito; ▪ collabora all'identificazione e all'inserimento dei pazienti nelle sperimentazioni cliniche;

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 6 di 17

	▪ attiva i percorsi di collaborazione con la rete infermieristica interna; ▪ attiva consulenze di altri specialisti infermieri (enterostomiste; ecc); ▪ definisce percorsi e procedure in collaborazione con altri professionisti favorendo la continuità assistenziale e ottimizzando le risorse; ▪ pianifica con gli altri professionisti della cura un sistema di reporting sui percorsi assistenziali; ▪ attiva audit con la partecipazione dei cittadini (monitoraggio delle attività, eventi avversi, criticità); ▪ pianifica attività di monitoraggio del percorso diagnostico e di valutazione della qualità percepita. <u>Ruolo dell'infermiere PRIMA della discussione GIC:</u> - consulta l'agenda GIC dei pazienti prenotati; - recupera la documentazione (esami diagnostici eseguiti in azienda o presso altre strutture, preventivamente raccolti presso il CAS); - collabora con gli infermieri del CAS e prende visione delle schede di valutazione infermieristica. <u>Ruolo dell'infermiere DURANTE DISCUSSIONE GIC:</u> - partecipa attivamente evidenziando eventuali problemi identificati durante la visita CAS; - condivide i piani di intervento con gli altri professionisti. <u>Ruolo dell'infermiere POST GIC:</u> - organizza la presa in carico nei relativi servizi per garantire la continuità del percorso; - riferimento per il paziente ed i familiari (informazioni in merito il percorso clinico-assistenziale); - raccoglie dati relativi (programma excel): referti visita GIC casi discussi, diagnosi, documentazione presente, presa in carico presso i vari servizi.
--	---

3.2.2 Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

DESCRIZIONE DEL BACINO DI UTENZA	CONFINI GEOGRAFICI DEL BACINO DI UTENZA (AD ES PROVINCIA)
NUMERO DI ABITANTI DEL BACINO DI UTENZA	ASL TO CITTÀ DI TORINO = 882.523
DISTRIBUZIONE DEI CAS NEL BACINO DI UTENZA	– CAS UNIFICATO PRESSO IL PO SANT ANNA – 1 PIANO – INGRESSO C.SO SPEZIA 60
DISTRIBUZIONE DEI GIC NEL BACINO DI UTENZA (GIC di riferimento)	AOU CdSS

3.2.3 Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia
Carcinoma endometriale

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 7 di 17

3.2.4 Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di prenotazione/sede	Tempi previsti di accesso
Carcinoma endometriale sospetto	Visita ambulatoriale/CAS	Medico di medicina Generale – DEMA e prenotazione telefonica presso il CAS ¹	Entro 7 gg
		Medico di Pronto Soccorso – invio diretto presso CAS ¹	
		Medico Specialista – DEMA e prenotazione telefonica presso il CAS ¹	
	Ecografia TV – TA di II livello	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ²	Entro 7 gg
	RM pelvi con mdc (in casi particolari)	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ³	Entro 14 gg
Carcinoma endometriale accertato	Revisione dei vetrini	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ⁴	Entro 7 gg
	TAC torace e addome con mdc per stadiazione radiologica	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ³	Entro 7-10 gg

1 CAS Centralizzato – C.so Spezia 60 1 piano

2 SCCVD Ecografia e Diagnosi Prenatale–2° piano, Via Ventimiglia 1

3 SC Radiologia - piano Via Ventimiglia 1

4 SC Anatomia Patologica, PO Molinette C.so Bramante 88

3.2.5 Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di prenotazione e sede	Tempi previsti di accesso
Carcinoma endometriale I stadio (stadiazione clinico radiologica) Classe di rischio bassa	Chirurgia con stadiazione completa (isteroannessiectomia Querleu Morrow tipo A, linfadenectomia pelvica e lomboaortica se infiltrazione miometriale >50% all'esame istologico estemporaneo)	Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹	Entro 21 gg
Carcinoma endometriale I stadio (stadiazione clinico radiologica) Classe di rischio intermedio/ intermedio-alta/ alta	Chirurgia con stadiazione completa (isteroannessiectomia Querleu Morrow tipo A, linfadenectomia pelvica e lomboaortica se infiltrazione miometriale >50% all'esame istologico estemporaneo)	Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹	Entro 21 gg
	Terapia adiuvante	Il GIC prenota le terapie tramite TrakCare presso ²⁻³	Entro 28 gg
Carcinoma endometriale II stadio (stadiazione clinico radiologica)	Chirurgia con stadiazione completa (isteroannessiectomia Querleu Morrow tipo B, linfadenectomia pelvica e lomboaortica se infiltrazione miometriale >50% all'esame istologico estemporaneo)	Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹	Entro 21 gg
	Terapia adiuvante	Il GIC prenota il ciclo di chemioterapia tramite TrakCare presso ²⁻³	Entro 28 gg

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 8 di 17

Carcinoma endometriale stadio > II	Chirurgia con debulking delle lesioni e isteroannessiectomia Querleu Morrow tipo A	Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹	Entro 21 gg
	Terapia adiuvante	Il GIC prenota le terapie tramite TrakCare presso ²⁻³	Entro 28 gg
Carcinoma endometriale in stadio avanzato (> III) non operabile	Terapia medica/radiante di I linea	Il GIC prenota le terapie tramite TrakCare presso ²⁻³	Entro 28 gg
Recidiva di Carcinoma endometriale	Terapia medica/radiante in base alle linee di terapia precedenti e al performance status	Il GIC prenota le terapie tramite TrakCare presso ²⁻³	Entro 28 gg
	Chirurgia per casi selezionati (mts isolata precedentemente irradiata)	Il GIC prenota l'intervento tramite TrakCare presso ¹	Entro 21 gg

1 Prericoveri con classe di urgenza A ed esecuzione presso sale operatorie unificate 3 piano

2 Day Hospital Oncologico 1 piano C.so Spezia 60

3 SC Radioterapia PO Sant Anna- Via Ventimiglia 3- Piano interrato

3.2.6 Follow up

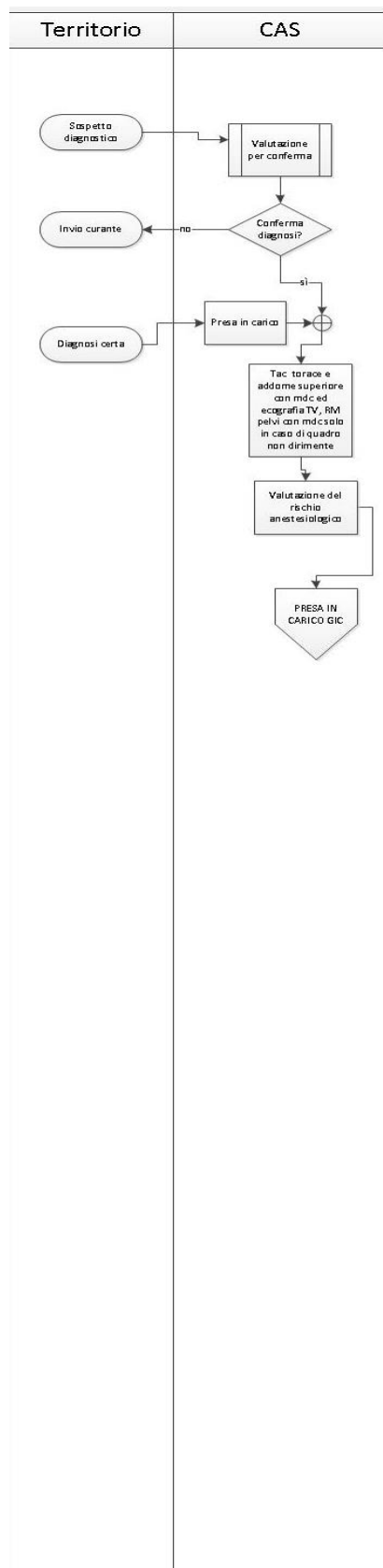
Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Carcinoma Endometriale		
Visita . L'imaging (TC con mdc, RM con mdc, PET) è da riservarsi ai casi che presentino segni o sintomi di sospetto di recidiva	Ogni 4 mesi per i primi 2 anni Ogni 6 mesi per ulteriori 3 anni Ogni 12 mesi dal quinto al decimo anno	1

1 Ambulatorio di Follow up, Via Ventimiglia 1 -1 piano

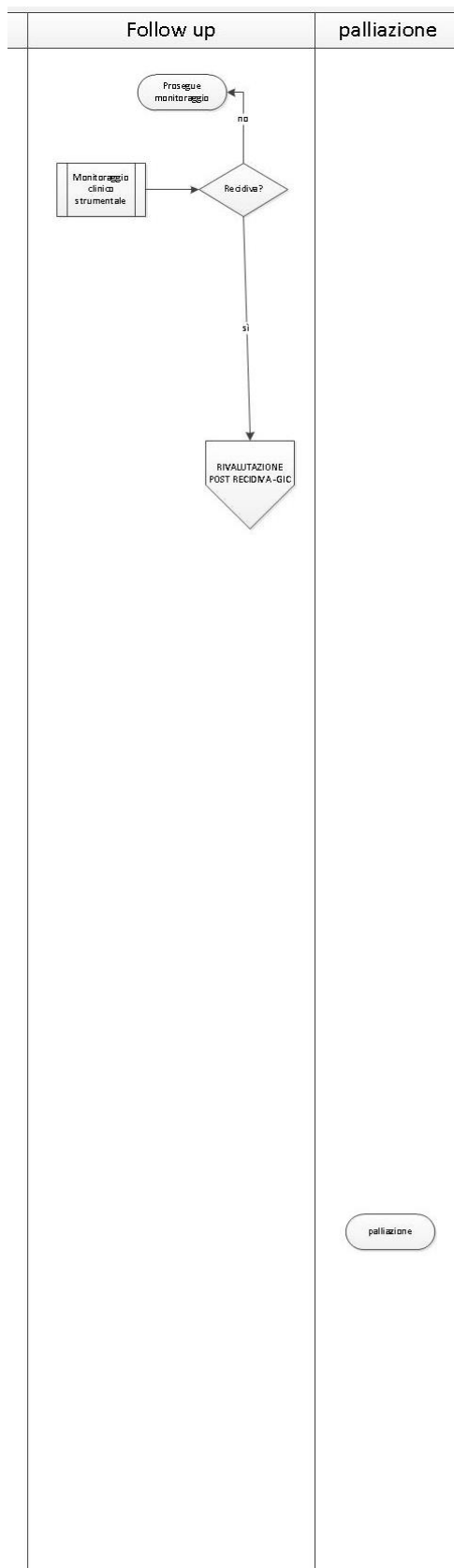
Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	si
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	si
Consegna della programmazione del follow up	si
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	si

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 10 di 17



	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 12 di 17



	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 13 di 17

3.4 Attività

3.4.1 Presa in carico da parte del CAS

La paziente con sospetto o diagnosi clinico strumentale di carcinoma endometriale accede al CAS o per prenotazione diretta o su invio del curante.

3.4.1.1 ACCETTAZIONE: avviene nei locali della segreteria amministrativa, dove si ricevono le richieste di prestazioni ed in cui si forniscono le informazioni e le pratiche necessarie per ammettere gli utenti alla visita CAS. Il personale amministrativo del CAS segnalerà alla ASL di appartenenza la necessità di attribuire il codice di esenzione per patologia neoplastica 048, anche in assenza di diagnosi certa, che sarà poi certificata o smentita al termine dell'iter diagnostico senza aggravii di costi anche in caso di non conferma di patologia tumorale maligna.

3.4.1.2 ACCOGLIENZA: è gestita dal personale infermieristico/ostetrico e si riferisce alla fase iniziale del percorso dell'utente, che avviene al CAS, durante la quale vengono gettate le basi per la costruzione di una relazione che si ripete nelle diverse fasi del percorso, con le necessarie presentazioni e informazioni, anche nel reparto o nel passaggio a un diverso livello di intensità di cura.

La presa in carico prevede la valutazione della persona assistita, mediante la compilazione della documentazione infermieristica e delle relative schede di valutazione.

Le schede di valutazione infermieristica rappresentano un modello standard adottato dagli infermieri che compongono la Rete Oncologica

Al CAS vengono compilate le seguenti schede:

- Valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale (allegato B)
- G8 Strumento di screening per la valutazione geriatrica (allegato A)

Tali schede vengono inserite in cartella clinica per il passaggio delle informazioni al personale del reparto di degenza, mentre una copia viene archiviata presso il CAS.

Per le pazienti che necessitano di trattamenti chemioterapici le schede di valutazione vengono inviate presso il DH Oncologico (allegato D)

Le altre schede di valutazione infermieristica previste dalla Rete Oncologica, vengono compilate ed archiviate presso il DH Oncologico. Per la valutazione del dolore si utilizzerà nella fase del ricovero ospedaliero la scheda di rilevazione parametri vitali (cod. ASO 109415); mentre durante il percorso di terapia e follow-up si utilizzerà la scheda di valutazione del dolore della Rete Oncologica (allegato C)

La scheda di valutazione del patrimonio venoso verrà utilizzata esclusivamente presso il DH Oncologico.

Presso il DH, dove verrà deciso quale dispositivo per l'infusione delle terapie è più appropriato (Port-A-Cath, PICC, Midline) viene segnalata la paziente al NOCC per la presa in carico e la gestione territoriale della medicazione periodica.

In questa Struttura sarà compilata la scheda di individuazione delle fragilità del Progetto Psico-Sociale Protezione Famiglia della Rete Oncologica (allegato E) tenendo conto delle informazioni già in possesso degli psicologi e degli assistenti sociali del presidio ed, in collaborazione con loro, verrà valutata l'eventuale attivazione del progetto sul singolo caso.

Il personale infermieristico del CAS garantisce il supporto all'attività medica durante la visita ed il colloquio e fornisce le informazioni al paziente sulle preparazioni e modalità di esecuzione degli esami diagnostici e di stadiazione.

L'attivazione del percorso diagnostico vedrà la gestione diretta delle prenotazioni tramite agende al fine di ottimizzare i tempi di esecuzione ed effettuare verifiche sistematiche sulla consistenza tra i quadri diagnostici e le procedure terapeutiche messe in atto.

La documentazione clinica del paziente, durante il progresso del percorso diagnostico, sarà aggiornata dal personale infermieristico/ostetrico del CAS. Durante questa fase preliminare verrà valutato altresì il rischio anestesiológico della paziente. Terminato il percorso previsto di stadiazione il CAS invia l'utente al GIC. In caso di invio della paziente da altro centro è necessaria la revisione dei vetrini da parte degli anatomopatologi del centro di riferimento prima della valutazione GIC. La stadiazione prevede l'esecuzione di TAC torace e addome superiore con mdc ed ecografia trans vaginale, nel caso di un quadro clinico non dirimente effettuare RM della pelvi con mdc.

3.4.2 Discussione del caso al GIC

Il GIC, la cui composizione è listata in allegato G, sulla base dei dati relativi sia alla paziente che all'estensione della neoplasia trasmessi dal CAS definisce il piano di trattamento sulla base dei protocolli in vigore verificandone l'aderenza al presente PDTA o eventualmente riportando in chiaro nel verbale finale deviazioni indotte da situazioni particolari. Assicura l'adeguata comunicazione con i pazienti ed i suoi familiari. La discussione GIC avverrà senza la presenza della paziente e la decisione finale sarà comunicata da un rappresentante del GIC delegato ad hoc.

In quella sede il delegato consegnerà alla paziente anche la scheda denominata "Note informative, principali prestazioni assistenziali e previdenziali a favore dei pazienti oncologici e delle loro famiglie" del Servizio Sociale Ospedaliero e validata dalla Rete Oncologica (Scheda 1).

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 14 di 17

3.4.3 Trattamento correlato allo stadio di malattia.

Sulla base dei dati clinico strumentali raccolti dal CAS e valutati nell'ambito del GIC alla paziente verrà offerto un piano terapeutico che dovrà essere coerente con il presente PDTA redatto sulla base delle evidenze della letteratura disponibile. Se il trattamento individuato è di tipo chirurgico, il personale di reparto, nel momento del ricovero, compila la scheda di Brass integrata (allegato F) e la invia agli operatori del NOCC per la valutazione del rischio di complessità della dimissione. Tale valutazione viene ottenuta con un punteggio che, se superiore a 10 indica la necessità di un intervento di dimissioni protette. In questi casi, il NOCC, in collaborazione con il personale di reparto, e con l'NDCC territoriale, individua la soluzione più appropriata per la paziente (cure domiciliari, continuità assistenziale a valenza sanitaria, lungodegenza).

La chirurgia primaria rappresenta la prima scelta nel trattamento della neoplasia endometriale: per decidere l'estensione della chirurgia primaria è fondamentale la stadiazione clinico radiologica effettuata dal CAS. Le neoplasie endometriali al primo stadio devono essere trattate con isterectomia secondo Querleu Morrow tipo A e annessiectomia bilaterale associate o meno a linfadenectomia pelvica e lombo aortica in caso di infiltrazione miometriale maggiore del 50% all'esame istologico estemporaneo intraoperatorio. (Per la via di accesso chirurgico si rimanda al documento 'Il tumore dell'endometrio' della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta 2014). Occorre specificare che nel caso di comorbidità l'estensione della linfadenectomia può essere ridotta o omessa. Per quanto riguarda i tumori allo stadio II è indicato eseguire un'isterectomia secondo Querleu Morrow tipo b con annessiectomia bilaterale.

Se durante l'intervento chirurgico vi è evidenza di diffusione al peritoneo periviscerale ed agli annessi si può omettere la linfadenectomia non influenzando la terapia adiuvante.

Nei casi di I stadio a basso rischio (per le classi di rischio si rimanda all'allegato b) non è prevista alcuna terapia adiuvante mentre nel caso di tumori in stadio I ma a rischio intermedio, intermedio/alto o alto, è necessario completare il trattamento con una terapia adiuvante come riportato nel diagramma di flusso.

In caso di tumore in stadio II e III dopo l'intervento chirurgico è raccomandato iniziare sempre un terapia adiuvante.

L'approccio combinato o esclusivo con RT, CT o ormonoterapia è riservato alle pazienti non eleggibili per l'intervento chirurgico (Stadio IVA o IVB) di prima istanza sulla base delle comorbidità e del performance status complessivo.

La chemioterapia di elezione si basa sull'associazione di Carboplatino AUC 5 o 6 + Paclitaxel 175 mg/mq ogni 21 giorni per 6 cicli.

3.4.4 Follow up

Al termine della terapia la paziente senza segni clinici di malattia (NED) sarà sottoposta a monitoraggio clinico ogni 4 mesi per due anni ed ogni 6 mesi per ulteriori 3 anni, quindi annualmente dal 5 anno. L'imaging (TAC con mdc, RM con mdc, PET) è da riservarsi ai casi che presentino segni o sintomi di sospetto di recidiva. E' auspicabile inserire le pazienti all'interno di protocolli di studio se attivi.

3.4.5 Discussione della recidiva al GIC

In caso di recidiva la paziente dovrà essere rinviata al GIC previa esecuzione di eventuali procedure di imaging e/o di laboratorio che dovranno essere programmate tramite il CAS.

3.4.6 Trattamento della recidiva di carcinoma dell'endometrio

La definizione del piano terapeutico sarà effettuata sulla base dei dati clinici, della storia clinica e delle precedenti terapie e dovrà essere oggetto di discussione collegiale e concordata infine con la paziente.

L'approccio chirurgico eviscerativo in caso di recidiva deve essere valutato e discusso nel GIC pelvi-sarcomi-tumori rari e generalmente viene proposto in pazienti con un buon performance status, che hanno sviluppato una recidiva centropelvica già precedentemente irradiata o pazienti con recidiva vaginale non candidabili ad un trattamento di RT o CT. Nel caso di metastasi a distanza, la paziente con un buon performance status viene sottoposta a CT.

Le cure palliative o l'ormonoterapia sono infine destinate alle pazienti con un performance status scaduto, che non sopporterebbero trattamenti chemio-radioterapici o chirurgici invalidanti.

3.4.7 Gestione della palliazione

In caso di performance status > 3 oppure di uno stadio tale di malattia che controindichi la messa in opera di terapia specifica antineoplastica deve essere riferito 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 ripetizione 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.

3.5 Responsabilità

Il CAS assicura la presa in carico della paziente, la pianificazione degli esami di stadiazione sia in prima linea che in caso di recidiva. Effettuata la sintesi di questo percorso invia la paziente con la documentazione completa al GIC.

La gestione è a cura del ginecologo oncologo e del personale infermieristico ad esso dedicato.

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 15 di 17

Il GIC coordina , attraverso i radiologi e gli anatomopatologi, la diagnosi e la stadiazione sarcoma uterino , definisce la terapia da effettuare in seguito a discussione collegiale, in accordo con il PDTA definito ed il performance status della paziente.

La gestione del GIC è a cura del ginecologo oncologo designato dall'azienda e le componenti coordinate sono quelle listate nell'allegato G

Dal momento che le evidenze della letteratura sottolineano il miglioramento dell'outcome delle pazienti trattate nell'ambito di studi clinici controllati, il GIC garantisce l'inserimento delle pazienti nei trials attivi che dovranno essere preventivamente approvati. Il coordinatore del GIC si rende garante della non competitività reciproca degli studi al fine di garantire un adeguato accrual di pazienti. Si sottolinea inoltre l'importanza di attivare trials soprattutto negli snodi del PDTA in cui le evidenze di letteratura sono carenti.

Nell'ambito della terapia palliativa si colloca la programmazione degli interventi sanitari e sociali in regime domiciliare garantita dal Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (come da ISOP.P906.0014), con l'obiettivo di gestire in modo unitario il sistema di rete e di garantire ai malati e alle loro famiglie la continuità terapeutica e assistenziale attraverso l'ospedale, il domicilio, l'hospice.

3.6 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

- Colombo N et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer. Diagnosis, Treatment and follow-up. Review Article. Int J of Gynecol Cancer, Vol 26, Num 1, Jan 2016
- NCCN clinical practice guidelines, Uterine Neoplasms, version 2.2016
- AIRTUM Working Group. I Tumori in Italia, Rapporto 2010. La prevalenza dei tumori in Italia. Epidemiologia & Prevenzione. Anno 34 (5-6) settembre-dicembre 2010 (supplemento n. 2); <http://www.registri-tumori.it>.
- Pignata S et al. Linee guida AIOM: neoplasie dell'utero, endometrio e cervice. Edizione 2015
- Ali Ayhan et al. , Textbook of Gynaecological Oncology, ESGO Society September 2011
- A.Ferrero et al., Uso delle tecniche di imaging nel tumore dell'endometrio Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
- Zola P, Macchi C, Cibula D et al. , Follow-up in Gynecological Malignancies: A State of Art Int J Gynecol Cancer. 2015 Sep;25(7):1151-64. doi: 10.1097
- Quinlinvan J A, Petresen RW,Nicklin JL.Accuracy of frozen sections for operative management of endometrial cancer.BJOG 2001;108:798-803
- WHO classification of tumours.Pathology and genetics.Tumors of the breast and female genital organs IARC Press Lyon 2003
- Querleu D, Morrow CP; Classification of radical hysterectomy; Lancet Oncol 2008; 9:297-303

3.7 Aspetti etici

Il presente documento permette di definire Un approccio integrato e multidisciplinare al trattamento delle pazienti affette da carcinoma endometriale che tenga comunque conto sia delle diverse situazioni cliniche che delle aspettative della paziente in termine di guarigione in primis ma senza omettere l'impatto sulla qualità di vita.

Ovviamente in caso di protocolli sperimentali ogni procedura sarà sottoposta al comitato etico interaziendale al fine di garantire la miglior pratica clinica con le migliori garanzie di sicurezza sia in termini di efficienza che di efficacia.

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 16 di 17

4. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

- PDTA inviato alla Direzione sanitaria d'azienda in data 30 04 2015
- NCCN clinical practice guidelines, Uterine Neoplasms, version 2.2016
- Pignata S et al. Linee guida AIOM: neoplasie dell'utero, endometrio e cervice. Edizione 2015
- Deliberazione della Giunta Regionale 23 novembre 2015, n. 51-2485

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

Verifica del database relazionale con cadenza trimestrale da parte del coordinatore del GIC.

4.2.2 Indicatori

<i>indicatore</i>		<i>N/D</i>	<i>fonte dati</i>	<i>responsabile</i>	<i>standard</i>
Percentuale di pazienti affette da carcinoma endometriale afferite al PO e prese in carico dal CAS	N	Numero di accessi al CAS	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva dell'endometrio	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da carcinoma endometriale afferite al PO e discusse in riunione GIC per la terapia primaria	N	Numero di accessi al GIC per la terapia primaria	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva dell'endometrio	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da carcinoma endometriale afferite al PO e discusse in riunione GIC per la terapia adiuvante	N	Numero di accessi al GIC per la tp adiuvante	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva dell'endometrio	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da carcinoma endometriale afferite al PO discusse in riunione GIC per la gestione della recidiva	N	Numero di accessi al GIC per Recidiva	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva dell'endometrio	Database relazionale	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affette da carcinoma endometriale afferite al PO che hanno deviato dal PDTA nell'iter diagnostico e terapeutico	N	Numero di pazienti che hanno deviato dal PDTA	Database relazionale	Coordinatore GIC	≥ 80%
	D	Numero di pazienti affette da neoplasia invasiva dell'endometrio	Database relazionale	Coordinatore GIC	

	Gestione del carcinoma dell'endometrio	PDTA.A909.E029	Rev. 0
	PDTA	27/11/2018	Pagina 17 di 17

4.3 Modalità di implementazione

- Strutturare un database relazionale dedicato aggiornabile ed integrato nella rete informatica aziendale accessibile con credenziali specifiche.
- Verifica da parte del coordinatore del GIC.
- Pubblicazione del documento su Intranet ed internet.
- Partecipazione ai gruppi di studio della rete oncologica.

5. ALLEGATI

5.1 Moduli

Nessuno

5.2 Schede

Scheda 1. G8 Strumento di screening per la valutazione geriatrica
 Scheda 2. Valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale
 Scheda 3. Valutazione del dolore della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
 Scheda 4. Valutazione del patrimonio venoso
 Scheda 5. Scheda individuazione fragilità – Protezione Famiglia
 Scheda 6. Scheda di BRASS integrata
 Scheda 7. Composizione del GIC
 Scheda 8. Classi di rischio del carcinoma endometriale
 Scheda 9. Note informative, principali prestazioni assistenziali e previdenziali a favore dei pazienti oncologici e delle loro famiglie