

	G.I.C. TUMORI DELLA TIROIDE E DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE	PDTA.P901.0007	Rev. 0
	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale	13/05/2015	Pagina 1 di 11

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

PDTA DEL CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE

1.1 Descrizione sintetica

Il presente documento descrive il percorso diagnostico terapeutico secondo il quale sono trattati presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza della città di Torino i pazienti affetti da carcinoma anaplastico della tiroide.

1.2 Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo	firma
Enrico Brignardello	Unità di Transizione per Neoplasie Curate in età pediatrica	Componente	Firmato in originale
Elisabetta Dell'Aquila	Day Hospital COES	Componente	Firmato in originale
Milena Freddi	Chirurgia Generale 3	Componente	Firmato in originale
Marco Gallo	Endocrinologia Oncologica	Componente	Firmato in originale
Ruth Rossetto Giaccherino	Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo	Componente	Firmato in originale
Margherita Mauro	Cure Palliative	Componente	Firmato in originale
Donatella Pacchioni	Anatomia ed Istopatologia Diagnostica e di Screening	Componente	Firmato in originale
Barbara Pasini	Genetica Medica	Componente	Firmato in originale
Alessandro Piovesan	Endocrinologia Oncologica	Componente	Firmato in originale
Monica Rampino	Radioterapia	Componente	Firmato in originale
Gabriella Sisto	Chirurgia Generale 4	Componente	Firmato in originale
Milena Tagliabue	Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo	Componente	Firmato in originale
Emanuela Arvat	Endocrinologia Oncologica	Coordinatore del gruppo di lavoro	Firmato in originale
Nicola Palestini	Chirurgia Generale 4	Componente	Firmato in originale

Verifica contenuti e approvazione	Autorizzazione all'emissione
Prof. M. Boccadoro – Direttore Dipartimento Oncologia	Dott. M. G. Dall'Acqua Direttore Sanitario AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Dott. A. Scarmozzino – Direttore S.C. Direzione Sanitaria Presidi Molinette/SGAS	
Dott. G. Fornero – Direttore S.C. Qualità, Risk Management e Accreditamento	

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso SC Endocrinologia Oncologica 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 citare le fonti, questo documento in fotocopia in quanto i suoi contenuti sono proprietà della Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino.

	G.I.C. TUMORI DELLA TIROIDE E DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE	PDTA.P901.0007	Rev. 0
	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale	13/05/2015	Pagina 2 di 11

Contenuti del documento

1.	Titolo, descrizione e gruppo di lavoro	1
1.1	Descrizione sintetica	1
1.2	Gruppo di lavoro	1
2.	Informazioni relative al documento	3
2.1	Periodo di validità e revisione	3
2.2	Revisioni	3
2.3	Obiettivi	3
2.4	Ambito di applicazione	3
2.5	Terminologia e abbreviazioni	3
3.	Contenuti del Documento	4
3.1	Generalità	4
3.2	Diagramma di flusso	5
3.3	Attività	6
3.3.1	APPROCCIO AL PAZIENTE CON CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE	6
3.3.2	FOLLOW UP	7
3.3.3	GESTIONE DEL PAZIENTE CON RECIDIVA	8
3.4	Responsabilità	8
3.5	Bibliografia, Fonti e Riferimenti	9
3.6	Aspetti etici	9
4.	Strumenti di Gestione del documento	9
4.1	Documenti correlati	9
4.2	Monitoraggio	9
4.2.1	Attività di controllo	9
4.2.2	Indicatori	9
4.3	Modalità di implementazione	10
5.	Allegati	10
-	“RETE ONCOLOGICA PIEMONTE/VALLE D’AOSTA: Linee di indirizzo per il trattamento del carcinoma anaplastico della tiroide- UPDATE 2014” TIROIDE.	10
5.1	Moduli	10
5.2	Schede	10

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

Questo documento ha validità cinque anni dalla data di emissione, salvo che la disponibilità di nuove metodiche diagnostiche/terapeutiche si rendano disponibili o nuove necessità organizzative ne richiedano la modifica o la revisione in tempi più brevi.

Le richieste di modifica possono essere effettuate dal responsabile di processo o dal coordinatore del gruppo di lavoro.

Alla scadenza del quinto anno dalla data di emissione, la revisione del documento viene effettuata dai coordinatori e dal gruppo di lavoro.

Il presente documento è valido fino al 13/05/2020.

2.2 Revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0		Trattandosi della revisione 0 non esistono modifiche da segnalare

2.3 Obiettivi

Definizione del percorso diagnostico-terapeutico per il carcinoma anaplastico della tiroide.

2.4 Ambito di applicazione

Gestione clinica del percorso diagnostico terapeutico di pazienti affetti da carcinoma anaplastico della tiroide nell'ambito della A.O.U. Città della Salute e della Scienza.

2.5 Terminologia e abbreviazioni

Acronimi

<i>Abbreviazione</i>	<i>Descrizione</i>
CAS	Centro Accoglienza e Servizi
FNAB	Fine-needle aspiration biopsy (esame citoaspirato)
GIC	Gruppo Interdisciplinare di Cura
TC	Tomografia computerizzata
PET	Tomografia ad emissione di positroni
FDG	Fluorodesossiglucosio
TSH	Ormone tireostimolante
fT4	Tetraiodotironina libera
COES	Centro Onco-ematologico Subalpino

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

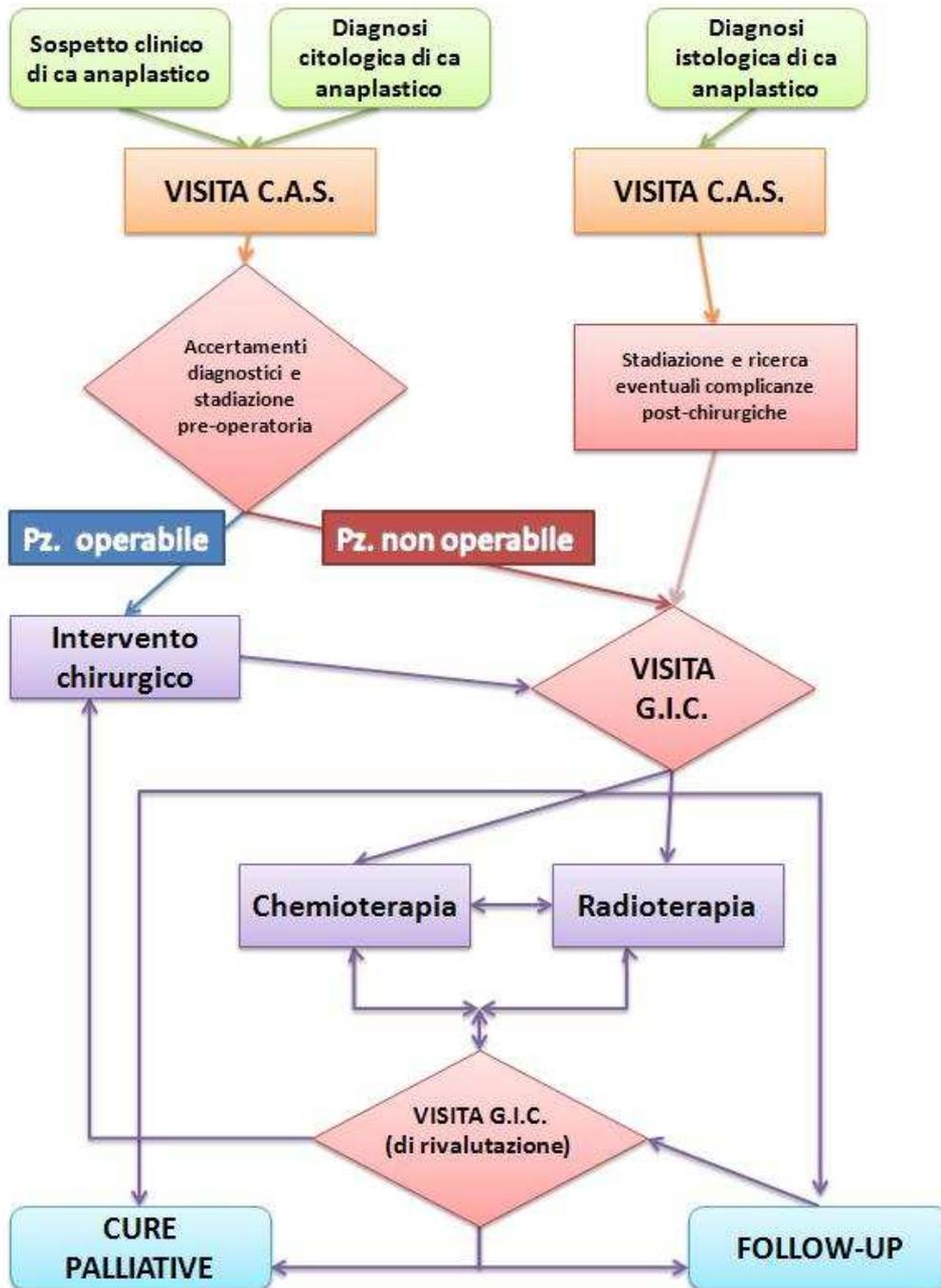
Il carcinoma anaplastico della tiroide rappresenta il grado estremo di differenziazione dei tumori tiroidei di origine follicolare ed è una delle neoplasie maligne più aggressive del genere umano. Si tratta di una neoplasia rara, costituendo meno del 2% dei tumori maligni della tiroide e la sua incidenza annuale è dell'ordine di 2 casi per milione di abitanti. Predomina largamente nella sesta-ottava decade di vita. La sua presentazione clinica abituale è una massa cervicale rapidamente compressiva e invasiva, spesso insorta in un preesistente gozzo multinodulare e accompagnata da linfadenopatie. La metà dei casi presenta metastasi a distanza al momento della diagnosi.

I malati colpiti da un carcinoma anaplastico della tiroide devono essere presi in carico con urgenza da un servizio specializzato in oncologia tiroidea, dove le procedure diagnostiche e terapeutiche del caso possano essere discusse e realizzate rapidamente. È indispensabile l'immediato coinvolgimento del chirurgo, dell'endocrino-oncologo e del radioterapista perché il trattamento va attuato nel minor tempo possibile. Una terapia multimodale basata sulla chirurgia d'exeresi, quando possibile, sulla chemioterapia e sulla radioterapia, può evitare o rallentare la progressione della malattia cervicale. Ciò si traduce in un miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita del paziente, ma non modifica, salvo rare eccezioni, la prognosi infausta della malattia: la sopravvivenza media varia da 4 a 9 mesi dalla diagnosi e meno del 20% dei casi supera i 12 mesi. Da queste considerazioni emerge con evidenza che la gestione del paziente coinvolge quasi inevitabilmente anche il team di cure palliative.

L'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino è il centro che nelle regioni Piemonte e Valle d'Aosta ha la maggiore casistica di carcinomi anaplastici della tiroide. A partire dal 1999 tutti i casi sono affrontati in stretta cooperazione fra le S.C. Endocrinologia Oncologica U, S.C. Chirurgia Generale 4 e S.C. Radioterapia U. Dal 2010 questa cooperazione è stata formalizzata con l'istituzione di un Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) per la gestione e il follow-up dei tumori della tiroide; dal 2013 il GIC è stato allargato a tutte le neoplasie delle ghiandole endocrine, creando uno specifico sottogruppo per i tumori della tiroide. La casistica operatoria del centro è rilevante (20 casi operati nel quinquennio 2008-2012; 9 casi operati nell'anno 2013) ed i risultati sono stati oggetto di pubblicazione anche su prestigiose riviste internazionali [1-3]. Nell'anno 2013, su mandato della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, il GIC ha curato la compilazione delle "Linee di indirizzo per il trattamento del carcinoma anaplastico della tiroide" (Allegato 2); il documento nel 2014 è stato aggiornato, validato dal Gruppo di Studio Tumori tiroidei e ghiandole endocrine e pubblicato nel sito della Rete Oncologica [4].

Il presente PDTA è stato redatto, su mandato di tale GIC, per formalizzare il percorso diagnostico e terapeutico attuato presso questa A.O.U. per i pazienti affetti da carcinoma anaplastico della tiroide.

3.2 Diagramma di flusso



3.3 Attività

3.3.1 APPROCCIO AL PAZIENTE CON CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE

Per precisazioni e dettagli su tempistica delle procedure diagnostico-terapeutiche, indicazioni/controindicazioni al trattamento chirurgico, criteri di operabilità, requisiti di un intervento chirurgico efficace e modalità del trattamento chemio/radioterapico, vedi le "Linee di indirizzo per il trattamento del carcinoma anaplastico della tiroide" [4] (Allegato 2) e la voce bibliografica [3].

Visita CAS (codice regionale 89.05):

In presenza di un quadro clinico evocativo

A seguito di segnalazione di un caso con quadro clinico sospetto per carcinoma anaplastico viene programmata urgentemente (entro 3 giorni) la visita CAS.

Se il sospetto è giustificato, il paziente viene preso in carico e si pianificano gli accertamenti necessari per confermare la diagnosi e fare un primo bilancio di estensione (FNAB; ecografia; TC di testa, collo, torace, addome; laringoscopia). Obiettivo primario di questa fase è verificare se l'estensione della malattia cervicale lascia spazio per un trattamento chirurgico efficace, mettendosi in condizione di effettuarlo in tempi stretti (2 settimane al massimo dalla segnalazione).

Chirurgo ed endocrino-oncologo lavorano quindi strettamente affiancati, valutando insieme il paziente (al momento della visita CAS o nel corso degli accertamenti successivi) ed i risultati degli esami, pianificando eventuali ulteriori indagini (tracheo-broncoscopia, esofagoscopia, ecc.) e definendo la strategia terapeutica.

Se il caso è giudicato operabile, l'intervento viene programmato entro una settimana e la situazione verrà ridiscussa a breve distanza di tempo nell'ambito di una visita GIC (vedi oltre), per definire l'ulteriore percorso terapeutico.

Se l'estensione loco-regionale della malattia e/o la situazione generale del paziente controindicano la chirurgia, viene programmata (entro una settimana) una visita GIC, per decidere se il paziente può essere inserito in un protocollo di trattamento alternativo (chemio/radioterapia) o se va attivato il team di cure palliative.

Dopo esito di esame citologico su agoaspirato (FNAB)

A seguito di segnalazione di un caso con diagnosi di carcinoma anaplastico della tiroide accertata (o sospettata) sulla base di un agoaspirato, viene programmata urgentemente (entro 3 giorni) la visita CAS. Si procede quindi con il bilancio di estensione della malattia e la valutazione della operabilità del paziente, con le modalità e i tempi indicati al punto precedente.

Dopo intervento chirurgico eseguito presso la nostra AOU

Occasionalmente la presenza di un carcinoma anaplastico o di aree con aspetti anaplastici in un carcinoma differenziato della tiroide vengono accertati dopo la tiroidectomia, al momento dell'esame istologico. In questo caso la visita CAS viene attivata dal chirurgo alla ricezione del relativo referto o anche prima, se il reperto viene tempestivamente segnalato dall'anatomo-patologo (si sottolinea che questa è la prassi abituale, che permette di evitare ritardi nei passi successivi).

La visita CAS viene eseguita entro 3 giorni; in questa occasione il paziente viene preso in carico, valutando:

- l'esame istologico e gli accertamenti effettuati prima dell'intervento;
- l'adeguatezza del trattamento chirurgico eseguito e la presenza (accertata o probabile) di malattia residua;
- le eventuali complicazioni o sequele chirurgiche (ipocalcemia, paralisi ricorrentiale, ecc.) e i relativi provvedimenti messi in atto;
- lo stato generale.

Sulla base di queste valutazioni: 1) viene proposto, se necessario, un percorso diagnostico-terapeutico per le eventuali complicazioni o sequele dell'intervento; 2) vengono pianificate, all'occorrenza e con criterio di urgenza, le indagini diagnostiche essenziali per accertare la presenza di malattia residua, localmente o in sedi metastatiche a distanza. L'ulteriore percorso terapeutico verrà definito in una successiva visita GIC (da programmare entro una settimana).

Dopo intervento chirurgico eseguito in altra struttura

A seguito di segnalazione di un caso di carcinoma anaplastico già sottoposto ad intervento di tiroidectomia (e con diagnosi confermata dall'esame istologico), viene programmata urgentemente (entro 3 giorni) la visita CAS. In tale occasione il paziente viene preso in carico, procedendo come al punto precedente.

Modalità di effettuazione delle visite CAS

Sede: Ambulatorio di Endocrinologia Oncologica del COES (Centro Oncologico ed Ematologico Subalpino) A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Via Cherasco 15 – Torino

Modalità di accesso: Prenotazione presso Segreteria CAS, Centro Oncologico ed Ematologico Subalpino (COES) o contatto telefonico diretto con gli Specialisti appartenenti al GIC

Visita GIC (codice regionale 89.07):

In caso di pazienti non operabili

Se l'estensione loco-regionale della malattia ha fatto ritenere inattuabile il trattamento chirurgico, la visita GIC ha l'obiettivo di valutare la fattibilità di un trattamento chemio/radioterapico e procedere alla sua programmazione. All'occorrenza, particolarmente se età e/o condizioni generali rendono improponibile anche il trattamento chemio/radioterapico, il GIC provvede ad attivare il team di cure palliative.

In caso di pazienti operati

- Se l'intervento chirurgico viene giudicato adeguato, indipendentemente dalla presenza o meno di malattia residua, si programmano le terapie complementari del caso (chemio/radioterapia). Se controindicate dall'età o dallo stato generale, viene attivato il team di cure palliative.
- Se è presente malattia residua a livello loco-regionale e questa appare resecabile, vengono programmati con urgenza (entro una settimana) gli eventuali ulteriori accertamenti necessari (tracheobroncoscopia, esofagoscopia, ecc.) e il reintervento chirurgico.

In caso di pazienti inizialmente giudicati non operabili e sottoposti a trattamento chemio/radioterapico

La valutazione collegiale viene effettuata a distanza di 6-8 settimane dall'inizio del trattamento. Obiettivo della visita è valutare, dopo le indagini di ristadiazione opportune (TC, PET con FDG, laringoscopia, tracheobroncoscopia, esofagoscopia, ecc.), quale è la situazione generale del paziente e se la risposta alle terapie ha modificato l'estensione loco-regionale della malattia in misura tale da consentirne il trattamento chirurgico. In caso affermativo l'intervento viene programmato con relativa priorità (entro due settimane).

In caso di pazienti con recidiva/progressione di malattia

La recidiva o la progressione della malattia, a livello loco-regionale o in sedi metastatiche a distanza, rappresenta l'evoluzione cui va incontro la grande maggioranza dei pazienti affetti da carcinoma anaplastico della tiroide. In questi casi la visita GIC viene effettuata con l'intervento degli specialisti interessati, all'occorrenza anche non appartenenti al GIC (ORL per confezionamento/gestione di tracheostomie, ecc.), e con il coinvolgimento del team di cure palliative, per definire un piano di cure personalizzato.

Nel corso della visita GIC vengono anche valutati quali aspetti assistenziali saranno da delegare all'attività infermieristica (valutazione/gestione accessi venosi, prevenzione e cura delle dermatiti da raggi, ecc.).

Modalità di effettuazione delle discussioni collegiali GIC:

Figure professionali coinvolte:

- Endocrino-oncologo
- Anatomo-patologo
- Chirurgo generale
- Radioterapista
- Endocrinologo
- Palliativista
- Infermiere

Sede e calendario: Ogni giovedì, ore 8.30-10.00 c/o Ambulatorio di Endocrinologia Oncologica del COES
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Via Cherasco 15 – Torino

Modalità di accesso: Prenotazione presso CAS Centro Oncologico ed Ematologico Subalpino (COES) o contatto telefonico diretto con gli Specialisti appartenenti al GIC

La visita GIC potrà essere effettuata anche da uno solo degli specialisti appartenenti al GIC, a nome di tutti i componenti e dopo una discussione collegiale del caso, per la definizione della strategia diagnostico-terapeutica più adeguata.

3.3.2 FOLLOW UP

La sopravvivenza dei pazienti affetti da carcinoma anaplastico della tiroide è generalmente breve: 3-4 mesi dalla diagnosi nei casi non operati o sottoposti a intervento meramente palliativo; 6-12 mesi nei casi in cui è stata possibile l'asportazione macroscopicamente completa della massa cervicale o sono stati lasciati solo minimi residuo adesi alle strutture vitali. Nella maggior parte dei casi, quindi, il problema di impostare un follow-up non si pone: i controlli periodici integrano le terapie messe in atto per verificarne la risposta, o sono programmati su base individuale in rapporto alla progressione della malattia.

Lunghe sopravvivenze (>12 mesi) apparentemente libere da malattia sono occasionalmente possibili; generalmente si tratta di carcinomi anaplastici ancora intratiroidi (stadio IV-A) operati radicalmente. Talvolta la diagnosi era già nota al momento dell'intervento sulla base della citologia, oppure il tumore era stato riscontrato all'esame istologico di tiroidi asportate per patologia benigna o per una neoplasia differenziata. Questi casi vengono di regola sottoposti a terapia

adiuvante (chemio/radioterapia) e quindi, dopo una ristadiazione che confermi l'assenza di malattia loco-regionale e a distanza, inseriti in un programma di follow-up.

La rarità di queste situazioni impone dei protocolli di controllo personalizzati. È comunque prospettabile uno schema di follow-up di questo tipo:

Termine del primo anno

Esami bio-umorali: TSH, FT4
Visita endocrino-oncologica ed ecografia del collo
TC di testa, collo, torace e addome
PET/TC con FDG

Se il tumore tiroideo originale aveva una componente differenziata, a questo punto va considerata anche l'opportunità di un trattamento con radioiodio[5]. Nei pazienti candidati alla terapia radiometabolica gli esami di laboratorio devono includere il dosaggio della tireoglobulina (Tg) e degli anticorpi antitireoglobulina (TgAb), mentre la TC va fatta senza mezzo di contrasto.

Secondo anno

Esami bio-umorali tre mesi dopo l'eventuale trattamento con radioiodio e allo scadere dei 12 mesi
Visita endocrino-oncologica ed ecografia del collo ogni 3 mesi
TC di testa, collo, torace e addome ogni 6 mesi
PET/TC con FDG dopo 12 mesi

Successivi tre anni

Visita endocrino-oncologica ed ecografia del collo ogni 4-6 mesi
TC di testa, collo, torace e addome ogni 12 mesi
Esami bio-umorali ogni 12 mesi

Dopo 5 anni (indefinitamente)

Visita endocrino-oncologica ed ecografia del collo ogni 12 mesi.
Esami bio-umorali ogni 12 mesi

I pazienti vengono di volta in volta prenotati per la visita di controllo e gli accertamenti successivi a cura del CAS, superando in tal modo eventuali difficoltà relative alla lista di attesa. Gli esami di laboratorio e radiologici vengono eseguiti presso la nostra A.O.U. in regime di Day Service; questo tipo di organizzazione si è dimostrata efficace e gradita al paziente, in quanto permette di concentrare gli accertamenti in un'unica struttura, acquisire dati omogenei, ricevere i referti tempestivamente tramite la rete informatica interna.

3.3.3 GESTIONE DEL PAZIENTE CON RECIDIVA

Qualora nel corso del follow-up, vi sia evidenza clinica, laboratoristica o strumentale di recidiva di malattia il paziente sarà nuovamente valutato in corso di visita GIC (vedi modalità di accesso alla visita GIC). In tale sede verranno definite le successive indicazioni diagnostiche e terapeutiche, in modo personalizzato per ogni singolo paziente.

3.4 Responsabilità

La responsabilità dell'attuazione delle attività descritte è attribuita a tutte le figure professionali componenti il GIC, ad ognuna secondo le proprie competenze professionali specifiche.

3.5 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

1. Brignardello E, Gallo M, Baldi I, Palestini N, Piovesan A, Grossi E, Ciccone G, Boccuzzi G. *Anaplastic thyroid carcinoma: clinical outcome of 30 consecutive patients referred to a single institution in the past 5 years*. Eur J Endocrinol 2007;156:425-30
2. Palestini N, Brignardello E, Freddi M, Piovesan A, Pipitone Federico NS, Sisto G, Robecchi A. *Surgical treatment of anaplastic thyroid carcinoma. Our experience*. G Chir 2010;31:282-5
3. Brignardello E, Palestini N, Felicetti F, Castiglione A, Piovesan A, Gallo M, Freddi M, Ricardi U, Gasparri G, Ciccone G, Arvat E, Boccuzzi G. *Early surgery and survival of patients with anaplastic thyroid carcinoma: analysis of a case series referred to a single institution between 1999-2012*. Thyroid 2014; Aug 11 [Epub ahead of print]
4. Palestini N, Arvat E, Brignardello E, Freddi M, Gallo M, Piovesan A, Rampino M, Rossetto Giaccherino R, Sisto G, Tagliabue M (su mandato della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta e validato dal GdS Tumori tiroidei e ghiandole endocrine). *Linee di indirizzo per il trattamento del carcinoma anaplastico della tiroide. Update 2014*. www.reteoncologica.it/images/stories/area_operatori/raccomandazioni_di_rete/tiroide/T_ANAPLASTICO_TIROIDE.pdf
5. Smallridge RC, Ain KB, Asa SL, Bible KC, Brierley JD, Burman KD, Kebebew E, Lee NY, Nikiforov YE, Rosenthal MS, Shah MH, Shaha AR, Tuttle RM, *American Thyroid Association Anaplastic Thyroid Cancer Guidelines Taskforce. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer*. Thyroid 2012;22:1104-39
6. Are C, Shaha AR. *Anaplastic thyroid carcinoma: biology, pathogenesis ,prognostic factors, and treatment approaches*. Ann Surg Oncol 2006;13:453-64
7. Smallridge RC, Copland JA. *Anaplastic thyroid carcinoma: pathogenesis and emerging therapies*. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2010;22:486-97
8. Smallridge RC. *Approach to the patient with anaplastic thyroid carcinoma*. J Clin Endocrinol Metab 2012;97:2566-72
9. Wemeau JL, Do Cao C. *Cancers anaplasiques de la thyroïde*. Encyclopedie Orphanet. Avril 2008. www.orpha.net/data/patho/fr/CancersAnaplasiquesThyroide-FRfrPro86766v01.pdf

3.6 Aspetti etici

“Non applicato”

4. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

“non applicato”

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

Periodicamente saranno valutati indicatori indiretti della applicazione del presente PDTA al fine di valutare la corretta applicazione delle attività indicate e le eventuali criticità presenti nel presente percorso diagnostico-terapeutico

4.2.2 Indicatori

<i>indicatore</i>	<i>N/D</i>	<i>fonte dati</i>	<i>responsabile</i>	<i>standard</i>
% di pz/anno con nuova diagnosi citologica o istologica di carcinoma anaplastico della tiroide sottoposti a visita CAS entro 3 giorni lavorativi dalla diagnosi.	N	Pz con diagnosi di carcinoma anaplastico della tiroide nel tempo indicato	Sistema Track-care	Coordinatori del gruppo di lavoro >85%
	D	Totalità dei pazienti affetti da carcinoma anaplastico seguiti c/o le strutture sanitarie aziendali coinvolte nel gruppo di lavoro del PDTA	Sistema Track-care, cartelle cliniche pazienti seguiti c/o le strutture aziendali coinvolte nel gruppo di lavoro del PDTA	Coordinatori del gruppo di lavoro

4.3 Modalità di implementazione

Sarà cura di tutti i partecipanti al gruppo di lavoro che ha provveduto alla stesura del presente documento diffonderlo all'interno delle strutture sanitarie aziendali di appartenenza.

Pubblicazione sul portale aziendale

5. ALLEGATI

- "RETE ONCOLOGICA PIEMONTE/VALLE D'AOSTA: Linee di indirizzo per il trattamento del carcinoma anaplastico della tiroide- UPDATE 2014"
www.reteoncologica.it/images/stories/area_operatori/raccomandazioni_di_rete/tiroide/T.ANAPLASTICO_TIROIDE.pdf

5.1 Moduli

Non applicato

5.2 Schede

- Scheda "Carcinoma anaplastico della tiroide cure palliative"