



A.S.L. TO4
Azienda Sanitaria Locale

**Percorso
diagnostico-terapeutico-assistenziale
TUMORI DELLA TIROIDE**

ASL TO 4
(Ciriè, Chivasso, Ivrea)

1 gennaio 2019

Revisione periodica biennale

P.D.T.A. Centro Accoglienza Servizi (C.A.S.)

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dott. Lorenzo Ardisson	
Direttore Sanitario Aziendale	Dott.ssa Sara Marchisio	
Dirigente Servizi Infermieristici	Dott.ssa Clara Occhiena	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dott. Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dott. Giorgio Vellani	
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani	
Referente Infermieristico	C.P.S.E. Gianna Regis	
Referente Amministrativo	Michele Versace	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dott. Lodovico Rosato	
Responsabile S.S. Qualità	Dott. Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dott. Oscar Bertetto	

Responsabilità CAS Aziendale - ASLTO4

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani Direttore S.C. Oncologia dell'ASL TO4 - Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo ASL TO4	

Il CAS Aziendale dell'ASL TO4 si articola su tre sedi di cui si riporta l'organizzazione:

Responsabilità CAS – sede di Ivrea/Cuornè

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Sebastiano Bombaci Responsabile S.S.D. DH di Oncologia Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Ivrea	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Cuornè	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuornè	

Responsabilità CAS – sede di Chivasso

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Enrica Manzin Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Chivasso	

Referente Infermieristico	Katia Barberis C.P.S.I.. DH Oncologia dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS – sede di Ciriè / Lanzo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Lucia Grassi Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Ciriè/Lanzo	
Referente Infermieristico	Gianna Rocchia C.P.S.E. DH Oncologia dell'Ospedale di Ciriè	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Colon-Retto / Stomaco

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Luca Panier Suffat S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Ematologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Roberto Freilone S.S.D. Oncoematologia Chivasso-Ciriè-Ivrea	
Referente Infermieristico	Luca basso della Concordia C.P.S.E. D.H. Oncoematologico dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Mammella

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Guido Mondini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Chiara Perri C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea Donatella Salvetti C.P.S.I. Screening Mammografico – SSD Senologia di Strambino	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea Maria Grosso Assistente Amministrativo – Screening mammografico – SSD Senologia di Strambino	

Responsabilità CAS liquido Tumori Pelle

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Franca Garetto S.C. Chirurgia Ivrea / Cuornè	
Referente Infermieristico	Loretta Verneti C.P.S.I. DS chirurgico dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuornè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Testa/Collo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Libero Tubino S.C. ORL ospedale di Chivasso/Ivrea	
Referente Infermieristico	Patrizia Iannarone C.P.S.I. Coordinatrice Dipartimento Chirurgico ASL TO4	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS liquido Tumori Tiroide

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
-----------	----------------------------------	-------

Referente Medico	Dott. Ivan Iettini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Urologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Carlo Baima S.C. Urologia Ciriè / Ivrea / Chivasso	
Referente Infermieristico	Gianfranco Coppa Boli C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Sito Internet del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle D' Aosta: www.reteoncologica.it > area cittadini > Centro Accoglienza e Servizi (CAS) > Torino Nord > ASL TO4 Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ivrea/Cuornè

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Cristina Bosco
Direzione Distretto Ivrea	Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, Ivrea	Dr.ssa Paolina Di Bari
Direzione Distretto Cuornè	Piazza G. Viano "Bellandy" 1, Cuornè	Dr.ssa Lavinia Mortoni
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ivrea	Dr Bruno Scapino
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Ivrea / Cuornè	Dr Lodovico Rosato
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Ivrea / Hospice Salerano	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Ivrea	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ivrea	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ivrea	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ivrea	Dr Fabrizio Bogliatto
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ivrea	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuornè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia Medica	Ospedale Ivrea	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ivrea	Dr Alessandro Vigo
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Lionella Lovato
Radioterapia	Ospedale di Ivrea.	Dott.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ivrea / Ciriè	Dr Carlo Bono
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio
Terapia antalgica	Ospedale di Ivrea	Dr Massimo Vallero
Urologia	Ospedale di Ivrea	Dr Luca Bellei

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Chivasso

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Chivasso	Dr Alessandro Girardi
Direzione Distretto Chivasso / San Mauro	Chivasso: Via Po 11 San Mauro Torinese: Via Speranza 31	Dr Mauro Trioni
Direzione Distretto Settimo Torinese	Via Leini 70, Settimo Torinese	Dr Giovanni Caruso
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Chivasso	Dr Enzo Castenetto
Breast Unit	Ospedale di Ivrea / Ospedale di Chivasso	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Adriana Ginardi
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Chivasso / Hospice Foglizzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Chivasso	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Luciano Leidi
Laboratorio Analisi	Ospedale di Chivasso	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr. Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Chivasso/Ivrea	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuornè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Chivasso	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurizio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Chivasso	Dr Fabio Stefano Timeus
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Bisanti
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Chivasso – Settimo – San Mauro	Dr.ssa Carla Bena
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Stefania Spinardi
Terapia antalgica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Paola Bagnasacco
Urologia	Ospedale di Chivasso	Dr Salvatore Treffiletti

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ciriè / Lanzo

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ciriè	Dr Angelo Scarcello
Direzione Distretto Ciriè	Via G. Mazzini 13, Ciriè	Dr.ssa Marisa Spaccapietra
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia generale	Ospedale di Ciriè	Dr Eraldo Personnetaz
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Lanzo / Hospice Lanzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	Ospedale di Ciriè	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ciriè	Dr Mario Gallo
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ciriè	Dr Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale di Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ciriè	Dr Diego M. Papurello
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuornè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Ciriè	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ciriè	Dr Adalberto Brach
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ciriè	Dr Aldo Cataldi
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ciriè - Lanzo	Dr Ferdinando Di Maso
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ciriè / Lanzo	Dr.ssa Rossana Bazzano
Terapia antalgica	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Urologia	Ospedale di Ciriè	Dr Daniele Griffa

Contesto epidemiologico

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Organizzazione ospedaliera e territoriale	<p>5 Ospedali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris 3, tel. 011 9176666 - Ospedale di Ciriè, Via Battitore 7/9, tel. 011 92171 - Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza 2, tel. 0125 4141 - Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti 5, tel. 0124 654111 - Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca 30, tel. 0123 300611 <p>5 sedi principali di Distretto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distretto Ciriè, Via G. Mazzini 13, tel. 011 9217530-532 2. Distretto Chivasso – San Mauro <ul style="list-style-type: none"> – Chivasso, Via Po 11, tel. 011 9176526 – San Mauro Torinese, Via Speranza 31, tel. 011 8212403 3. Distretto Settimo Torinese, Via Leini 70, tel. 011 8212226 4. Distretto Ivrea, Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, tel. 0125 414449/537 5. Distretto Cuorgnè, piazza G. Viano "Bellandy" 1, tel. 0124 654125
Numero di nuovi casi/anno con tumore afferente all'azienda (potenziale utenza CAS)	<p>Nell'ASL TO4, su una popolazione di circa 520.000 residenti, la potenziale utenza per le tre principali neoplasie è di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 510 nuovi casi di tumore del colon retto, – 500 nuovi casi per tumore della mammella, – 415 nuovi casi di tumore del polmone. <p>Il sistema informatico aziendale (Trakcare) consente di valutare l'incidenza per gruppi di patologie neoplastiche che afferiscono all'ASL TO4</p>

Centro Accoglienza Servizi: modalità di accesso e di funzionamento

SEDE	<ul style="list-style-type: none"> - Ivrea/Cuorgnè, - Chivasso, - Ciriè-Lanzo <p>Centri HUB per patologia oncologica: Urologica (SC Urologia Ciriè, Ivrea); Colon Retto / Stomaco, Tiroide, Mammella e Cute (SC Chirurgia Ivrea/Cuorgnè); Testa Collo (SC ORL Chivasso); Oncoematologia (SSD Ematologia Ciriè, Ivrea, Chivasso)</p>
<p>Descrizione del CAS di CHIVASSO</p> <p>Sede: Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris n° 3</p>	<p>Referente Clinico: Dr.ssa Enrica Manzin Referente Infermieristico: CPSI Katia Barberis Referente Amministrativo: Sig.ra Lidia Nigro Psiconcologo: Dr.ssa Amanda Panebianco Assistente Sociale: Dr.ssa Spinardi Stefania</p> <p>Contatti: CAS Chivasso: ricevimento, piano terra Edificio Monumentale Ospedale di Chivasso, da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30; Tel. 0119176 481/137; e-mail: cas.chivasso@aslto4.piemonte.it</p> <p>C.A.S. Tumori Testa-Collo: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Otorinolaringoiatria (Direttore: Dr Libero Tubino); accesso diretto dall'ambulatorio di ORL – tel. 0119176444.</p> <p>C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o S.S. di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia: da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30 / tel. 0119176 481/137; e-mail: oncologia.chivasso@aslto4.piemonte.it</p>
<p>Descrizione del CAS di CIRIÈ / LANZO</p> <p>Sede: Ospedale di Ciriè, Via Battitore n°7/9 - 10073</p> <p>Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca n° 30 - 10074</p>	<p>Referente Clinico: Dr.ssa Lucia Grassi Referente Infermieristico: CPSE Gianna Rocchia Referente Amministrativo: Sig. Michele Versace Psiconcologo: Dr.ssa Barbara Salvino Assistente Sociale: Dr.ssa Rossana Bazzano</p> <p>Contatti: CAS Ciriè: ricevimento, III piano ospedale di Ciriè, da lunedì a venerdì 8.30 – 12.30; Tel. 0119217943 (dalle 11.30 alle 13.30); e-mail: cas.ciriet@aslto4.piemonte.it</p> <p>CAS Lanzo: ricevimento, II piano ospedale di Lanzo, il martedì e mercoledì 8.30 – 12.30. Tel 0123300658; e-mail: cas.ciriet@aslto4.piemonte.it</p> <p>C.A.S. Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/ Ivrea; Referenti Dr Carlo Baima e Dr Daniele Griffa; accesso diretto dall'ambulatorio di Urologia – tel. 0119217463; cbaima@aslto4.piemonte.it, dgriffa@aslto4.piemonte.it</p> <p>C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia; da lunedì a venerdì 9.30–13.00; tel. 0123300675; cas.ciriet@aslto4.piemonte.it</p>
<p>Descrizione del CAS di IVREA / CUORGNE'</p> <p>Sede: Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza n° 2 - 10015</p> <p>Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti n° 5 - 10082</p>	<p>Referente clinico: Dr Sebastiano Bombaci Referente Infermieristico: CPSE Gianna Regis Referente Amministrativo: Sig.ra Rosaria Mione Psiconcologo: Dr.ssa Daniela Bardelli Assistente Sociale: Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio</p> <p>Contatti: CAS Ivrea: ricevimento, I piano sotto ospedale di Ivrea blocco G, da lunedì a venerdì 9.00–12.30/14.30-16.00; telefono: 0125414229; e-mail: cas.ivrea@aslto4.piemonte.it</p> <p>CAS sede Cuorgnè: ricevimento, III piano ospedale di Cuorgnè, martedì, mercoledì e giovedì 9.00–13.00; telefono: 0124654221; e-mail: dhmultispecialistico.cuorgne@aslto4.piemonte.it</p> <p>C.A.S. Tumori Colon-retto / Stomaco: Cento di riferimento (HUB) c/o SC Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Lodovico</p>

	<p>Rosato, irosato@aslto4.piemonte.it / Referente: Dr Luca Panier Suffat, lpannersuffat@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Endoscopia, Ambulatorio di Chirurgia, Coloproctologia, Gastroenterologia, Oncologia- tel 0125414328/243/292;</p> <p>CAS Tumori Mammella (breast unit): Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Ludovico Rosato / Coordinatore Breast Unit Dr Guido Mondini, gmondini@aslto4.piemonte.it / Responsabile SSD Screening: Dr Sebastiano Patania, spatania@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Screening Mammografico sede di Strambino - Ambulatorio di Chirurgia Senologica, 0125414328/243/292/605, Oncologia tel 0125414229</p> <p>CAS Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile Dr Roberto Freilone) con accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia. Telefono: 0125414229</p> <p>C.A.S Tumori Tiroide: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr Ivan Lettini, ilettini@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, ambulatorio di Endocrinochirurgia e Endocrinologia – tel. Tel 0125 414328/243/292</p> <p>C.A.S. Tumori della Pelle: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr.ssa Franca Garetto, fgaretto@aslto4.piemonte.it). SEDE: Ospedale di Cuornè, con accesso diretto da CUP, ambulatorio di Chirurgia, Dermatocirurgia e Dermatologia – tel. 0124654277/216/284/283</p> <p>C.A.S Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/Ivrea , Referenti: Dr Luca Bellei, lbellei@aslto4.piemonte.it, Dr Massimo Ollino, mollino@aslto4.piemonte.it); accesso diretto dall'ambulatorio di urologia tel. 0125/414922</p>
Prenotazione visita CAS	Prenotazione visita diretta presso i CAS
Chi può prenotare Visita e con quali modalità	<ul style="list-style-type: none"> - Medico di Medicina Generale (MMG) tramite impegnativa intestata al paziente, - Specialista / medico che effettua la diagnosi / Componente del GIC / Screening tramite impegnativa intestata al paziente, - Altra S.C. (paziente ricoverato), tramite richiesta interna intestata al paziente, - Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.), tramite richiesta interna intestata al paziente,
Modalità di erogazione 0.48	<p>Presso i tre principali punti CAS di Ivrea/Cuornè, Ciriè/Lanzo, Chivasso e il Centro Screening di Strambino è presente un operatore amministrativo abilitato al rilascio dell'esenzione ticket 0.48 per patologia oncologica. Questa deve essere prescritta dal Medico che effettua la visita CAS ed è opportuno che la richiesta venga annotata anche sul referto della visita CAS (... "in data odierna, si rilascia contestuale esenzione 048"),</p> <p>L'operatore amministrativo, ricevuta la richiesta redatta dal medico CAS, inserisce i dati nel sistema e, contestualmente, rilascia la relativa certificazione dell'esenzione, che è immediatamente valida.</p>
Registro degli accessi CAS	Tutte le prestazioni CAS vengono registrate e referate con Trakcare® con firma digitale del medico CAS. Al paziente vengono rilasciate tre copie: una da portare al proprio Medico di Medicina Generale, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente
Archivio esami istologici	Tutti gli esami istologici vengono archiviati nelle schede oncologiche, visualizzabili sul sistema informatico Trakcare e disponibili, inoltre, presso l'archivio della S.C. Anatomia Patologica.
Compilazione scheda complessità	A cura dell'infermiere durante la prima visita CAS, se il paziente è disponibile a compilarle in quel momento
Compilazione scheda G8 per i pazienti anziani	non effettuata perché presso l'ASL TO4 è assente il servizio di oncogeriatría

Nell'ambito della visita CAS le tre figure (medico, infermiere, amministrativo) che vi partecipano assolvono ai seguenti compiti:

○ **Valutazione medica**

Lo specialista che visita il paziente effettua:

- Inquadramento clinico e diagnostico in applicazione del PDTA specifico di patologia.
- Redige il referto della visita CAS (codice 89.05) che viene consegnato al paziente in tre copie: una da portare al MMG che lo ha in cura, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente.
- Attribuzione del codice di esenzione 0.48 in caso di patologia oncologica accertata o fortemente sospetta.
- Indirizza il caso al GIC di riferimento appena è completato il percorso diagnostico e sono disponibili le informazioni sufficienti per impostare il programma terapeutico secondo il PDTA in uso.
- Procede alla compilazione diretta delle richieste, se sono indicate prestazioni in regime ambulatoriale.
- Informa e indirizza il paziente, nel rispetto delle sue decisioni, presso i Centri di Riferimento (Hub) Aziendali (Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Qualora le cure non possano essere garantite nell'ambito del Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4, indirizza il paziente presso i Centri di Riferimento della Rete Oncologica Regionale prendendo i necessari contatti.
- Si accerta che il percorso di cura proposto, accettato e condiviso dal paziente, sia coordinato, appropriato e tempestivo,
- Affida il paziente al Servizio di Cure Palliative, qualora le condizioni cliniche riscontrate non consentano di proseguire il percorso diagnostico-terapeutico.

○ **Valutazione infermieristica**

L'infermiere che partecipa attivamente alla visita CAS¹ si cura di:

- Compilare, durante il colloquio a cui è presente sempre anche il Medico, la scheda di valutazione bio-psico-sociale e quella di fragilità familiare. Questa attività deve essere svolta con il consenso del paziente, il quale deve essere disponibile a collaborare in questo contesto.
- Contattare direttamente l'Assistente Sociale di riferimento, se dal colloquio emergessero criticità in ambito sociale; ovvero la Psicologa, se, invece, si evidenziassero problematiche di tipo psicologico. Nell'ASL TO4 è attivo in modo uniforme su tutto il territorio il Progetto Protezione Famiglia. Se dalla compilazione dell'apposita scheda emergono delle fragilità familiari, viene contattato il Referente che valuta la strategia migliore per la presa in carico.
- Compilare la scheda di valutazione del patrimonio venoso che viene predisposta all'inizio del percorso o, più specificatamente, quando si prospetta un utilizzo importante e prolungato della terapia infusioneale. In questo caso, attiva le procedure per il posizionamento di un catetere venoso centrale.

○ **Valutazione amministrativa**

L'operatore amministrativo è parte attiva nell'ambito della visita CAS. Egli svolge le seguenti funzioni garantendo che il percorso avvenga in modo rapido e senza interruzioni:

- Inserimento dei dati del paziente sulla scheda di Trakcare
- Rilascio dell'Esenzione Ticket 0.48
- Prenotazione delle prestazioni previste
- Prenotazione della visita successiva
- Registrazione delle procedure pendenti e avviso al paziente
- Riferimento per eventuali ulteriori richieste telefoniche o dirette da parte dell'utenza, secondo gli orari e le modalità stabilite.

¹ La Rete Oncologica ha predisposto un documento consultabile nel sito: <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/infermieri/linee-di-indirizzo-e-documenti/2332-scheda-profilo-competenze-infermiere-del-centro-accoglienza-servizi-cas>

Modalità di programmazione di esami e procedure

Procedure	Sede e denominazione del Servizio	Modalità di accesso e prenotazione
Esami di Laboratorio	Laboratorio Analisi ASL TO 4 Sede: Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè Cuornè, Rivarolo, Castellamonte, Caluso, Settimo, Caselle	Accesso diretto. Il paziente si reca presso Centri Prelievi con impegnativa prescritta durante la visita CAS, senza prenotazione
Radiologia Tradizionale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: <ul style="list-style-type: none"> – Ivrea Ospedale e Poliambulatorio, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Castellamonte, – Ospedale Cuornè, – Poliambulatorio Caluso, – Ospedale Settimo 	Rx torace: previsti giorni predefiniti senza prenotazione. Altre Rx tradizionali: vengono prenotate direttamente dal personale amministrativo del CAS
Attività agioiottica microinterventistica	S.C. Anatomia Patologica ASL TO4 Servizio di Radiologia ASL TO4 Sedi Ivrea, Chivasso e Ciriè	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica. prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Ecografia	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: <ul style="list-style-type: none"> – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Cuornè. 	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
TC	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: <ul style="list-style-type: none"> – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ciriè, – Ospedale di Cuornè. 	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. La richiesta è un'impegnativa che contiene le indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
RMN	Servizio di Radiologia ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Alla richiesta è associata impegnativa con indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico. Tale richiesta prevede anche un questionario dicotomico, riservato a diversi quesiti (presenza di pacemaker e di dispositivi metallici, claustrofobia), compilato e firmato dal paziente. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Radiodiologia interventistica	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4 / TO2 / Città della Salute: <ul style="list-style-type: none"> – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea, – San Giovanni Bosco di Torino – Ospedale Molinette di Torino 	Tali esami sono valutati congiuntamente con il Radiologo che valuta la fattibilità delle procedure. Se confermata l'indicazione, si effettua la prenotazione da parte del medico del CAS tramite ricetta elettronica.
PET/TC con FDG e Colina, Gallio	ASL VDA, Città della Salute, Istituti privati convenzionati	Esame direttamente prenotato dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora le modalità di preparazione.
Scintigrafia ossea	Servizio di Medicina Nucleare ASL TO4, presso l'Ospedale di Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
ECG	Cardiologia ASL TO 4: Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè, Cuornè	Esame effettuato con accesso diretto, senza prenotazione con ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Ecocardiogramma	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuornè	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata

		dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Endoscopia digestiva	Servizio di Gastroenterologia ASL TO4, Ivrea, Cuornè, Chivasso, Ciriè e Endoscopia Chirurgica Ivrea ERCP c/o l'ospedale di Ivrea e, in casi particolari, c/o Ospedale "G. Bosco"	Esami prenotati direttamente dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici. Vi sono dei posti dedicati.
Colonscopia virtuale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: <ul style="list-style-type: none"> – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea. 	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico Radiologo. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Broncoscopia	Servizio Pneumologia sede di Lanzo Servizio Endoscopia Chirurgia di Ivrea Per esami di secondo livello: Broncologia/Pneumologia dell'Ospedale San Luigi di Orbassano e San G. Bosco di Torino	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico endoscopista. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Spirometria	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Posizionamento di catetere venoso centrale / PICC	Servizio anestesia: <ul style="list-style-type: none"> – Ospedale Chivasso – Ospedale Ciriè/Lanzo – ospedale Ivrea/Cuornè 	La procedura è richiesta dal medico del CAS e prenotata dall'infermiere previa ricetta elettronica. Il paziente, ricevute le informazioni relative a procedura, indicazioni cliniche e possibili rischi, esprime il suo consenso o il diniego. Devono essere raccolte alcune note anamnestiche: allergie, comorbidità, terapie assunte, valore della coagulazione, Rx o TC torace). Nella sede di Ivrea il posizionamento del CVC PORT è preceduto da una visita anestesiológica. Il PICC è posizionato solo a Chivasso e a Ivrea. Al paziente viene comunicato l'appuntamento.
Visita Chirurgica	S.C. di Chirurgia: <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale di Chivasso - Ospedale di Ciriè - Ospedale di Ivrea - Ospedale di Cuornè - Poliambulatorio di Caluso - Poliambulatorio di Rivarolo 	Visita urgente con accesso diretto. Visite differibili prenotate dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Dermatocirurgica	S.C. di Chirurgia: <ul style="list-style-type: none"> – Ospedale di Ivrea – ospedale di Cuornè 	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Senologia Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Endocrino Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Oncologica	S.C. di Oncologia: Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuornè, Lanzo/Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Radioterapica	Radioterapia ASL TO4 sede di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita dietologica	Servizio Dietologia ASL TO4 Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuornè, Lanzo//Ciriè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita terapia antalgica	Servizio anestesia: Ospedale Chivasso Ospedale Ciriè/Lanzo Ospedale Ivrea/Cuornè	Visita urgente con accesso diretto. Visita programmata, prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Cardiologica	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuornè	Esami prenotati dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Vi sono dei posti dedicati.
Visita Diabetologica	Diabetologia ASL tO4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuornè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita	Servizio Pneumologia ASL TO4	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta

Pneumologica	Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Ematologica	S.S. Ematologia Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ORL	S.C. ORL sede Chivasso	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ginecologica	S.C. Ginecologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Urologica	S.C. Urologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Altre procedure	Presso varie sedi ASL	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente

Modalità di accesso ai GIC

GIC	SEDE	Modalità Prenotazione
Mammella	Ivrea: venerdì dalle 14.30 presso CAS Oncologico: Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese al mese dalle ore 14.30	Prenotati dalle sedi CAS: Screening mammografico di Strambino, Diagnostica mammografica di Ivrea, Oncologia Ivrea – Ciriè - Chivasso, Chirurgia Ivrea - Chivasso.
Stomaco/Colon Retto	Incontro settimanale, il mercoledì, c/o studio medici Radioterapia, Ivrea GIC plenario, ogni primo martedì del mese per discussione di casi di particolare rilevanza clinica e per aspetti organizzativi, c/o studio medici reparto di Chirurgia di Ivrea. Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30 Chivasso: quindicinale, giovedì dalle 14,30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea o CAS Oncologico sede di Chivasso, Ciriè
Gastrointestinali (esofago, Epatocarcinomi, Pancreas)	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati c/o CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Toraco-Polmonare	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico di Chivasso e di Ciriè
Urologici	Ivrea: giovedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 1° e 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso Prenotati al CAS Oncologico sede di Ciriè
Ginecologico	Torino presso Ospedale Gradenigo come GIC Interaziendale due martedì alterni al mese alle ore 14,30 Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati presso la Ginecologia di Ivrea Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Testa-collo	Ivrea: martedì dalle 14.30 Chivasso: a giovedì alterni (preferibilmente 1° e 3° giovedì del mese) dalle 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso
Tumori cutanei	Ivrea: il 1° e 3° mercoledì dalla 12.00 in Dermatologia Cuornè: 2° e 4° giovedì del mese dalle 14.00	Prenotati al CAS di Ivrea e Cuornè
Tiroide	Ivrea: l'ultimo venerdì di ogni mese	Prenotati al CAS Tiroide
Ematologici	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: giovedì dalle 14.30 Ciriè : lunedì dalle 14.30	Prenotati c/o CAS ematologico di Ivrea, Chivasso e Ciriè
Sarcomi, Neuroendocrini, Tumori rari	Ivrea: il mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/Cas oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
GIC Neuro-oncologici	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Cure Palliative	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè

Invio presso i Servizi Sociali

Criteri	Segnalazione diretta all'Assistente Sociale Ospedaliera o, attraverso la mini équipe, segnalazione al Progetto Protezione Famiglia.
Modalità invio	Tutte le figure operanti all'interno del CAS (medico, infermiere, amministrativo), possono, qualora se ne ravvisi la necessità sulla base dell'apposita scheda compilata dall'infermiere, informare il paziente sulla possibilità di accesso al Servizio Sociale Ospedaliero (SSO). Il SSO, acquisita la segnalazione, provvederà alla presa in carico in sede di mini équipe. Qualora necessario, in collaborazione con l'associazione FARO, per il Distretto Ciriè/Lanzo, con l'associazione SAMCO, per il Distretto di Chivasso/Settimo, e con l'Associazione Orizzonte, per il Distretto Ivrea/Cuorgné, si attiverà il Progetto Protezione Famiglia. Se non attivabile il Progetto Protezione Famiglia, il paziente viene inviato esclusivamente al Servizio Sociale Ospedaliero
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	In caso di consenso positivo, la persona da assistere viene segnalata attraverso l'apposito modulo di richiesta. La presa in carico deve essere segnalata anche ai Servizi Sociali e alle Strutture Semplici Cure Domiciliari territorialmente competenti e al Medico di Medicina Generale a cura del CAS.

Invio presso il Servizio Psicologia della Salute degli Adulti – Ambulatorio di Psiconcologia

Criteri	<ul style="list-style-type: none"> – Invio da parte degli operatori sanitari – Libero accesso Somministrazione della scheda di complessità che indica la priorità di presa in carico
Modalità invio	<ul style="list-style-type: none"> – Libero accesso: contatto diretto con l'ambulatorio da parte dell'utente – Invio effettuato da operatore: Se la persona da assistere concorda con la necessità di presa in carico psicologica, contattare l'ambulatorio di Psicologia Oncologica oppure fornire al paziente il riferimento telefonico affinché possa prendere contatto direttamente
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	L'intervento viene registrato nel percorso del sistema informatico aziendale a cui è abbinata una cartella elettronica del servizio dove vengono registrati i dati specifici del colloquio. Si effettuano prese in carico sia dei pazienti sia dei <i>caregivers</i> con format adeguato secondo le esigenze. In presenza di progetti attivi vengono proposti anche interventi di gruppo

Invio presso il servizio di Cure Palliative

Criteri	L'Unità di Cure Palliative viene ordinariamente attivata alla fine del percorso di trattamento attivo (chemio e/o radioterapico, chirurgico). Può, tuttavia, essere interessata alla gestione del caso clinico qualora la neoplasia sia in stadio avanzato già alla diagnosi (MTS viscerali e ossee) o qualora siano presenti sintomi di difficile gestione o si ritenga necessaria l'assistenza domiciliare per la gestione degli stessi
Modalità invio	L'attivazione dell'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) avviene tramite: <ul style="list-style-type: none"> – richiesta di consulenza di Cure Palliative, se il paziente è ricoverato presso uno dei Presidi Ospedalieri dell'ASL TO4; – partecipazione alla seduta GIC da parte del palliativista, avvisato, anche telefonicamente, per tempo; – invio del paziente a visita ambulatoriale di Cure Palliative, se il paziente ha ancora autonomia sufficiente.
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	Il palliativista registrerà il proprio intervento tramite: <ul style="list-style-type: none"> – referto su Trakcare, se il paziente è visitato in ambito ambulatoriale o di degenza ospedaliera; – referto su cartella ADI, se il paziente è visitato a domicilio.

**Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.)
TIROIDE**

Responsabilità Aziendale

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr Lorenzo Ardissonne	
Direttore Sanitario Aziendale	Dr.ssa Sara Marchisio	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dr Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dr Giorgio Vellani	
Dirigente SITRA	Dr.ssa Clara Occhiena	
Responsabile Qualità	Dr Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr Lodovico Rosato	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dr Oscar Bertetto	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione GIC Tiroide

Strutture	Referente	Firma
Coordinatore GIC	Dr Lodovico Rosato lrosato@aslto4.piemonte.it	
Anatomia Patologica	Dr.ssa Erika Comello (<i>referente</i>) ecomello@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Gaia Gatti gaia.gatti@gmail.com	
Anestesia e Rianimazione	Dr Bruno Scapino (<i>referente</i>) bscapino@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Lorenza Bertotti lbortotti@aslto4.piemonte.it	
Endocrinochirurgia	Dr Jvan Lettini (<i>referente</i>) ilettini@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Adriana Ginardi aginardi@aslto4.piemonte.it Dr Guido Mondini gmondini@aslto4.piemonte.it	
Endocrinologia	Dr Lorenzo Gurioli (<i>referente</i>) lgurioli@aslto4.piemonte.it Dr Matteo Baldi mbaldi@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Daniela Gallo ga.daniela@tiscali.it Dr.ssa Tiziana Grosso tgrosso@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Franca Lettieri lettierifranca287@gmail.com Dr Federico Ragazzoni fragazzoni@aslto4.piemonte.it	
Patologia tiroide e paratiroidea ad alta complessità e oncologica, Ecografia, Radiofrequenza, Alcolizzazione tiroidea	Consulente H Mauriziano: Dr Maurilio Deandrea mdeandrea@libero.it	
Coordinatore infermieristico	CPSE Daniela Anzini danzini@aslto4.piemonte.it	
Cure Palliative	Dr Giovanni Bersano gbersano@aslto4.piemonte.it	
Dietologia	Dr.ssa Francesca Lorenzin florenzin@aslto4.piemonte.it	
Fisiatria/Logopedia	Dr.ssa Antonella Castiglione acastiglione@aslto4.piemonte.it	
Medicina Nucleare Ecografia Tiroidea	Dr Giovanni Cornaglia gcornaglia@aslto4.piemonte.it	
Oncologia	Dr Giorgio Vellani (<i>referente</i>) gvellani@aslto4.piemonte.it Dott.ssa Enrica Manzin emanzin@aslto4.piemonte.it	
ORL	Libero Tubino ltubino@aslto4.piemonte.it	
Psiconcologia	Dr.ssa Daniela Bardelli adanielab@tiscali.it	
Radiologia	Dr.ssa Rina Lionella Lovato (<i>referente</i>) rlovato@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Francesca Bisanti fbisanti@aslto4.piemonte.it Dr Aldo Cataldi acataldi@aslto4.piemonte.it	
Radioterapia	Dr.ssa Cristina Piva cpiva@aslto4.piemonte.it	
Terapia Antalgica	Dr Massimo Vallero mvallero@aslto4.piemonte.it	

GIC – regolamento

Coordinatore	Dr Lodovico Rosato / tel. 0125 414332 / lrosato@aslto4.piemonte.it
Segreteria	<ul style="list-style-type: none"> – Assistente amministrativo c/o S.C. Chirurgia/ tel. 0125414328-243 – Assistente amministrativo Signora Sara Mione c/o S.C. Oncologia / tel. 0125 414229 – Assistente amministrativo Signora Lucetta Migliorini c/o S.C. Radioterapia / tel. 0125 414239
Sede, periodicità e orario dell'incontro	Studio Medici Chirurgia, l'ultimo venerdì di ogni mese, alle ore 14,00
Modalità di refertazione	Refertazione scritta su Trackcare, con modalità indicata dalla Rete Oncologica, e copia stampata e firmata dai presenti Il referto è stampato in tre copie: una è destinata al Medico di Medicina Generale, una personale per il paziente e una allegata alla cartella clinica
Descrizione sintetica del funzionamento	Discussione collegiale di casi clinici complessi riguardanti neoplasie della tiroide, in base ai PDTA, per casi non complessi di neoplasie tiroidee
Descrizione del percorso assistenziale	Il percorso assistenziale in ambito GIC è curato particolarmente dalla figura dell'infermiere che partecipa attivamente al percorso di cura del paziente. Questi, dopo la valutazione effettuata dal CAS e sulla scorta anche di quelle informazioni, viene accompagnato nel suo percorso di cura, in collaborazione con il personale infermieristico dei Servizi e dei Reparti di degenza. L'infermiere del GIC è, nel nostro caso, anche componente di équipe di reparti di degenza a grosso impatto assistenziale: chirurgia e oncologica. L'infermiere valuta le necessità assistenziali anche al momento della dimissione affinché il periodo di convalescenza venga svolto a domicilio del paziente con la dovuta assistenza di supporto o presso una RSA, se presenti problematiche o fragilità familiari.
Medico Medicina Generale	Il Medico di Medicina Generale che assiste il paziente è parte attiva del GIC. Egli può partecipare su richiesta del paziente o sua personale ad ogni fase di elaborazione del gruppo di lavoro del GIC
Associazioni di Volontariato	Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nel gruppo di lavoro del GIC anche rappresentanti di Associazioni di Volontariato
Verifiche, audit e piani di miglioramento	Con scadenza semestrale il Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4 convoca i componenti dei GIC al fine di verificare i risultati in base agli indicatori dati, la corretta applicazione dei PDTA e delle linee guida. Viene predisposto, altresì, un piano di miglioramento per assolvere alle limitazioni evidenziate. Di questi incontri viene redatto apposito verbale. Tra i Componenti del GIC si svolgono audit per monitorare e valutare gli indicatori o specifiche criticità

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4, che si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest, comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL TO1/2, ASL TO3, ASL Asti
Numero di abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS unico con 3 sedi: Ospedale Ciriè-Lanzo, Ospedale di Chivasso, Ospedale di Ivrea CAS Tiroide presso Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea – Centro Hub
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza	GIC con sede ad Ivrea.

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasie della tiroide

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Gli esami essenziali sono quelli riportati dalle linee guida AIOM 2016 (www.aiom.it) e da SIUEC 2016 (siuec.it)

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
<ul style="list-style-type: none"> - Nodo sospetto della tiroide, soprattutto se unico - a rapida crescita - in paziente giovane o anziano, - soprattutto se maschio, - pregressa esposizione a radiazioni ionizzanti - con anamnesi familiare positiva per patologia maligna della tiroide, - con recente insorgenza di disfonia - con adenopatie sospette laterocervicali 	<ul style="list-style-type: none"> - TSH screening, calcitonina, calcemia, PTH, antiTPO, anti HTG) - Ecografia tiroidea con studio color-doppler per valutazione sede, dimensioni e struttura dei nodi, pattern della vascolarizzazione nodulare, descrizione delle caratteristiche dei noduli indicative di malignità (ipoecogenicità, microcalcificazioni, assenza di alone periferico, margini irregolari, vivace vascolarizzazione intranodale, forma tondeggianti), studio dei linfonodi loco regionali (reattivi o sospetti), condizione della trachea.(in asse, deviata, compressa) - FNAC (<i>Fine Needle Aspiration Cytology</i>) ecoguidato: Tecnica accurata ed efficace per la valutazione dei noduli tiroidei e nella diagnosi di natura. L'agoaspirato è indicato nei noduli ecograficamente sospetti ≥ 1 cm \varnothing o anche < se pazienti in età pediatrica, familiarità positiva per carcinoma tiroideo, presenza di linfonodi cervicali sospetti, pregressa terapia radiante cervico-mediastinica, esposizione a radiazioni ionizzanti durante l'infanzia o l'adolescenza, follow-up di un carcinoma tiroideo trattato con loboistmectomia, o nodulo in spiccata crescita, con caratteristiche ecografiche sospette o captante alla PET. Il referto citologico deve essere descrittivo e concludersi con l'attribuzione a una categoria diagnostica ben definita. - Se forte sospetto: Visita CAS e rilascio dell'esenzione Ticket 0.48 (in questo caso le prenotazioni sono effettuate dal CAS) 	<p>tramite CUP con richiesta del MMG (priorità U/B) o ambulatorio specialistico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio di analisi/RIA - Ecografia Tiroidea c/o Servizio di Medicina Nucleare o SC di radiodiagnostica - Agoaspirato ecoguidato / Attività agobiologica microinterventistica, presso SC di Anatomia patologica in collaborazione con Ecografista 	<p>Accesso diretto con impegnativa</p> <p>http://www.aslto4.piemonte.it/trasparenza/TempiAttualeExp.asp?N=166</p> <p>entro 10 gg</p>
<p><u>Carcinoma Differenziato della Tiroide (CDT): papillifero o follicolare:</u> (Il trattamento chirurgico deve garantire radicalità ed essere associato a minima incidenza di complicanze postoperatorie. L'estensione della tiroidectomia (loboistmectomia vs tiroidectomia totale o near total) nel carcinoma differenziato della tiroide resta oggetto di dibattito in quanto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita, rilascia l'esenzione 0.48. - Esame obiettivo - Rx torace / ECG / Esami ematochimici per intervento - RM (preferibilmente) o TC (con mdc idrosolubili) collo in casi di neoplasia sospetta invasiva, per documentare l'eventuale invasione - delle strutture adiacenti; 	<p>Prenotazione diretta dal CAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esami ematochimici. - Rx Torace: ospedali di Ciriè, Chivasso, Ivrea, Cuoragnè, Lanzo. - RM presso radiodiagnostica Ospedale di Chivasso - TC presso 	<p>con accesso diretto.</p> <p>entro 10 gg lavorativi</p> <p>entro 10 gg lavorativi</p> <p>entro 10 gg</p>

<p>mancono evidenze di primo livello che dimostrino la superiorità di un trattamento chirurgico più aggressivo in termini di rischio di recidiva di malattia e sopravvivenza assoluta. La tiroidectomia totale ben eseguita è associata a un'incidenza di complicanze relativamente bassa, assicura un buon controllo loco-regionale di malattia eradicando anche eventuali foci neoplastici microscopici (frequenti e spesso bilaterali), facilita la successiva terapia radiometabolica e consente il dosaggio della tireoglobulina sierica nel follow up. Di contro, la loboistmectomia è proposta per il rischio relativamente basso di recidiva a fronte di complicanze post-operatorie ovviamente dimezzate rispetto alla tiroidectomia totale. Dall'esame della letteratura sembra ragionevole ritenere la tiroidectomia totale il trattamento di scelta per la maggioranza dei pazienti affetti da carcinomi differenziati della tiroide, mentre la loboistmectomia può essere considerata adeguata in pazienti con diagnosi di microcarcinoma papillare unifocale non infiltrante, in assenza di malattia linfonodale e di pattern istologico non aggressivo).</p> <p><u>Le metastasi linfonodali</u> loco-regionali sono presenti alla diagnosi nel 30-60% dei casi. La presenza di metastasi linfonodali è associata ad aumentato rischio di recidiva di malattia e a riduzione della sopravvivenza. Per questo motivo, è indicata la <i>linfoadenectomia terapeutica</i> estesa ai livelli linfonodali coinvolti: linfoadenectomia del VI livello se coinvolgimento dei linfonodi del compartimento centrale; linfoadenectomia latero-cervicale in caso di coinvolgimento (omo- e/o bilaterale) dei livelli linfonodali laterocervicali.</p> <p>Il ruolo e l'estensione della <i>linfoadenectomia profilattica</i> nel CDT, in assenza di evidenza pre- e intra-operatoria di coinvolgimento linfonodale (cNO) è dibattuto. E' noto che la <i>linfoadenectomia profilattica del compartimento centrale</i> può associarsi a un maggiore rischio di complicanze post-operatorie (ipoparatiroidismo e deficit ricorrentiale), in assenza di evidenze scientifiche di primo livello che ne confermino i vantaggi. Tuttavia, tra i potenziali vantaggi: riduzione della recidiva di malattia e dei valori di tireoglobulina sierica post-operatoria, più accurata stadiazione e selezione dei pazienti, nei quali è indicato il trattamento con radioiodio. Sebbene la dimensione della neoplasia sia considerata uno dei fattori di rischio di metastasi linfonodali occulte del compartimento centrale, è dimostrato che i</p>	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione ORL e fibrolaringoscopia - visita GIC e valutazione di operabilità - Intervento 	<p>radiodiagnostica di Ivrea, Cuorgnè, Ciriè, Chivasso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita ORL presso ospedale di Ivrea/Chivasso/ Ciriè. - Intervento c/o ospedale di Ivrea (sede HUB) 	<p>lavorativi</p> <p>entro 10 gg lavorativi</p> <p>Intervento entro 30 gg</p>
--	---	--	---

<p>microcarcinomi si comportano come i tumori di maggiori dimensioni in termini di aggressività biologica e di rischio di metastasi loco-regionali (linfonodali) e/o a distanza. In definitiva, non vi sono parametri pre-operatori (età, sesso, dimensioni del tumore) in grado di identificare con sicurezza una popolazione "a rischio" che possa beneficiare di una linfadenectomia profilattica del compartimento centrale.</p> <p>Per ridurre il rischio di complicanze, legato alla linfadenectomia profilattica del compartimento centrale, è stata proposta la linfadenectomia profilattica dell'emicompartimento centrale omolaterale alla neoplasia con o senza esame istologico estemporaneo sui linfonodi asportati, nei tumori clinicamente unifocali e cN0.</p> <p><i>La linfadenectomia laterocervicale profilattica nel CDT non è indicata.</i></p> <p><i>La linfadenectomia funzionale laterocervicale terapeutica (livelli II-III-IV-V) omolaterale alla lesione o bilaterale deve essere eseguita, se presenti metastasi linfonodali documentate: ecografia, esame citologico, dosaggio della Tg sul liquido di lavaggio dell'agoaspirato, esame istologico estemporaneo durante la chirurgia. La linfadenectomia laterocervicale deve essere completa (livelli II, III, IV e V), orientata per compartimenti e non selettiva, cioè non limitata ai livelli macroscopicamente coinvolti</i></p>			
<p><u>Carcinoma Indifferenziato della Tiroide o Anaplastico:</u> (L'elevata aggressività determina una prognosi infausta nella maggioranza dei casi (mediana di sopravvivenza di circa 5 mesi). Tuttavia, negli ultimi anni è stata registrata una riduzione della sua incidenza, correlata anche alla diagnosi precoce e al conseguente trattamento negli stadi iniziali degli istotipi differenziati. L'esordio clinico è, generalmente, caratterizzato da un'estesa infiltrazione loco-regionale e/o metastasi a distanza, ma non sono rari i casi di riscontro incidentale all'esame istologico definitivo. Tutti i carcinomi anaplastici della tiroide sono considerati stadio IV (AJCC/UICC): i pazienti in stadio IVa e IVb possono essere potenziali candidati a un trattamento multimodale che comprenda una resezione chirurgica con intenti più o meno radicali coadiuvata da radio- e chemioterapia, che, in alcuni casi consente la ri-esplorazione chirurgica finalizzata al controllo loco-regionale di malattia. Nei pazienti in stadio IVc le opzioni di trattamento rimangono limitate e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita, rilascia l'esenzione 0.48. - Esame obiettivo - ECG / Esami ematochimici per intervento - TC (con mdc idrosolubili) collo-torace - valutazione ORL e fibrolaringoscopia - visita GIC e valutazione di operabilità o intervento di tracheotomia - Radioterapia - cure palliative 	<p>Prenotazione diretta dal CAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esami ematochimici - TC presso radiodiagnostica di Ivrea, Cuornè, Ciriè, Chivasso - Visita ORL presso ospedale di Ivrea/Chivasso/ Ciriè. - Intervento c/o ospedale di Ivrea (sede HUB), se posta l'indicazione - SC Radioterapia Ospedale di Ivrea 	<p>con accesso diretto.</p> <p>Esami previsti con particolare sollecitudine</p> <p>entro 10 gg lavorativi</p> <p>entro 30 gg lavorativi</p> <p>Esami previsti con particolare sollecitudine</p>

<p>controverse e le cure sono finalizzate, per lo più, con intento palliativo a migliorare per quanto possibile la qualità di vita dei pazienti: tracheotomia, endoprotesi tracheali o esofagee).</p> <p><i>La linfadenectomia</i> deve essere presa in considerazione, in caso di coinvolgimento linfonodale, se si associa a un intervento con intento radicale</p>			
<p>Carcinoma Midollare (CM): (La tiroidectomia totale è l'unico trattamento potenzialmente curativo, sia nelle forme sporadiche (70%) sia nelle forme ereditarie (30%), isolate o associate a Neoplasie Endocrine Multiple: MEN 2A o Sindrome di Sipple (in associazione al feocromocitoma e all'iperparatiroidismo); MEN 2B o Sindrome di Gorlin-Steinert (in associazione al feocromocitoma, a ganglioneuromatosi e habitus marfanoidi). Se è associato il feocromocitoma, prima della tiroidectomia o contestualmente, previa adeguata preparazione farmacologica, va programmata ed eseguita la surrenalectomia. Se presente, sarà trattata contestualmente alla tiroidectomia la patologia paratiroidea.</p> <p>Il CM si caratterizza per una precoce e variabile diffusione metastatica ai linfonodi del compartimento centrale (50-81%) e latero-cervicale (34-81%) (90). Un'accurata dissezione dei linfonodi del collo, laddove indicata, riveste un'importanza fondamentale. La tiroidectomia totale associata alla linfadenectomia del compartimento centrale (VI livello) è considerata il trattamento di minima per tumori >5 mm. Tuttavia, l'indicazione e l'estensione della linfadenectomia latero-cervicale rimane controversa. Infatti, non vi è unanime consenso a raccomandare la linfadenectomia latero-cervicale profilattica. Gli approcci proposti comprendono: la linfadenectomia latero-cervicale bilaterale profilattica in caso di tumori palpabili e/o metastasi latero-cervicali omolaterali alla neoplasia e/o elevati valori di calcitonina (> 200 pg/ml); la linfadenectomia latero-cervicale omolaterale alla neoplasia profilattica in caso di tumori palpabili e/o livelli di calcitonina moderatamente aumentati (tra 20 e 200 pg/ml) (6, 80), la linfadenectomia terapeutica latero-cervicale omolaterale alla neoplasia, in caso di metastasi linfonodali latero-cervicali note pre-operatoriamente e/o riscontrate intra-operatoriamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita, rilascia l'esenzione 0.48. - Esame obiettivo - Visita endocrinologica per escludere MEN con relativi esami diagnostici - ECG / Esami ematochimici per intervento - RM o TC collo-torace in caso di voluminosi gozzi - valutazione ORL e fibrolaringoscopia - visita GIC e valutazione di operabilità 	<p>Prenotazione diretta dal CAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esami ematochimici. - RM (presso ospedale di Chivasso) o TC presso radiodiagnostica di Ivrea, Cuorné, Cirié, Chivasso - Visita ORL presso ospedale di Ivrea/Chivasso/ Cirié. - Intervento c/o ospedale di Ivrea (sede HUB) 	<p>con accesso diretto.</p> <p>entro 10 gg lavorativi</p> <p>entro 10 gg lavorativi</p> <p>Intervento entro 30 gg</p>

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017 (www.aiom.it) e dalla SIUEC 2016 (siuec.it)

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Carcinoma Differenziato Tiroide T1 con nodo unico (unifocale) e in assenza di localizzazioni linfonodali laterocervicali	Visita GIC e in base al PDTA: Chirurgia: <ul style="list-style-type: none"> – Tiroidectomia totale, con linfadenectomia VI livello se presenti fattori di rischio – Loboistmectomia, con emilinfadenectomia del VI livello – Nei pazienti a basso rischio non è raccomandata la somministrazione post-chirurgica di dosi terapeutiche di radioiodio. 	Il CAS/GIC indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro HUB di riferimento per i Tumori della tiroide dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Il GIC indirizza i pazienti c/o la Medicina Nucleare dell'Ospedale Mauriziano o dell'Ospedale di Alessandria	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg I tempi della procedura vengono concordati con la struttura di riferimento
CDT T2-T4. N0-N1	Visita GIC e in base al PDTA: <ul style="list-style-type: none"> – Tiroidectomia totale, con linfadenectomia VI livello + linfadenectomia funzionale laterocervicale, se presente malattia linfonodale mono o bilaterale – Terapia radiometabolica, se indicata dalle linee guida – In caso di malattia metastatica o non asportabile chirurgicamente, iodio resistente: proponibile terapie mediche con farmaci biologici (sorafenib, levantinib) 	Il CAS/GIC indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro HUB di riferimento per i Tumori della Tiroide dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Il GIC indirizza i pazienti c/o la Medicina Nucleare dell' Ospedale Mauriziano di Torino o dell'ospedale di Alessandria Il CAS/GIC indirizza i pazienti presso l'ospedale di riferimento nell'ambito dell'oncologia ASL TO4 (Ivrea, Chivasso, Ciriè, cuorgnè)	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg I tempi della procedura vengono concordati con la struttura di riferimento Visita oncologica mediamente entro 5 gg lavorativi Inizio terapia mediamente entro 10 gg lavorativi
Carcinoma Anaplastico	Visita GIC e in base al PDTA: <ul style="list-style-type: none"> – Tiroidectomia totale, se vi è indicazione chirurgica – Tracheotomia – RT – Cure palliative 	Il CAS/GIC indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro HUB di riferimento per i Tumori della Tiroide dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015).	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg
Carcinoma Midollare	Visita GIC e in base al PDTA: Tiroidectomia totale, con linfadenectomia VI livello + linfadenectomia funzionale laterocervicale, se presente malattia linfonodale mono o bilaterale In caso di malattia metastatica o non asportabile chirurgicamente proponibile terapia sistemica con farmaci biologici antirosinocinasi (vandetanib o cabozantinib)	Il CAS/GIC indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro HUB di riferimento per i Tumori della Tiroide dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Il CAS/GIC indirizza i pazienti presso l'ospedale di riferimento nell'ambito dell'oncologia ASL TO4 (Ivrea, Chivasso, Ciriè, cuorgnè)	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg Visita oncologica mediamente entro 5 gg lavorativi Inizio terapia mediamente entro 10 gg lavorativi

Follow-up

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle guida AIOM 2017 (www.aiom.it) e dalla SIUEC (siuec.it)

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Alla Dimissione Ospedaliera	<p>Al momento della dimissione va consegnata al paziente una relazione clinica completa (con copia inserita nella cartella clinica) indirizzata al suo medico curante che contenga come elementi essenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> – data e diagnosi al momento del ricovero; – principali esami diagnostici (di laboratorio e strumentali) eseguiti durante la degenza, con evidenza di quelli alterati; – data e definizione dell'intervento chirurgico, con segnalazione di eventuali difficoltà intra-operatorie riscontrate ed eventuale reimpianto di tessuto paratiroideo; – decorso postoperatorio che evidenzi le eventuali complicanze (emorragia, dispnea, disfagia, disfonia, ipocalcemia, ecc.); – terapia farmacologica somministrata al paziente; – diagnosi alla dimissione (se disponibile, l'esame istologico definitivo); – prescrizioni terapeutiche domiciliari, con dettagliata indicazione di posologia e modalità di somministrazione; – educazione del paziente alla gestione della ferita chirurgica e al precoce riconoscimento di sintomi di ipocalcemia; – controlli clinici e/o diagnostici raccomandati e/o programmati; – appuntamento per visita ORL/Foniatrica di monitoraggio in caso di disfonia e programma di riabilitazione in presenza di alterazioni documentate nella motilità delle corde vocali; – recapito telefonico diretto della struttura di ricovero. <p>Dopo la dimissione il paziente è preso in carico dal medico curante. Per i soggetti residenti fuori regione, può essere opportuno valutare con il paziente stesso o con i suoi familiari eventuali problematiche legate ai mezzi di trasporto, alla lunghezza e al tipo di viaggio, in modo da stabilire il momento più propizio per la dimissione e gli opportuni consigli.</p> <p><i>Consigli pratici alla dimissione.</i> – Può essere utile consegnare al paziente un foglio dove è riportata una serie di informazioni pratiche, legate all'autogestione della sua convalescenza e i recapiti a cui rivolgersi, in caso di necessità di un consiglio. Si adotta il modello proposto e adottato dalla SIUEC (siuec.it)</p>	
Controllo Endocrinochirurgico	Dopo 40 gg dall'intervento con TSH, fT4, fT3, calcemia	Ambulatorio di Endocrinochirurgia
Controllo Endocrinologico Esame clinico HTG, CEA, anticorpi anti HTG Ecografia del collo TC – RM – PET-FDG	<p><u>CDT -Pazienti a basso rischio:</u> Primo controllo. Nei pazienti a basso rischio, indipendentemente dall'aver ricevuto il trattamento ablativo post-chirurgico o che siano stati sottoposti alla sola lobectomia, il primo controllo post-chirurgico va programmato dopo 6/12 mesi e prevede la determinazione della Tg (basale e, se non dosabile, dopo stimolo con TSH), degli anticorpi anti-Tg e dell'ecografia del collo. Ogni 4 mesi per i primi 2 anni e, poi ogni 6 mesi per i successivi 3 anni.</p> <p><u>CDT - Pazienti a rischio intermedio e ad alto rischio:</u> Non è schematizzabile un <i>follow-up</i> standardizzato perché le tempistiche e la necessità di ulteriori accertamenti variano in base alle caratteristiche del singolo paziente e ai trattamenti posti in essere di volta in volta. In questi casi il primo controllo è opportuno programmarlo a distanza di 6 mesi dal trattamento iniziale e prevede, di base, l'ecografia del collo e la determinazione della Tg e degli anticorpi anti-Tg. A questi esami vanno associate altre tecniche di <i>imaging</i> (TAC, RM o PET-FDG) secondo le caratteristiche del paziente. In particolare: • in presenza di livelli elevati di Tg (riscontrabile in circa.</p> <p><u>Carcinoma anaplastico:</u> Non vi è evidenza che il <i>follow-up</i> migliori la sopravvivenza dei pazienti, né vi sono evidenze circa gli esami raccomandati e le loro tempistiche di esecuzione, tenuto conto che si tratta di malattia con un elevato tasso di mortalità come il carcinoma anaplastico. L'<i>American Thyroid Association</i> per i pazienti in remissione dopo un trattamento loco-regionale suggerisce un controllo con TC <i>total body</i> ogni 3 mesi per i primi 6-12 mesi, poi ogni 4-6 mesi per l'anno successivo; in alternativa, un'opzione di <i>follow-up</i> meno intensiva senza esami radiologici periodici. Data la completa differenziazione della cellula tiroidea, non è indicato l'impiego del dosaggio della tireoglobulina nel <i>follow-up</i>. Per lo stesso motivo, non vi sono evidenze a supporto dell'impiego di una terapia ormonale sostitutiva</p>	Endocrinologia fino al 5° anno poi MMG

Calcitonina, CEA	<p>soppressiva né dell'uso dello iodio-radioattivo (anche in presenza di forme miste) in quanto da un punto di vista prognostico prevale sempre la componente indifferenziata della malattia.</p> <p>Carcinoma midollare (MTC):</p> <p>Punto cardine del <i>follow-up</i> è il dosaggio della CT. Nei pazienti in cui la massa tumorale sia stata completamente asportata, i valori di CT basali dovrebbero risultare <10 pg/ml. Valori post chirurgici >10 pg/ml in condizioni basali sono suggestivi di presenza di malattia residua. Se il trattamento chirurgico è stato radicale, il primo controllo andrebbe eseguito dopo 3-6 mesi. In presenza di valori normali (<10 pg/ml) di calcitonina ed ecografia del collo negativa per metastasi linfonodali o persistenza di malattia locale, dopo il primo controllo post chirurgico, il paziente è considerato in remissione clinica e biochimica di malattia. Sarà sufficiente una valutazione ogni 6 mesi per il primo anno e, poi, circa 1 volta l'anno con monitoraggio basale della CT sierica, CEA ed ecografia del collo. In caso di sospetta recidiva di malattia al collo, l'ecografia resta l'indagine principale; il sospetto di metastasi linfonodali del collo deve sempre essere confermato tramite l'esame citologico con dosaggio della CT su liquido di lavaggio. In relazione al sospetto clinico e alla programmazione terapeutica, l'ecografia del collo deve essere eventualmente integrata con esami diagnostici di II livello (TC, RM, PET-FDG)</p>	
------------------	---	--

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 <i>follow-up</i> specialistico	SI
Consegna della programmazione del <i>follow-up</i>	SI
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI tramite accesso diretto al Centro specialistico: Ambulatorio di Endocrinochirurgia o di Patologia Oncologica tiroidea – Ospedale Ivrea)

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA) Tumore Tiroide (*in extenso*)

1. PREMESSA

Con la D.G.R. Piemonte n. 42-7344 del 31 marzo 2014 la Giunta Regionale del Piemonte ha individuato i criteri e i requisiti per l'identificazione dei Centri *Hub* e dei centri *Spoke* della rete oncologica del Piemonte (e della valle d'Aosta) per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente alle varie tipologie di tumore.

Tra i punti fondanti di questo documento vi è la riorganizzazione dei percorsi di cura, alla luce dell'individuazione dei centri di riferimento per i singoli tumori e la validazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) adottati per ciascun tumore dai singoli Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC).

Per i tumori della tiroide si richiede:

- valutazione della qualità delle prestazioni dei centri di riferimento;
- a ciascun GIC di dotarsi degli strumenti per la raccolta dei dati previsti nel documento sui centri di riferimento quali indicatori di qualità.

Sono previste verifiche dei percorsi adottati per i diversi tumori e iniziative specifiche per migliorare la qualità.

Il Direttore Generale dell'ASL TO4 con la deliberazione n. 0210 del 20 marzo 2014 aveva attivato i GIC aziendali e fra questi il GIC Tumori della Tiroide, indicandone i componenti, ancorché questi GIC fossero operativi già dal 2002. Il Direttore Generale aveva, inoltre, disposto che l'Azienda si dotasse di adeguato PDTA affinché la persona affetta da neoplasia tiroidea fosse presa in carico dal GIC, seguita e accudita per tutto l'iter assistenziale e di cura.

La DGR Piemonte 51 – 2485 del 23 novembre 2015 nell'Allegato A ha riportato i Centri Hub identificati per le singole patologie tumorali, nell'ambito del Dipartimento Funzionale Interaziendale e interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Per i tumori della tiroide e per l'ASL TO4 ha indicato l'Ospedale di Ivrea.

L'Unità di Endocrinocirurgia dell'ospedale di Ivrea, inoltre, è stata accreditata dall'*Associazione delle Unità di Endocrinocirurgia Italiane* - CLUB delle UEC (http://clubdelleuec.it/_listaUEC/index.asp?filter=piemonte) come Centro di Riferimento per quanto attiene a:

1. volumi di attività e controllo degli esiti;
2. requisiti specifici di tipo strutturale, organizzativo e tecnologico;
3. percorsi di formazione, aggiornamento e sicurezza;
4. liste di attesa e opinione degli utenti.

2. DESCRIZIONE DEL PERCORSO

2.1 INCIDENZA e PREVENZIONE

In Italia, nel 2014, sono stati diagnosticati circa 16.300 nuovi casi di carcinoma della tiroide (4% di tutti i nuovi casi di neoplasie maligne) di cui tre quarti nel sesso femminile [www.demo.istat.it]. Il carcinoma della tiroide è la più frequente (90% circa dei casi) neoplasia del sistema endocrino e rappresenta circa il

3.8% di tutte le neoplasie. Nelle ultime decadi la sua incidenza è progressivamente aumentata: nelle donne, 11,1 / 100.000 vs 4,7 / 100.000 e, negli uomini, 3,6 / 100.000 vs 1,4 / 100.000.

La mortalità per carcinoma tiroideo differenziato (CDT), invece, non ha mostrato un parallelo incremento verosimilmente perché l'aumentata incidenza è da attribuirsi quasi esclusivamente ai piccoli carcinomi papillari che hanno una prognosi nettamente più favorevole degli altri istotipi e anche perché gran parte dei tumori tiroidei rimane per sempre clinicamente silente al punto da essere stato varato, a questo proposito, l'aforisma che "un paziente con un tumore della tiroide nella stragrande maggioranza dei casi muore con il tumore della tiroide e non per il tumore della tiroide" (fig. 1)

Il tasso di sopravvivenza a 20 anni è eccellente per i CDT: 98 - 99 % per i papillari e 80 - 90 % per i follicolari. Mentre scende a 75 - 50 % a 10 anni per i carcinomi midollari e, infine, < 20% ad 1 anno per i carcinomi anaplastici. Considerando tutti gli istotipi di tumore della tiroide, trascorsi 5 anni dalla diagnosi liberi da malattia, la probabilità di sopravvivere ulteriori 5 anni è del 95% nei maschi e del 99% nelle femmine [www.registritumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf].

I tumori tiroidei sono percentualmente rappresentati come in figura 2.

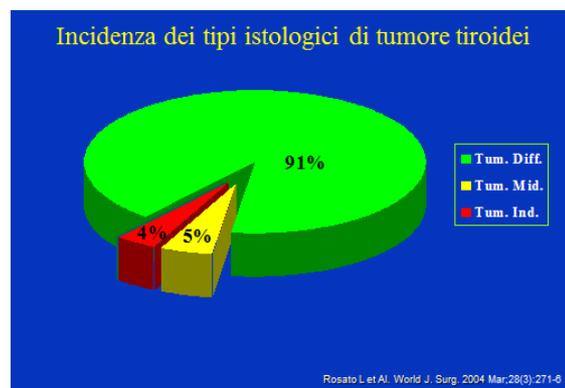
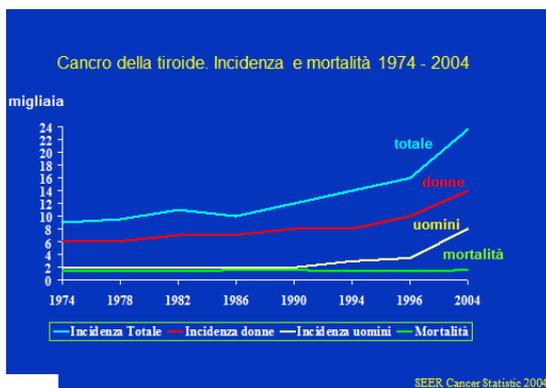
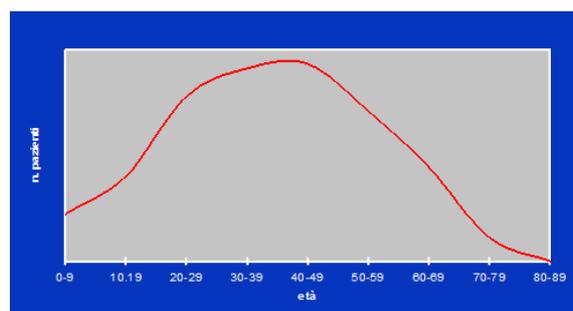


fig. 2
I

pali fattori di rischio sono:

- esposizione alle radiazioni ionizzanti
- familiarità per patologia oncologica tiroidea
- carenza iodica
- Tiroidite autoimmune
- patologia uninodulare
- obesità
- presenza mutazione RET
- età tra i 30 e i 60 anni: l'incidenza per fasce di età e riportata in tabella:



2.2 SOSPETTO CLINICO

I noduli tiroidei possono essere svelati "incidentalmente" nel corso di procedure diagnostiche per altre

patologie (Ecodoppler TSA, TC, RM o PET-FDG) oppure rendersi palesi clinicamente come una tumefazione al collo, in corrispondenza della tiroide, associata o meno a sintomatologia:

- dolore e/o sensazione di "corpo estraneo" alla gola,
- alterazione del timbro della voce,
- noduli clinicamente in rapido accrescimento e/o fissi e/o di consistenza aumentata,
- linfonodi clinicamente patologici.

2.3 DIAGNOSI E STADIAZIONE

Il corretto iter diagnostico della patologia tiroidea oncologica prevede, in prima istanza, un'accurata valutazione clinica (anamnesi ed esame obiettivo) che guiderà nella scelta delle indagini laboratoristiche e diagnostiche più appropriate.

Gli elementi anamnestici più rilevanti comprendono: irradiazione cervicale o "total body" per trapianto di midollo o di esposizione a radiazioni ionizzanti durante l'infanzia o l'adolescenza, anamnesi familiare positiva per carcinoma della tiroide, noduli tiroidei in rapida crescita, reperto clinico di disfonia. L'esame obiettivo dovrà prevedere una valutazione accurata della tiroide e delle stazioni linfonodali latero-cervicali. La diagnostica deve essere mirata alla definizione nosografica dell'affezione tiroidea (diagnostica di laboratorio), ma anche alla definizione dell'indicazione terapeutica e dell'estensione dell'eventuale intervento chirurgico (diagnostica strumentale).

Il corretto iter diagnostico per le patologie tiroidee prevede esami di I livello, necessari per una prima valutazione, ed esami di II livello, finalizzati all'approfondimento diagnostico e all'indicazione terapeutica.

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

- Esami di I livello
 - TSH *reflex o screening*. In caso di TSH alterato, il laboratorio di analisi eseguirà anche il dosaggio di fT3 e fT4.
- Esami di II livello
 - *Calcitonina*. Il dosaggio routinario della calcitonina nei pazienti affetti da noduli tiroidei, ha il vantaggio di favorire la diagnosi precoce del carcinoma midollare della tiroide e, di conseguenza, di associarsi a migliorata sopravvivenza a 10 anni dei pazienti affetti da questa neoplasia (Elisei R et al. J Clin Endocrinol Metab 2004, 89:163-168). In considerazione del fatto che una diagnosi precoce del carcinoma midollare della tiroide ne potrebbe migliorare la sopravvivenza e che la citologia su agoaspirato non esclude in maniera affidabile la diagnosi di carcinoma midollare della tiroide, è consigliabile il dosaggio routinario della calcitonina prima della tiroidectomia. In presenza di alterati valori della calcitonina basale è opportuno eseguire un test di stimolazione della calcitonina con calcio gluconato per la diagnosi differenziale tra iperplasia delle cellule C e carcinoma midollare della tiroide. Livelli di calcitonina stimolata ≤ 100 pg/ml non escludono la diagnosi di carcinoma midollare della tiroide mentre, in presenza di una calcitonina stimolata > 100 pg/ml, la probabilità di un carcinoma midollare della tiroide è elevata. Nel caso di livelli di calcitonina stimolata > 500 pg/ml la diagnosi di carcinoma midollare della tiroide è da considerare fortemente probabile (Dralle H et al: German Association of Endocrine Surgeons practice guideline for the surgical management of malignant thyroid tumors. Langenbecks Arch Surg 2013, 398:347-375. Gharib H et al: American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. Endocr Pract 2010, 16 Suppl 1:1-43)

In presenza di alterati valori della calcitonina basale è opportuno eseguire un test di stimolazione della calcitonina con calcio gluconato per la diagnosi differenziale tra iperplasia delle cellule C e carcinoma midollare della tiroide. Nel caso di livelli di calcitonina stimolata > 500 pg/ml la diagnosi di carcinoma midollare della tiroide è quasi certa.

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Esami di I livello
 - Ecografia tiroidea, con valutazione color-doppler della tiroide:*
Deve essere eseguita in tutti i pazienti con sospetto clinico di nodulo tiroideo e nei casi di riscontro radiologico incidentale di patologia nodulare della tiroide (TAC o RMN del collo, captazioni a livello

della tiroide in corso di 18FDG-PET, ecc.). L'ecografia consente un'accurata valutazione morfologica della tiroide e delle relative stazioni linfonodali loco-regionali e l'acquisizione di dati inerenti:

- sede, dimensioni (eventuale volume ghiandolare totale), struttura dei lobi;
- presenza, numero, dimensioni e struttura (solida, cistica, mista) dei noduli tiroidei;
- pattern color-doppler della vascolarizzazione nodulare (10);
- stato del lobo controlaterale, in caso di patologia monolaterale;
- descrizione di caratteristiche dei noduli indicative di malignità: ipoecogenità, microcalcificazioni, assenza di alone periferico, margini irregolari, vivace vascolarizzazione endonodulare; forma tondeggiante;
- condizione della trachea (in asse, deviata, compressa);
- stato dei linfonodi locoregionali, del VI livello e laterocervicali (reattivi o sospetti).

□ Esami di II livello

Sono finalizzati all'approfondimento diagnostico e all'indicazione terapeutica e servono a programmare la strategia chirurgica, soprattutto in caso di approcci mininvasivi e nei reinterventi:

- *Contrast Enhanced Ultrasound (CEUS)*. L'ecografia con mezzo di contrasto rappresenta una promettente tecnica non invasiva per la diagnosi differenziale di natura dei noduli tiroidei. Essa è caratterizzata da un range abbastanza variabile di sensibilità (68-100%) e specificità (67-94%), probabilmente perché la valutazione è operatore-dipendente.

- *Scintigrafia tiroidea, con eventuale curva di iodocaptazione*. Le indicazioni per questa metodica non hanno subito recenti modifiche. Le indicazioni rimangono limitate a:

- 1) ipertiroidismo clinico o sub-clinico,
- 2) gozzo recidivo,
- 3) sospetto di gozzi "dimenticati" o ectopici.

1. *Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC)*. Tecnica accurata ed efficace per la valutazione dei noduli tiroidei e nella diagnosi di natura. La guida ecografica riduce significativamente il numero di risultati non diagnostici e di falsi negativi, soprattutto nel caso di noduli con un'elevata probabilità di prelievo non diagnostico (componente cistica >25-50%) e/o di noduli palpabili con difficoltà o localizzati posteriormente. L'agoaspirato è indicato in tutti i noduli ecograficamente o clinicamente sospetti con diametro >1 cm. Non è raccomandato come procedura routinaria nel caso di noduli subcentimetrici; tuttavia, nel caso di noduli <1cm, è consigliabile nelle seguenti situazioni:

- età pediatrica,
- familiarità per carcinoma tiroideo,
- presenza di linfadenopatie cervicali sospette,
- pregressa terapia radiante cranio-cervico-mediastinica,
- esposizione a radiazioni ionizzanti durante infanzia e adolescenza,
- nodulo con caratteristiche ecografiche sospette (ipoecogenità, microcalcificazioni, spiccata vascolarizzazione),
- follow-up di un carcinoma tiroideo trattato con loboistmectomia,
- nodulo tiroideo captante alla ¹⁸FDG-PET.

Il referto citologico deve essere descrittivo, ma anche concludersi con l'attribuzione del paziente a una categoria diagnostica ben definita e identificabile con un codice numerico. La Consensus italiana SIAPEC 2014 presenta una classificazione citologica che si differenzia dalla precedente per avere introdotto, oltre il Thy1 (prelievo inadeguato, da ripetere), il Thy1c (noduli cistici. Prelievo non diagnostico, ma da non ripetere). Questa classificazione suddivide, inoltre, il Thy3 in:

- Thy3a (lesione indeterminata a basso rischio di malignità):
 - α) scarsa colloide (presente soprattutto alla periferia dello striscio), tessuto vascolare, istiociti pigmentari;
 - β) lembi anche microfollicolari di tireociti di media taglia (<60%) senza atipie nucleari;
 - γ) strisci con aspetti regressivi cellulari.
- Thy3b (lesione indeterminata ad alto rischio di malignità):
 - colloide scarsa o assente;
 - aggregati microfollicolari di tireociti di media taglia (>60%);
 - focale polimorfismo, ma assenza di atipie nucleari suggestive per carcinoma papillare;

- lo stesso *pattern* microfollicolare o trabecolare può essere costituito da cellule ossifile (proliferazione follicolare ossifila)

Questa ulteriore suddivisione del Thy3 è finalizzata a ridurre la percentuale di noduli con citologia indeterminata da sottoporre all'intervento chirurgico. Lo studio citologico può essere integrato dall'utilizzo di marcatori immunocitochimici e/o genetico-molecolari. Calcitonina, Cromogranina A e CEA sono impiegati nel sospetto di carcinoma midollare, mentre il PTH può identificare una lesione di pertinenza paratiroidea.

Il dosaggio della tireoglobulina e della calcitonina, effettuato sul liquido di lavaggio dell'ago nel corso di agoaspirato su noduli tiroidei e/o su linfonodi del collo, rappresenta una valida integrazione alla citologia convenzionale per la diagnosi dei tumori tiroidei primitivi o metastatici, soprattutto nei casi dubbi o non diagnostici.

- *Core needle biopsy (CNB)*. Biopsia tissutale ottenuta mediante ago tranciante, in genere dotato di meccanismo retrattile a molla (Tru-cut, 18-21 G). Tale metodica, effettuata solo sotto guida ecografica, non è attualmente universalmente impiegata nella routine diagnostica. Il prelievo di tessuto comprendente sia la periferia del nodulo sia il passaggio con il parenchima extra-nodulare mostra le caratteristiche architetture del tessuto tiroideo, consentendo una diagnosi microistologica della lesione. Recentemente (Chen BT et al. *Endocr Pract* 2015; 21:128-135), le indicazioni della CNB sono state estese ai noduli con diagnosi citologica inadeguata (Tir 1) o indeterminata (Tir 3).
- *Fibroscopia laringea*. E' raccomandabile l'esecuzione della fibrolaringoscopica preoperatoria in tutti i pazienti candidati a tiroidectomia per valutare l'integrità morfologica e funzionale delle corde vocali. E' necessaria:
 - se presente disfonia,
 - nei re-interventi per possibili pregresse lesioni iatrogene del nervo laringeo inferiore,
 - nel gozzo voluminoso e/o immerso,
 - nei carcinomi tiroidei localmente avanzati.
- *TC / RM*. Per il completamento diagnostico anatomo-topografico (I più recenti mezzi di contrasto iodati interferiscono molto meno con la iodoterapia e sono necessari nella neoplasia sospetta invasiva per documentare l'eventuale invasione delle strutture adiacenti);
- *124-I-PET*. Diversi studi ne hanno dimostrato una superiore attendibilità diagnostica rispetto alla "classica" scintigrafia *whole-body* con ¹³¹I nelle neoplasie differenziate della tiroide e, soprattutto, si è riscontrato un alto numero di casi con negatività scintigrafica e positività alla PET. Sono in fase di studio nuovi radiofarmaci che potrebbero migliorarne ulteriormente la performance (Lauri C et al: *J Nucl Med Mol Imaging* 2015, 59:105-115).
- *¹⁸F-FDG PET-TC*. Può essere utile in caso di ipertireoglobulinemia da sospetta recidiva locale e/o a distanza, nel caso di lesioni sospette non captanti ¹³¹I. Questa metodica, utilizzata per la stadiazione di molte neoplasie, può accidentalmente rivelare aree ipercaptanti a livello tiroideo definite "incidentalomi" che, nel 25% dei casi, si rivelano essere carcinomi. Al momento, non può essere considerato un esame di routine.
- *PET-TC con Gallio-DOTATOC* come metodica di secondo livello per lo studio del carcinoma midollare in progressione, con calcitonina in incremento. Il ⁶⁸GALLIO-DOTATOC è un radiotracciante specifico per i tumori neuroendocrini, che si differenzia dagli altri traccianti che generalmente vengono utilizzati in medicina nucleare, perché è un tracciante recettoriale che lega i recettori specifici del tumore.
- *Elastosonografia*. Misura il grado di distorsione di un tessuto sottoposto a una forza esterna e, quindi, può determinare la consistenza del tessuto in esame. Le lesioni maligne sono spesso associate a modificazioni delle proprietà meccaniche dei tessuti e, pertanto, questa metodica può favorire la definizione diagnostica della lesione esaminata. L'applicabilità dell'elastosonografia nella pratica clinica è, tuttavia, limitata dalla variabile sensibilità (54-69%) e specificità (60-96%) riportata nelle diverse esperienze .

2.4 RICOVERO IN ELEZIONE, ASSISTENZA INFERMIERISTICA E TRATTAMENTO CHIRURGICO

Intervento programmato entro 30 giorni dalla diagnosi. Ricovero lo stesso giorno dell'intervento, salvo diversa indicazione o necessità. Il paziente, all'arrivo, è accolto dall'infermiere che compila la cartella infermieristica e gli assegna il letto di degenza.

La valutazione infermieristica del paziente e la stretta collaborazione con il clinico sono fondamentali per una corretta impostazione dell'iter terapeutico. Durante il periodo del ricovero il ruolo dell'infermiere è

fondamentale in tutte le fasi come supporto al paziente e ai suoi familiari, per facilitarne il percorso e il rapporto con il personale medico.

Il medico di reparto visita il paziente, redige la cartella e, dopo avere nuovamente e adeguatamente informato il paziente e, solo se questi lo desidera, anche i suoi familiari, ne acquisisce il consenso scritto su apposito modulo personalizzato.

Non è giustificato effettuare il pre-deposito o predisporre unità di sangue per la tiroidectomia.

Per quanto riguarda la profilassi antitrombotica, le linee guida internazionali non hanno un capitolo specifico per la patologia tiroidea o del collo. Le indicazioni alla profilassi antitrombotica che esse pongono per la chirurgia generale sono:

- Eparina a Basso Peso Molecolare (EBPM) negli interventi di durata >45 minuti e in pazienti con età >40 anni;
- uso di idonee calze elastiche o compressione pneumatica intermittente in presenza di fattori di rischio tromboembolico.

I chirurghi endocrini non sono unanimi nell'indicazione all'utilizzo della profilassi antitrombotica con Eparina a Basso Peso Molecolare nella chirurgia tiroidea per l'elevato rischio che può comportare la formazione di un ematoma postchirurgico nella loggia tiroidea.

Gli infermieri di reparto, prima che il paziente sia portato in sala operatoria, somministrano la profilassi antitrombotica con EBPM, come da prescrizione medica nella Scheda Terapeutica Unica (STU), e applicano le calze antitrombo.

La profilassi antibiotica non è indicata negli interventi di tiroidectomia, eccetto condizioni particolari quali: diabete grave, valvulopatie cardiache, immunodeficienza (dializzati e/o trapiantati). In questi casi, prima di iniziare le procedure per l'induzione dell'anestesia, la *nurse* d'anestesia somministra la profilassi antibiotica, che è stata inviata dal Reparto di Chirurgia e contrassegnata con etichetta riportante i dati anagrafici e di ricovero del paziente, previo accertamento di prescrizione medica nella STU.

2.4.1 Chirurgia

Dalla mezzanotte precedente il giorno dell'intervento chirurgico il paziente osserva il digiuno alimentare, mentre può assumere acqua, in modica quantità, fino a due ore prima di andare in S.O. L'infermiere verifica e applica la corretta procedura di preparazione del paziente chirurgico. Il paziente è accompagnato in S.O. con la sua cartella clinica che include la Scheda Terapeutica Unica (STU) e la Check List.

Posizione del malato sul letto operatorio:

- paziente supino con un modesto rialzo sotto le spalle, a livello scapolare, che consenta una lieve iperestensione del collo;
- con il collo in iperestensione, ancorché modesta, le braccia devono essere addotte e fissate lungo il corpo per evitare rare, ma spesso gravi e talora irreversibili, paralisi da stiramento del plesso brachiale;
- protezione dei gomiti con adeguata imbottitura per evitare la paralisi da compressione del nervo ulnare;
- protezione degli occhi per evitare ulcerazioni corneali e traumi oculari.

Intervento chirurgico:

Di tutte le procedure proposte per la chirurgia oncologica tiroidea vengono ritenute attuali :

- *Lobistmectomia*;
- *tiroidectomia totale* o *near-total thyroidectomy*, considerata sinonimo nell'accezione anglosassone, in quanto la persistenza di residui, ancorché minimali, è praticamente costante, senza inficiare la radicalità dell'intervento (Kebebew E, Clark OH. Differentiated thyroid cancer: "complete" rational approach. World J Surg 2000; 24:942-951).

Il trattamento chirurgico del carcinoma differenziato della tiroide deve garantire radicalità con eliminazione di tutti i focolai tumorali ed essere associato a minima incidenza di complicanze postoperatorie.

L'estensione della tiroidectomia (emitiroidectomia vs tiroidectomia totale) nel carcinoma differenziato della tiroide resta oggetto di dibattito in quanto mancano evidenze di primo livello che dimostrino la superiorità di un trattamento chirurgico più aggressivo in termini di rischio di recidiva di malattia e sopravvivenza assoluta. La tiroidectomia totale ben eseguita è associata a un'incidenza di complicanze relativamente bassa e, ovviamente, assicura un buon controllo loco-regionale di malattia, eradicando anche eventuali foci neoplastici microscopici (frequenti e spesso bilaterali), facilita la successiva terapia radiometabolica e consente il dosaggio della tireoglobulina sierica nel follow-up. Di contro, l'emitiroidectomia viene proposta per il rischio relativamente basso di recidiva a fronte di complicanze post-operatorie ovviamente dimezzate

rispetto alla tiroidectomia totale (McLeod DSA et al: Controversies in primary treatment of low-risk papillary thyroid cancer. Lancet 2013; 381:1046-1057.78). Dall'esame della letteratura sembra ragionevole ritenere la tiroidectomia totale il trattamento di scelta per la maggioranza dei pazienti affetti da carcinomi differenziati della tiroide, mentre la loboistmectomia può essere considerata adeguata in pazienti con diagnosi di microcarcinoma papillare unifocale non infiltrante, in assenza di malattia linfonodale e di pattern istologico non aggressivo. Deve essere rilevato che, in base ai più recenti lavori pubblicati e alle ultime linee guida, la loboistmectomia e la tiroidectomia totale possono entrambi essere presi in considerazione in pazienti con carcinoma differenziato della tiroide unifocale <4 cm senza estensione extra-tiroidea né interessamento linfonodale.

La redazione dell'atto operatorio deve essere accurata e deve prevedere la descrizione della ghiandola tiroidea e delle caratteristiche macroscopiche dei noduli più significativi. Il chirurgo deve fare riferimento, altresì, alla eventuale identificazione e salvaguardia della branca esterna del nervo laringeo superiore; alla identificazione e preservazione dei nervi laringei inferiori, indicando eventuali difficoltà di dissezione; alle ghiandole paratiroidee, precisandone la sede, la morfologia e il mantenimento dell'integrità anatomica e della vascolarizzazione. È, inoltre, opportuno motivare qualora si riscontri la necessità di lasciare residui macroscopici tiroidei, precisandone la sede e l'entità.

Requisiti tecnici che definiscono la loboistmectomia:

- rimozione completa extra-capsulare di un lobo più l'istmo e la piramide, se presente;
- identificazione e/o preparazione del nervo laringeo ricorrente;
- rispetto dell'integrità anatomica e vascolare delle paratiroidee;
- rispetto dell'integrità anatomica della branca esterna del nervo laringeo superiore.

Requisiti tecnici che definiscono la tiroidectomia totale:

- rimozione completa extra-capsulare della tiroide più la piramide, se presente;
- identificazione e/o preparazione dei nervi laringei ricorrenti bilateralmente;
- rispetto dell'integrità anatomica e vascolare delle paratiroidee bilateralmente;
- rispetto dell'integrità anatomica della branca esterna del nervo laringeo superiore bilateralmente.

Tecniche mininvasive

Gli approcci mini-invasivi alla tiroidectomia possono essere classificati in tecniche che prevedono (MIVAT) o no l'uso dell'endoscopio. Queste ultime (MIT; *minimal incision thyroidectomy*) si differenziano dalla tiroidectomia convenzionale per una riduzione dell'incisione cutanea e sopperiscono ai vantaggi della

Controindicazioni alla MIVAT:

- noduli di diametro >35 mm;
- volume tiroideo >30ml;
- carcinomi tiroidei localmente avanzati;
- metastasi linfonodali note pre-operatoriamente.

TERAPIA CHIRURGICA NELLA PATOLOGIA MALIGNA TIROIDEA:

- *Carcinoma differenziato.* Il trattamento chirurgico deve garantire la radicalità con l'eliminazione di tutti i focolai tumorali ed essere associato a minima incidenza di complicanze postoperatorie.

L'estensione della tiroidectomia (emitiroidectomia vs tiroidectomia totale) nel carcinoma differenziato della tiroide resta oggetto di dibattito in quanto mancano evidenze di primo livello che dimostrino la superiorità di un trattamento chirurgico più aggressivo in termini di rischio di recidiva di malattia e sopravvivenza assoluta. La tiroidectomia totale ben eseguita è associata a un'incidenza di complicanze relativamente bassa, assicura un buon controllo loco-regionale di malattia, eradicando anche eventuali foci neoplastici microscopici (frequenti e spesso bilaterali), facilita la successiva terapia radiometabolica e consente il dosaggio della tireoglobulina sierica nel *follow-up*. Di contro, l'emitiroidectomia viene proposta per il rischio relativamente basso di recidiva a fronte di complicanze post-operatorie ovviamente dimezzate rispetto alla tiroidectomia totale. Dall'esame della letteratura sembra ragionevole ritenere la tiroidectomia totale il trattamento di scelta per la maggioranza dei pazienti affetti da carcinomi differenziati della tiroide, mentre la loboistmectomia può essere considerata adeguata in pazienti con diagnosi di microcarcinoma papillare unifocale non infiltrante, in assenza di malattia linfonodale e di pattern istologico non aggressivo.

- *Carcinoma midollare*: Per il trattamento del T, la tiroidectomia totale è l'unico trattamento potenzialmente curativo, sia nelle forme sporadiche (70%) sia nelle forme ereditarie (30%), isolate o associate a Neoplasie Endocrine Multiple: MEN 2A o Sindrome di Sipple (in associazione al feocromocitoma e all'iperparatiroidismo); MEN 2B o Sindrome di Gorlin-Steinert (in associazione al feocromocitoma, a ganglioneuromatosi e habitus marfanoide). Se è associato il feocromocitoma, prima della tiroidectomia o contestualmente, previa adeguata preparazione farmacologica, va programmata ed eseguita la surrenectomia. Se presente, sarà trattata contestualmente alla tiroidectomia la patologia paratiroidea. Per la linfoadenectomia si rimanda al capitolo relativo.
- *Carcinoma indifferenziato o anaplastico*. L'elevata aggressività determina una prognosi infausta nella maggioranza dei casi (mediana di sopravvivenza di circa 5 mesi). Nel sospetto di carcinoma anaplastico è fondamentale l'inquadramento clinico-strumentale della malattia da parte di un team multidisciplinare (chirurgo, anatomopatologo, oncologo, radioterapista, radiologo) per la valutazione di possibilità di cura, vantaggi e svantaggi dei trattamenti proposti. L'esordio clinico è generalmente caratterizzato da un'estesa infiltrazione loco-regionale e/o metastasi a distanza, ma non sono rari i casi di riscontro incidentale all'esame istologico definitivo.
Tutti i carcinomi anaplastici della tiroide sono considerati stadio IV (AJCC/UICC): i pazienti in stadio IVa e IVb possono essere potenziali candidati a un trattamento multimodale che comprenda una resezione chirurgica con intenti più o meno radicali coadiuvata da radio- e chemioterapia, che, in alcuni casi consente la successiva ri-esplorazione chirurgica finalizzata al controllo loco-regionale di malattia. Nei pazienti in stadio IVc, infine, le opzioni di trattamento rimangono limitate e controverse e le cure sono finalizzate, per lo più, con intento palliativo a migliorare per quanto possibile la qualità di vita dei pazienti (tracheotomia, endoprotesi tracheali o esofagee).

LINFOADENECTOMIA

- *Carcinoma differenziato*. Metastasi linfonodali loco-regionali alla diagnosi sono descritte nel 30-60% dei pazienti. Il significato prognostico del coinvolgimento linfonodale e, di conseguenza, le indicazioni e l'estensione della linfoadenectomia sono ancora oggetto di dibattito. La presenza di metastasi linfonodali è associata ad aumentato rischio di recidiva di malattia e a riduzione della sopravvivenza. Per questo motivo, in presenza di metastasi linfonodali accertate pre- o intra-operatoriamente è indicata la *linfoadenectomia terapeutica* estesa ai livelli linfonodali coinvolti: linfoadenectomia del VI livello se coinvolgimento dei linfonodi del compartimento centrale; linfoadenectomia latero-cervicale in caso di coinvolgimento (omo- e/o bilaterale) dei livelli linfonodali laterocervicali.
La linfoadenectomia laterocervicale profilattica nei pazienti affetti da carcinoma differenziato della tiroide non è indicata poiché l'incidenza di metastasi laterocervicali è del 10-15% e generalmente sono evidenziabili attraverso esami radiologici preoperatori (ecografia).
La linfoadenectomia funzionale laterocervicale terapeutica (livelli II-III-IV-V) omolaterale alla lesione o bilaterale deve essere eseguita, se presenti metastasi linfonodali documentate (ecografia, esame citologico, dosaggio della Tg sul liquido di lavaggio dell'agoaspirato, esame istologico estemporaneo durante la chirurgia).
- *Carcinoma midollare*: Si caratterizza per una precoce e variabile diffusione metastatica ai linfonodi del compartimento centrale (50-81%) e latero-cervicale (34-81%). Un'accurata dissezione dei linfonodi del collo, laddove indicata, riveste un'importanza fondamentale nel trattamento di questa malattia. La tiroidectomia totale associata alla linfoadenectomia del compartimento centrale (VI livello) è generalmente considerata il trattamento di minima per tumori >5 mm. Tuttavia, l'indicazione e l'estensione della linfoadenectomia latero-cervicale rimane controversa. Gli approcci proposti comprendono: la linfoadenectomia latero-cervicale bilaterale profilattica in caso di tumori palpabili e/o metastasi latero-cervicali omolaterali alla neoplasia e/o elevati valori di calcitonina (>200 pg/ml); la linfoadenectomia latero-cervicale omolaterale alla neoplasia profilattica in caso di tumori palpabili e/o livelli di calcitonina moderatamente aumentati (tra 20 e 200 pg/ml); la linfoadenectomia terapeutica latero-cervicale omolaterale alla neoplasia, in caso di metastasi linfonodali latero-cervicali note pre-operatoriamente e/o riscontrate intra-operatoriamente.
- *Carcinoma anaplastico*. La linfoadenectomia deve essere presa in considerazione, in caso di

coinvolgimento linfonodale, solo se si associa a un intervento con intento radicale.

2.4.2 **Gestione post-operatoria**

La gestione post-operatoria è affidata al personale medico e infermieristico, qualificato e addestrato a riconoscere precocemente e trattare eventuali complicanze quali la dispnea, l'emorragia e la crisi ipocalcemia.

- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:**
 - controllo della medicazione chirurgica, preferibilmente di piccole dimensioni, per non ritardare il rilievo di tumefazioni del collo da raccolte emorragiche;
 - controllo della pervietà e della corretta aspirazione dei drenaggi, se presenti;
 - monitoraggio della pressione arteriosa;
 - convocazione urgente del medico di guardia al letto del paziente in caso di:
 - abbondante perdita ematica dai drenaggi;
 - presenza di turgore cervicale ingravescente;
 - comparsa di agitazione, dispnea o senso di costrizione al collo;
 - segni clinici di ipocalcemia (parestesie, segno di Trousseau);
 - monitoraggio postoperatorio della Calcemia e/o del PTH post-operatori dopo tiroidectomia totale.

- **ASSISTENZA MEDICA:**
 - in caso di ematoma cervicale con sintomatologia compressiva, rimozione immediata della medicazione e della sutura cutanea, sottocutanea e muscolare a scopo decompressivo, anche al letto del malato, se le condizioni cliniche lo richiedono, predisponendo la sala operatoria per la ri-esplorazione delle logge tiroidee e il perfezionamento dell'emostasi, laddove indicato;
 - controllo della ferita e rimozione del drenaggio prima della dimissione;
 - se presente ipocalcemia sintomatica ingravescente (parestesie, crisi tetanica) nonostante la terapia orale, dopo dosaggio urgente della calcemia, infusione e.v. di Calcio Gluconato;
 - terapia sostitutiva con L-tiroxina a dosi adeguate in rapporto al peso, all'età e all'estensione della tiroidectomia (lobistomectomia versus tiroidectomia totale), in tutti i casi.

2.4.3 **Valutazione anatomopatologica sul pezzo operatorio**

L'esame istologico definitivo sulla ghiandola dopo asportazione chirurgica è obbligatorio.

Il chirurgo, applicando la procedura aziendale per la "raccolta, conservazione, trattamento e trasporto del materiale di un campione istologico", compila la richiesta con i dati anagrafici del paziente, il reparto e l'ospedale di provenienza, la descrizione del pezzo operatorio, l'intervento eseguito, le notizie cliniche, il quesito diagnostico e la firma leggibile. I campioni multipli sono identificati, sia sulla richiesta sia sul contenitore, mediante numerazione progressiva. Il campione operatorio viene inviato in formalina neutra tamponata al 10%. È sempre consigliabile, per un'adeguata descrizione istologica, l'orientamento della ghiandola con applicazione di filo sul polo superiore del lobo destro. È opportuno che il chirurgo non sezioni il pezzo operatorio per non inficiare l'esame macroscopico del patologo.

I tempi medi di refertazione sono di circa 8 giorni. Il referto anatomo-patologico comprende, oltre alla diagnosi, i dettagli diagnostici macroscopici e microscopici previsti dalla check-list redatta secondo le Linee Guida Internazionali.

L'esame istologico estemporaneo può trovare indicazione nella conferma di noduli sospetti (Tir 4) o di metastasi linfonodali. Non è utile nei noduli con citologia follicolare indeterminata perché non diagnostico. I campioni da sottoporre ad esame estemporaneo vanno inviati "a fresco".

2.5 **TERAPIA RADIOMETABOLICA**

Nei pazienti a basso rischio non è raccomandata la somministrazione post-chirurgica di dosi terapeutiche di radioiodio. Per i pazienti con carcinoma differenziato l'indicazione al trattamento postoperatorio con radioiodio va posta sulla base dei fattori di rischio di recidiva. In particolare, il trattamento con radioiodio è indicato nei casi classificati a rischio alto o intermedio ovvero in presenza di metastasi a distanza, invasione extratiroidea macroscopica, angioinvasività, dimensioni del tumore >4 cm, istologia aggressiva (tall cell, variante colonnare, variante insulare), metastasi linfonodali. Per i tumori di diametro <1 cm, anche

plurifocali, confinati alla tiroide, il trattamento con radioiodio non è generalmente raccomandato, essendo questi casi classificati a basso rischio di recidiva.

La stratificazione del rischio di recidiva, secondo le linee guida ATA, è rilevante dal punto di vista clinico perché fornisce orientamenti circa l'indicazione al trattamento ablativo con radioiodio, l'intensità e quali esami effettuare nel follow-up. Essa prevede tre livelli basati su criteri chirurgici, istologici, medico – nucleari, se disponibili, e laboratoristici:

Basso rischio	<ul style="list-style-type: none"> - non evidenza di metastasi locali o a distanza - resezione macroscopica completa del tumore - non evidenza di invasività locale del tumore - Istologia non "aggressiva" e assenza di invasione vascolare - In caso di trattamento ablativo con 131I, la scintigrafia total body non deve evidenziare captazioni extratiroidea
Rischio intermedio	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza microscopica di invasione dei tessuti peritiroidei - Metastasi linfonodali della regione cervicale o captazione extratiroidea dello 131I - successiva al primo trattamento ablativo - Istologia "aggressiva" o invasione vascolare
Rischio elevato	<ul style="list-style-type: none"> - Tumore caratterizzato da invasione macroscopica - Resezione incompleta - Metastasi a distanza - Valori di tireoglobulina elevati (compatibili con la presenza di metastasi a distanza) o in rapido aumento oppure sproporzionatamente elevati rispetto ai rilievi della scintigrafia post terapeutica

2.6 POST RICOVERO e FOLLOW-UP

Nel post ricovero: controllo della ferita, rimozione dei punti di sutura, eventuali medicazioni oltre alla gestione della stomia, se presente.

Alla dimissione va consegnata al paziente una relazione clinica completa (con copia inserita nella cartella clinica) indirizzata al suo medico curante, firmata dal medico di reparto che esegue la dimissione e che contenga come elementi essenziali:

- data e diagnosi al momento del ricovero;
- principali esami diagnostici (di laboratorio e strumentali) eseguiti durante la degenza, con evidenza di quelli alterati;
- data e definizione dell'intervento chirurgico, con segnalazione di eventuali difficoltà intra-operatorie riscontrate ed eventuale reimpianto di tessuto paratiroideo;
- decorso postoperatorio che evidenzia le eventuali complicanze (emorragia, dispnea, disfagia, disfonia, ipocalcemia, ecc.);
- terapia farmacologica somministrata al paziente;
- diagnosi alla dimissione (se disponibile, l'esame istologico definitivo);
- prescrizioni terapeutiche domiciliari, con dettagliata indicazione di posologia e modalità di somministrazione;
- educazione del paziente alla gestione della ferita chirurgica e al precoce riconoscimento di sintomi di ipocalcemia;
- controlli clinici e/o diagnostici raccomandati e/o programmati;
- appuntamento per visita ORL/Foniatrica di monitoraggio in caso di disfonia e programma di riabilitazione in presenza di alterazioni documentate nella motilità delle corde vocali;
- recapito telefonico diretto della struttura di ricovero.

Dopo la dimissione il paziente è preso in carico dal medico curante. Per i soggetti residenti fuori regione, può essere opportuno valutare con il paziente stesso o con i suoi familiari eventuali problematiche legate ai mezzi di trasporto, alla lunghezza e al tipo di viaggio, in modo da stabilire il momento più propizio per la dimissione e gli opportuni consigli. In funzione dell'esame istologico, si avvierà il trattamento adiuvante e/o il follow-up. Per il carcinoma del retto la valutazione per la terapia adiuvante avviene nuovamente in ambito GIC.

Il follow-up, limitatamente ai pazienti sottoposti a trattamento con intento curativo, è effettuato secondo le Linee Guida AIOM 2015 per una durata complessiva di 5 anni.

La modulistica relativa al follow-up è consegnata al paziente e al suo Curante dall'Endocrinologo, che è

l'unico referente per il *follow-up* dei pazienti operati per carcinoma della tiroide.

2.7 CURE PALLIATIVE

In caso di non operabilità e di non indicazioni a trattamento chemioterapico, il Medico Palliativista effettua la valutazione clinica del paziente; svolge colloquio con i familiari e i curanti; valuta, in accordo col paziente e i familiari, la modalità assistenziale più idonea (ambulatorio, domicilio, Hospice); contatta telefonicamente il MMG del paziente per concordare tempi e modalità di assistenza domiciliare ADI-UOCP; informa il Direttore del Distretto di residenza del paziente.

2.8 TERAPIA ANTALGICA INVASIVA

Il trattamento farmacologico è il cardine del dolore oncologico, riuscendo a controllarlo efficacemente in almeno il 90% dei pazienti. Solo una piccola minoranza ha bisogno di ulteriori misure antidolorifiche invasive che vengono prestate dal Servizio di Terapia Antalgica.

2.9 SUPPORTO PSICONCOLOGICO

Gli operatori del CAS, in base a un'accurata valutazione, se individuano indicatori di complessità in area psicologica/psichiatrica e/o sociale e/o assistenziale, attivano lo specialista Psiconcologo per l'individuazione del livello di "impatto sulla vita".

3. INDICATORI DI MONITORAGGIO

INDICATORI PROPOSTI PER TUMORE DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

INDICATORE A

Significato: ottenere una refertazione cito istologica dei tumori differenziati della tiroide condivisa e chiara all'interno della Regione Piemonte in accordo con LG/Raccomandazioni di Rete (documento reperibile in rete all'indirizzo della Rete Oncologica Regione Piemonte e Valle d'Aosta http://www.reteoncologica.it/images/stories/Linee_guida_raccomandazioni_RETE/Tiroide/DEF_GDS_TIROIDE_REF_2017.pdf)

Rappresentazione di numeratore e denominatore	Tipologia indicatore Fase	Fonti bibliografiche di riferimento	Fonti dati	Benchmark
% pazienti con refertazione cito/istologica aderente a raccomandazioni di Rete sul totale di pazienti con tumore della tiroide	Indicatore di processo Diagnosi	Documentazione di rete Documento di Consenso Intersocietario, JEI 2018 (AIT, AME, SIE, AIMN, SIUEC, SIAPEC)	Dati da CAS e da anatomia patologica	> 95%

INDICATORE B

Significato: assicurare a tutti i tumori differenziati della tiroide un adeguato percorso che preveda visita CAS e visita GIC iniziale. Tale passaggio è indispensabile anche in tumori a bassissimo rischio (per es. microcarcinomi incidentali) per evitare la dispersione della diagnosi oncologica necessaria ai fini epidemiologici, per assicurare un corretto utilizzo delle risorse all'interno della Rete Oncologica stessa e garantire al paziente adeguato trattamento.

Rappresentazione di numeratore e denominatore	Tipologia indicatore Fase	Fonti bibliografiche di riferimento	Fonti dati	Benchmark
% pazienti con diagnosi istologica di tumore differenziato della tiroide inviati al CAS sul totale dei pazienti con tumore della tiroide diagnosticati all'interno della Rete Oncologica	Indicatore di processo Diagnosi	Documentazione di rete LG ATA Thyroid 2016 Documento di Consenso Intersocietario JEI 2018 (AIT, AME, SIE, AIMN, SIUEC, SIAPEC)	Dati da anatomia patologica e da visite CAS e GIC	> 95%

INDICATORE C

Significato: garantire che per ogni tumore e singolo paziente sia stato *considerato e valutato* il costo beneficio dei trattamenti post chirurgia attraverso la stratificazione del rischio in accordo con AJCC/TNM Staging System e come da indicazioni LG ATA e documento di consenso italiano intersocietario

Rappresentazione di numeratore e denominatore	Tipologia indicatore Fase	Fonti bibliografiche di riferimento	Fonti dati	Benchmark
% pazienti con esplicitazione della stratificazione del rischio iniziale in referto visita GIC post chirurgia sul totale delle visite GIC	Indicatore di processo Diagnosi	LG ATA Thyroid 2016 AJCC/TNM Staging System 2017 Documento di Consenso Intersocietario, JEI 2018 (AIT, AME, SIE, AIMN, SIUEC, SIAPEC)	Dati da referti visite GIC	> 50%

INDICATORE D

Significato: Garantire la multidisciplinarietà e la condivisione della scelta terapeutica di invio a trattamento radiometabolico con I131 in GIC. Evitare visite pre-trattamento a pazienti privi dei requisiti per invio al trattamento stesso. Modalità di adeguamento prevista: presenza di referto GIC co-refertato da almeno 2 membri del GIC di cui almeno un membro espressione di area clinica. Per le strutture che non dispongono di medico nucleare aziendale e devono attivare percorsi di Area e percorsi interaziendali necessaria esplicitazione di eventuali modalità alternative di coinvolgimento del medico nucleare in tale decisione (discussione second time? Condivisione caso in teleconferenza come da percorso attivato da Rete Oncologica per altre neoplasie?).

Rappresentazione di numeratore e denominatore	Tipologia indicatore Fase	Fonti bibliografiche di riferimento	Fonti dati	Benchmark
% pazienti con tumore differenziato della tiroide inviati a visita medico nucleare pre trattamento con I131 NON idonei al trattamento stesso sul totale dei pazienti inviati a valutazione	Indicatore di processo Terapia radiometabolica	LG ATA Thyroid 2016 Documento di Consenso Intersocietario, JEI 2018 (AIT, AME, SIE, AIMN, SIUEC, SIAPEC)	Dati da visite medico nucleare pre-trattamento con I131 e da referti visite GIC	< 5%

INDICATORE E

Significato garantire l'efficienza del sistema garantendo che tutti i pazienti ad alto rischio effettuino visita medico nucleare pre trattamento con I131 entro 60 gg dalla visita GIC in cui è riportata indicazione a trattamento con I131.

Rappresentazione di numeratore e denominatore	Tipologia indicatore Fase	Fonti bibliografiche di riferimento	Fonti dati	Benchmark
% pazienti ad alto rischio che afferiscono a l visita pre trattamento medico nucleare entro 60 gg dalla visita GIC sul totale dei pazienti ad alto rischio che effettuano trattamento radiometabolico	Indicatore di processo Terapia radiometabolica	Documento di Consenso Intersocietario, JEI 2018 (AIT, AME, SIE, AIMN, SIUEC, SIAPEC)	Dati da referti GIC e visite pre trattamento medicina nucleare	> 95%

Referenze:

 http://www.reteoncologica.it/images/stories/Linee_guida_raccomandazioni_RETE/Tiroide/DEF_GDS_TIROIDE_REF_2017.pdf

 Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini P, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016, 26: 1-133

 Pacini F, Basolo F, Bellantone R, Boni G, Cannizzaro MA, De Palma M, Durante C, Elisei R, Fadda G, Frasoldati A, Fugazzola L, Guglielmi R, Lombardi CP, Miccoli P, Papini E, Pellegriti G, Pezzullo L, Pontecorvi A, Salvatori M, Seregni E, Vitti P. Italian consensus on diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer: joint statements of six Italian societies. *J Endocrinol Invest* 2018, 41: 849–76.

 Cibas Edmund S., Ali Syed Z.. 2017. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid* 27:11, 1341-1346

4. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Linee Guida AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica). Tumori della Tiroide, 2017.
2. Diagnostic, therapeutic and health-care management protocol in thyroid surgery: a position statement of the Italian Association of Endocrine Surgery Units (U.E.C. CLUB). J Endocrinol Invest. 2016 Aug; 39(8):939-53
3. AIOM – I numeri del cancro in Italia 2014.
4. DGR Piemonte 51 -2485 del 23/11/2015
5. www.reteoncologica.it
6. www.siuec.it

Testo redatto dal Dr Lodovico Rosato, Referente GIC dell'ASL TO4, dal Dr Giorgio Vellani, Referente CAS Aziendale ASL TO4, in collaborazione con tutti i componenti del GIC