

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE GIC	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 1/12

## PDTA GIC TUMORI della TIROIDE e delle ghiandole ENDOCRINE

### Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale ASL VC	Chiara Serpieri	<i>f.to in originale</i>
Direttore Sanitario ASL VC	Arturo Pasqualucci	<i>f.to in originale</i>
Responsabile GIC aziendale	Riccardo Dosdegani Direttore SC ORL	<i>f.to in originale</i>
Direttore dei Presidi Ospedalieri	Emanuela Pastorelli Direttore SC Direzione Medica	<i>f.to in originale</i>
Direttore Area Chirurgica	Silvio Testa Direttore SC Chirurgia Generale Vercelli	<i>f.to in originale</i>
Direttore Area Medica	Silvio Borré Direttore SC Malattie Infettive	<i>f.to in originale</i>
Servizio Infermieristico, Terapisti della Riabilitazione, Ostetriche	Lidia Carnevale Dirigente Responsabile SITROP	<i>f.to in originale</i>
CAS ASL VC	Dr.sa Elvira De Marino Direttore SC Oncologia	<i>f.to in originale</i>
	Domenico Manachino Dirigente Medico Referente CAS	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica (indicatori)	Sara Marchisio Dirigente Medico Resp. SS Qualità	<i>f.to in originale</i>
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle d'Aosta	Oscar Bertetto	

<b>Data di approvazione</b>	28.12.2016 (D.D.G. 1180/2016)
<b>Periodicità di revisione</b>	Annuale
<b>Data prossima revisione</b>	Entro ottobre 2017
<b>Modalità di diffusione interna</b>	A cura della SS Qualità: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Invio per posta elettronica a:</u> Direttori di Area, Direttori di Dipartimento, membri del GIC, Direzioni riportate nel cartiglio delle responsabilità (vd. sopra "Responsabilità")</li> <li>▪ <u>Pubblicazione in Intranet aziendale</u></li> </ul>
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE <b>GIC</b>	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 2/12

## Composizione GIC

Con \* sono indicate le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare

Strutture	Referente	Firma
Radioterapia	Giuseppina Gambaro	<i>f.to in originale</i>
Otorinolaringoiatria	Riccardo Dosdegani	<i>f.to in originale</i>
Chirurgia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gualtiero Canova, Referente Unico di Disciplina</li> <li>▪ Antonello Grosso</li> </ul>	<i>f.to in originale</i>
Endocrinologo	Luisella Savino	<i>f.to in originale</i>
Oncologia	Elvira De Marino	<i>f.to in originale</i>
Medicina Interna	Miriam Moscotto	<i>f.to in originale</i>
Medicina Nucleare AO AL	Alfredo Muni	<i>f.to in originale</i>
Anatomia Patologica*	Paola Migliora	<i>f.to in originale</i>
Radiodiagnostica*	Germana Musso	<i>f.to in originale</i>
Farmacia*	Silvia Bonetta	<i>f.to in originale</i>
Palliativista*	Giorgio Delzanno	<i>f.to in originale</i>
Psiconcologia*	Fiorenzo Galetti	<i>f.to in originale</i>
Infermiere	Patrizia Stiglio	<i>f.to in originale</i>

## GIC - regolamento

Responsabile	<i>Nome, Cognome, disciplina, contatti</i> Riccardo Dosdegani Direttore SC ORL Disciplina: Otorinolaringoiatria <a href="mailto:riccardo.dosdegani@aslvc.piemonte.it">riccardo.dosdegani@aslvc.piemonte.it</a> – cell. 331-6208166
Segreteria	<i>Sede e contatti della segreteria che provvede alle prenotazioni dei pazienti</i> <b>SEDE DI VERCELLI</b> n. telefono: 0161.593242 - n. fax: 0161593122 <b>SEDE DI BORGOSERIA</b> n. telefono: 0163.426336 - n. fax: 0163426312 e-mail: <a href="mailto:cas@aslvc.piemonte.it">cas@aslvc.piemonte.it</a>
Sede dell'incontro	<i>Luogo fisico in cui si svolge il GIC</i> IV Piano, Ambulatorio di Fibroendoscopia, SC ORL, Ospedale S. Andrea di Vercelli, in attesa dell'individuazione degli spazi GIC aziendali
Periodicità dell'incontro e orario	Quindicinale (ogni secondo e quarto venerdì del mese dalle 12,00 fino al termine dei casi trattati), oltre ad eventuali convocazioni estemporanee in caso di necessità
Modalità di refertazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nelle more di una futura informatizzazione il referto di visita GIC è predisposto utilizzando il format "Scheda personale.doc". Il referto viene stampato, firmato e consegnato al paziente dal medico referente del caso. Copia del file è archiviata su server in un'apposita cartella consultabile da tutti i membri GIC e dal CAS.</li> <li>▪ Per ogni incontro del GIC viene inoltre predisposto un verbale contenente l'elenco dei casi trattati dal GIC nella specifica seduta (prodotto in .doc ed archiviata in versione cartacea firmata dal Responsabile GIC).</li> </ul>

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b>  <b>GIC</b>	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 3/12

Descrizione sintetica del funzionamento	<p>Il GIC tiroide si riunisce con cadenza quindicinale. Alle varie riunioni, convocate dal Responsabile GIC o suo delegato con e-mail, vengono invitati i referenti di disciplina o i supplenti.</p> <p>I singoli casi vengono discussi durante l'incontro.</p> <p>Al termine della seduta viene predisposto il verbale riportante tutti i casi discussi e la sintesi delle decisioni terapeutiche. Tale verbale è sottoscritto dal Responsabile GIC o suo delegato.</p> <p>Al medesimo tempo sono predisposti i referti da consegnare ai singoli pazienti ("Scheda paziente"). Tali referti sono formati da tutti i presenti alla seduta.</p> <p>Tutti i casi trattati presso l'ASL VC sono discussi in ambito GIC.</p> <p>Il referto GIC viene consegnato al paziente dai medici della SC ORL.</p> <p>Qualora il trattamento del paziente preveda, come primo passaggio, un intervento chirurgico, la programmazione del ricovero è in carico alla SC ORL.</p> <p>Diversamente, qualora sia previsto un trattamento oncologico o radioterapico integrato, il CAS predispone l'impegnativa e prenota un appuntamento presso la struttura interessata (cod. 89.03).</p> <p><b><u>In ogni caso, il paziente viene inviato al CAS in presenza di ragionevole sospetto diagnostico e, quindi, prima di qualunque visita GIC.</u></b></p> <p>Per l'attività di convocazione dei GIC e la successiva registrazione delle prestazioni GIC nei flussi informativi il GIC si avvale del supporto amministrativo del CAS. In particolare, il personale amministrativo del CAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sulla base del calendario delle riunioni fornito dal responsabile GIC inserisce a sistema la prenotazione di visita GIC (cod. 89.07) e interagisce con il Responsabile GIC ai fini della tempestiva convocazione dell'incontro;</li> <li>▪ successivamente alla visita GIC, sulla base dell'elenco dei referti GIC e del verbale della seduta, il personale amministrativo del CAS registra l'avvenuto consulto multidisciplinare (cod. 89.07 di cui sopra).</li> </ul>
<b>Descrizione del percorso assistenziale</b>	<p><b><u>Ruolo e modalità operative dell'infermiere GIC:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dopo la prima visita CAS il paziente viene accolto dall'infermiere GIC referente per la presa in carico attraverso le schede di valutazione individuazione delle fragilità del pz. E dei famigliari.</li> <li>• Il monitoraggio del percorso avviene con il costante aggiornamento delle schede di valutazione.</li> <li>• Nel caso dalle schede di valutazione emergono problemi clinico-assistenziali dovuti alla presenza di dolore, alla carenza del patrimonio venoso e alla necessità del posizionamento di CVC o PICC l'Infermiera segnala al Medico della struttura.</li> <li>• Nel caso in cui dalla valutazione emergono difficoltà economico-sociali ed il care-giver è assente, l'Infermiera attiva l'assistente sociale e segnala al Medico la necessità di attivazione della consulenza Psicologica.</li> <li>• Di fronte ad un pz. di età &gt;75 anni l'Infermiera compilerà la scheda di valutazione geriatrica e valuta le condizioni del paziente. In base al punteggio di tale valutazione verrà segnalato al Medico per la richiesta di valutazione neurologica o oncogeriatrica.</li> <li>• L'infermiere GIC invierà tutte le schede di valutazione alle strutture/servizi indicati dal GIC che prenderanno in carico il paziente con esiti di tiroidectomia.</li> </ul>

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE GIC	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 4/12

## Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	<p><i>Confini geografici del bacino di utenza (ad es provincia)</i></p> <p>L'ASL "VC" di Vercelli, situata nel Piemonte Nord Orientale, opera su un territorio di 2.038 Km2, in gran parte coincidente con quello della Provincia di Vercelli. Complessivamente è costituita da 91 Comuni, di cui 7 della Provincia di Biella e 4 della Provincia di Novara, mentre 6 Comuni della Provincia di Vercelli appartengono ad altre 2 ASL. La popolazione residente nella ASL di Vercelli è inferiore di 2.892 unità rispetto a quella della Provincia.</p>																		
Numero di abitanti del bacino di utenza Anno 2015	<p>Al 31.12.2015 sul territorio dell'ASL VC si rilevano 172.012 residenti, pari al 3,91% della popolazione piemontese.</p> <p>La ASL VC è costituita da un unico Distretto sanitario, ma si evidenziano 2 aree territoriali con caratteristiche geografiche diverse, l'area a sud, il Verellese, pianeggiante con 44 Comuni fra cui Vercelli, il centro urbano di maggiori dimensioni e in totale una popolazione di 102.030 abitanti e l'area a nord, la Valsesia, montana, con 47 Comuni e una popolazione pari a 69.982 abitanti.</p> <p>Proporzione della popolazione residente per fascia d'età rispetto al totale dei residenti</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classi età</th> <th>0-14</th> <th>15-34</th> <th>35-64</th> <th>65-74</th> <th>&gt;=75</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>ASL VC</b></td> <td>11,59%</td> <td>18,19%</td> <td>43,49%</td> <td>12,06%</td> <td>14,66%</td> </tr> <tr> <td><b>Piemonte</b></td> <td>12,80%</td> <td>18,92%</td> <td>43,50%</td> <td>11,78%</td> <td>13,00%</td> </tr> </tbody> </table> <p>La popolazione dell'ASL VC è fortemente caratterizzata da un progressivo invecchiamento, superiore a quello regionale.</p> <p>L'indice di vecchiaia, indicatore che descrive il peso della popolazione anziana in una popolazione, nella ASL di Vercelli è risultato pari a 230,66% rispetto al 193,67% della Regione Piemonte, mentre l'indice di invecchiamento della ASL è risultato pari a 26,73% rispetto a 24,78% della Regione.</p> <p>(fonte: Piemonte STATistica e B.D.D.E – PISTA all'ultimo aggiornamento disponibile del 31.12.2015)</p>	Classi età	0-14	15-34	35-64	65-74	>=75	<b>ASL VC</b>	11,59%	18,19%	43,49%	12,06%	14,66%	<b>Piemonte</b>	12,80%	18,92%	43,50%	11,78%	13,00%
Classi età	0-14	15-34	35-64	65-74	>=75														
<b>ASL VC</b>	11,59%	18,19%	43,49%	12,06%	14,66%														
<b>Piemonte</b>	12,80%	18,92%	43,50%	11,78%	13,00%														
Distribuzione dei CAS nel bacino d'utenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 sede CAS nell'Ospedale di Vercelli</li> <li>▪ 1 sede CAS nell'Ospedale di Borgosesia</li> </ul>																		
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	1 GIC con sede operativa nell'Ospedale di Vercelli																		

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE GIC	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 5/12

## Neoplasie di pertinenza del GIC

Il GIC tratta in modo specifico i tumori riportati nelle tabelle sottostanti (fonte: Registro Tumori Piemonte, Province di Biella e Vercelli – Accreditamento AIRTUM 19.11.2014. Dati Provincia Vercelli 2007-2010)

CIM X - MASCHI	Sede	Numero di casi per fasce di età					Tasso grezzo
		0 - 34	35 - 64	65 - 74	75 +	Totale	
<b>C73</b>	<b>Tiroide</b>	2	12	10	4	<b>28</b>	<b>8.1</b>
CIM X - FEMMINE	Sede	Numero di casi per fasce di età					Tasso grezzo
		0 - 34	35 - 64	65 - 74	75 +	Totale	
<b>C73</b>	<b>Tiroide</b>	11	61	11	15	<b>98</b>	<b>26.5</b>
<b>CASI TOTALI</b>		<b>13</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>126</b>	

### LEGENDA

**CIM X:** Classificazione Internazionale delle Malattie Decima Edizione

**Tasso Grezzo:** numero di casi osservati ogni 100.000 residenti/anno

**Nota:** Un registro di popolazione, per produrre dati descrittivi sufficientemente stabili e confrontabili, con una copertura di popolazione superiore ai 200.000 abitanti prevede un numero minimo di 5 anni di osservazione. Pertanto tale obiettivo sarà raggiunto dalla popolazione della Provincia di Vercelli con un'osservazione superiore ai 5 anni (Regolamento e procedure per l'accreditamento di Registri Tumori di popolazione - AIRTUM 11.06.2014).

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b>  <b>GIC</b>	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 6/12

## NOTE INFORMATIVE

### ITER DIAGNOSTICO

Le tabelle riportate nelle pagine seguenti sono state completate seguendo, in linea generale, le indicazioni regionali che citano:

*“Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015. Per le procedure di I livello già presenti nel PDTA CAS (laboratorio, radiologia ecc) non ripetere l’inserimento. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Nella colonna “condizione” è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna “modalità di accesso” vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.”*

### ITER TERAPEUTICO

Le tabelle riportate nelle pagine seguenti sono state completate seguendo, in linea generale, le indicazioni regionali che citano:

*“I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Non è richiesto di specificare i dettagli dei trattamenti (ad es tipo di chirurgia, schedula di radioterapia o schema di chemioterapia). Nella colonna “condizione” è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna “modalità di accesso” vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.”*

L’eventuale trattamento radioterapico è erogato presso l’Ospedale di Vercelli (salvo casi particolari specificati nelle tabelle che seguono, per i quali sono attive specifiche convenzioni con il Centro di Riferimento). I protocolli utilizzati fanno riferimento alle Linee Guida Linee Guida dell’Associazione Italiana Radioterapia Oncologica (AIRO, [www.radioterapiaitalia.it](http://www.radioterapiaitalia.it)) e del National Comprehensive Cancer Network (NCCN), [www.NCCN.org](http://www.NCCN.org)).

Relativamente agli aspetti nutrizionali si precisa quanto segue:

- **nei pazienti con sospetto neoplastico o neoplasia confermata candidabile a trattamento** può essere richiesta consulenza nutrizionale in presenza di:

- malnutrizione moderata-severa: calo ponderale > 10% in 6 mesi;
- rischio di malnutrizione: alimentazione orale stimata o presunta inadeguata per un periodo > 7 giorni

al fine di impostare la più opportuna terapia nutrizionale: dieta di consistenza modificata, counseling nutrizionale, integrazione orale, nutrizione enterale (tramite SNG o PEG in funzione del tipo di trattamento previsto e della durata presunta del supporto nutrizionale).

- **Nei pazienti con accesso enterale** viene attivata la consulenza nutrizionale per l'impostazione del programma nutrizionale e successivo monitoraggio clinico.

Qualora risulti necessaria l'attivazione del trattamento nutrizionale al domicilio, secondo indicazioni del Nutrizionista, vengono effettuate dal Dietista il training del paziente e/o caregiver e la prescrizione dei presidi e delle miscele nutrizionali. Il paziente viene monitorato con periodiche viste di controllo ambulatoriali o domiciliari (in caso di intrasportabilità).

- Nei **pazienti avviati al percorso palliativo** che presentano alimentazione orale insufficiente e con aspettativa di vita di alcuni mesi può essere richiesta una consulenza nutrizionale.

Le consulenze nutrizionali (prime visite e controlli) possono essere effettuate in ospedale (Vercelli, Borgosesia) in regime di ricovero o ambulatoriale e al domicilio del paziente.

Le linee guida di riferimento utilizzate per l’assistenza nutrizionale sono le Linee Guida della European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), 2009

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b>  <b>GIC</b>	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)  Pag. 7/12
---	---	---

L'assistenza nutrizionale specifica è riportata nelle note di legenda in calce alle tabelle. Le consulenze nutrizionali possono essere (prime visite e controlli) possono essere effettuate in ospedale (Vercelli, Borgosesia) in regime di ricovero o ambulatoriale e al domicilio del paziente.

#### **VALUTAZIONE DEL DOLORE E TERAPIA ANTALGICA**

In tutti i pazienti, a prescindere dalla specifica neoplasia, viene effettuata una valutazione del dolore all'ingresso del percorso, dopo l'esecuzione di procedure invasive di particolare impatto (es. intervento chirurgico), e qualora intercorrano modificazioni importanti nella presentazione della malattia, anche quando non espressamente riportato nelle tabelle che seguono, quali la valutazione del dolore e l'attivazione del percorso di terapia antalgica, sono interventi trasversali a tutte le fasi del PDTA. La valutazione del dolore viene di norma effettuata dal personale infermieristico (del CAS, del reparto di degenza/Day Hospital/Day Surgery, degli ambulatori, delle cure domiciliari e palliative, ecc.) utilizzando un'apposita scala di rilevazione. In presenza di dolore viene applicato lo specifico PDTA per la gestione del paziente con dolore cronico che, in caso di dolore moderato o severo, prevede l'attivazione dello specialista di terapia antalgica secondo le modalità descritte nel PDTA [PDTA Dolore oncologico (TEANT.PE.1815.nn)]. Le prestazioni di terapia antalgica da parte dello specialista possono essere erogate al letto del paziente (se degente), a livello ambulatoriale e al domicilio.

#### **CURE PALLIATIVE**

Nel caso in cui il GIC stabilisca l'opportunità di proporre al paziente un percorso palliativo, il medico referente del caso attiva le Cure Palliative come da procedure aziendali [Dimissioni protette ADI+UOCP (UOCP.PI.0236.00); Criteri accesso Hospice (CPH.IO.0313.00); Liste attesa Hospice (CPH.PG.0314.02)].

A seconda delle condizioni cliniche e sociali del paziente e della tipologia di bisogno, le cure palliative potranno essere erogate presso l'Hospice di Gattinara, al domicilio come prestazione ADI-UOCP o in altri eventuali setting (es. degenza in area medica ad assistenza palliativa).

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE GIC	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 8/12

## Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

<b>Tumori della tiroide</b>			
<b>Condizione</b>	<b>Procedure diagnostiche</b>	<b>Modalità di accesso</b>	<b>Tempi previsti di accesso</b>
<b>1. Sospetto di tumore</b>  I segni/sintomi di sospetta neoplasia tiroidea sono i seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ comparsa di tumefazione del collo</li> <li>▪ crescita veloce della tumefazione stessa</li> <li>▪ Familiarità positiva per neoplasia tiroidea</li> <li>▪ alterazione di alcuni dati ematochimici specifici per patologia tiroidea.</li> </ul>	1.1 Visita ORL/ endocrinologica/chirurgica 1.2. se necessario approfondimento, prescrivere accertamenti <sup>1</sup> e visita di controllo	1.1A paziente inviato con prescrizione I visita da: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MMG</li> <li>▪ DEA</li> <li>▪ specialisti convenzionati</li> <li>▪ specialisti privati, previa impegnativa del MMG</li> <li>▪ CAS</li> </ul> 1.1B. Specialista chiamato in consulenza presso altre strutture di degenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ consulenza interna presso reparti ASL</li> <li>▪ DEA</li> </ul> <u>SEDE:</u> Ospedale di Vercelli e di Borgosesia  1.2. prescrizione predisposta dallo specialista ORL/endocrinologo /chirurgo generale; prenotazione tramite CUP. <u>SEDE accertamenti:</u> punti prelievo ASL, Ospedale di Vercelli e Borgosesia per gli accertamenti strumentali e le visite ambulatoriali	Entro 7 gg
	1.3. Invio in I visita CAS del paziente in caso di citologico TIR = 4 o 5 I casi TIR 3 effettueranno la prima visita CAS (e quindi la presa in carico oncologica) solo dopo conferma istologica di malignità; la valutazione infermieristica (dolore, patrimonio venoso, fragilità nel paziente anziano >75 aa, ecc) viene effettuata dal personale infermieristico dell'ambulatorio ORL che è specificatamente formato all'uopo e, in questa fase, è funzionalmente afferente al CAS	1.3 Prescrizione I visita CAS redatta dallo specialista. <u>SEDE:</u> sedi CAS presso l'ospedale di Vercelli e di Borgosesia	Entro 7gg
	1.4. Discussione del caso in GIC (se esame citologico TIR $\geq$ 3 – sono inclusi anche i casi già studiati in altra sede). Il caso viene discusso in GIC in fase postoperatoria nel caso di tumori differenziati, mentre nel caso di carcinomi midollari o anaplastici la discussione GIC avviene prima della decisione di strategia terapeutica	Il caso viene presentato al GIC dal medico referente (prescrizione visita GIC effettuata dal CAS) Il paziente è convocato dal medico ORL (controllo post-ricovero dell'intervento chirurgico). <u>SEDE:</u> Ospedale di Vercelli	Entro 14 gg

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE GIC	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 9/12

<b>Tumori della tiroide</b>			
<b>Condizione</b>	<b>Procedure diagnostiche</b>	<b>Modalità di accesso</b>	<b>Tempi previsti di accesso</b>
<b>2. Caso di tumore confermato</b>	2.1 Esami stadiazione <sup>2</sup> 2.2 Discussione in GIC e stesura proposta piano terapeutico multidisciplinare 2.3 Consegna del referto GIC al paziente, comunicazione della diagnosi e della terapia proposta, acquisizione del consenso al trattamento sanitario 2.4 Completamento accertamenti (ai fini dell'intervento chirurgico <sup>3</sup> ) in regime di pre-ricovero 2.5 Rivalutazione GIC a termine dei trattamenti per definizione del proseguimento del percorso (trattamenti ulteriori/follow-up/palliazione)	2.1 Prenotazione delle indagini strumentali a cura del CAS. <u>SEDE:</u> Ospedale di Vercelli/AOU NO in caso di PET, o in caso di procedure specialistiche in cui non ci sia in ASL la figura professionale secondo accordi interaziendali 2.2 e 2.5 Il caso viene presentato al GIC dal medico che lo ha in carico (prescrizione visita GIC effettuata dal CAS) 2.3 Il paziente è convocato dal medico responsabile GIC tiroide in presenza del medico che lo ha in carico 2.4 Prenotazione/programmazione a cura della SC ORL/SC Chirurgia Generale. <u>SEDE:</u> Ospedale di Vercelli	Entro 14gg

**LEGENDA**

<sup>1</sup>Il paziente è sottoposto ai seguenti esami ematochimici e strumentali: Funzionalità tiroide a secondo il sospetto (TSH, FT3,FT4,hTG, Ab-TG,Ab-TPO, calcitonina, PTH, Cea, Calcemia); Ecografia tiroide con studio power doppler; FNAB ecoguidata; Visita endocrinologica, se non già precedentemente eseguita; Rx Torace e trachea (su indicazione specialistica)

<sup>2</sup>Si completano le indagini con TC collo e/o RMN collo e/o mediastino (non effettuare esami con mezzo di contrasto iodato in caso di pazienti da sottoporre poi a trattamento radiometabolico); eventuale broncoscopia; screening per il feocromocitoma (casi selezionati); visita onco-endocrinologica (casi selezionati per studio mappa genetica)

<sup>3</sup>Il paziente è sottoposto ad intervento di tiroidectomia o loboistectomia.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE GIC	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 10/12

## Descrizione sintetica dei trattamenti

<b>1. Tumori della tiroide</b>			
<b>Condizione</b>	<b>Procedure terapeutiche/palliative</b>	<b>Modalità di accesso</b>	<b>Tempi previsti di accesso</b>
<b>A. tumori differenziati della tiroide (follicolare e papillifero)</b>	<p>Trattamento chirurgico</p> <p>Basso rischio T1aN0M0 Loboismectomia / Tiroidectomia totale se &gt;2 cm T1b N0M0 e T2N0M0 Tiroidectomia totale</p> <p>Alto rischio T1 T2N0M0 Tiroidectomia totale +svuotamento del compartimento centrale</p> <p>Tutti T N+(VII livello)Tiroidectomia totale +svuotamento del compartimento centrale</p> <p>Tutti T N+(II-IV livello)Tiroidectomia totale +svuotamento del compartimento centrale e laterocervicale nonché ricorrentiale</p> <p>Trattamento radiometabolico postchirurgico: Stadio I con &lt;di 45 aa per pT3, pT4a, pT4b con istologia aggressive Stadio I con &gt; di 45 aa pT1a m(T&gt; 1 cm con multifocalità) StadioII &gt;45aa Stadio III, IV a, IVb</p> <p>Il trattamento di radioterapia a fasci esterni dovrebbe essere riservato a pazienti con malattia residua macroscopica o recidiva nei quali una ulteriore chirurgia o un trattamento con I131 abbiano poca probabilità di essere efficaci. L'età del paziente, il grado di differenziazione della malattia e l'entità della iodocaptazione dovrebbero essere i criteri guida nella scelta della radioterapia esterna. L'indicazione al trattamento con radioterapia a fasci esterni nei pazienti con malattia a distanza deve tenere conto dello stato clinico del paziente, della diffusione di malattia e delle sue specifiche localizzazioni, con particolare riguardo alla sintomatologia o ai rischi ad esse associati e della disponibilità o meno di altri trattamenti efficaci.</p>	<p><u>Trattamento chirurgico:</u> Programmato dal chirurgo ORL/chirurgo generale (HITECH - AcceWeb - Galileo)</p> <p><u>Trattamento Radiometabolico:</u> programmazione trattamento dopo visita Medicina Nucleare a cura della SC Medicina Nucleare. <u>SEDE:</u> AO di Alessandria</p> <p><u>Radio-chemioterapia:</u> accesso con prescrizione dematerializzata a cura del CAS (cod. 89.03) di visita radioterapia e di visita oncologica per stesura piano di trattamento integrato <u>SEDE:</u> Ospedale di Vercelli, SSDU Radioterapia; ospedale di Vercelli e Borgosesia per CT (regime ambulatoriale o DH in relazione al tipo di terapia)</p> <p><u>trattamento radio e/o radiochemioterapico post-chirurgico:</u> accesso con prescrizione dematerializzata a cura del CAS (cod. 89.03) di visita radioterapia, di visita oncologica e di visita ORL per stesura piano di trattamento integrato <u>SEDE:</u> Ospedale di Vercelli, SSDU Radioterapia e SC ORL; ospedale di Vercelli e Borgosesia per CT (regime ambulatoriale o DH in relazione al tipo di terapia)</p>	<p>Entro 30gg</p>

**1. Tumori della tiroide**

Condizione	Procedure terapeutiche/palliazio ne	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
<b>B. Carcinoma midollare</b>	<p>T1N0M0 ( T &lt; 1 cm) Tiroidectomia totale +svuotamento del compartimento centrale</p> <p>T1N1M0 ( T &lt; 1 cm) Tiroidectomia totale +svuotamento del compartimento centrale+ svuotamento II-V livello+ ricorrentiale bilaterale</p> <p>T1N0M0(T &gt; 1 cm)Tiroidectomia totale +svuotamento del compartimento centrale completa</p> <p>T1-4, N+, M0 Tiroidectomia totale +svuotamento del compartimento centrale+ svuotamento II-V livello+ ricorrentiale bilaterale + Rt postoperatoria</p> <p>Tumore recidivante o non trattabile e/o metastatico: Targheted Terapy (RT) Kinasi inibitori e etc (CHT) trattamenti individualizzati</p> <p>Inoltre, per tutti i pazienti impegnativa dematerializzata per visita specialistica endocrino-oncologica a Torino, per studio dei recettori tumorali RET</p>	<u>Come sopra</u>	Entro 30gg
<b>C. Carcinoma anaplastico</b>	<p><b>Resecabile (raro):</b> tiroidectomia totale +/- resezione selettiva linfonodi e/o strutture locali coinvolte valutare se R0 R1 può eseguite CH-RT se R2 valutare CT-Rt</p> <p><b>Non resecabile</b> localizzazione non metastatica trattato con CH-RT (eventuale tracheostomia) – palliazione</p> <p>Localizzazione metastatica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ radioterapia</li> <li>▪ chemioterapia</li> <li>▪ targheted terapy</li> </ul>	▪ <u>Come sopra</u>	Entro 30gg
<b>D. Tumore estesamente avanzato con comorbidità tali da non permettere trattamenti esclusivi o integrati</b>  <b>Oppure</b> <b>ricaduta di malattia durante il follow-up giudicata comunque non altrimenti trattabile</b>	<p>Discussione in sede GIC, in presenza del Palliativista</p> <p>Il medico che ha in carico il paziente comunica al paziente/care-giver il percorso palliativo con la collaborazione del Palliativista</p>	<p>Il caso viene presentato al GIC dal medico ORL per valutazione e attivazione del percorso palliativo (rif. procedure aziendali).</p> <p>Il paziente/care-giver è contattato dal medico che ha in carico il paziente (di norma il radioterapista)</p> <p>SEDI: vd. riferimenti nelle note informative ad inizio capitolo</p>	Entro 7gg

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b>  <b>GIC</b>	PDTA GIC tiroide (ORL.PE.1969.01)
		Pag. 12/12

## Follow up

**Responsabile del coordinamento del follow-up:** CAS (prenota le prestazioni previste dal piano di follow-up, raccoglie i referti degli accertamenti previsti e li sottopone allo specialista prima dell'esecuzione della visita specialistica di controllo)

**Responsabile dell'esecuzione delle visite specialistiche di follow-up:** SPECIALISTA DI RIFERIMENTO

### 1. Tumori della tiroide

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
<b>Visita periodica endocrinologica, eventuale endoscopia ed accertamenti di laboratorio</b>	Come da Linee guida American Thyroid Association (ATA) 2015 Vd. sotto	<b>SEDE:</b> Ospedale di Vercelli e Ospedale di Borgosesia

I principali obiettivi del follow-up sono:

1. classificare i pazienti a basso o intermedio/alto rischio di recidiva/mortalità in base alla classificazione TNM ed alla presenza o meno di fattori di rischio associati;
1. identificare nel post-intervento i pochi pazienti con persistenza di malattia;
2. individuare nel corso del follow-up a lungo termine le possibili recidive tumorali;
3. riclassificare i pazienti nel corso del follow-up ("ongoing assessment"): la maggior parte dei pazienti ad alto rischio, una volta riconosciuti libera da malattia, viene riclassificata come a basso rischio;
4. modulare la terapia sostitutiva-soppressiva con levotiroxina.

L'assenza di malattia (risposta eccellente alla terapia) richiede le seguenti condizioni: 1) non evidenza clinica di tumore; 2) non evidenza morfologica di tumore (ecografia del collo negativa e assenza di captazione patologica al di fuori del letto torideo alla scintigrafia post trattamento, se eseguito); 3) livelli di tireoglobulina <0,2 ng/ml in corso di terapia soppressiva o <1ng/ml dopo stimolo (con rhTSH o in sospensione di terapia) in assenza di interferenza anticorpale.

#### **FOLLOW-UP. Valutazione dopo:**

- **due mesi** dalla terapia chirurgica/radiometabolica con dosaggio di tireoglobulina, TSH, FT3, FT4, calcio, PHT, AbTG (gli anticorpi anti tireoglobulina devono essere misurati insieme alla tireoglobulina e i controlli seriati devono essere eseguiti presso lo stesso laboratorio);
- **dopo 6 mesi** con dosaggio di TSH, FT4, Tireoglobulina, AbTG, ecografia tiroidea;
- **dopo 12 mesi** con dosaggio di TSH, FT4, tireoglobulina, AbTG, ecografia tiroidea

Il test di stimolo della Tg dopo rhTSH viene effettuato 12 mesi dopo il trattamento iniziale per poter ristudiare il paziente.

Nei pazienti che presentano una risposta positiva (Tg>2ng/ml) al test con rhTSH ma ecografia e altri eventuali esami morfologici negativi è indicata la ripetizione del test con rhTSH ad almeno 1 anno di distanza dal primo test.

Per quanto concerne **il follow-up di lungo periodo:**

- nei pazienti a rischio ATA basso e intermedio con risposta eccellente alla terapia, i controlli vengono effettuati ogni 12 mesi con dosaggio di TSH, FT4, tireoglobulina, AbTG, calcio, ecografia tiroidea;
- nei pazienti con alto rischio ATA e in quelli con risposta biochimica o strutturale incompleta o indeterminata, i controlli sono eseguiti ogni 6 mesi.

I pazienti che continuano a presentar livelli "dosabili bassi" non stimolati di Tg (1-5 ng/ml) con ecografia e anticorpi negativi, possono essere seguiti con la ripetizione del solo dosaggio basale ogni 6 mesi per escludere l'incremento nel tempo dei livelli di Tg (valutazione del trend della Tg).

In caso di linfadenopatie sospette di diametro >8-10 mm è consigliato l'ago aspirato per esame citologico (FNA) e la misurazione della Tg nel liquido di lavaggio dell'ago.

#### ALTRE INDAGINI

**FDG-PET/TC:** se positiva, indica la presenza di un tumore aggressivo, in genere non responsivo alla terapia con radio-iodio. È quindi consigliata nei pazienti ad alto rischio con livelli di Tg elevati (generalmente ≥10 ng/ml) e negatività della scintigrafia post-dose terapeutica.

**TC collo e mediastino:** in presenza di malattia locale avanzata (metastasi linfodali o sospetta invasione delle strutture aero-digestive) e in caso di Tg elevata ed ecografia negativa

**TC del torace:** in pazienti ad alto rischio con livelli elevati di Tg o con progressivo incremento dei TgAb (raccomandazione forte, evidenza di moderata qualità);

**TC e RM cerebrale, dello scheletro o dell'addome:** nei pazienti al alto rischio con Tg elevata e imaging negativo di collo e torace