



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**





A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria



TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 1 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	----------------

DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	AUTORIZZAZIONE
21/2/2023	<i>Prof. F. Bussu Direttore SC Otorinolaringoiatria</i>	<i>Dott.ssa F Ferrari DM SC QAGR</i>	<i>Dott. R Foddanu Direttore SC QAGR</i>	<i>Dott. Luigi Cugia Direttore Sanitario</i>
	<i>Prof. G. De Riu Direttore SC Chirurgia Maxillo- Facciale</i>			
	<i>Prof. C. Rubino Direttore SC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>			
	<i>Prof. R. Boccaletti SC Neurochirurgia</i>			
	<i>Prof. SGF Profili Direttore ff SC Radioterapia</i>			
	<i>Prof. M. Scaglione Radiodiagnostica</i>			
	<i>Prof. A. Cossu Direttore SC Anatomia e Istologia Patologica</i>			
	<i>Dott. A. Pazzola Direttore SC Oncologia medica</i>			
	<i>Prof.ssa A. Spanu Direttrice SC Medicina Nucleare</i>			
	<i>Prof.ssa E. Milia Direttrice SSD Clinica Odontoiatrica</i>			
	<i>Dott. F. Demaria Direttore SSD Psicologia Ospedaliera</i>			

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 2 di 61	

INDICE:

1. INTRODUZIONE	3
1.1.PREMESSA	3
1.2.DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA	4
2. SCOPO/OBIETTIVO	4
3. METODOLOGIA	5
4. CAMPO DI APPLICAZIONE	6
5. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI	7
6. RESPONSABILITÀ E RUOLI ALL'INTERNO DEL PDTA	8
7. RIFERIMENTI	9
8.DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	11
8.1 CRITERI DI INCLUSIONE	12
8.2 CRITERI DI ESCLUSIONE	12
8.3 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE	12
8.4 GRUPPO MULTIDISCIPLINARE	13
8.5 MULTIDISCIPLINARIETÀ	14
8.6 TEMPISTICA DELLA PRESA IN CARICO	18
8.7 FASE DIAGNOSTICA E DI STADIAZIONE CLINICA	18
8.8 PROFILI DI STADIAZIONE	21
8.9 SUPPORTO PSICOLOGICO	26
8.10 PERCORSO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON ACCERTATO TUMORE TESTA COLLO	30
8.11 TERAPIA DEL DOLORE E ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE	42
8.12 FOLLOW UP	45
9. INDICATORI	47
9.1 INDICATORI DI ATTIVITÀ	47
9.2 INDICATORI DI PROCESSO	48
9.3 INDICATORI DI PERFORMANCE	48
9.4 INDICATORI DI ESITO	49
10. ALLEGATI 3 E 4	50
11. ARCHIVIAZIONE E REVISIONI	60
12. DIAGRAMMI DI FLUSSO	61
13.1 FLOWCHART 1	61
13.2 FLOWCHART 2	62

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 3 di 61	

1. INTRODUZIONE



1.1.Premessa

Per tumori testa e collo si intendono classicamente neoplasie di origine dal rivestimento mucoso delle vie aerodigestive superiori e dalle ghiandole esocrine di pertinenza (faringe, naso e seni paranasali, cavo orale, laringe, ghiandole salivari). Nel presente documento si tratterà, inoltre, delle masse di origine orbitaria. Ogni anno in Italia vengono diagnosticati più di 9.000 nuovi casi di tumori maligni del testa-collo, di cui più del 75% insorti in soggetti di genere maschile, e con un aumento del rischio correlato all'età in entrambi i sessi. Il 24% di questi tumori colpisce persone con più di 70 anni, anche se si è riscontrato un recente aumento tra le persone più giovani, dovuto probabilmente alla connessione tra infezione da papilloma virus umano e tumori dell'orofaringe. Le terapie oggi disponibili hanno portato la sopravvivenza media dei pazienti a 5 anni dalla prima diagnosi al 57% circa, con tassi di guarigione che vanno dal 75% al 100% per le neoplasie individuate agli stadi iniziali e senza interessamento linfonodale.

Nel loro insieme i tumori maligni del distretto cervico-facciale sono per incidenza la sesta forma di tumore maligno (escludendo i tumori cutanei non melanoma), non presentano pertanto un'incidenza elevatissima, ma mostrano varie specificità e criticità nella diagnosi, nell'approccio terapeutico specifico, nelle modalità e nei tempi di gestione del paziente; si è pertanto ritenuto opportuno costruire un gruppo di lavoro multidisciplinare (*Tumor Board*) nell'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Sassari, già attivo dall'agosto 2017 aperto a collaborazioni con altre aziende sanitarie del territorio.

Dall'analisi dei dati della rete oncologica della Regione Sardegna (dati del 2018, prima della pandemia da Covid-19) vi sono stati 2307 ricoveri per tumori del distretto cervico- facciale, di cui circa 250 presso la nostra azienda. Tuttavia ancora oggi si registra una insufficienza di dati oggettivi sulle modalità di presa in carico e di trattamento dei soggetti affetti da patologie del distretto cervico-facciale in Sardegna.

Il PDTA è stato elaborato tenendo conto della situazione epidemiologica e socio-sanitaria del Nord Sardegna e del ruolo di Hub di riferimento dell'AOU di Sassari ed è pensato per rendere agevole l'inclusione e l'integrazione tra le varie strutture e presidi socio-sanitari (aziendali ed extra-aziendali) presenti nel territorio. Il percorso si focalizza sulle neoplasie delle sedi anatomiche principali del distretto cervico-facciale: cavo orale, orofaringe, ipofaringe, laringe, rinofaringe, naso, seni paranasali, ghiandole salivari ed orbite (che da qui in avanti saranno incluse nella dicitura "tumori testa-collo" nel presente documento).

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 4 di 61	

1.2 Descrizione della patologia

I tumori maligni del distretto testa collo rappresentano in Italia circa il 3% di tutti i tumori maligni (1). Ogni anno si diagnosticano circa 13.000 nuovi casi e la maggior parte di essi si osserva nella popolazione maschile. L'incidenza annuale è 18/100.000 abitanti, un dato simile a quello riscontrato in UE. Circa il 24% dei nuovi casi di tumore di testa e collo viene diagnosticato in pazienti di età superiore a 70 anni. La prevalenza delle donne affette tende ad aumentare con l'età.

Il 93% dei tumori di testa e collo sono tumori epiteliali, in particolare carcinomi squamocellulari (SCC) (90% dei casi). Queste neoplasie hanno una dimostrata correlazione con abitudini di vita come fumo di sigaretta e abuso di alcol, o con determinate attività lavorative che comportino esposizione alle polveri del legno, del cuoio e all'amianto e con infezioni virali [virus di Epstein-Barr (EBV) nei tumori rinofaringei, papillomavirus (HPV) nei carcinomi orofaringei].



A fronte della relativa omogeneità istologica (netta maggioranza di SCC) i tumori del distretto testa collo rappresentano un gruppo molto eterogeneo, essendo i principali fattori di eterogeneità la sede di origine e la correlazione con le infezioni virali.

Tale eterogeneità determina una grande variabilità in termini di fattori di rischio, work up diagnostico, efficacia delle varie modalità terapeutiche e quindi prognosi, impatto variabile dei trattamenti sulle funzioni vitali e quindi sulla qualità di vita nei pazienti che sopravvivono (survivorship). Questo si rispecchia sulla gestione del paziente e della sua patologia nelle varie fasi dell'attività del PDTA con specifiche considerazioni legate a tali fattori di eterogeneità ed in particolare alla sede di origine del tumore. Tali specificità vengono descritte in dettaglio a seguire (8. descrizione delle attività).

2. SCOPO/OBIETTIVO

La condivisione dei PDTA costituisce un elemento fondamentale di governance delle reti oncologiche, come indicato, anche, dal Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 redatto dal Ministero della Salute. . Nell'ambito di tale processo vengono valorizzate le buone pratiche cliniche e definiti i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia e efficienza alla richiesta di salute dei cittadini. L'obiettivo principale del PDTA Aziendale è di garantire a tutti i pazienti affetti da tumore testa-collo una medicina quanto più personalizzata, che garantisca la presa in carico nelle varie fasi del percorso, tenendo conto da un lato delle caratteristiche biologiche del tumore e del distretto interessato, e dall'altro dei bisogni del singolo paziente, per ottenere come ricaduta la migliore sopravvivenza e qualità di vita dell'individuo; offrendogli il migliore processo di cura possibile attraverso un approccio multidisciplinare integrato, che prevede il coinvolgimento di vari specialisti.

A tale fine, già dall'agosto del 2017, si è creato il "Tumor Board": un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, costituito dagli specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da tumore del distretto testa collo, in grado di attuare un programma diagnostico terapeutico specifico per ciascun paziente, con lo scopo di raggiungere il massimo livello di qualità possibile, aumentandone così le possibilità di guarigione e migliorandone la qualità di vita.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A. D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 5 di 61	

Il Tumor Board si riunisce con cadenza settimanale, preferibilmente tutti i giovedì mattina alle 8.30, per discutere i casi clinici e prendere decisioni condivise sull'iter diagnostico-terapeutico più appropriato da adottare per ciascun paziente.

Il percorso assistenziale viene proposto al paziente, reso così consapevole e partecipe, e agli operatori sanitari come strumento organizzativo-gestionale di riferimento per guidare il loro lavoro, per una migliore pianificazione delle fasi di presa in carico e gestione del paziente stesso (diagnosi, trattamento, follow-up, gestione della survivorship).

In riferimento alla mission aziendale che integra attività assistenziale e di ricerca, durante il percorso di assistenza potrà essere proposto ai pazienti di partecipare a studi osservazionali; con tale obiettivo è costituito un database strutturato ed organico, che consente un'elaborazione scientifica dei dati raccolti.



Ulteriori obiettivi sono: l'aggiornamento e la formazione specialistica costanti degli operatori sanitari coinvolti per mantenere un'elevata professionalità, il continuo monitoraggio dell'efficacia dello stesso PDTA e la futura pianificazione di processi ed accordi extra-aziendali al fine di garantire la migliore continuità assistenziale.

3. METODOLOGIA

Per la stesura del PDTA il gruppo di lavoro ha condotto, partendo dai documenti dell'Associazione Italiana di Oncologia Cervico Cefalica (AIOCC), una ricerca sistematica della letteratura con lo scopo di identificare tutte le possibili linee guida sull'argomento, integrando le raccomandazioni con un'attenta valutazione delle strutture e dei servizi a disposizione nel territorio di riferimento.

Con questo fine sono state consultate le seguenti banche dati: MEDLINE (Pubmed) (dal 2015 al 6 aprile 2022) ed Embase (dal 2015 al 6 aprile 2022).

Nella sua elaborazione e progettazione è stato utilizzato il metodo dell'evidence-based medicine, che combina la migliore evidenza scientifica, basandosi sulle linee guida internazionali e sulle indicazioni dell'Associazione Italiana Oncologia Cervico Cefalica (AIOCC) aggiornati al 2022, all'esperienza dei professionisti coinvolti.



 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio		Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo		 A.D. MDLXII S.C. Otorinolaringoiatria	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 6 di 61	

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica nelle Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari coinvolte nella diagnosi e nel trattamento del tumore del distretto testa –collo-orbite (esclusa la tiroide).

I destinatari sono tutti gli assistiti, che presentano un tumore del distretto testa-collo, unitamente ai famigliari ed eventuali caregiver, ai quali è richiesto di partecipare attivamente alla gestione delle cure.

UNITÀ OPERATIVA	NOME COGNOME	QUALIFICA	EMAIL
SC Otorinolaringoiatria	Prof. F. Bussu (AOU Sassari)	Direttore	fbussu@uniss.it
SC Chirurgia Maxillo-facciale	Prof. G. De Riu (AOU Sassari)	Direttore	giacomo.deri@aouss.it
SC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Prof. C. Rubino (AOU Sassari)	Direttore	corrado.rubino@aouss.it
SC Neurochirurgia	Prof. R. Boccaletti (AOU Sassari)	Direttore	riccardo.boccaletti@aouss.it
SC Radioterapia SC Diag. per Imm. 1	Prof. S. G. F. Profili (AOU Sassari)	Direttore	stefano.profil@aouss.it
SC Oncologia Medica	Dott. A. Pazzola (AOU Sassari)	Direttore	antonio.pazzola@aouss.it
SC Anatomia e Istologia Patologica	Prof. A. Cossu (AOU Sassari)	Direttore	cossu@uniss.it
SC Medicina Nucleare	Prof.ssa A. Spanu (AOU Sassari)	Direttore	angela.spanu@aouss.it
SC Diag. per Imm. 2	Prof. M. Scaglione (AOU Sassari)	Direttore	mariano.scaglione@aouss.it
SSD Clinica Odontoiatrica	Prof.ssa E. Milia (AOU Sassari)	Direttore	egle.milia@aouss.it
SSD Psicologia Ospedaliera	Dott. Fabrizio Demaria (AOU Sassari)	Direttore	fabrizio.demaria@aouss.it

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 7 di 61	

Livelli assistenziali interessati

Ricovero Ordinario e/o Day Hospital /Visite Ambulatoriali



La diagnosi e la stadiazione della patologia vengono eseguite prevalentemente in regime ambulatoriale; più di rado e in casi selezionati in regime di ricovero.

L'intervento chirurgico viene eseguito in regime di ricovero, per lo più ordinario.

La radioterapia e la terapia antitumorale (chemioterapia, immunoterapia) vengono eseguite in regime ambulatoriale/Day Hospital. Il follow-up e la gestione della survivorship sono eseguiti in regime ambulatoriale.

5. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

AIOCC	Associazione Italiana di Oncologia Cervico-Cefalica
AIOM	Associazione Italiana di Oncologia Medica
AIRTUM	Associazione Italiana Registro Tumori
AOU Sassari	Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari
CT	Chemioterapia
CUP	Centro Unico di Prenotazione
CVC	Catetere Venoso Centrale
DOI	Deep Of Invasion (profondità di invasione)
EBV	Epstein Barr Virus
ECE	Estensione extracapsulare
EGDS	EsofagoGastroDuodenoScopia
FDG	Fluoro Desossi Glucosio
FNAB	Fine Needle Aspiration Biopsy (biopsia sotto guida ecografica)
FNAC	Citologia da agoaspirato con ago sottile
HPV	Human Papilloma Virus
MDC	Mezzo di contrasto
MMG	Medico di medicina generale
NAS	Non altrimenti specificato
NBI	Neuro Band Imaging

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 8 di 61	

OARS	Organi a rischio
ORL	Otorinolaringoiatria
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PET	Positron Emission Tomography tomografia a emissione di positroni
RM	Risonanza Magnetica
RT	Radioterapia
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
TB	Tumor Board (gruppo multidisciplinare)
TC	Tomografia Computerizzata
UOC	Unità operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
US	Ultrasound ecotomografia
VM	Valutazione multidisciplinare



6. RESPONSABILITÀ E RUOLI ALL'INTERNO DEL PDTA

Il coordinatore del Tumor Board, al momento il responsabile della SC Otorinolaringoiatria, assicura il regolare svolgimento delle riunioni, verifica che tutti i pazienti includibili vengano inseriti nel PDTA e discussi dal gruppo multidisciplinare, modera le discussioni del TB stesso.

La responsabilità clinica di ogni singolo caso è del Medico Referente, che può cambiare a seconda della fase della storia clinica del paziente e delle modalità terapeutiche ritenute più adeguate (es. il Chirurgo per il trattamento chirurgico e, successivamente, il Radioterapista o l'Oncologo per il trattamento adiuvante), in un modello di integrazione professionale organizzato su base non gerarchica. Il Medico Referente può e deve interpellare il Tumor Board per ogni decisione di rilievo nella storia clinica del paziente.

Il paziente, adeguatamente studiato, viene presentato nel corso del primo meeting multidisciplinare disponibile dal Medico Referente, che è inizialmente il medico dell'ambulatorio PDTA che lo ha valutato in prima istanza, con una proposta di stadiazione e/o strategia terapeutica. Lo stesso si occuperà di comunicare al paziente la diagnosi e/o la decisione diagnostica e/o terapeutica decisa collegialmente in riunione multidisciplinare.

Alla prima ed alle successive discussioni nel Tumor Board su un dato paziente può partecipare il professionista (medico di base, specialista del territorio o di altra struttura ospedaliera) che lo ha osservato e lo ha sottoposto alle strutture del presente PDTA, in un'ottica di interazione,

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 9 di 61	

collaborazione e feedback continuo con il territorio. Sarà cura del Medico Referente aggiornare comunque e mantenere i contatti con il Medico di Base e con gli specialisti che hanno primariamente sottoposto il caso.

Il medico referente (se il paziente viene inviato a intervento chirurgico il referente sarà il Chirurgo, fino allo step successivo, dove il medico referente sarà per es. quello che segue la terapia adiuvante o il follow up ambulatoriale) ha l'incarico di occuparsi di spiegare al paziente le decisioni prese dal TB sulla strategia di diagnosi e terapia ed aggiornarlo sull'andamento del percorso.

Il **responsabile organizzativo**, designato dal coordinatore in accordo con il TB, è incaricato della stesura del programma dei meeting del Tumor Board, e di verificare che i medici referenti nel proporre i pazienti per la discussione multidisciplinare, abbiano fornito un set di dati minimali per rendere possibile la discussione del caso e la gestione del paziente.

7. RIFERIMENTI

Linee Guida

Le Linee Guida diagnostico/terapeutiche adottate come riferimento del PDTA sono identificate dal TB. Esse vengono periodicamente aggiornate sulla base delle nuove evidenze scientifiche pubblicate in letteratura. In relazione a fasi specifiche del percorso è anche possibile fare riferimento a documenti approvati e ufficiali, di carattere più tecnico. Il presente GMD ha valutato tutta una serie di linee guida nazionali ed internazionali (NCCN, AIRO, AIOCC, AIOM), che verranno adottate come linee guida di riferimento, salvo eccezioni o specificazioni di dettaglio da discutere sulla base delle evidenze di letteratura.

Linee guida e datasets per il campionamento e la refertazione dei campioni chirurgici di neoplasie del cavo orale:

<http://www.iccr-cancer.org/getattachment/Datasets/Published-Datasets/Head-Neck/Oral-Cavity/ICCR-Oral-v1-Bookmarked.pdf>

<https://documents.cap.org/protocols/cp-headandneck-lip-oralcavity-17protocol-4001.pdf>



<https://www.rcpath.org/resourceLibrary/dataset-for-histopathology-reporting-of-mucosal-malignancies-of-the-oral-cavity.html>

Linee guida e dataset per il campionamento e la refertazione dei campioni chirurgici di neoplasie dell'orofaringe:

<http://www.iccr-cancer.org/getattachment/Datasets/Published-Datasets/Head-Neck/Nasopharynx/ICCR-Nasopharynx-Oropharynx-v1-Bookmarked-guide.pdf>

<https://documents.cap.org/protocols/cp-headandneck-pharynx-19-4002.pdf>

[https://www.rcpath.org/resourceLibrary/Dataset for histopathology reporting of mucosal malignancies of the pharynx](https://www.rcpath.org/resourceLibrary/Dataset%20for%20histopathology%20reporting%20of%20mucosal%20malignancies%20of%20the%20pharynx)

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 10 di 61	

Linee guida e dataset per il campionamento e la refertazione dei campioni chirurgici di neoplasie della laringe:

<http://www.iccr-cancer.org/getattachment/Datasets/Published-Datasets/Head-Neck/Larynx/ICCR-Larynx-v1-Bookmarked.pdf>

<https://documents.cap.org/protocols/cp-headandneck-larynx-17protocol-4001.pdf>

<https://www.rcpath.org/resourceLibrary/dataset-for-histopathology-reporting-of-mucosal-malignancies-of-the-larynx.html>

Linee guida e dataset per il campionamento e la refertazione dei campioni chirurgici di neoplasie dell'ipofaringe:

<http://www.iccr-cancer.org/getattachment/Datasets/Published-Datasets/Head-Neck/Larynx/ICCR-Larynx-v1-Bookmarked.pdf>

<https://documents.cap.org/protocols/cp-headandneck-pharynx-19-4002.pdf>

Linee guida e dataset per il campionamento e la refertazione dei campioni chirurgici di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali:

<http://www.iccr-cancer.org/getattachment/Datasets/Published-Datasets/Head-Neck/Nasal-Cavity/ICCR-Nasal-Cavity-v1-Bookmarked.pdf>

<https://documents.cap.org/protocols/cp-headandneck-nasalcavity-paranasal-17protocol-4001.pdf>



<https://www.rcpath.org/resourceLibrary/dataset-for-histopathology-reporting-of-mucosal-malignancies-of-the-nasal-cavities-and-paranasal-sinuses.html>

Linee guida e dataset per il campionamento e la refertazione dei campioni chirurgici di svuotamento laterocervicale:

<http://www.iccr-cancer.org/getattachment/Datasets/Published-Datasets/Head-Neck/Nodal-Excisions/ICCR-Nodal-and-Neck-v1-Bookmarked.pdf>

<https://www.rcpath.org/resourceLibrary/dataset-for-histopathology-reporting-of-nodal-excisions-and-neck-dissection-specimens-associated-with-head-and-neck-carcinomas-pdf.htm>

Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027. Ministero della Salute

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 11 di 61	

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

8.1 Criteri di inclusione

I pazienti eleggibili al presente PDTA sono tutti i soggetti con diagnosi o sospetto di tumore (maligno o benigno con particolari criticità, per il quale si ritenga opportuno un approccio multidisciplinare) del distretto testa-collo, esclusa la tiroide.

Per distretto testa-collo si intende il raggruppamento delle seguenti sedi anatomiche:

- Cavo orale
- Orofaringe
- Rinofaringe
- Ipofaringe
- Laringe
- Fosse nasali e seni paranasali
- Orbite
- Ghiandole salivari

8.2 Criteri di esclusione

- Tumori della tiroide

8.3 Presa in carico del paziente



Il MMG, lo specialista in Otorinolaringoiatria o in Oculistica o l'Odontoiatra inviano il loro assistito con sospetta neoplasia del distretto testa-collo presso le strutture ambulatoriali specialistiche (chirurgiche o oncologiche) della Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, facenti parte del Gruppo Multidisciplinare del PDTA testa/collo, tramite prenotazione CUP o più direttamente richiedendo un appuntamento ai numeri/email indicati sotto, per effettuare una valutazione specialistica ORL o Chirurgia Maxillo-Facciale con eventuale esame video-endoscopico.

Nel caso di sospetto tumore del cavo orale, il paziente più frequentemente giunge all'attenzione dell'Odontoiatra di fiducia o della Struttura Odontoiatrica Ospedaliera.

Il paziente può essere inviato direttamente in PS se esistono le caratteristiche dell'urgenza.

La prima visita da parte delle suddette Strutture del Gruppo Multidisciplinare deve essere fissata con la massima celerità. Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) della Regione Sardegna (tel. 1533 o 070-276424) è contattabile per fissare un appuntamento con priorità urgente per visita otorinolaringoiatrica o chirurgica maxillo-facciale. **Presso l'UOC di ORL sono attivi due ambulatori per 6 giorni alla settimana con 6 spazi dedicati alle urgenze per ciascun ambulatorio. Presso la SC di Chirurgia Maxillo-Facciale è attivo un ambulatorio per 5 giorni alla settimana con 6 spazi dedicati alle urgenze**

Inoltre gli ambulatori Aziendali (vedi numeri diretti degli ambulatori PDTA coinvolti), nel caso di sospetto neoplasia del distretto testa e collo, possono fissare un appuntamento per prima visita con attesa massima di 6 giorni, richiedendo l'impegnativa per visita differibile a breve (da barrare la casella

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 12 di 61	

B), compilata dal Medico di Medicina Generale dove si precisi il: **“sospetto di neoplasia del distretto testa e collo”**.

STRUTTURE AMBULATORIALI PDTA AOU SS		
● SC ORL AOU SS	Cliniche Universitarie, Viale san Pietro 43/C, piano terra	Ambulatori 29-30 Segreteria: 079228511
● SC CH MAXILLO FACCIALE AOU SS	Cliniche Universitarie, Viale san Pietro 43/C, piano terra	Ambulatorio 78 : 079229137
● SC CH PLASTICA E RICOSTRUTTIVA AOU SS	Cliniche Universitarie, Viale san Pietro 43/C, piano terra	Segreteria 079 228013 Reperto 079 229102 Ambulatorio 67 : 079 228539 Ambulatorio 69 : 079 228075 Ambulatorio 72 : 079 229128
● SSD CLINICA ODONTOIATRICA AOU SS	Viale San Pietro 43/C - Padiglione Facoltà Medicina e Chirurgia - Piano Terra	Accettazione: 079228545 Amb. chirurgia orale: 079228571
● SC ONCOLOGIA MEDICA AOU SS	Reperto: Via E. de Nicola - Presidio SS Annunziata - Ala Sud - 4° piano Day Hospital: Viale San Pietro - Padiglione Malattie Infettive - 3° piano Via E. de Nicola - Presidio SS Annunziata - Ala Sud - 1° sottopiano	Segreteria: 079 2061586 Day Hospital (C/O Malattie Infettive): 079228382 Day Hospital (C/O SS Annunziata): 0792061678
● AMB. TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE	Via E. De Nicola - Presidio SS Annunziata, Ala Pronto Soccorso - 2° piano	Segreteria: 079 2061025
● SSD PSICOLOGIA OSPEDALIERA	Via E. de Nicola - Presidio SS Annunziata - piano terra	079 2061234

Durante la prima visita lo specialista, dopo l'avvenuta accettazione e identificazione del paziente, provvede a redigere l'anamnesi e ad eseguire l'esame obiettivo avvalendosi, ove necessario, dell'endoscopio a fibre ottiche. Al termine redigerà il referto della valutazione, consegnandone copia all'assistito. In caso di presenza di **lesione sospetta** per neoplasia, il paziente prosegue il percorso di approfondimento diagnostico, con la fibroscopia (dove non già eseguita), l'esame istopatologico della neoformazione (biopsia) dove possibile, l'opportuna diagnostica per immagini (TC o RM) e la valutazione delle condizioni generali di salute.



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE	DATA	Pagina 13 di 61
		01		

In questa fase può essere opportuna, anche allo scopo di velocizzare il work up, una preliminare valutazione multidisciplinare da parte del Tumor Board.



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**





A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 14 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

8.4 Gruppo multidisciplinare testa e collo AOU SASSARI

	STRUTTURA	REFERENTI
CORE TEAM	SC OTORINOLARINGOIATRIA	PROF. F. BUSSU (AOU SASSARI)
	SC CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	PROF. G.DE RIU (AOU SASSARI)
	SC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	PROF. C. RUBINO (AOU SASSARI)
	SC NEUROCHIRURGIA	PROF. R. BOCCALETTI (AOU SS)
	SC RADIOTERAPIA	PROF. S.G.F. PROFILI (AOU SASSARI)
	SC ONCOLOGIA MEDICA	DOTT. A. PAZZOLA (AOU SASSARI)
	SC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	PROF. A. COSSU (AOU SASSARI)
	SC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	PROF. M. SCAGLIONE (AOU SASSARI)
	SC MEDICINA NUCLEARE	PROF.SSA ANGELA SPANU (AOU SASSARI)
	SSD CLINICA ODONTOIATRICA	PROF.SSA E. MILIA (AOU SASSARI)
	SSD PSICOLOGIA OSPEDALIERA	DOTT. F. DEMARIA (AOU SASSARI)
NON CORE TEAM	PATOLOGIA GENERALE E MOLECOLARE	PROF.SSA R. M. PASCALE (AOU SASSARI)
	LOGOPEDISTA	DOTT.SSA E. DEGNI (AOU SASSARI)
	ENDOCRINOLOGO	PROF. G. FANCIULLI (AOU SASSARI)
	BRONCOSCOPISTA	PROF. A. FOIS (AOU SASSARI)
	ENDOSCOPISTA DIGESTIVO	DOTT. G. RIZZO (AOU SASSARI)
	SPECIALISTA TERAPIA DEL DOLORE E PALLIATIVA	DOTT.SSA V. MULAS (AOU SASSARI)
	FISICO MEDICO	DOTT. A. POGGIU (AOU SASSARI)
	GERIATRA	DOTT. A. FILIPPI (AOU SASSARI)
	EPIDEMIOLOGO MOLECOLARE (IGIENE)	PROF A. PIANA (AOU SASSARI)
	ONCOLOGO MOLECOLARE	PROF GIUSEPPE PALMIERI
	PSICHIATRA	PROF.SSA A. NIVOLI (AOU SASSARI)
DATA MANAGER GMD TESTA E COLLO		DOTT.SSA C. CRESCIO (AOU SASSARI)
AILAIR ONLUS (ASSOCIAZIONE ITALIANA LARINGECTOMIZZATI), sezione di Sassari, sig. Mario Cuccureddu, 3457167530		

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 15 di 61	

Al Tumor Board possono partecipare, sotto la responsabilità ed il coordinamento del Coordinatore del TB, diversi professionisti che operano nell'ambito del SSN nel Nord Sardegna con la finalità di:

- presentazione di casi clinici per inclusione nel PDTA
- formazione ed aggiornamento scientifico reciproco
- arricchimento della discussione con inclusione di ulteriori competenze qualificate
- migliore garanzia di continuità assistenziale in previsione della possibile implementazione di una rete interaziendale con agevolazione del passaggio dei pazienti tra le diverse strutture regionali nelle diverse fasi della loro malattia.



8.5 Multidisciplinarietà

Lo specialista che ha valutato il paziente (Medico Referente) presenterà il caso clinico al Tumor Board con una proposta di stadiazione e/o strategia terapeutica alla riunione collegiale, iniziando così il suo percorso terapeutico intra-aziendale. Lo stesso medico rimarrà il Medico Referente (addetto alla gestione della comunicazione al pz e responsabile del rispetto delle tempistiche) finché al TB non verrà presa decisione diversa ed il paziente formalmente affidato ad una nuova struttura/professionista.

Il paziente preso in carico da TB dovrà essere informato sulla possibilità della condivisione dei suoi dati sanitari con altri specialisti per cui gli verrà fornito un modulo informativo e di consenso informato, che andrà firmato e allegato alla cartella clinica del paziente stesso.

Il Tumor Board (TB) si svolge settimanalmente, in modalità mista (in presenza/da remoto mediante il software Microsoft Teams presso la sala riunioni della Clinica Otorinolaringoiatrica al I piano scala C della Stecca Bianca (viale San Pietro, 43). In caso di esigenze specifiche del gruppo multidisciplinare il giorno della settimana o la sede potranno variare.

Durante ciascuna riunione multidisciplinare viene definito un **responsabile organizzativo** che è incaricato della stesura del programma del tumor board, e della verifica di un set di dati minimali richiesti per la discussione collegiale da inserire nella scheda predisposta. Tale figura può essere modificata previo accordo tra i partecipanti.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 16 di 61	

Scheda dati minimali per la discussione (prima pagina):



AOU SASSARI
HEAD AND NECK TUMOR BOARD



DATA COLLECTION FORM

PERSONAL DATA

REFERRING CLINICIAN AND UNIT

LAST NAME

FIRST NAME

DATE OF BIRTH

BIRTHPLACE

FISCAL CODE

GENDER

Scegliere un elemento.

ADDRESS

PHONE NUMBER

OCCUPATION

MAIN COMORBIDITY

Scegliere un elemento.

SECOND COMORBIDITY

Scegliere un elemento.

THIRD COMORBIDITY

Scegliere un elemento.

HEAD AND NECK MALIGNANCIES FAMILY HISTORY

Scegliere un elemento.

> SPECIFY

SMOKING STATUS

Scegliere un elemento.

PACK/YEAR



DRINKING STATUS

Scegliere un elemento.

DRINKING LEVEL

Scegliere un elemento.

Per il documento completo vedasi l'Allegato 3.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 17 di 61	

Il TB ha un funzionamento codificato e registrato. In particolare sono stabiliti e osservati: il meccanismo di convocazione, la sede, la periodicità e la modalità di svolgimento delle riunioni; è prodotta documentazione scritta e rintracciabile delle decisioni assunte collegialmente (verbalizzazione e archiviazione) che è resa disponibile a tutti i componenti del TB a seguito dell'incontro. Il Tumor Board viene convocato tramite email, inviata a tutti i suoi membri sopra indicati con il programma e l'elenco dei pazienti, possibilmente entro le 12 del giorno lavorativo precedente.

La discussione all'interno del Tumor Board, deve essere rigorosamente anonimizzata, onde evitare la fuoriuscita e la diffusione di dati personali. L'obiettivo del TB è di definire la diagnosi e lo stadio della malattia e, in rapporto a linee guida condivise, di formulare la strategia terapeutica con indicazioni precise sull'approccio chirurgico, radioterapico, sulle terapie oncologiche sistemiche, sugli approcci riabilitativi e sulle cure simultanee e di supporto.



Tutte le decisioni rilevanti sono auspicabilmente prese in sede di tumor board. Ogni caso quindi viene discusso ogni qualvolta debba essere presa una decisione di rilievo clinico. Il **medico referente** deve essere in grado di fornire tutte le informazioni ritenute rilevanti per la decisione stessa.

Al termine del tumor board deve essere pianificata la presa in carico del paziente e definito il suo iter assistenziale (tramite conferma o ridefinizione del **medico referente** in base alla decisione del tumor board in merito ad ogni singolo caso, es. quello della Radioterapia in caso di trattamento adiuvante e/o dell'Oncologia Medica in caso di trattamento sistemico). Se una rivalutazione successiva, in caso di cambio di medico referente, dovesse suggerire una rivalutazione o un'integrazione, queste vanno discusse su proposta del professionista che ha in carico il paziente. Tale gestione è resa sempre tracciabile tramite i verbali del tumor board.

Il paziente non partecipa alla riunione; il medico referente è responsabile della comunicazione della diagnosi informandolo dettagliatamente e spiegando con parole chiare e semplici le decisioni assunte dal gruppo multidisciplinare sul piano di cura.



Per ogni paziente viene stilato un verbale che viene inviato in allegato a tutti i membri del TB nella giornata stessa della riunione multidisciplinare.

Il verbale può essere fornito al paziente dietro specifica richiesta, o in caso decida di eseguire consulti presso altri centri.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 18 di 61	

Responsabilità nel Tumor Board:

RUOLO	COMPITI	DESIGNAZIONE
Coordinatore	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica il Responsabile Organizzativo per ciascuna riunione del TB - Verifica i casi da discutere con il Responsabile Organizzativo - Pianifica eventuali variazioni di orario e data delle riunioni e/o modifiche nella lista dei partecipanti alla riunione - Modera tutte le riunioni del TB e provvede alla loro registrazione 	Scelto dai componenti del Tumor Board
Medico Referente	<ul style="list-style-type: none"> - Medico che ha visitato per primo il paziente e/o lo segue nel successivo percorso terapeutico - Segnala il caso al Responsabile organizzativo, compila la scheda dati minimali per l'inserimento nella riunione del gruppo multidisciplinare per qualsiasi decisione circa il management del paziente, o in caso di acquisizione di qualsiasi nuovo dato rilevante (Incluso l'esame istologico definitivo) - Descrive il caso al gruppo multidisciplinare, avendo raccolto tutti i dati necessari, eventualmente proponendo una decisione - Comunica al paziente e al MMG le decisioni del TB - In caso di cambio di medico referente, fornisce al nuovo medico referente in carico della gestione successiva tutte le informazioni e la documentazione del paziente - Qualora il paziente debba completare la stadiazione o vengano richiesti ulteriori accertamenti per la prosecuzione dell'iter si assicura che vengano svolte secondo modalità e tempistiche adeguate agli indicatori - Verifica che i verbali del TB per un dato paziente corrispondano alla discussione ed alla decisione terapeutica concordata 	In caso di nuovi pazienti è il medico che propone il paziente alla discussione, alla fine di ogni discussione multidisciplinare viene designato un referente per ogni paziente
Responsabile organizzativo	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica la completezza dei dati inseriti nell'apposito modulo dei singoli casi, prima della discussione multidisciplinare - Invia l'invito alla riunione a tutti gli specialisti coinvolti - Aggiorna i moduli con la decisione definitiva, salva i file e li trasmette agli specialisti coinvolti 	Designato dal coordinatore per ogni riunione

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 19 di 61	

8.6 Tempistica della presa in carico

Modalità e tempi della presa in carico del paziente nelle diverse fasi del percorso diagnostico-terapeutico sono stabiliti sulla base delle evidenze riportate dalla letteratura e dell'esperienza dalla buona pratica clinica. In particolare, vengono stabiliti i requisiti temporali minimi nelle fasi considerate critiche per la qualità del trattamento complessivo.



Il percorso diagnostico deve ragionevolmente concludersi entro 20-30 giorni dalla prima visita specialistica (*Graboyes M, Association of treatment delay with survival for patients with head and neck cancer: a systematic review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Feb 1;145(2):166-177*).

Tale tempo deve includere anche il referto istologico definitivo nel caso sia stata eseguita una biopsia.

La terapia deve auspicabilmente iniziare entro 30 giorni dalla indicazione posta al Tumor Board. Tuttavia, in casi particolari può essere necessario personalizzare la tempistica dell'avvio delle cure. Nel paragrafo 9 sono indicati gli indicatori sulle tempistiche da rispettare nei vari step diagnostico terapeutici.

8.7 Fase diagnostica e di stadiazione clinica

La diagnosi è fondata sull'accertamento della neoplasia, sulla valutazione dell'estensione locale, regionale (linfonodale) ed a distanza, nonché sull'esclusione/accertamento della possibile presenza di neoplasie concomitanti, sia localmente (multifocalità) che in sedi limitrofe (malattia di distretto) che nelle sedi note di rischio per secondi tumori primitivi (es. polmone, infatti si esegue sempre per la stadiazione la TC del torace). Si basa sull'esame istologico, di realizzazione non sempre facile a seconda della localizzazione della neoplasia. In casi difficili è accettabile l'esame citologico. In caso di lesioni accessibili è preferibile che il prelievo bioptico sia parziale ed eseguito sui margini senza alterare le caratteristiche macroscopiche della neoplasia, per un'adeguata pianificazione terapeutica. La diagnosi di natura, formulata dal patologo, deve essere integrata da indicazioni sul grado di malignità e, in caso di biopsia-exeresi, sullo stato dei margini di resezione. Nelle lesioni limitate, sono da evitare le biopsie-exeresi, per quanto possibile, a meno che non vengano eseguite con margini in tessuto sano tali da assicurare la radicalità. Nei casi con margini "close" si pongono problemi di scelta del successivo trattamento.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 20 di 61	

La tabella seguente riassume gli esami indicati per la **diagnosi di carcinoma del distretto testa-collo**.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
Fibro-laringoscopia ed Esame Obiettivo	Appropriata
TC massiccio facciale, collo e torace con mdc	Appropriata
Biopsia	Appropriata
FNAB	Appropriata in casi selezionati
PET TC	Appropriata in casi selezionati
RMN massiccio facciale e collo con mdc	Appropriata in casi selezionati

Stadiazione

Il primo approccio è necessariamente clinico. Durante la visita clinica si esegue l'anamnesi clinica e farmacologica e l'esame obiettivo, includendo il performance status.



Per ciò che concerne la neoplasia si segnalano:

- sede e sottosede;
- dimensioni;
- aspetto;
- alterazioni funzionali (disfonia, disfagia, trisma, ridotta mobilità del corpo linguale, alterazioni della motilità oculare, variazioni morfologiche del volto);
- la presenza, il numero, i livelli e il rapporto con i piani profondi delle eventuali adenopatie presenti. L'esame clinico viene, generalmente, completato dalla fibroscopia delle vie aero-digestive superiori (VADS). In particolare, l'endoscopia con fibre ottiche rigide e flessibili viene integrata dalla tecnica NBI (Narrow Band Imaging) che ne aumenta il livello di sensibilità e specificità.

Esami strumentali progressivamente introdotti nella pratica clinica sono la tomografia computerizzata (TC) e, dove indicato, la risonanza magnetica nucleare (RMN), la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) ossia la PET/TC con 18FDG e la citologia per agoaspirato con ago sottile (FNAB).

La TC e la RMN sono esami correntemente utilizzati per la diagnosi di estensione del tumore primitivo del distretto cervico-facciale e per la valutazione dello status dei linfonodi latero-cervicali.

Criteri per giudicare un probabile interessamento neoplastico linfonodale, validi per tutte le metodiche di imaging, sono: forma sferica, diametro minimo assiale >15 mm nella regione sottodigastrica e sottomandibolare, >10 mm nelle altre regioni, raggruppamento di più di 3 adenopatie aventi un diametro minimo assiale di 9-10 mm in sede sottodigastrica e di 8-9 mm nelle

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 21 di 61	

altre sedi. Il grado di ipodensità e l'ipoecogenicità sono criteri specificamente validi rispettivamente per la TAC e per l'ecografia.

L'esame PET con 18FDG, oggi eseguito come esame PET-TC, consente al contempo di valutare la malattia locale, regionale e a distanza; essa è indispensabile per la ricerca della sede neoplastica primitiva nei casi di adenopatia da tumore primitivo ignoto (UPT), e per dirimere dubbi circa secondi tumori primitivi (polmone) e localizzazioni a distanza nelle neoplasie avanzate (in particolare a livello linfonodale).

FNAB

L'agoaspirato per esame cito-istologico (FNAB) viene eseguito sempre sotto guida ecografica e con valutazione dell'adeguatezza del campione (Rapid On Site Evaluation, ROSE) in presenza di una massa cervicale qualora non si evidenzia la lesione primitiva a livello delle superfici mucose o cutanee o si ritenga opportuno dirimere dei dubbi sull'estensione regionale di neoplasia primitiva già identificata. È disponibile un servizio (Lump clinic, ambulatorio 74) presso l'AOU SS, attivato dalla Clinica Otorinolaringoiatrica per tutti i pazienti inseriti nel PDTA per i quali si ravveda indicazione in sede di tumor board.



ULTERIORI VALUTAZIONI CLINICHE PRELIMINARI AI TRATTAMENTI

La valutazione del Gastroenterologo o del Chirurgo endoscopista digestivo pre-trattamento è fondamentale per selezionare quei pazienti che necessitano di uno specifico piano di supporto alimentare. Nei casi in cui sia previsto il trattamento radiante deve essere sempre valutata l'apposizione preventiva di una gastrostomia (PEG) o di sondino naso-gastrico per alimentazione enterale. Tale procedura risulta particolarmente utile in caso di trattamento concomitante chemio-radioterapico.

Per un miglior management del percorso terapeutico del paziente, è necessaria la consulenza odontoiatrica con valutazione radiologica (ortopantomografica) dei mascellari ed esame clinico endorale con eventuale terapia conservativa o bonifica estrattiva, queste ultime obbligatorie se il programma terapeutico prevede la radioterapia. E' inderogabile inoltre, il monitoraggio del flusso salivare con l'intento di sorvegliare variazioni di volume e altre caratteristiche della saliva durante e dopo i cicli di terapia, al fine di intercettare l'insorgenza di xerostomia e complicanze precoci e tardive.

Il posizionamento di un catetere venoso centrale può essere utile in caso di chemioterapia, soprattutto per gli schemi che prevedono l'impiego dell'infusione continua (es. 5-fluorouracile) e nei soggetti con malattia avanzata, candidati a trattamenti infusionali a scopo palliativo.

La valutazione pneumologica comprensiva di spirometria dovrebbe sempre essere valutata all'inizio dell'iter diagnostico, dal momento che la stragrande maggioranza dei pazienti in questione ha come fattore di rischio principale il fumo di sigaretta e quindi già portatrice di BPCO (bronicopneumopatia cronica ostruttiva) di gravità variabile.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 22 di 61	

Il test audiometrico è fondamentale in tutti i pazienti indirizzati a trattamento con farmaci ototossici (ad esempio cisplatino) e verrà eseguito presso il servizio di Audiologia della nostra azienda.



La tabella riassume gli **esami di stadiazione** per il carcinoma del distretto testa-collo.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
TC massiccio facciale, collo e torace con e senza mdc	Appropriata
FNAB sotto guida ecografica con ROSE	Appropriata
RMN massiccio facciale e collo con mdc	Appropriata
PET-TC total-body con FDG	Appropriata dove specificamente indicato
PET/RMN	Non appropriata
Scintigrafia Ossea whole body	Appropriata ma non di prima istanza

8.8 Profili di stadiazione

CARCINOMA DEL CAVO ORALE

A livello del cavo orale si riconoscono le seguenti sottosedi: labbro inferiore e superiore, gengive inferiore e superiore, pavimento orale anteriore e laterale, lingua mobile (2/3 anteriori), guance, trigono retromolare e palato duro. La presenza di numerose sottosedì (pavimento orale, lingua mobile, mucosa geniena, palato duro, arcate dentarie e trigono retromolare), strutturalmente diverse e con peculiarità specifiche, determina una variabilità dei sintomi di presentazione e rende complesso il trattamento chirurgico dei tumori di questo distretto. I tumori di lingua/pavimento orale e guancia si possono presentare come lesioni rilevate/vegetanti o ulcerate/infiltranti, solitamente facilmente sanguinanti; la palpazione è di fondamentale importanza per stimare l'estensione della neoplasia in profondità, parametro che ha assunto una notevole rilevanza nella classificazione AJCC- UICC del 2017 (Cancer Staging Manual 2017). Di solito il pattern infiltrativo è associato a intenso dolore e dolorabilità, analogamente è importante ricercare segni di deficit del nervo ipoglosso. Tumori che originano in prossimità delle arcate dentarie possono provocare dolore o instabilità degli elementi dentari; la presenza di parestesie a livello dell'emiarcata dentaria o dell'emilabbro inferiore è suggestiva per infiltrazione del nervo alveolare inferiore. La stadiazione, la sottosede e soprattutto la profondità di invasione dettano l'approccio chirurgico, le modalità di resezione e quelle ricostruttive.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 23 di 61	



Descrizione patologia

Di seguito sono illustrati i percorsi diagnostico-stadiativi specifici per sede.

Per quanto riguarda la stadiazione clinica e strumentale, essa si avvale della visita clinica, generalmente completata dalla fibroscopia (con studio NBI) delle vie aero-digestive superiori, della biopsia, della diagnostica per immagini che consiste nell'integrazione di TC massiccio facciale, collo e torace con e senza mdc e della RMN del massiccio facciale e collo con mdc. La PET/TC rappresenta metodica di seconda istanza e riservata ai casi di dubbio dopo esami di prima istanza. A completare il tutto vi è la valutazione del bilancio nutrizionale, visita odontoiatrica ed ortopantomografia.

CARCINOMI DELL'OROFARINGE

In tale regione si riconoscono le seguenti sottosedì: base lingua (1/3 posteriore lingua compresa la plica faringo-epiglottica e la plica glosso-epiglottica), palato molle, tonsilla palatina e parete faringea posteriore e laterale. Fattori di rischio riconosciuti sono: abitudine all'alcol, tabagismo ed infezione da HPV; la determinazione dell'HPV è indicata a fini prognostici e quale predittore positivo di risposta alla RT e CT. I tumori dell'orofaringe si presentano dal punto di vista clinico con disfagia, sanguinamento dal cavo orale e intenso dolore (è possibile l'otalgia riferita, specie nei casi con importante coinvolgimento della base linguale). Spesso questi tumori sono diagnosticati in fase avanzata; il coinvolgimento linfonodale è molto frequente (50-70% alla diagnosi, nel 20-30% dei casi bilaterale). Fanno solitamente eccezione a questo corteo sintomatologico i tumori HPV-correlati, che possono essere asintomatici per quanto riguarda la lesione primitiva ma essere associati alla presenza di voluminose adenopatie metastatiche. L'esame obiettivo deve avvalersi di strumentazione endoscopica (ottiche flessibili o rigide) per poter valutare accuratamente la mucosa; l'utilizzo della bioendoscopia (a esempio la luce NBI) è fortemente raccomandato. In certi casi (specie nei tumori HPV correlati) è possibile che il tumore primitivo abbia dimensioni minime, nell'ordine di pochi mm; infatti, le sedi più frequenti dove è individuato il tumore primitivo nei casi che esordiscono con unica metastasi laterocervicale sono la base linguale e la tonsilla. Data la spiccata tendenza di questi tumori alla crescita sottomucosa, è molto importante completare l'obiettività con la palpazione (specie per i tumori della base linguale) in quanto la reale estensione della neoplasia potrebbe essere sottostimata dalla sola ispezione. La correlazione o meno con l'infezione da HPV definisce due gruppi di pazienti distinti per quanto riguarda epidemiologia, comportamento biologico del tumore, prognosi e, dal 2017, stadiazione TNM. I tumori HPV correlati insorgono solitamente in pazienti giovani, non esposti ai classici fattori di rischio (fumo e alcool) e dunque con ottimo performance status. Il tumore primitivo è frequentemente di piccole dimensioni, localizzato a livello della tonsilla o base linguale, e associato a metastasi linfonodali cistiche di grosse dimensioni. Al contrario, i tumori HPV negativi insorgono in età più avanzata, sono associati a fumo e/o abuso di alcool, e presentano un pattern di crescita tendenzialmente infiltrativo-ulcerativo. Anche in questo caso il percorso diagnostico stadiativo si avvale di diagnostica per immagini di primo livello (integrazione TC massiccio facciale, collo e torace con mdc + RMN massiccio facciale e collo con mdc), eventualmente seguita da PET/TC e di valutazione nutrizionale accurata associata a valutazione odontostomatologica (OPT). La cancerogenesi HPV

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 24 di 61	

relata, ai fini della definizione della prognosi viene sempre investigata. Vista la bassa prevalenza dei carcinomi HPV relati in Sardegna, l'immunoistochimica per p16 sarà sempre validata, se positiva, dalla ricerca degli acidi nucleici del virus, prima di considerare il carcinoma dell'orofaringe HPV indotto. Tale ricerca sarà effettuata su campioni freschi (fresh frozen) e paraffinati nel laboratorio di epidemiologia molecolare della struttura complessa di igiene della AOU di Sassari.



CARCINOMI DELL'IPOFARINGE

A livello dell'ipofaringe si riconoscono tre sottosedi: seni piriformi, parete posteriore e area retrocricoaidea. Esiste una correlazione chiara tra l'insorgenza dei tumori dell'ipofaringe e l'abuso di alcol e tabacco. La sottosede più frequentemente interessata è il seno piriforme. I sintomi che portano alla diagnosi sono disfagia, odinofagia, disfonia, otalgia riflessa. Frequente (60-80%) è il riscontro alla diagnosi di adenopatie metastatiche. La prognosi severa di questi tumori è correlata alla diagnosi tardiva, alla tendenza alla diffusione locale sottomucosa, alla elevata incidenza di metastasi a distanza e secondi tumori. Per la configurazione anatomica dell'ipofaringe e la possibilità di estensione della neoplasia all'esofago cervicale è indicata la valutazione in laringoscopia diretta in anestesia generale integrata con esofagoscopia. Il percorso diagnostico stadiale si avvale sempre di diagnostica per immagini di primo livello (TC massiccio facciale, collo e torace con mdc + RMN massiccio facciale e collo con mdc ove necessario per una più precisa definizione morfologica), eventualmente seguita da PET/TC e di valutazione nutrizionale accurata associata a valutazione odontostomatologica (OPT).

CARCINOMI DELLA LARINGE

Si distinguono in neoplasie della regione sovraglottica, glottica e sottoglottica, con implicazioni diverse sul piano terapeutico. I trattamenti dei tumori della regione laringo-ipofaringea si prefiggono di conservare, per quanto possibile, la funzione fonatoria attraverso l'impiego di trattamenti conservativi.

I sintomi di esordio più frequenti del carcinoma laringeo sono disfonia, disfagia, dispnea e odinofagia che non devono mai essere trascurati, specie in pazienti con noti fattori di rischio (fumo, alcol). La presenza di linfonodi cervicali patologici solitamente spia di lesioni localmente avanzate a sede sovraglottica. L'ispezione della laringe non può essere oggi affidata alla sola laringoscopia indiretta con specchietto laringeo, ma richiede l'esecuzione di una fibroscopia trans nasale o di un esame endoscopico transorale con ottica rigida a 90°. Per le lesioni in stadio iniziale è auspicabile il ricorso a metodiche di bio-endoscopia (NBI) e alla stroboscopia per ottenere indicazioni più accurate sulla natura della lesione, i margini dell'estensione superficiale, la presenza dell'onda mucosa e lo stato di motilità della laringe. Quando vi sono chiari segni di diffusione in profondità o comunque la lesione interessa aree critiche come la commissura anteriore e la sottoglottide, è imperativo il ricorso all'imaging.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 25 di 61	

Nel caso di tumori piccoli della laringe glottica (T1), è necessaria la sola TC del collo a completamento stadiativo, riservando l'intero iter stadiativo alle neoplasie più avanzate /da T2 in poi). Sedi quali laringe sovra e sottoglottica, intrinsecamente dotate di un irrorazione vascolare e linfatica maggiore, andrebbero maggiormente attenzionate dal punto di vista stadiativo, per cui in tali ultimi casi è fortemente consigliato l'iter classico, ossia diagnostica per immagini di primo livello (TC massiccio facciale, collo e torace con mdc + RMN massiccio facciale e collo con mdc ove necessario per una più precisa definizione morfologica), eventualmente seguita da PET/TC, più valutazione nutrizionale accurata associata a valutazione odontostomatologica (OPT).

CARCINOMI DEL RINOFARINGE

Il tumore della rinofaringe si manifesta solitamente con comparsa di linfadenopatia laterocervicale, che nella minoranza dei casi si associa a sintomi quali ostruzione nasale, epistassi, otite media effusiva persistente e non responsiva alle terapie, dolore. Nelle forme più avanzate possono associarsi diplopia, oftalmoplegia, parestesia nel territorio del trigemino, chemosi, adenopatie laterocervicali. Per quanto riguarda la stadiazione clinica e strumentale, essa si avvale della visita clinica, completata dalla fibroscopia delle vie aero-digestive superiori, della biopsia, della diagnostica per immagini di primo livello (TC massiccio facciale, collo, torace e addome con mdc + RMN massiccio facciale e collo con mdc ove necessario per una più precisa definizione morfologica), cui spesso viene associata anche la PET/TC data la capacità di tali neoplasie di metastatizzare precocemente, e delle restanti valutazioni accessorie quali il bilancio nutrizionale, la visita odontoiatrica e la OPT. Va inoltre preso in considerazione il dosaggio sierico del DNA per l'EBV.



CARCINOMI DELLE CAVITA' NASALI E DEI SENI PARANASALI

Rientrano in questa categoria neoplasie molto eterogenee per istotipo e sede, a partenza da fosse nasali, seno mascellare, seno etmoidale, seno sfenoidale e frontale; è nota per tali neoplasie un'associazione con esposizioni professionali (cromo, nichel, legno, cuoio). I tumori sino-nasali si presentano solitamente con sintomi aspecifici quali ostruzione nasale, rinorrea ed epistassi ricorrenti. Quelli a carico dei seni mascellari e frontali, con dolore resistente ai farmaci antidolorifici, accompagnato a sintomi quali perdita di elementi dentari, sanguinamento ed esoftalmo omolaterale.

L'iter stadiativo si avvale di associazione TC e RMN, eventualmente seguita da PET/TC, valutazione stato nutrizionale, visita odontostomatologica e OPT.

CARCINOMI DELLE GHIANDOLE SALIVARI

I tumori maligni delle ghiandole salivari sono caratterizzati da spiccata eterogeneità istologica e prognostica. I fattori prognostici principali sono: lo stadio, l'istotipo, il grado di differenziazione e la sede d'insorgenza. L'incidenza di metastasi linfonodali alla diagnosi è del 25% circa, mentre le

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 26 di 61	

metastasi a distanza sono rare all'esordio della patologia, con insorgenza negli anni successivi con frequenze variabili a seconda dell'istotipo e dello stadio iniziale del tumore. La sede più frequentemente interessata è la parotide, seguita dalle ghiandole sottomandibolari e, infine, dalle ghiandole salivari minori. Dal punto di vista clinico, essi tendono a manifestarsi con comparsa di tumefazione dura e spesso indolente, che in alcuni casi (tumori della parotide) si accompagna a paralisi del nervo faciale). L'ecografia con FNAB ecoguidato e ROSE rappresenta l'indagine di prima istanza, ma che comunque va integrata con la diagnostica di 1 livello (TC massiccio facciale, collo, torace con mdc + RMN massiccio facciale e collo con mdc ove necessario per una più precisa definizione morfologica). Più controverso è l'impiego della PET/TC, dal momento che alcuni istotipi (adenoideo-cistico, e tumore a cellule aciniche) non sono avidi di FDG. Rari sono i disturbi della nutrizione, per cui non è sempre necessaria la valutazione dello stato nutrizionale. La visita odontostomatologica e l'OPT vanno valutata nei pazienti indirizzati a trattamento radiante.



METASTASI LINFONODALI CERVICALI DA SEDE PRIMITIVA IGNOTA

In un paziente che si presenti con una linfadenopatia cervicale il primo accertamento richiesto è una visita specialistica ORL o Chirurgica Maxillo-Facciale, che preveda l'esame di tutte le vie aerodigestive superiori con fibroscopia, e l'analisi della cute e degli annessi cutanei della testa e del collo, oltre a un'attenta raccolta anamnestica. Può essere utile associare in visita collegiale una valutazione ematologica. In caso di negatività di tutte le precedenti valutazioni, si dovrà procedere a un agoaspirato con ago sottile sotto guida ecografica (FNAB) e ROSE, eventualmente ripetibile in caso di risultati non dirimenti. In caso di diagnosi di carcinoma squamocellulare si procederà con una TC-PET, e successive biopsie mirate (se emergono focalità evidenti) o random. L'esecuzione di TC o MRI testa-collo-torace completa la stadiazione della malattia. Ulteriori indagini potranno essere richieste sulla base degli esiti del percorso diagnostico (FBS, EGDS). In casi selezionati, per orientare la strategia terapeutica, è raccomandata la ricerca dei marcatori HPV e EBV sull'adenopatia. Altri esami (fibrobroncoscopia, EGDS) possono essere effettuati se clinicamente indicati.

8.9 Supporto psicologico

Nel percorso di valorizzazione del paziente con tumore testa-collo, carattere rilevante riveste, nel rispetto della centralità della persona, l'assicurazione del maggior beneficio possibile per i suoi vissuti, il rispetto dei ritmi di vita personali e familiari e la conciliazione dei tempi legati agli aspetti socio-lavorativi ed ambientali di riferimento, legati al contesto in cui la persona stessa vive.

In particolare, gestire gli aspetti emotivi della persona con tumore testa-collo consente di sviluppare ed esplorare gli effetti di un intervento psicologico che si focalizza sulle strategie di coping-meaning-making per le persone coinvolte.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 27 di 61	

L'esordio della patologia e l'insight di malattia rappresentano un momento cruciale non solo per la vita stessa della persona ma anche per l'intera famiglia di appartenenza, con la quale essa stessa è chiamata a ristrutturare un nuovo equilibrio psico-emotivo.

La gestione integrata di un modello che tenga conto degli aspetti bio-psico-sociali dovrà necessariamente considerare il livello di benessere percepito che la persona potrà acquisire grazie al supporto, ai modelli psico-educativi e agli strumenti che gli operatori sanitari evidenzieranno nel percorso dedicato, sin dalle condizioni di prima accoglienza alla Struttura di riferimento e per il periodo di follow-up chirurgico e/o medico-oncologico.

A tal proposito, le recenti Linee Guida AIOM così citano: "(...) L'assistenza psicosociale è oramai considerata, in effetti, una componente essenziale di un trattamento oncologico ottimale: essa si pone l'obiettivo di alleviare il distress emozionale e di promuovere il benessere, e pertanto è elemento chiave di qualsiasi strategia volta a migliorare la qualità di vita delle persone con tumore. Eppure, nonostante questa diffusa consapevolezza, e l'esistenza in vari Paesi di Linee Guida che raccomandano interventi psicosociali basati sull'evidenza in oncologia, molti pazienti che beneficerebbero di questi interventi in realtà non le ricevono. Ancora oggi, i bisogni psicosociali spesso non vengono rilevati e quindi non trattati in modo opportuno. Molti pazienti affermano ancora, ad esempio, di non essere sufficientemente informati circa la loro patologia per poter partecipare attivamente al processo decisionale. Anche ove i servizi di supporto sono presenti, spesso i malati ne ignorano la disponibilità¹."

Gli obiettivi circa l'accoglienza, l'assistenza ed il supporto psicologico che il presente PDTA intende garantire alle persone che accedono al PDTA testa-collo risponderà agli intendimenti fissati dalla RAS a riguardo, ovvero "[...] all'incremento dell'incidenza delle patologie tumorali con un sistema di rete che metta al centro di ogni azione il paziente, al fine di erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile e centrato sui bisogni della persona, attraverso:

Condivisione delle competenze contro le complessità dei processi assistenziali

Prossimità: creazione di accessi diffusi nel territorio

Sicurezza delle cure

Qualità delle prestazioni

Appropriatezza clinica: definizione percorsi di allocazione del paziente in funzione della complessità del caso

Omogeneità: adozione raccomandazioni cliniche condivise

Utilizzo consapevole ed ottimale delle risorse a disposizione.

Risultati attesi:



diagnosi precoce e tempestiva

miglioramento qualità delle cure

superamento della disomogeneità delle cure oncologiche

In particolare, l'accoglienza, l'assistenza ed il supporto psicologico dovranno essere garantiti, attraverso differenti step operativi, in corrispondenza dei diversi momenti di cura e trattamento del paziente.

¹ AIOM – Linee guida Assistenza Psico-sociale dei Malati oncologici, ottobre 2019.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 28 di 61	

Presa in carico e valutazione psicologica

Dal momento in cui la persona accede al PDTA testa-collo, il supporto psicologico può aderire al modello organizzativo previsto attraverso tre momenti differenti ma non escludenti tra di essi, bensì integrabili a seconda delle necessità:

I° momento: COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

II° momento: VALUTAZIONE PSICOLOGICA

III° momento: PERCORSO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

OBIETTIVO: Si propone a tutti i pazienti più fragili emotivamente, secondo le indicazioni cliniche dell'operatore che ne segue le fasi iniziali di accesso allo screening del percorso testa-collo tramite Galileo, già durante la comunicazione di diagnosi.

Comunicazione della diagnosi



Sin dalla presa in carico presso la Struttura di riferimento che inserisce la persona nel PDTA, i pazienti/familiari che accedono al percorso diagnostico possono presentare fragilità psichiche che talvolta compromettono gravemente l'adesione all'iter clinico-prognostico nonché al progetto terapeutico² di supporto psicologico previsto. Il colloquio ha quindi lo scopo di garantire un sostegno emotivo adeguato con un buon livello di consapevolezza e maggior empowerment nella gestione del processo di cura.

Chi lavora con la psicologia del profondo – e i numerosi studi internazionali sull'argomento lo confermano - sa bene che le angosce e/o fantasie di morte costituiscono punti significativi e concreti affinché venga fornita una rassicurazione emotiva e riparativa attraverso una modalità di stabilizzazione, fiducia e calore umano: dentro una relazione stabile e nutriente la persona e i familiari, nelle diverse circostanze di comunicazione di bad news o in qualunque momento del percorso clinico, possono trovare contenimento emotivo con l'adeguato e competente sostegno degli operatori³ dedicati. Un buon insight di malattia favorisce un percorso più agevole ed adeguato sia per la persona/care-giver sia per gli operatori sanitari, che affronteranno il delicato momento diagnostico in maniera più aderente alle aspettative di entrambi e una consapevolezza globale più congrua.

Se durante i primi accertamenti sanitari dello screening la persona dovesse mostrare difficoltà emotive e fragilità psichiche, sarebbe opportuno che, nel momento in cui il Medico formulerà la sua diagnosi per comunicarla sia alla persona sia ai familiari presenti, il Dirigente psicologo contestualmente presente potrà garantire il supporto laddove emergessero segnali di criticità che

² Quotidianosanità.it del 17.05.2017

³ Lovera G., *L'assistenza psicologica nei trapianti d'organo*, Ann. Ist. Super. Sanità, vol. 36 n. 2 (2000), pp. 225-246
Servizio di Psicologia Medica, CRT Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 29 di 61	

comprometterebbero una favorevole assimilazione emotiva della comunicazione di malattia, con lo scopo di garantire l'adeguato supporto psico-emotivo ed educativo.

Gli incontri in team potranno essere quindi organizzati coniugando l'agenda del/i Dirigente/i Medico/i - coinvolto/i nel momento diagnostico con la persona/familiari – con quella del Dirigente Psicologo che successivamente potrebbe avere in carico la persona.

OBIETTIVO: Si propone a tutti i pazienti più fragili emotivamente, secondo le indicazioni cliniche dell'operatore che ne segue le fasi iniziali di accesso allo screening del percorso testa-collo tramite Galileo, già durante la comunicazione di diagnosi.

Valutazione psicologica

Laddove non fosse possibile concertare in maniera condivisa un colloquio di comunicazione di diagnosi tra il Dirigente medico ed il Dirigente Psicologo, a tutti i pazienti che accedono allo screening del percorso testa-collo sarà proposta e garantita una valutazione psicologica iniziale, da effettuare nell'arco temporale tra la comunicazione di diagnosi e la fase pre-operatoria chirurgica o iniziale della terapia medico-oncologica, tramite apposito accesso Galileo.

Tale momento iniziale di supporto servirà a garantire una valutazione psicologica iniziale della persona in cura: esso fornirà indicazioni legate all'insight di malattia, alla risonanza emotiva della paziente, alle sue abilità di coping, alla funzionalità della sua rete socio-familiare-lavorativa, alla presenza di eventuali spunti psicopatologici presenti o pregressi che potrebbero necessitare di ulteriori approfondimenti psichiatrico-farmacologici e compromettere l'adesione al progetto terapeutico.

L'obiettivo è quello di valutare la capacità di resilienza circa la gestione personale e familiare della malattia nonché ai cambiamenti legati all'assetto emotivo, ai vissuti legati ai cambiamenti nel proprio corpo, nel rapporto familiare e/o di coppia e relazionale, nonché socio-lavorativo, a rinforzare le abilità di coping preesistenti.



Un utile ausilio potrebbe essere rappresentato dall'utilizzo di Scale di valutazione sugli aspetti emotivi di rilevanza clinica inerenti le risorse adattive/disadattive del paziente dinanzi alla patologia in atto.

La valutazione psicologica della persona dovrà essere effettuata dai Dirigenti psicologi della U.O di Psicologia Ospedaliera dell'AOU di Sassari, come parte indispensabile ed essenziale del percorso di screening specialistico previsto nel percorso.

OBIETTIVO: Si propone a tutti i pazienti seguiti nel PDTA testa-collo.

Percorso di supporto psicologico

Successivamente alla valutazione psicologica iniziale dell'iter diagnostico-terapeutico, ai pazienti – sia a quelli apparentemente più fragili e vulnerabili sia a tutti gli altri - sarà proposta una presa in carico psicologica, da effettuarsi attraverso una serie di incontri che avranno lo scopo di rendere più accettabile la sofferenza emotiva della persona/familiare e sostenerla durante il processo di cura, al fine di migliorarne la compliance.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 30 di 61	

Il paziente, che ha già affrontato la valutazione psicologica iniziale nello screening effettuato a cura del dirigente psicologo psicoterapeuta esperto, potrà richiedere liberamente l'adesione al progetto di supporto psicologico, secondo le procedure e i tempi che lo psicologo concorderà con il paziente, che a sua volta accetterà e condividerà il percorso stesso.

Esso avrà una durata massima che sarà legata alle necessità del paziente e comunque non oltre il percorso di diagnosi e cura, presumibilmente alla data di un anno dal primo accesso (follow-up), fatte salvo diverse condizioni di necessità che saranno valutate caso per caso.

OBIETTIVO: Si propone ai pazienti che effettuano la prima valutazione come "possibilità" di presa in carico psicologica: sarà cura e discrezione della persona accettare e condividere il percorso definito con il Dirigente psicologo.

Proposte attuative

L'operatività degli specialisti nel PDTA potrebbe considerare alcuni aspetti fondamentali e pregnanti nello sviluppo e nella condivisione di alcuni passi importanti:

Formazione di tutti gli operatori sanitari PDTA testa-collo = Tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici) potrebbero essere sostenuti, nell'adempimento della propria prassi clinica, da un'adeguata formazione circa la comunicazione di diagnosi con i pazienti/familiari, al fine di affrontare in maniera più agevole e solida le ricadute psicologiche che l'impatto emotivo suscita in essi e negli operatori dal momento della diagnosi acclarata di tumore testa-collo. In dettaglio, l'AIOM, nelle sue Linee Guida, definisce tale percorso come CSL (Communication Skills Training⁴), quale utile strumento formativo per gli operatori;

Incontri di supporto e condivisione = Agli operatori dell'équipe multidisciplinare potrebbe essere garantito un costante lavoro di supporto e condivisione circa i vissuti personali ed esperienziali emersi nei casi clinici trattati al fine di migliorare le modalità di approccio ai pazienti/familiari nonché agli stessi operatori.



8.10 Percorso terapeutico del paziente con accertato tumore testa collo

È importante distinguere due categorie: il paziente con malattia locoregionale e il paziente con malattia avanzata e/o in recidiva dopo trattamento primario.

Il trattamento del paziente con malattia primaria locoregionale si avvale essenzialmente di tre modalità che possono essere attuate singolarmente, ovvero in sequenza o in associazione:

➤ la chirurgia, che deve sempre prefiggersi la radicalità oncologica;

⁴ AIOM – Linee guida Assistenza Psico-sociale dei Malati oncologici, ottobre 2019.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 31 di 61	

➤ la radioterapia (RT) con fasci esterni, quale trattamento adiuvante post-chirurgico o quale trattamento primario, associata o meno a terapia farmacologica concomitante. Non va inoltre trascurato il ruolo della radioterapia palliativa, particolarmente utile nel trattamento delle metastasi e/o nelle localizzazioni di malattia sintomatiche (es. dolore);

➤ La brachiterapia quale trattamento primario delle neoplasie della regione mediofaciale ed in particolare del vestibolo nasale;

➤ La chemioterapia neoadiuvante o d'induzione, particolarmente utile se impiegata nell'ambito di protocolli di preservazione d'organo in caso di malattia localmente avanzata insorta da sedi quali ipofaringe, laringe sovraglottica ed orofaringe.

Il paziente con malattia avanzata e/o ricorrente può essere trattato con una delle seguenti metodiche:

➤ La chemioterapia palliativa, che si avvale dell'impiego di chemioterapici classici, farmaci a bersaglio molecolare specifico (cetuximab) ed immunoterapia (nivolumab e pembrolizumab)



➤ Reirradiazione, la cui praticabilità è in relazione al numero delle recidive (indicazione su recidiva unica o su lesione fortemente sintomatica), la localizzazione di esse, il tempo intercorso tra la fine del precedente trattamento e la recidiva e la dimensione della recidiva, oltre che della dose di radiazioni precedentemente assorbita (calcolata sulla base degli istogrammi dose-volume). Una modalità di reirradiazione particolarmente vantaggiosa per la bassa tossicità in caso di piccoli volumi è la brachiterapia;

➤ Chirurgia della recidiva, che trova indicazione laddove la lesione è resecabile (in maniera radicale) senza grosse conseguenze funzionali, tenendo conto della maggiore difficoltà nella sua esecuzione, laddove i tessuti sono stati oggetto di precedente irradiazione. In questi ultimi casi la brachiterapia perioperatoria offre la possibilità di una reirradiazione efficace con un accettabile grado di tossicità.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

La chirurgia è la terapia di elezione per la maggioranza delle neoplasie del distretto cervico-facciale. Da anni ormai, è consolidato il principio della conservazione d'organo senza tuttavia precludere la radicalità oncologica, e privilegiando la qualità di vita. Le nuove strategie in chirurgia (chirurgia robotica, linfonodo sentinella, chirurgia assistita da navigatore, chirurgia endoscopica, chirurgia laser, nuovi presidi chirurgici, e nuovi materiali di ricostruzione e sintesi) consentono di effettuare interventi chirurgici meno demolitivi nel rispetto della preservazione della funzione d'organo e dell'estetica. Lo studio pre-operatorio con ausilio dell'istopatologia e della diagnostica per immagini (TAC, RMN, ecografia, FNAB), consente la valutazione pre-chirurgica del caso. Cardini nella pianificazione chirurgica sono: la valutazione del T e del N, la modalità di resezione chirurgica e possibilità ricostruttive, il PS del paziente.

È fondamentale anche la valutazione anestesiologicala, effettuata tra le procedure di preospedalizzazione, che porta ad esprimere il rischio anestesiologicalo (ASA score).

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 32 di 61	

Il paziente viene reso edotto dal chirurgo e dall'anestesista dei tempi e delle caratteristiche dell'intervento chirurgico, delle necessità ad esso connesse (es. tracheotomia, permanenza in terapia intensiva, ecc.), delle caratteristiche del decorso post-operatorio e delle potenziali complicanze dell'intervento chirurgico. Dopo adeguata spiegazione e chiarite tutte le eventuali domande da parte del paziente sulla procedura, si procederà a raccogliergli il consenso informato scritto, che verrà allegato e costituirà parte integrante della cartella clinica del paziente.

L'intervento, nelle sue diverse fasi (demolitiva e ricostruttiva, se indicata), è effettuato da (o in presenza di) un chirurgo/i con adeguato e documentabile training nella chirurgia del distretto anatomico specifico (es. cavo orale) e nella tecnologia utilizzata (es. laserchirurgia).

Laddove si opti per una ricostruzione con lembo libero, saranno effettuati test ed esami diagnostici specifici.

La collaborazione e la comunicazione tra chirurgo e patologo è fondamentale in quanto garantisce il corretto orientamento del pezzo operatorio che ne facilita la valutazione e ottimizza il reporting. Nei casi più complessi o qualora esistano dubbi sull'orientamento, il chirurgo presenza al campionamento del pezzo operatorio.

Il chirurgo (Medico referente) ripresenta sempre il paziente al tumor board per la valutazione dell'esame istologico al primo incontro disponibile, in modo che i trattamenti adiuvanti inizino secondo gli standard stabiliti.



Al paziente preso in carico dal TB viene garantita una continuità assistenziale. Se viene preferita una gestione radioterapica non in sede ma vicino al luogo di dimora, in ogni caso il paziente viene inviato con indicazioni specifiche del TB che contatta direttamente il gruppo che eseguirà il trattamento e rimane a disposizione per assistere nella successiva gestione.

Recentemente è stato descritto il ruolo prognostico dello stato mutazionale di TP53 sia sul tumore primitivo che sui margini di resezione, in pazienti sottoposti a chirurgia. Infatti, non solo l'assenza di una mutazione del gene costituisce un fattore prognostico favorevole, ma anche il tipo di mutazione (funzionale vs non funzionale) può condizionare la prognosi, essendo le mutazioni cosiddette "disruptive", associate a peggior prognosi, tale dato, ottenibile all'interno del PDTA dall'Unità di Oncologia Molecolare, verrà utilizzato per decidere eventuali trattamenti adiuvanti/intensificazioni del trattamento in pazienti chirurgici "borderline" in cui il trattamento adiuvante dovesse essere "opzionale" secondo le attuali linee guida.



OPZIONI TERAPEUTICHE CHIRURGICHE PER SOTTOSEDE DI PATOLOGIA

A seconda delle sottosedì, molteplici sono le opzioni terapeutiche, ed il ruolo e la fase di utilizzo della chirurgia può variare:

- per il cavo orale si esegue la chirurgia come opzione di scelta, sia nei casi cosiddetti early stage (T1-2) che nei localmente avanzati (T3/4 e/o N+), trattandosi, come ultimamente evidenziato in reports di ricerca traslazionale, di neoplasie spesso chemio e radioresistenti. L'opzione chirurgica si spinge sino allo stadio T4aN3bM0.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 33 di 61	



- nei pazienti T1-T2N0 la chirurgia è trattamento preferito, che di routine comprende l'asportazione del tumore primitivo e lo svuotamento del collo. In caso di margini e linfonodi negativi (pNOR0) non viene posta indicazione a trattamento adiuvante. Verrà posta invece indicazione a terapie adiuvanti (RT±CT) nei casi localmente avanzati (T3-T4) ed in caso di metastasi linfonodali o margini positivi. L'adeguatezza dei margini deve garantire almeno 1 cm dal margine macroscopicamente sano; indagini immunoistochimiche - genetiche sul preparato istologico sono fondamentali per la pianificazione di terapie adiuvanti o per la stratificazione del rischio dei pazienti (ad esempio status di p16). In caso di positività clinico strumentale dei linfonodi verrà posta indicazione a intervento chirurgico di svuotamento laterocervicale (livelli I-V).
- La complessità dell'orofaringe e la necessità di interventi demolitivi (trans mandibolari) gravati da importanti morbidità e complicanze hanno fatto sì che la RT esclusiva o concomitante alla CT diventassero lo standard di cura, riservando alla chirurgia il ruolo di metodica di "salvataggio". L'avvento della chirurgia robotica sta assumendo un ruolo nuovo nella chirurgia di tale sottosede con i seguenti ipotetici vantaggi: a) evitare approcci invasivi e demolitivi in aree anatomiche di difficile accesso; b) visione 3D; c) conservazione della funzione; d) possibilità di fornire materiale biologico adeguato per la caratterizzazione molecolare del tumore. La AOU di Sassari ha a disposizione la strumentazione (Robot Da Vinci) ed il know how chirurgico per la tecnica cosiddetta TORS (trans-oral robotic surgery), che tuttavia ha subito una battuta d'arresto nella sua validazione a seguito dei risultati del recente trial clinico ORATOR2, il tumor board discuterà eventuali indicazioni sulla base delle evidenze di letterature, dello specifico tumore, dello specifico paziente. La via di accesso trans-mandibolare (con mandibulotomia paramediana se la mandibola non è coinvolta, con mandibulectomia in caso di infiltrazione ossea) consente una migliore esposizione della regione ed è preferibile negli stadi localmente avanzati (T3/4). Dato l'alto rischio di metastatizzazione linfonodale, lo svuotamento elettivo del collo è sempre indicato quando il tumore primitivo è trattato chirurgicamente. La dissezione deve comprendere i livelli II-III-IV omolaterali (in caso di lesione lateralizzata) o bilaterale (in caso il tumore oltrepassi la linea mediana). Il I livello a rischio quando il tumore si estende alla lingua mobile, pavimento orale o infiltra in profondità la base linguale, in caso di tumore della parete laterale o posteriore dell'orofaringe può essere risparmiato. In caso di evidenza clinica di metastasi linfonodale è indicato uno svuotamento dei livelli con eventuale sacrificio di strutture non linfonodali se infiltrate dalla malattia. L'estensione della malattia e della resezione guiderà l'indicazione a chirurgia ricostruttive con lembi regionali pedunculati o liberi microvascolari, che vengono routinariamente eseguiti presso l'AOU di Sassari.
- Per la laringe negli stadi iniziali (T1/2) la chirurgia laser al pari della radioterapia garantisce buoni risultati oncologici-funzionali, con elevate possibilità di guarigione definitiva (> 90%). La scelta tra chirurgia e radioterapia si basa sulle preferenze del paziente e sui previsti esiti a carico della qualità della voce, che sarà peggiore in caso di un interessamento della commissura anteriore. Nelle forme più avanzate (T2/3, T4 selezionati) verrà valutata la possibilità di una preservazione chirurgica della funzione laringea attraverso le cosiddette laringectomie parziali

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 34 di 61	

endoscopiche (Endoscopic horizontal supraglottic laryngectomy) o open (Open Partial Horizontal laryngectomies). Nei tumori non suscettibili di laringectomia parziale, la chirurgia prevede la laringectomia totale, tuttavia in tali situazioni, in virtù dell'efficacia riscontrata in studi clinici ed ottenuta dai così detti protocolli di preservazione d'organo, la combinazione RT-CT, resta una significativa opzione terapeutica, ad eccezione dei casi di invasione della cartilagine tiroidea in cui la chirurgia demolitiva (laringectomia totale e svuotamento bilaterale) resta lo standard di cura.

In caso di tumore laringeo tutte queste opzioni verranno dapprima discusse in sede di tumor board multidisciplinare e poi descritte al singolo paziente per il singolo caso in modo da poter concordare la strategia tenendo anche in conto fattori (incluse le preferenze) legati al paziente ed ottenere un vero consenso informato.

- La chirurgia riveste un ruolo del tutto marginale nel trattamento dei tumori rinofaringei, essa è relegata al salvataggio di neoplasie persistenti/recidivanti con eventuale brachiterapia perioperatoria; il trattamento primario è esclusivo di adenocarcinomi/ tumori di tipo salivari resecabili (T1-T3) in ragione della minore chemioradiosensibilità di queste istologie. Lo svuotamento linfonodale deve essere eseguito solo in caso di recidiva linfonodale accertata.
- La chirurgia resta sicuramente il trattamento di prima scelta nella patologia delle ghiandole salivari. La valutazione dell'infiltrazione del nervo facciale può dare informazione sul suo eventuale sacrificio. Per tumori ad alto grado di malignità (G3), si associa la chirurgia sulle aeree linfatiche del collo; la RT post operatoria è indicata in caso di tumori T3-T4, in caso di diffusione perineurale e/o infiltrazione ossea, in caso di margini di exeresi positivi o close, in presenza di emboli neoplastici endovasali, in tutti i casi di diagnosi istopatologica di "carcinoma adenoideo cistico".
- Il trattamento dei tumori della cavità nasale e dei seni paranasali è ancora in grandissima parte chirurgico, difatti le vigenti linee guida nazionali ed internazionali raccomandano, finché possibile, la resezione del tumore primitivo e delle eventuali linfadenopatie associate, lasciando alla chemioradioterapia (solo in caso di istologia squamosa, mucoepidermoide ed indifferenziata) o alla radioterapia esclusiva il trattamento delle forme considerate inoperabili.
- In linea generale, in caso di metastasi da carcinoma a primitività occulta ad istologia squamosa l'indicazione è per una dissezione del collo (livelli I-V), seguita da RT con o senza CT in caso di estensione extracapsulare. In caso di carcinoma indifferenziato si procederà a dissezione del collo (livelli I-V) seguita da RT con o senza CT, o in alternativa a CT/RT. In caso di adenocarcinoma è indicata la dissezione del collo seguita da RT postoperatoria. Se viene eseguita la dissezione del collo e lo stadio è favorevole (N1 senza estensione extracapsulare) la RT postoperatoria può essere omessa, se è possibile un follow-up "stretto", e riservata al trattamento dell'eventuale comparsa del T. In caso di N avanzati, la RT post-operatoria è obbligatoria, eventualmente associata a CT (sempre in caso di estensione extracapsulare). L'associazione CT/RT può essere la prima scelta in caso di metastasi di carcinoma indifferenziato.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 35 di 61	

ESAME ISTOLOGICO DEL CAMPIONE CHIRURGICO

- I campioni vengono immediatamente fissati in formalina tamponata al 10% in un contenitore di dimensioni adeguate (rapporto volume formalina/campione 10:1) e devono essere consegnati al laboratorio entro 24 ore dal prelievo.
- I campioni vengono chiaramente orientati dai chirurghi, con l'uso di aghi, fili di sutura e supporti solidi e vengono chiaramente descritti nei documenti di accompagnamento (in particolare per i tumori asportati mediante chirurgia laser transorale e/o mediante tecnica piece-meal).
- I dati identificativi del paziente includono nome, cognome, sesso e data di nascita. Sono inoltre richiesti dati clinici (sede, dimensioni e aspetto macroscopico o radiologico della lesione, stadio cTNM), nome del chirurgo di riferimento e unità operativa.
- Il referto istopatologico deve rispondere ai requisiti di semplicità e chiarezza e deve necessariamente contenere le seguenti informazioni: presenza o assenza di neoplasia, definizione dell'istotipo e sue varianti, grado di differenziazione dell'area meno differenziata (in funzione delle specificità della sede anatomica, WHO Classification of Head and Neck Tumors, 4th edition, 2017, AJCC Cancer Staging Manual, 8th edition, 2017), codifica della neoplasia secondo i criteri M-SNOMED e ICD più aggiornati.
- la tempistica per esito refertazione è auspicabile non superi le 2 settimane.



RADIOTERAPIA

L'indicazione al trattamento radiante (curativo o post-operatorio adiuvante), previo accertamento istologico ed esecuzione di una completa e corretta stadiazione, deve essere condivisa all'interno del TB.

Il trattamento radiante proposto deve tenere conto delle più recenti linee guida nazionali ed internazionali in relazione alla sede, all'istotipo, stadio della malattia e funzione d'organo, adeguando le scelte terapeutiche allo stato clinico del paziente.

Si raccomanda che l'indicazione al trattamento radioterapico provenga da un radioterapista con adeguata formazione ed esperienza nel trattamento della patologia testa e collo ed all'interno di Centri ad alto volume di trattamento. Per la delineazione del target e degli OARs (Organi A Rischio) è richiesta esperienza e conoscenza dell'anatomia radiologica e capacità di interpretare le immagini di endoscopia sulla base delle modalità peculiari di diffusione della malattia.

I trattamenti post-operatori dovrebbero iniziare entro 7 settimane dall'intervento chirurgico (Graboyes EM et al 2017). Il trattamento radiante post-operatorio in genere va effettuato nei tempi più brevi possibili. Una tempistica più lunga può essere giustificata qualora si verificano complicanze

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 36 di 61	

chirurgiche a lenta risoluzione (es. deiscenza della ferita, formazione di fistole, ecc.) o altre motivazioni (vedi indicatori). I motivi dei ritardi dovrebbero idealmente essere discussi al tumor board (e presentati dal radioterapista che ha in carico il paziente) o comunque annotati per la successiva rivalutazione degli indicatori.

In linea generale, è possibile utilizzare con intento curativo esclusivo o post-chirurgico adjuvante sia tecniche 3D (sempre più obsolete) che IMRT/VMAT, queste ultime particolarmente indicate come da linee guida AIRO (associazione italiana radioterapia oncologica), al fine di minimizzare i problemi a carico degli organi a rischio ed ottenere una migliore copertura dei volumi bersaglio.

Interventi radioterapici a scopo palliativo, in caso di scarso performance status, recidive di malattia non suscettibili di trattamento radioterapico curativo o di metastasi, rappresentano un'ulteriore opzione.

Il range di dose sulla malattia macroscopica nei trattamenti ad intento curativo, erogato con frazionamento convenzionale, è 70Gy, mentre nel trattamento postoperatorio è 60-66Gy. Il range di dose sulla malattia linfonodale nei trattamenti ad intento curativo è differente a seconda dello stato di coinvolgimento degli stessi. Mentre la dose nel trattamento postoperatorio del letto tumorale è di 60Gy se margini negativi, 66Gy se margini positivi; le aree linfonodali seguono gli stessi dosaggi dei trattamenti curativi.

L'utilizzo di immagini di Risonanza Magnetica con mdc e/o CT-PET con FDG di fusione, utili per la delimitazione del volume macroscopicamente visibile (GTV).

Nei trattamenti post-operatori può essere utile la fusione con indagini diagnostiche pre-chirurgiche per la corretta localizzazione del volume di malattia.

Sia in fase di prescrizione, di delimitazione dei volumi e in fase di dimissione vanno specificati esattamente sedi irradiate, in particolare specificare livelli N delineati utilizzando nomenclatura sec UPDATE 2019 pubblicato su Radiotherapy and Oncology 134 (2019: 1-9). Questa prassi consente l'utilizzo di un linguaggio clinico e anatomico condiviso che facilita l'interscambio di informazioni anche a fini scientifici.



Per pazienti indirizzati a RT dopo aver eseguito Chemio di induzione, è indispensabile avere a disposizione le immagini radiologiche pre-trattamento, allo scopo di individuare i volumi bersaglio originali (sia T che N), che possono variare in dimensioni dopo chemio d' induzione.

ONCOLOGIA MEDICA

L'indicazione al trattamento sistemico, previo accertamento istologico ed esecuzione di una completa e corretta stadiazione locoregionale e sistemica, è condivisa all'interno del tumor board.

Per le indicazioni al trattamento sistemico si rimanda alle linee guida riconosciute e all'allegato 1. Le neoplasie squamose del distretto testa e collo in esame possono ricevere una proposta di trattamento farmacologico sostanzialmente in due setting terapeutici:

- Setting curativo
- Setting palliativo

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 37 di 61	

Il trattamento curativo concomitante con radioterapia deve essere necessariamente programmato congiuntamente alla radioterapia. I pazienti avviati a terapia neoadiuvante devono essere rivalutati clinicamente e con imaging entro 10 giorni dal secondo ciclo.

Si rimanda all'allegato 1 per approfondimenti circa i principali approcci farmacologici.

CHEMIOTERAPIA

L'approccio farmacologico al paziente con neoplasie squamose del distretto cervico-facciale, ad eccezione della rinofaringe e delle ghiandole salivari, può essere schematizzato in due setting terapeutici: a) setting curativo; b) setting palliativo.

Il paziente candidabile ad un trattamento chemioterapico a scopo curativo può appartenere a ciascuna delle seguenti tipologie:

paziente con malattia localmente avanzata, già trattata chirurgicamente e considerata ad alto rischio di recidiva sulla base di fattori prognostici sfavorevoli indicati nel referto dell'esame istologico (chemioterapia adiuvante)



malattia localmente avanzata candidabile a trattamento chemioradioterapico esclusivo

malattia localmente avanzata per la quale è stata scelta l'opzione terapeutica dell'induzione (chemioterapia neoadiuvante)

In ambito di palliazione, invece, il paziente può giungere all'osservazione dell'oncologo per recidiva di malattia, non più recuperabile con un trattamento locale, e/o per presenza di metastasi a distanza alla diagnosi.

Dopo chirurgia, il paziente può necessitare di RT +/- CT adiuvante. Nella fattispecie, in presenza di fattori di rischio cosiddetti "minori", quali positività linfonodale (N+), emboli endo-vasali, infiltrazione perineurale, è indicato un trattamento radioterapico adiuvante, omettendo la chemioterapia. In presenza, invece, di almeno uno dei cosiddetti fattori di rischio "maggiori", ossia margini di resezione infiltrati o close e/o metastasi linfonodali extracapsulari, è indicata, oltre alla radioterapia, anche la chemioterapia a base di cisplatino (75/100mg al mq trisettimanali o 40 mg/mq settimanali) oppure CBDCA. Il trattamento con cisplatino trisettimanale sembra essere, in studi clinici, il più efficace, ma purtroppo, nella pratica clinica, il meno realizzabile data la tossicità acuta cui esso si associa. Spesso è necessario praticare una riduzione della dose totale del cisplatino, facendo comunque attenzione a non sotto-dosare eccessivamente l'intero trattamento.

In alcune categorie di pazienti, la chemioradioterapia esclusiva è impiegata in luogo della chirurgia. Rientrano in tale categoria i pazienti con malattia inoperabile, oppure quelli con diagnosi di malattia suscettibile in prima istanza di chemioradioterapia. A questa seconda categoria appartengono i pazienti con carcinomi dell'orofaringe (specie se HPV correlati) localmente avanzato, carcinoma della laringe sovraglottica, carcinoma dell'ipofaringe candidabili a laringectomia totale che desiderino tuttavia preservare la laringe. Difatti, in tale categoria di pazienti, studi clinici e meta-analisi hanno



 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 38 di 61	

riscontrato un uguale efficacia della chemioradioterapia esclusiva se comparata alla chirurgia seguita da chemio-radioterapia adiuvante.

I pazienti con malattia ricorrente/metastatica vengono comunemente trattati con chemioterapia o in alternativa, con best supportive care (se considerati non idonei alla chemioterapia). Lo schema chemioterapico maggiormente efficace è rappresentato dall' associazione di cisplatino, 5 fluorouracile e cetuximab. Tale trattamento dovrebbe essere proseguito fino ad un massimo di 6 cicli e, in caso di malattia ancora responsiva, è indicata la sospensione del cisplatino e del 5- fluorouracile e la somministrazione del solo cetuximab come mantenimento, fino a progressione di malattia o tossicità inaccettabile. Tale trattamento ha apportato un beneficio statisticamente significativo, rispetto allo standard precedente composto da cisplatino e 5-fluorouracile, sia in termini di PFS che di OS. Lo schema chemioterapico su descritto, si accompagna ad una sopravvivenza mediana di circa 11 mesi, per cui, studi clinici sempre più numerosi sono stati disegnati con l'obiettivo di migliorare tale risultato terapeutico. Di recente il protocollo standard cisplatino, cetuximab, 5-fluorouracile è stato confrontato con la tripletta cisplatino, cetuximab e paclitaxel, ed i risultati di tale analisi hanno indicato una superiorità del regime contenente paclitaxel non tanto in termini di efficacia e tossicità, quanto di miglior profilo di tollerabilità, pertanto attualmente, in luogo dello schema classico, è possibile impiegare quello contenente paclitaxel in luogo del 5-fluorouracile.

L'immunoterapia, ossia la strategia terapeutica in grado di ripristinare la fisiologica risposta immunitaria contro le cellule tumorali, che normalmente in pazienti affetti da tumori maligni risulta soppressa o attenuata, sta acquistando sempre più credito e guadagnando sempre più consensi, visti gli ottimi risultati ottenuti in studi clinici recenti su pazienti con tumori solidi. Trattasi di strategia non recente, dal momento che già negli anni 70, alcuni pazienti affetti da tumori solidi venivano trattati con citochine immunostimolanti ad altre dosi. La cosiddetta immunoterapia di "nuova generazione", prevede l'utilizzo dei cosiddetti "check-point inhibitors", ossia farmaci in grado di "liberare" le cellule del sistema immunitario dallo stato di "empasse" immunologica in cui si trovano. Il nivolumab, in particolare è un anticorpo monoclonale in grado di legare il PD1 (programmed death 1), recettore che se stimolato e' in grado di provocare l'anergia dei linfociti T citotossici, favorendo così la progressione neoplastica.

Tal farmaco, usato in seconda linea in pazienti con malattia ricorrente/metastatica in progressione dopo prima linea contenente platino (con o senza cetuximab), ha dimostrato (in uno studio clinico check-mate 124) un vantaggio in termini di sopravvivenza, quando comparato con la standard of care a scelta dello sperimentatore (docetaxel o metotrexate o cetuximab in monoterapia). I risultati del suddetto trial hanno condotto le autorità regolatorie (tra cui EMA) alla registrazione del nivolumab in seconda linea in pazienti con carcinoma squamoso del distretto cervico-cefalico ricorrente/metastatico considerati platino-refrattari, ossia in progressione entro 6 mesi da terapia contenente cisplatino. Ancor più di recente, lo scenario terapeutico dei tumori squamosi testa-collo ricorrenti/metastatici si è ulteriormente modificato e ciò grazie alla pubblicazione dei risultati dello Studio Keynote-048. Quest'ultimo ha valutato l'aggiunta del pembrolizumab all'armamentario terapeutico in pazienti "naive", ossia non sottoposti in precedenza ad alcuna chemioterapia di I linea. Essendo il disegno dello Studio alquanto complesso, ci limitiamo a descriverlo nel seguente modo: pazienti chemio-naive (indi platinum-sensitive) con diagnosi di carcinoma a cellule squamose testa-

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 39 di 61	

collo ricorrente/metastatico, hanno ricevuto in prima linea l'allora standard of care, ossia cisplatino-fluorouracile-cetuximab (braccio standard) versus pembrolizumab in monoterapia o versus cisplatino-fluorouracile-pembrolizumab. È stata inoltre fatta una valutazione anatomopatologica riguardante il grado di espressività tissutale del PDL-1, proteina coinvolta nel pathway di immuno-escape in molti tumori solidi (pathway contro cui i check-point inhibitors sono rivolti). Nella fattispecie, su tali campioni è stato calcolato il CPS (combined positive score), ossia il rapporto fra il "totale" delle cellule che esprimono la proteina PDL-1 (cellule tumorali, linfociti, cellule stromali) ed il totale delle cellule tumorali esprimenti il PDL-1. Tale score non è altro che una misura del grado di espressione del PDL-1 tissutale. I risultati dello Studio in questione hanno dimostrato che in pazienti il cui tumore esprime in maniera massiva PDL-1, indi con un CPS superiore a 20, il solo pembrolizumab migliora significativamente sia la OS che la PFS rispetto allo schema standard, mentre l'associazione pembrolizumab + chemioterapia (cisplatino-fluorouracile) è più efficace dello standard nella ITT (intent to treat population), indipendentemente dall'espressione del PDL-1 tissutale. Tali risultati hanno condotto le Autorità Regolatorie ad "approvare" e rimborsare il pembrolizumab in pazienti con diagnosi di carcinoma squamoso testa-collo ricorrente metastatico, che mostrino un CPS di almeno 1, in prima linea, associato o meno a chemioterapia (cisplatino-fluorouracile). Presupposto fondamentale è quindi la positività al PDL-1 test (con un CPS di almeno 1), l'associazione o meno a chemio è lasciata totalmente al giudizio del clinico. Parametri da considerare per decidere in un senso o nell'altro sono: l'evoluitività ed il tumor burden (malattie più grandi ed aggressive necessiterebbero di rapido debulking ed indi di chemio da associare) ed il valore del CPS (i pazienti il cui tumore presenti valori uguali o superiori a 20 rispondono anche al solo pembrolizumab).



Altri parametri che sembrano avere un'utilità nel predire la risposta al Pembrolizumab sono alterazioni molecolari (come MSI-H, dMMR o TMB-H ≥ 10 mut/Mb) che possono essere valutate nel PDTA della AOU di Sassari dall'unità di Oncologia Molecolare.

I carcinomi della rinofaringe e delle ghiandole salivari, essendo entità estremamente complesse e distinte dal resto dei tumori del distretto cervico-cefalico, presentano anche trattamenti differenti.

I carcinomi della rinofaringe (indifferenziati o squamosi) si giovano di un trattamento con RT esclusiva negli stadi iniziali della malattia (stadio I). Dallo stadio II (infiltrazione della fascia faringo-basilare) in poi, sempre nell'ambito della malattia localmente avanzata (fino a T4N3M0) l'approccio terapeutico consiste nella somministrazione di CT+RT concomitante oppure di chemioterapia di induzione seguita da CT/RT concomitante. Il chemioterapico impiegato in concomitanza alla radioterapia è il cisplatino (possibilmente alla dose di 100 mg/m²). La CT di induzione può avvalersi di schemi includenti il cisplatino associato a fluoropirimidine e taxani. La terapia della malattia ricorrente/metastatica si avvale di schemi chemioterapici contenenti platino, dei quali il più efficace è la "doppietta" cisplatino-gemcitabina.

I carcinomi delle ghiandole salivari presentano diversi istotipi, i più frequenti dei quali sono il carcinoma mucoepidermoide, il carcinoma adenoideo cistico e molti tipi differenti di adenocarcinoma. Inoltre, nelle ghiandole salivari si possono generare altri tipi di tumori come, i carcinomi a cellule squamose, carcinomi indifferenziati, carcinoma anaplastico a piccole cellule.

Trattasi di tumori poco responsivi alla chemioterapia ed alla radioterapia, per cui il "cornerstone" del trattamento è rappresentato dalla chirurgia, anche nei casi particolarmente avanzati. Le correnti linee

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 40 di 61	

guida promuovono in casi permissivi anche la metastasectomia (specie per lesioni polmonari) assieme alla chirurgia del T e dell’N. Trattandosi di tumori poco o per nulla responsivi alla chemioterapia, per cui sono attualmente in corso studi clinici aventi lo scopo di valutare l’efficacia della targeted therapy e di terapie sistemiche alternative. Fino a poco tempo fa, l’unica terapia sistemica alternativa alla chemio, approvata e rimborsabile è rappresentata dagli anti androgeni nei carcinomi duttali delle ghiandole salivari che iper-esprimono i recettori per androgeni. Attualmente, il lenvatinib, un multikinases inhibitor, ha raggiunto in uno studio di fase II, il cui disegno statistico prevedeva due step (test a due fasi minmax di Simon) di arruolamento, un tasso di risposte obiettive (ORR) del 15.6%, significativamente superiore a quello storico, ottenuto dalla chemioterapia a base di platino. Pertanto, le Autorità regolatorie hanno approvato e rimborsato lenvatinib per il trattamento di pazienti con diagnosi di carcinoma adenoideo cistico in fase avanzata in prima o in seconda linea.



Recenti evidenze supportano nelle neoplasie maligne recidive/metastatiche delle ghiandole salivari

- Terapia NTRK per tumori positivi alla fusione genica NTRK
- Pembrolizumab (per tumori ad alta instabilità microsatellitare [MSI-H], deficit del mismatch repair [dMMR], TMB-H ≥ 10 mut/Mb)
- Dabrafenib/trametinib per tumori BRAF V600E-mutati
- Selpercatinib per tumori positivi alla fusione del gene RET.

Nel PDTA della AOU di Sassari la valutazione di tali alterazioni molecolari è eseguita dal Unità di Oncologia Molecolare.

MONITORAGGIO DEL FLUSSO SALIVARE E INTERCETTAZIONE DELLE COMPLICANZE DA XEROSTOMIA

La xerostomia occupa un ruolo predominante tra le complicanze orali secondarie a trattamento radio e/o chemioterapico. La situazione clinica è solitamente caratterizzata da flusso salivare basale ≤ 0.1 mL/min con incidenza del 40% dei soggetti per danno diretto o indiretto delle terapie verso le ghiandole salivari. La xerostomia comporta una mancata protezione della mucosa oro-faringea che soprattutto nel paziente radioterapico aumenta la suscettibilità a disfonia, tosse secca, disfagia, infezioni, insorgenza di mucositi (90% dei soggetti radioterapici). L’assenza di terapie efficaci per il management e la prevenzione della malattia stabilizza uno stato di algia infiammatoria che dal cavo orale procede verso il tratto gastro-intestinale con incapacità ad alimentarsi. La gravità della forma può portare anche alla necessità di sospendere i cicli di radioterapia e/o chemioterapia con insorgenza di cloni resistenti che influiscono negativamente sulla prognosi del tumore. Nel 20-86% dei pazienti in radio e chemioterapia, la xerostomia si associa ad alterazioni del gusto, dalla disgeusia sino ad ageusia, causa di incremento della morbilità e mortalità per malnutrizione per inadeguatezza nell’apporto energetico, perdita di peso, riduzione della QoL e della risposta immunitaria. Al fine di intercettare la xerostomia, e le sue gravi complicanze, il paziente in radio/chemioterapia è inserito in un protocollo di monitoraggio specifico all’interno della UO di Odontoiatria. Tutte le visite sono programmate in coincidenza del ciclo di radioterapia e/o chemioterapia in modo da ridurre al minimo gli ingressi del paziente ai servizi ospedalieri. Nei controlli settimanali o bisettimanali è praticata valutazione obiettiva della saliva tramite dosaggio con il metodo dello *Spitting test tube*, effettuando la raccolta della saliva

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 41 di 61	

basale non stimolata per 5 minuti, e tenendo in considerazione le variazioni circadiane del flusso salivare. Valori compresi tra ≤ 0.1 e ≤ 0.25 mL/min sono considerati come iposalivazione mentre valori ≥ 0.25 mL/min come flusso salivare normale. La xerostomia è monitorata inoltre attraverso Scala VAS soggettiva della xerostomia contenente 8 validate domande relative alla percezione di bocca secca in addizione ad un'ulteriore item al riguardo della percezione del gusto. Durante i controlli, un ampio spazio è riservato agli interventi di igiene orale professionale sia con tecniche ultrasonore che manuali attraverso le quali si provvede ad abbattere la stratificazione della placca batterica dalle superfici dure e molli del cavo orale, accumulata per impossibilità da parte del paziente alla pratica di corrette tecniche di igiene domiciliare. L'abbattimento della placca batterica nel paziente portatore di xerostomia ha un ruolo preventivo fondamentale nei confronti delle mucositi da *Candida albicans*, patogeno che esprime la sua virulenza in ambiente a basso pH quale quello determinato in situazioni di iposalivazione con accumulo di batterici acidogeni. In soggetti a rischio, il pH salivare viene attentamente vigilato anche con utilizzo di cartine di tornasole in modo da intercettare i valori soglia utili allo sviluppo della mucosite da *Candida*.

8.11 Terapia del dolore e accesso alle cure palliative

Terapia antalgica

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole. Il dolore oncologico rappresenta un sintomo complesso che influenza il paziente in diversi aspetti della vita, dallo svolgimento dell'attività quotidiana allo stato psicologico ed emotivo. La prevalenza del dolore tra i pazienti varia ampiamente ed è influenzata da diversi fattori, come la popolazione valutata, il tipo di tumore e la sua estensione. Nei pazienti con neoplasia della testa e del collo è frequente il dolore orofacciale.

La valutazione del dolore, in tutti i pazienti, viene effettuata:



- all'ingresso del percorso; in seguito all'esecuzione di procedure invasive di particolare impatto (es: intervento chirurgico); al sopraggiungere di modificazioni importanti nella presentazione della malattia. Le prestazioni di terapia antalgica specialistiche possono essere erogate, in seguito a richiesta di consulenza:
- al letto del paziente, se degente
- tramite valutazioni ambulatoriali programmate.

La valutazione della sintomatologia algica, avviene durante la prima visita al paziente e durante le successive, attraverso apposite scale di rilevazione multidimensionali o monodimensionali come:

La scala numerica NRS (Numerical Rating Scale, la scala analogica visiva VAS (Visual Analogue Scale) Per i pazienti non verbali, il dolore può essere valutato mediante la palpazione delle aree identificate nel Kayser-Jones Brief Oral Health Assessment Tool (OHAT).

Per ottimizzare l'assistenza, il referto della consulenza della terapia antalgica dovrebbe essere caratterizzato in termini di domini multipli, a cominciare da descrittori clinicamente rilevanti:

- intensità
- caratteristiche temporali
- posizione e pattern di irradiazione
- qualità e fattori che provocano o alleviano il dolore. L'intensità del dolore dovrebbe essere

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 42 di 61	

monitorata nel tempo utilizzando la stessa scala di valutazione e un periodo di tempo specifico.

La valutazione temporale del dolore può includere informazioni come:

- tipo di insorgenza
- durata
- decorso
- fluttuazione giornaliera.

Essenziali da valutare anche altre caratteristiche del dolore come:

- la qualità del dolore (p. es., doloroso, acuto, lancinante, bruciante, ecc.) fornisce informazioni che possono aiutare a distinguere

tra sindromi dolorose nocicettive e neuropatiche:

- la localizzazione del dolore
- l'identificazione di fattori specifici che possono provocare o ridurre il dolore possono aiutare a chiarire l'eziologia e chiarire un approccio terapeutico.

Le manifestazioni cliniche della sintomatologia algica potrebbero essere:

- Acute, in senso stretto o come esacerbazione acuta di sintomatologia cronica;
- Croniche, espressione di malattia neoplastica in atto o esito di trattamento;
- BTcP, Breakthrough cancer Pain o Dolore Episodico Intenso. Trovare un'eziologia per il dolore può influenzare la prognosi o le decisioni sulla valutazione o sul trattamento.

Integrando i risultati dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e dei test oggettivi si può cercare di discriminare tra:

- dolore nocicettivo
- neuropatico

Il dolore nocicettivo è correlato ad una lesione tissutale in corso, può essere sostenuto da

- lesioni ai tessuti somatici come ossa, articolazioni o muscoli, descritto come gravativo, pulsante, a pugnalata.
- da lesioni ai tessuti viscerali, descritto come crampiforme dolore neuropatico è correlato da una lesione o da una malattia che colpisce il sistema somatosensoriale periferico o centrale. I meccanismi neuropatici sono coinvolti in circa il 40% delle sindromi dolorose da cancro e possono essere causati dalla malattia o dal suo trattamento.



L'esame obiettivo di un paziente con dolore neuropatico può identificare:

- reperti di allodinia
- iperalgesia
- altri reperti sensoriali.

Queste valutazioni influenzano il **trattamento**.

Un numero considerevole di pazienti con dolore da tumori testa collo non ottiene un sollievo soddisfacente con gli approcci convenzionali, compreso il trattamento delle cause sottostanti, la farmacoterapia a base di oppioidi e le terapie non invasive. Per alcuni di questi pazienti, le cosiddette strategie di gestione del dolore interventistiche possono offrire un sollievo dal dolore.

L'esperienza nella gestione del dolore acuto e cronico suggerisce che un sottogruppo accuratamente selezionato di pazienti con dolore oncologico può trarre beneficio da queste procedure. Tra le sindromi dolorose più riconosciute, il dolore alla spalla e al collo sono due condizioni neuropatiche riconoscibili,

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 43 di 61	

in particolare per coloro che hanno subito una dissezione del collo. In questi casi possiamo prendere in considerazione:

- Blocco soprascapolare per dolore riferito alla spalla
- Blocco del plesso brachiale per il dolore riferito agli arti superiori
- Iniezioni miofasciali per spasmi muscolari

Il dolore cronico che coinvolge la testa o il collo dopo il trattamento può essere debilitante e può essere presente anche oltre i cinque anni dopo il trattamento.



L'obiettivo del trattamento è il recupero di un'autosufficienza o una riduzione del sintomo per permettere al paziente di migliorare la qualità di vita.

Nei casi in cui la cura della malattia non viene più ritenuta possibile e non costituisce più l'obiettivo primario, viene intrapreso un percorso palliativo. Le Cure Palliative corrispondono, secondo l'OMS, a una condotta e a un trattamento atte a migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro parenti, in presenza di una malattia inguaribile. In tali casi i pazienti vengono affidati alla rete delle strutture di assistenza territoriali ADI ed Hospice che garantiscono la continuità del trattamento e del sostegno.

L'attivazione viene di norma effettuata tramite:

- Istanza del MMG
- Segnalazione della famiglia del paziente

L'Atto Aziendale dell'AOU SS prevede l'istituzione di una struttura semplice di Terapia del Dolore e Cure Palliative deputata alla presa in carico dei pazienti di competenza e a, seguito di prossimi accordi interaziendali, modalità di condivisione dei percorsi di presa in carico e di gestione con coinvolgimento di strutture territoriali e degli Hospice presenti nel territorio regionale.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 44 di 61	

8.12 Follow up

Gli scopi principali del follow up sono rappresentati da:

- Monitoraggio delle recidive
- Monitoraggio, screening e prevenzione dei secondi tumori
- Monitoraggio e trattamento degli effetti tardivi indotti dal suo trattamento tramite utilizzo di scale di valutazione approvate dalle maggiori società scientifiche
- Riferimento a specialisti appropriati (logopedista, pneumologo in caso di polmoniti recidivanti, fisioterapista, ecc.)
- Valutazione del rischio genetico (se indicata)
- Fornire raccomandazioni riguardo la dieta, l'attività fisica e il mantenimento di stili di vita sani
- Fornire informazioni riguardo le garanzie di assistenza sanitaria (pensione, INPS, accompagnamento, ecc.)

Come da linee guida sono raccomandati controlli clinici: ogni 3/4 mesi i primi due anni, poi semestrali fino al quinto anno, poi annuali. È indispensabile avvalersi di strumentazione dedicata (endoscopia, fibroscopia, NBI); per i tumori delle alte vie aereodigestive è consigliabile eseguire una panendoscopia per escludere anche tumori metacroni.

La cadenza dei controlli clinico-radiologici deve comunque essere personalizzata in base al rischio specifico di recidiva di malattia (stadio, stato dei margini, tipo di trattamento, grado, istotipo) ed eventualmente protratta oltre il quinto anno di follow up.



Viceversa, oltre i 5 anni il follow up può essere demandato al MMG (Curante), reso edotto del rischio di tumori metacroni che divengono la prima causa di morte nei pazienti curati per neoplasie maligne del distretto testa e collo; viene rilasciata dal GMD una relazione dettagliata riguardante la storia oncologica del paziente e suggerita cadenza e modalità dei controlli. Inoltre, viene assicurata tramite i recapiti sopraelencati una via di comunicazione preferenziale del MMG con gli specialisti che hanno curato il paziente in modo da poter ottenere in tempi rapidi una loro valutazione in caso di dubbia recidiva. In generale, è consigliabile comunque eseguire una visita specialistica con endoscopia annualmente

Le indagini radiologiche e di medicina nucleare utilizzate nel follow-up sono:

- TC
- RM
- 18F FDG PET, PET/TC
- scintigrafia ossea
- il servizio di agoaspirati ecoguidati attivo presso l'AOU di Sassari è a disposizione dei pazienti in tutti i casi di dubbia recidiva a livello profondo (non coinvolgente direttamente le superfici mucose e/o cutanee).

Pazienti sottoposti a trattamento chirurgico (cavo orale, orofaringe, ipofaringe, nasosinusali): RMN (I scelta), TC (se RMN non disponibile o controindicata) entro 6 mesi dal termine del trattamento, poi ogni 6 mesi nei primi due anni; annuale tra il terzo e quinto anno. 18F FDG PET/TC nei casi dubbi.

Pazienti sottoposti a (chemio)-radioterapia (rinofaringe, orofaringe, ipofaringe, nasosinusali): 18F FDG PET/TC a 12 settimane (se non disponibile effettuare TC con mdc).

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 45 di 61	

Se 18F FDG PET/TC dubbia/positiva approfondimento con RMN (o TC se RMN non disponibile o controindicata).



Poi 18F FDG PET/TC o RM (o TC) a 1 anno. Poi RMN (o TC) ogni 6 mesi nei primi due anni, poi annuale tra il terzo e quinto anno.

Se 18F FDG PET/TC non disponibile RMN (I scelta) o TC (II scelta) a 8 settimane. Poi ogni 6 mesi nei primi due anni poi annuale tra il terzo e quinto anno.

Laringe: Nei tumori in stadio iniziale può essere sufficiente controllo clinico con fibroscopia e NBI (narrow band imaging) (ogni 2 mesi il primo anno, ogni 4 mesi il secondo, semestrali fino al quinto).

Nei casi dubbi o nei tumori in stadio avanzato è indicato approfondimento radiologico mediante TC o RMN con bobina dedicata: semestrale i primi due anni e annuale fino al quinto.

RM (I scelta nei tumori glottici trattati conservativamente con RT o chirurgia laser) se le caratteristiche tecniche della apparecchiatura e l'expertise radiologico lo consentono.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 46 di 61	



9. INDICATORI

MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA DEL PDTA

Per valutare l'efficacia del percorso qui disegnato verrà eseguita annualmente una rilettura critica degli indicatori sotto indicati, con una discussione da parte dei membri del TB riguardo ai risultati ottenuti ed a quelli mancati, eventuale proposta di altri indicatori più appropriati o modifica di quelli esistenti, adattamento degli obiettivi numerici prefissati. Alla luce di tale rilettura critica verrà prodotta una relazione annuale sul PDTA.

9.1 Indicatori di attività

INDICATORE	RESPONSABILITÀ	MONITORAGGIO	STANDARD DI RIFERIMENTO
Numero di prime visite	SCC Otorinolaringoiatria SC Chirurgia Maxillo-Facciale	Annuale	-
Numero di visite di follow up	SCC Otorinolaringoiatria SC Chirurgia Maxillo-Facciale	Annuale	-
Percentuale di pazienti arruolati nel PDTA rispetto al totale dei pazienti eleggibili al PDTA	SC Otorinolaringoiatria SC Chirurgia Maxillo-Facciale	Annuale	>80%
Numero di interventi chirurgici a scopo curativo eseguiti/anno	SC Otorinolaringoiatria SC Chirurgia Maxillo-Facciale	Annuale	
Numero di trattamenti radioterapici eseguiti/anno	SC Radioterapia	Annuale	>40
Numero di pazienti trattati in Oncologia medica	SC Oncologia	Annuale	



 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 47 di 61	

9.2 Indicatori di processo

INDICATORE	RESPONSABILITÀ	MONITORAGGIO	STANDARD DI RIFERIMENTO
Proporzione di pazienti con effettuazione dell'intervento chirurgico entro 50 giorni dalla valutazione multidisciplinare. Trattamenti iniziati entro 50 giorni dalla prima visita	SC Otorinolaringoiatria SC Chirurgia Maxillo-Facciale	Annuale	>80%
Proporzione di paziente con inizio della radio(chemio)terapia adiuvante entro 60 gg dalla chirurgia	SC Radioterapia	Annuale	>80%
Proporzione di paziente con inizio della radio(chemio)terapia adiuvante entro 60 gg dalla chirurgia	SC Radioterapia	Annuale	>80%
Proporzione di pazienti con inizio della radio-chemioterapia con finalità radicali entro 30 gg dalla valutazione del TB	SC Radioterapia	Annuale	>80%
Proporzione di relazioni emesse con le decisioni assunte nel TB	SC Otorinolaringoiatria	Annuale	≥ 90%

9.3 Indicatori di performance

INDICATORE	RESPONSABILITÀ	MONITORAGGIO	STANDARD DI RIFERIMENTO
Percentuale di recidive dopo chirurgia radicale	SC Otorinolaringoiatria SC Chirurgia Maxillo-Facciale	Annuale	< 20%
Percentuale di pazienti che hanno subito interruzioni del trattamento di RT tali da prolungare il termine previsto	SC Radioterapia	Annuale	≤10%

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 48 di 61	

9.4 Indicatore di esito

INDICATORE	RESPONSABILITÀ	MONITORAGGIO	STANDARD DI RIFERIMENTO
Overall Survival a 5 anni	SC Otorinolaringoiatria SC Chirurgia Maxillo-Facciale	Annuale	57%

MISURAZIONE DEL RISULTATO TERAPEUTICO

Obiettivo futuro da definire nel dettaglio in successive revisioni del PDTA è l'allestimento di un database comune per il TB, tale ausilio sarà fondamentale per fornire indicazioni utili sia a livello clinico sia di analisi degli outcomes terapeutici per ogni sede tumorale, raccogliendo i dati dei pazienti presi in carico nei tre anni precedenti.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio

Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA

CODIFICA

VERSIONE

DATA

Pagina 49 di 61

01

10. ALLEGATI

Per ulteriori dettagli vedasi **Allegato 1** (Indicazioni tecniche) e **Allegato 2** (Raccomandazioni)

Allegato 3



AOU SASSARI
HEAD AND NECK TUMOR BOARD
DATA COLLECTION FORM



PERSONAL DATA

LAST NAME
 FIRST NAME
 DATE OF BIRTH
 BIRTHPLACE
 FISCAL CODE
 GENDER
 ADDRESS
 PHONE NUMBER
 OCCUPATION
 MAIN COMORBIDITY
 SECOND COMORBIDITY
 THIRD COMORBIDITY
 HEAD AND NECK MALIGNANCIES FAMILY HISTORY
 > SPECIFY
 SMOKING STATUS
 PACKYEARS
 DRINKING STATUS
 DRINKING LEVEL

ECOLOGICAL PERFORMANCE STATUS

0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction.
1	Restricted in physically demanding activities and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g. light housework, office work.
2	Unable to carry out any self-care but able to carry out some work activities, up and about more than 50% of waking hours.
3	Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours.
4	Completely disabled; unable to carry out any self-care; confined to bed or chair.
5	Dead.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 50 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

PATHOLOGICAL DATA

DATE OF MULTIDISCIPLINARY MEETING

DATE OF FIRST DIAGNOSIS

PRIMARY TUMOUR / RECURRENCE

SITE

SUBSITE

HISTOLOGY

GRADING

P16 OVEREXPRESSION

HPV DNA

HPV RNA

> SPECIFY GENOTYPE

EBV

CLINICAL STAGING

T

N

M

CLINICAL STAGE

PATHOLOGICAL STAGING

T

N

ENE

SURGICAL MARGINS

MAIN INVOLVED N LEVEL

DISTANT METASTATIC SITE

> SPECIFY OTHER

FNAC

MYI AN SYSTEM (for salivary glands only)

FNAC CYTOLOGY



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 51 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

PREVIOUS HISTORY

CURRENT MULTIDISCIPLINARY MEETING PROPOSAL

MULTIDISCIPLINARY MEETING DECISION



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 52 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

Allegato 4 ICD9- CM

NASO – RINOFARINGE

Diagnosi	Cod.	Diagnosi	Cod.
Anamnesi di tumore maligno naso, seni p.	v10.22	Ca in situ naso, seni paranasali	231.8
Tumore maligno ossa massiccio facciale	170.0	Tumori benigni naso, seni paranasali	212.0
Tumori comp. incerto naso, seni p.	235.9	Tumori maligni cavità nasale	160.0
Tumori maligni cute naso	173.3	Tumori maligni etmoide	160.3
Tumori maligni frontale	160.4	Tumori maligni mascellare	160.2
Tumori maligni rinofaringe (altre sedi)	147.8	Tumori maligni rinofaringe (non specif.)	147.9
Tumori maligni rinofaringe (parete anteriore)	147.3	Tumori maligni rinofaringe (parete lat.)	147.2
Tumori maligni rinofaringe (parete posteriore)	147.1	Tumori maligni rinofaringe (parete sup)	147.0
Tumori maligni seni paranasali, non spec.	160.9	Tumori maligni sfenoide	160.5

NASO – RINOFARINGE

Procedure	Cod.	Procedure	Cod.
Amputazione del naso	21.4	Senotomia frontale	22.41
Antrotomia intranasale	22.2	Sfenoidotomia	22.52



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 53 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

Asportazione lesione faringea	29.39	Splitting concha bullosa	21.69
Asportazione/demolizione lesione nasale	21.30	Biopsia del naso	21.22
Biopsia endoscopica nasale	22.11	Biopsia faringea	29.12
Controllo epistassi	21.00	Controllo epistassi (cauterizzazione)	21.03
Controllo epistassi (altre procedure)	21.09	Controllo epistassi (legatura a. mascellare)	21.05
Controllo epistassi (legatura aa. etmoidali)	21.04	Controllo epistassi (legatura ACE)	21.06
Endoscopia nasale	22.19	Etmoidotomia	22.51
Incisione naso	211	Innesto di cute (a tutto o parziale spessore)	86.63
Lisi aderenze naso	21.91	Rinoscopia	21.21

CAVO ORALE – OROFARINGE

Diagnosi	Cod.	Diagnosi	Cod.
Anamnesi di tumore maligno cavo orale	v1002	Tumore maligno base lingua	141.0
Tumore maligno mucosa geniena	145.0	Tumore maligno area retromolare	145.6
Tumore maligno orofaringe (non spec)	146.9	Tumore maligno cavità orale (non spec)	145.9
Tumore maligno palato molle	145.3	Tumore maligno commessura labiale	140.6
Tumore maligno palato duro	145.2	Tumore maligno lingua (2/3 anteriori)	141.4



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 54 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

Tumore maligno ugola	145.4	Tumore maligno lingua (punta-margini lat)	141.2
Tumore maligno pav. orale (non spec)	144.9	Tumore maligno lingua (sup. dorsale)	141.1
Tumore maligno pavimento orale (ant)	144.0	Tumore maligno lingua (sup. ventrale)	141.3
Carcinoma in situ cute delle labbra	232.0	Tumore maligno lingua- pilastro tonsillare	141.5
Carcinoma in situ mucosa orale/orofaringe	2300	Tumore maligno lingua, non specificato	141.9
Tumore maligno tonsilla palatina	146.0	Tumore maligno pavimento orale (lat)	144.1
Leucoplachia orale (incl. lingua)	528.6	Tumore maligno tonsilla linguale	141.6
Tumori maligni labbro superiore (sup. int)	140.3	Tumori maligni labbro inferiore (sup. est)	140.1
Tumori maligni labbro superiore (sup.est)	140.0	Tumori maligni labbro inferiore (sup. int)	140.4
Tumori maligni cute labbro	173.0		

CAVO ORALE – OROFARINGE

Procedure	Cod.	Procedure	Cod.
Altra asportazione lesione della bocca	27.49	Biopsia labbro	27.23
Biopsia cavo orale (non specificata)	27.24	Biopsia lingua	25.02
Biopsia palato osseo	27.21	Biopsia tonsille-adenoidi	28.11
Biopsia ugola/palato molle	27.22	Controllo emorragia post-tonsillectomia	287



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 55 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

Exeresi lesione labbro	27.42	Exeresi lesione lingua	251
Faringoplastica anteriore-laterale	27.69	Glossectomia parziale	252
Tonsillectomia	282	Uvulectomia	27.72
Uvulotomia	27.71		

IPOFARINGE – LARINGE – COLLO

Diagnosi	Cod.	Diagnosi	Cod.
Complicanze tracheostomia (non spec)	519.0	Tumefazione testa-collo	784.2
Tumore m. ipofaringe (seno piriforme)	148.1	Tumore m. epiglottide (faccia ant.)	146.4
Controllo di tracheostomia	v550	Tumore m. epiglottide (faccia laringea)	161.1
Disfagia	787.2	Tumore m. ipofaringe (non specificato)	148.9
Disfonia	784.49	Tumore m. ipofaringe (parete posteriore)	148.3
Dispnea	786.09	Tumore m. ipofaringe (plica ariepiglottica)	148.2
Edema laringe	478.6	Tumore m. ipofaringe (retrocricicoideo)	148.0
Emorragia tracheostoma	519.09	Tumore m. laringe (glottico)	161.0
Emottisi	786.3	Tumore m. laringe (non spec.)	161.9
Tumore maligno vallecchia	146.3	Tumore m. laringe (sopraglottico)	161.1
Infezione tracheostomia	519.01	Tumore m. laringe (sottoglottico)	161.2



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 56 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

Metastasi linfonodali testa/collo	196.0	Noduli-granulomi-leucoplachia ccv	478.5
Malattie laringee non specificate	478.70	Paralisi cv bilaterale	478.34
Paralisi cv monolaterale	478.32	Polipo corde vocali	478.4
Portatore di tracheostoma	v440		

IPOFARINGE – LARINGE – COLLO

Procedure	Cod.	Procedure	Cod.
Altri interventi sulla trachea	31.99	Asportazione lesione laringe (ccv)	30.09
Asportazione linfonodi cervicali	40.21	Sostituzione cannula tracheale	97.23
Biopsia faringea (sopraglottica)	29.12	Sostituzione protesi fonatoria	31.98.1
Biopsia laringe (endoscopica)	31.43	TC testa-collo	87.03
Biopsia linfonodale	40.11	Toilette di tracheostoma	96.55
Chiusura di tracheostomia	31.72	Tracheoscopia attraverso trcheostoma	31.41
Chiusura fistola laringe	31.62	Tracheostomia permanente	31.29
Cordectomia	30.22	Tracheotomia temporanea	31.1
Cordotomia vocale	31.3	Dissezione radicale collo (bilaterale)	40.42
Dissezione radicale collo (monolaterale)	40.41	Drenaggio ascesso/ematoma cute/sottocute	86.01
Drenaggio ascesso parafaringeo/collo	280	Epiglottidectomia	30.21



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 57 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

Esofagoscopia	42.23	Faringectomia parziale	29.33
Fistola tracheoesofagea	31.95	Iniezione intracordale	31.0
Innesto cutaneo libero	86.60	Laringectomia parziale	30.29
Laringectomia totale con slc e tracheo	30.4	Laringectomia totale con tracheo	30.3
Laringoscopia o tracheoscopia (MLSD)	31.42	Lisi aderenze laringe	31.92
Posizionamento SNG (infusione sostanze)	96.6	Revisione di tracheostomia	31.74
Rimozione corpo estraneo faringe	98.13		

VARIE

Diagnosi	Cod.	Diagnosi	Cod.
Algie facciali (dolore facciale atipico)	350.2	Gozzo multinodulare non tossico	241.1
Altri disturbi del nervo glossofaringeo	352.2	Gozzo tiroideo non specificato	240.9
Intervento non eseguito x altre ragioni	v643	Intervento non eseguito per controindicazioni	v641
Intervento non eseguito per decisione pz	v642	Melanoma cute faccia	172.3
Paralisi nervo facciale (di Bell)	351.0	Metastasi polmonari	197.0
Disturbi nervo accessorio	352.4	Paralisi multipla nn cranici (Collet-Sicard)	352.6
Disturbi del nervo facciale non specificati	351.9	Tumore maligno trachea	162.0
Disturbi del nervo vago	352.3	Tumori maligni cute cuoio	173.4



AOU Sassari

**Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria

TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 58 di 61
------------------	-----------------	-----------------------	-------------	-----------------

		capelluto/collo	
Disturbi nervo ipoglosso	352.5	Tumori maligni cute faccia	173.3
Disturbi non specificati nn cranici	352.9	Tumori maligni cute orecchio esterno/CUE	173.2

VARIE

Procedure	Cod.	Procedure	Cod.
Aerosolterapia	93.94	TC torace	87.41
Alimentazione parenterale	99.15	RX massiccio facciale	87.16
Alimentazione per SNG	96.35	RX torace	87.44
Asportazione lesione cute	86.4	Sostituzione SNG	97.01
Consulenza neurologica	89.13	TC testa-collo	87.03
Consulto/consulenza	89.09	Trasfusione di piastrine	99.05
ECG	89.52	Trasfusione di plasma	99.07
Ecocardiogramma	88.72	Trasfusione di sangue intero	99.03
Ecografia addominale	88.76	Trasfusione di concentrato cellulare	99.04
Ecografia testa-collo	88.71	Esame microscopico di campione ORL	90.3
Esofagoscopia	42.23	Infusione di altre sostanze terapeutiche	99.29
Infusione di antibiotici	99.21	Infusione di anticoagulanti	99.19
Infusione di elettroliti	99.18	Infusione di insulina	99.17



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale
S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio

**Percorso Diagnostico
Terapeutico Assistenziale
per i Tumori del distretto
Testa e Collo**



A.D. MDLXII

S.C. Otorinolaringoiatria



TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE	DATA	Pagina 59 di 61
		01		

Infusione di steroidi	99.23	Innesto cutaneo libero	86.60
Innesto lembo peduncolato o libero	86.70	Irrigazione/pulizia ferita	96.59
Medicazione compressiva	93.56	Medicazione ferita	93.57
Plasmaferesi terapeutica	99.71	Posizionamento SNG (infusione sostanze)	96.6
Rimozione sutura testa-collo	97.38	RMN cervello-tronco encefalico	88.91
RMN collo	88.97	RX arcate dentarie	87.11

11. ARCHIVIAZIONE E REVISIONI

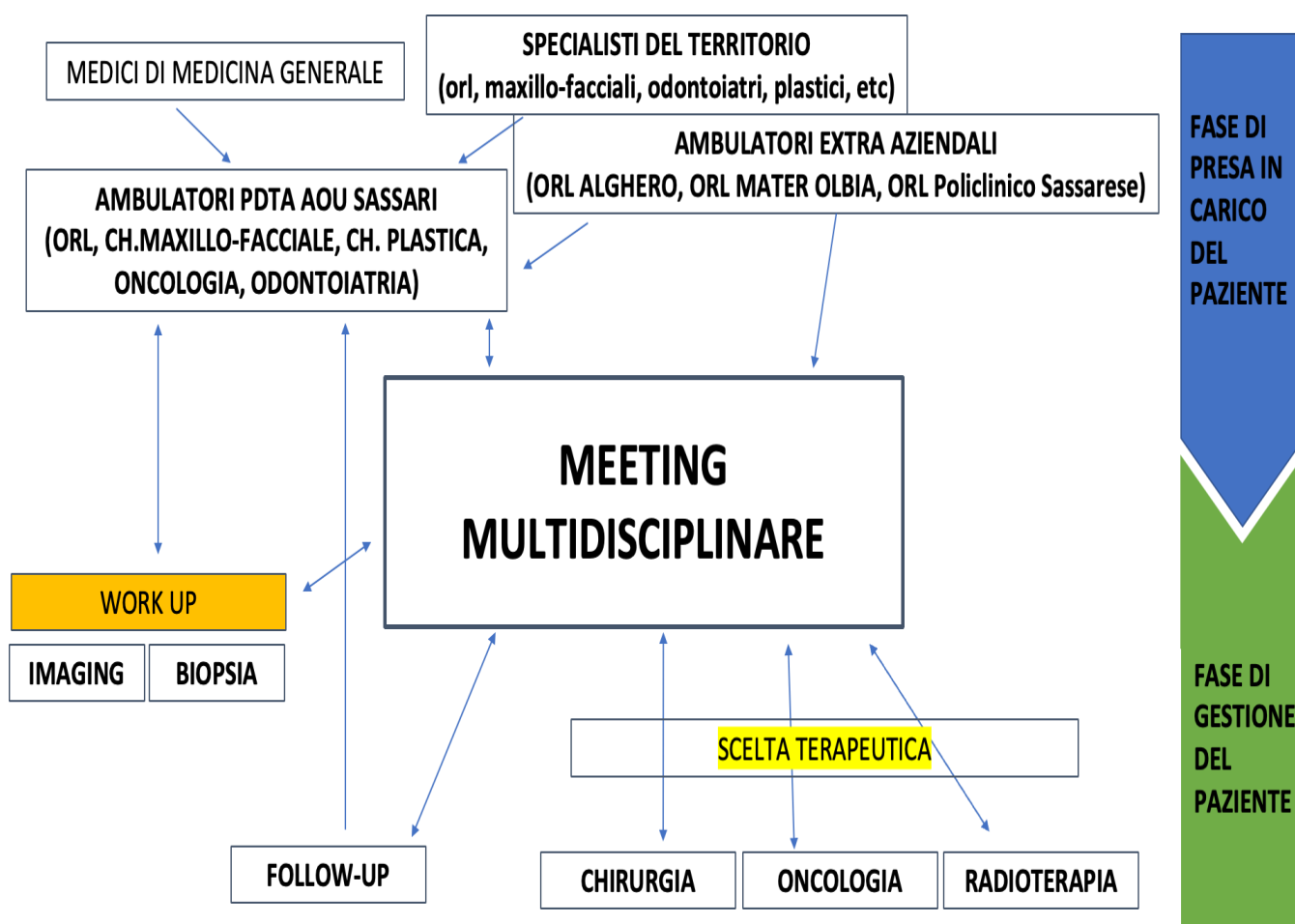
L'originale della presente procedura è archiviato presso la S.C. QAGR e una copia deve essere presente e disponibile nelle Strutture coinvolte nel PDTA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Il presente PDTA avrà una prima applicazione sperimentale e sarà cura del Gruppo di Lavoro Aziendale, che ha partecipato a questa prima stesura, revisionare fra otto mesi il documento, sulla base di eventuali criticità valutando gli indicatori e aggiornandolo alla luce delle nuove evidenze scientifiche e acquisizioni in termini di diagnosi e trattamento.



 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 60 di 61	

12. DIAGRAMMI DI FLUSSO

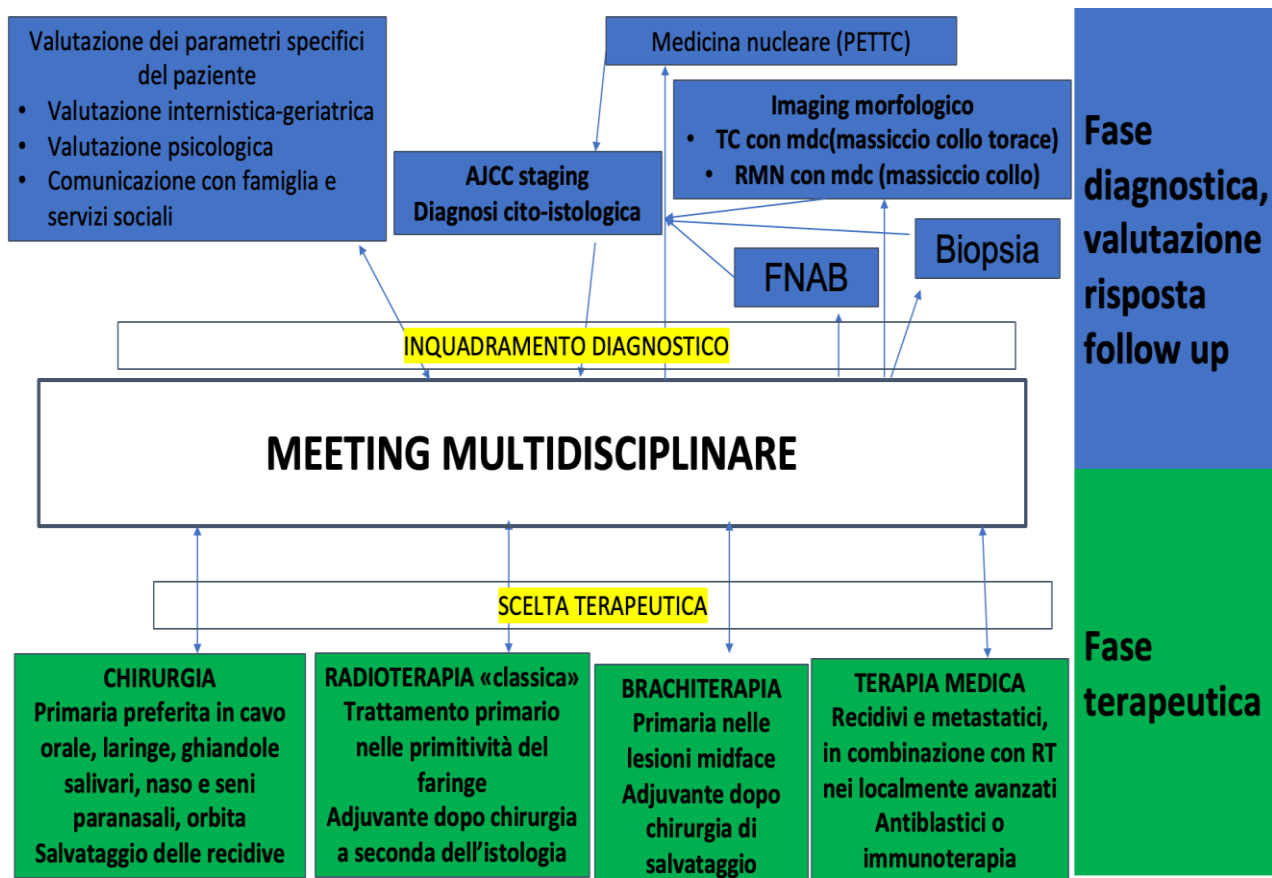
12.1 FLOWCHART 1



Dopo la presa in carico e l'inclusione attraverso il tumor board del paziente nel PDTA testa e collo lo schema di gestione è circolare, il paziente passa dalla fase diagnostica a quella terapeutica attraverso la discussione multidisciplinare, e può essere riavviato alla fase diagnostica da quella terapeutica alla fine dei trattamenti, alla luce dei reperti patologici, o a seguito di reperti sospetti per recidiva o secondi tumori primitivi nel follow up (vedi FLOWCHART 2).

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>		<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Otorinolaringoiatria</p>	
TIPOLOGIA	CODIFICA	VERSIONE 01	DATA	Pagina 61 di 61	

12.2 FLOWCHART 2



Il punto di snodo del PDTA è il meeting multidisciplinare, che coordina la fase diagnostica (fase diagnostica) e definisce la scelta terapeutica (fase terapeutica), valuta quindi la risposta ai trattamenti effettuati ed in presenza di risposta completa avvia il paziente a follow up, dal quale in caso di sospetto di recidiva o secondo tumore primitivo i casi vengono nuovamente sottoposti a discussione da parte del tumor board.