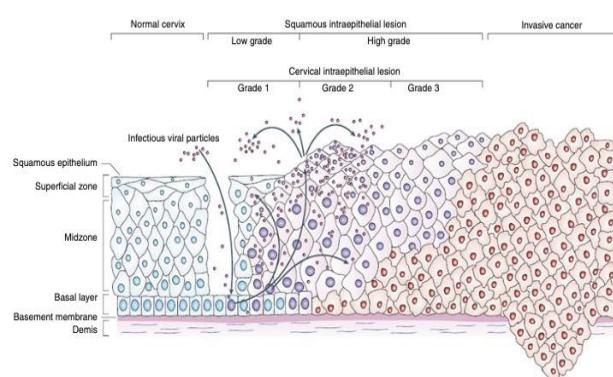
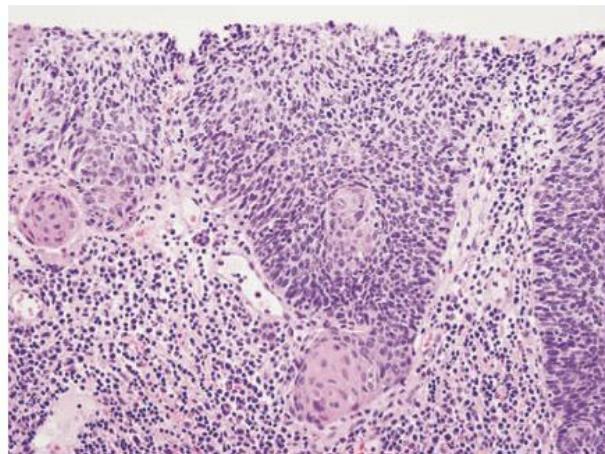




PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) NEOPLASIA CERVICE UTERINA



SOMMARIO

REDAZIONE VERIFICA APPROVAZIONE	4
OGGETTO	7
SCOPO/OBIETTIVI DEL PDTA	7
AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE	8
ABBREVIAZIONI/ACRONIMI	10
SCREENING - SIGLE	11
CODIFICHE	13
TEAM MULTIDISCIPLINARE (TMD) /GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)	17
INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA	18
CLASSIFICAZIONE WHO (2020)	19
VACCINAZIONE	21
PROGRAMMI DI SCREENING TUMORE DELLA CERVICE UTERINA - ASL NUORO	22
PERCORSO PAP TEST E HPV DNA TEST	23
REFERTAZIONE ANATOMO PATOLOGICA	27
CPS SCORE	27
DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024	28
CONSULTO PSICOLOGICO	29
PASS E COT AZIENDALI	31
RAGIONAMENTO CLINICO	34
FLOW CHART FASE I - DIAGNOSTICA	34
LEGENDA FLOW CHART FASE I- DIAGNOSTICA	35
FLOW CHART FASE II – STADIAZIONE	37
LEGENDA FLOW CHART FASE II – STADIAZIONE	38
FLOW CHART FASE III – TERAPEUTICA M0	39
LEGENDA FLOW CHART FASE III – TERAPEUTICA M0	40
FLOW CHART FASE IV- TERAPEUTICA M+	45
LEGENDA FLOW CHART FASE IV – TERAPEUTICA M+	45
MALATTIA RECIDIVANTE DOPO TRATTAMENTI LOCALI	47
RADIOTERAPIA	50
STADIAZIONE	50
CERVICE UTERINA TRATTAMENTO RT-CT o ESCLUSIVO	50
CERVICE ADIUVANTE	52
RT- CONTROINDICAZIONI	54
FOLLOW UP POST RADIOTERAPIA	55
FOLLOW UP	56
FOLLOW UP GINECOLOGICO	56
FOLLOW-UP DOPO CHEMIO-RADIOTERAPIA ESCLUSIVA	58
FOLLOW UP ONCOLOGICO	59



STRATIFICAZIONE RISCHIO ANESTESIOLOGICO	60
LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	61
PERCORSO ORGANIZZATIVO	62
NOTE GENERALI	62
REGOLAMENTO - COLLEGIALI TMD NEOPLASIE DELLA CERVICE	62
MATRICE RESPONSABILITA'	63
P.O. FASE II – STADIAZIONE	71
P.O. FASE III – TERAPEUTICA M0	76
P.O. FASE IV – TERAPEUTICA M+	83
MATRICE RESPONSABILITA' FASE III – TERAPEUTICA M+	84
MONITORAGGIO	87
INDICATORI di VOLUME, PROCESSO, ESITO	87
ALLEGATI	88

REDAZIONE VERIFICA APPROVAZIONE

REDAZIONE - COMUNITÀ DI PRATICA 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Achenza Eliana	Fisioterapista	Riabilitazione
Branca Manuela	Infermiera	Ginecologia
Brodu Luisa	Psicologia	Psicologia aziendale
Canu Loreta	Assistente Sanitaria	Centro Screening
Carai Alessandro Marco	Dir. Medico	Radioterapia
Coi Mariangela	Dir. Biologo	Anatomia Patologica
Coinu Maria Antonietta	Infermiera	CAS
Corraine Maria	Infermiera	CAS
Delogu Pietro Paolo	Dir. Medico	Ostetricia e Ginecologia
Fa Francesca	Dir. Medico	Ostetricia e Ginecologia
Madeddu Maria Luisa	Infermiera	Hospice
Maricosu Elena	Dir. Medico	Anatomia Patologica
Moro Maria Laura	Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia
Nudda Eliana	Infermiera	Oncologia
Oggianu Luisella	Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia
Pilo Laura	Dir. Biologo	Anatomia Patologica
Pira Carla	Dir. Medico	Casa della Salute - Nuoro
Piredda Antonella	TS LABORATORIO	Anatomia Patologica
Pisanu Maria Francesca	Infermiera	Oncologia
Sanna Loredana	Fisioterapista	Riabilitazione
Santona Maria Cristina	Dir. Medico	Oncologia

VERIFICA

Nominativo	Ruolo	Struttura
Bosu Roberta	Responsabile	Centro Screening
Calvisi Maria Antonietta	Direttore	SC Radiologia, Radiodagnostica
Canu Luisa	Direttore ff	SC Anatomia Patologica
Fenu Francesco	Direttore	SC Radioterapia
Chessa Paola	Direttore	SC Farmacia Ospedaliera S.F.
Denisco Carlo	Direttore	SC Chirurgia Generale

Matta Michela	Direttore	SC Pronto Soccorso
Paffi Peppino	Direttore	SC Anestesia e Rianimazione Dipartimento dei Servizi
Gesuina Cherchi	Direttore	Distretto Nuoro
Pisano Mauro	Direttore	SC Cardiologia Dipartimento di Area Medica
Porcu Maria Giovanna	Direttore	Distretto Macomer
Santona Maria Cristina	Responsabile	SSD CAS
Sarobba Maria Giuseppa	Direttore	SC Oncologia Medica
Succu Antonio Onorato	Direttore	SC Ostetricia Ginecologia
Zaru Salvatore	Direttore	SC Medicina

APPROVAZIONE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Angelo Zuccarelli	Commissario Straordinario	ASL Nuoro
Paola Raspitzu	Direttore Amministrativo	ASL Nuoro
Pierpaolo Bitti	Direttore Sanitario	ASL Nuoro

REFERENTE CLINICO E FACILITATORE PDTA

Nominativo	Ruolo	Struttura
Francesca Fa	Ref. Clinico	SC Ostetricia e Ginecologia
Carmela Carta	Facilitatore	SC Qualità e Governo Clinico

REFERENTE CONTROLLO ATTIVITÀ

Nominativo	Ruolo	Struttura

Doa Gianluca	Direttore ff	SC Programmazione e Controllo
--------------	--------------	-------------------------------

Data Elaborazione documento	12/12/2023
-----------------------------	------------

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	Paragrafi revisionati	Descrizione Revisione	Data
0	Ragionamento Clinico, indicatori	Prima Stesura	12/12/2023
0	Percorso Organizzativo: note generali	Prima stesura	12/12/2023
1	Codifiche Percorso Organizzativo: revisione	Prima Revisione	23/12/2024
2	Pass e Cot aziendale, Consulto psicologico, Indicatori, matrici di responsabilità sulla cistoscopia, terapie palliative sintomatiche (oncologia e chirurgia)	Seconda revisione	31/10/2025

DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

PDTA	Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) si intende l'insieme sequenziale (da qui percorso) di azioni /interventi che una Organizzazione Sanitaria introduce (allineate alle linee guida correnti) al fine di garantire al paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato.
Procedura	Documento coinvolgente più strutture o più funzioni nella conduzione di un processo che ne disciplina i passi fondamentali, le responsabilità ed i collegamenti con altri processi. La procedura è a carattere prevalentemente gestionale (esempio la presente procedura)
Istruzione Operativa	Documento che coinvolge, di solito, una o poche funzioni di una struttura e che descrive modalità tipicamente clinico – sanitarie di un processo. Il protocollo è a carattere prevalentemente operativo.

RAZIONALE DEL PDTA

La condivisione dei percorsi clinico organizzativi costituisce un elemento fondamentale per il governo del migliore percorso di cura del paziente, sia dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza delle cure, sia dal punto di vista della gestione delle risorse impiegate.

Il Percorso rappresenta uno strumento di orientamento della pratica clinica che, mediante l'adattamento alle linee guida internazionali, coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti attraverso la definizione della migliore sequenza di azioni, l'esplicitazione del tempo ottimale degli interventi e il riesame dell'esperienza conseguita per il miglioramento continuo della qualità in sanità.

L'ASL Nuoro ha declinato i principi di cui sopra in una specifica metodologia che prevede:

1. **L'elaborazione di un percorso per ciascun regime assistenziale**, soprattutto al fine di individuare indicatori di valutazione della performance clinica e di monitoraggio di risultati maggiormente significativi e aderenti alla struttura dei flussi informativi istituzionali.

2. L'elaborazione di un documento unitario, articolato nel cosiddetto **Ragionamento clinico-assistenziale** (in cui è definita la strategia di risposta a uno specifico bisogno di salute al fine di massimizzare l'efficacia della stessa in relazione alle conoscenze e competenze espresse dalla comunità di pratica) e nel cosiddetto **Percorso organizzativo** (in cui il ragionamento clinico assistenziale è declinato attraverso "matrici di responsabilità" che esplicitano il "chi fa che cosa, in quali tempi, con quali strumenti").

OGGETTO

Il presente percorso definisce e dettaglia l'iter intrapreso all'interno dell'ASL Nuoro, per ogni fase della malattia, dalla diagnosi alle cure palliative o follow-up, nell'ottica di favorire il coordinamento tra i servizi e le unità operative ospedaliere.

► N.B.

Le indicazioni contenute nel presente documento devono essere periodicamente aggiornate alla luce delle nuove pratiche di diagnosi e trattamento. L'aggiornamento è previsto ogni qualvolta intervengano modifiche nell'ambito delle fonti scientifiche, bibliografiche e delle normative di riferimento. Sino alla pubblicazione della versione aggiornata resta in vigore la versione precedente.

SCOPO/OBIETTIVI DEL PDTA

Lo scopo del presente documento è quello di definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti affetti da tumore della cervice che afferiscono all'ASL Nuoro, migliorando il livello qualitativo dell'offerta ai pazienti e ottimizzando l'uso delle risorse aziendali.

Il percorso inerente alle neoplasie della cervice si prefigge come obiettivi specifici di:

- garantire ai pazienti affetti da tale patologia un'efficace presa in carico multidisciplinare, secondo le migliori evidenze disponibili (LG);
- definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti affetti da tumore della cervice che afferiscono all'ASL Nuoro, migliorando il livello qualitativo dell'offerta ai pazienti e ottimizzando l'uso delle risorse aziendali.
- razionalizzare e rendere omogeneo il percorso diagnostico e terapeutico attuale;
- migliorare e facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, anche con l'interazione dei servizi di diagnosi e cura di altre strutture e servizi extraaziendali.
- monitorare la qualità dei trattamenti attraverso l'identificazione, la raccolta e l'analisi di indicatori di processo, di volume e di esito;
- consolidare la continuità dell'assistenza;
- offrire un percorso integrato e di qualità che garantisca la presa in carico assistenziale dei pazienti, riduca e standardizzi i tempi dell'iter diagnostico-terapeutico, fissando gli standard aziendali
- orientare il gruppo di lavoro alla multidisciplinarietà e alla condivisione delle best practice ad oggi conosciute e che collegialmente, possa decidere il piano terapeutico a garanzia della sicurezza del paziente.
- assicurare la presa in carico del paziente dopo la prima diagnosi entro < 30 giorni per qualsiasi piano terapeutico deciso collegialmente.
- perfezionare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti, cui saranno garantiti:
 - la comprensione del percorso di diagnosi e cura per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di trattamento,
 - la sinergia e l'integrazione tra le varie fasi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi

- l'accompagnamento e l'attenzione ai bisogni aggiuntivi.
- organizzare un database che in modo sistematico permetta di sorvegliare gli esiti.



AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE

La Legge Regionale 11 settembre 2020, n.24 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'ASL NU Regionale della Salute (ARES), le otto Aziende Socio-sanitarie Locali (ASL) e confermando le già esistenti, ovvero:

- Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari (AOU CA);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari (AOU SS);
- Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS);
- Istituto Zooprofilattico della Sardegna (IZS).

L'ASL, Azienda Socio-sanitaria Locale, di Nuoro si estende territorialmente su una superficie di 3.933,72 km², è organizzata in 4 distretti che rappresentano un'articolazione territoriale dell'ASL NU e assicurano alla popolazione la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e garantiscono i livelli essenziali di assistenza:

- Distretto di Nuoro
- Distretto di Macomer
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono

Le Strutture Ospedaliere presenti sono:

- P.O. San Francesco (Presidio DEA di 1° livello potenziato)
- P.O. Cesare Zonchello
- P.O. San Camillo di Sorgono.

Il PO S. Francesco è un **"Presidio DEA di 1° livello potenziato"**, il PO S. Camillo di Sorgono è un **"Ospedale di zona disagiata"**; il PO C. Zonchello avrà le funzioni di **"Ospedale Riabilitativo con funzioni di Lungodegenza e Ospedale di Comunità"**.

Il percorso del carcinoma della cervice descritto nel presente documento verrà applicato ai pazienti afferenti all'ASL Nuoro, comprensiva degli Stabilimenti sopra indicati

All'interno dell'ASL Nuoro sono presenti numerose Strutture coinvolte nel PDTA del Tumore della cervice:

- ✓ Anatomia Patologica
- ✓ Anestesia e Rianimazione
- ✓ Laboratorio Analisi
- ✓ Farmacia
- ✓ Geriatria
- ✓ Hospice

- ✓ Medicina Generale
- ✓ Oncologia Medica
- ✓ Ostetricia Ginecologia
- ✓ Psico Oncologia
- ✓ Radiologia
- ✓ Radioterapia
- ✓ Riabilitazione

Nel 2022 è stato attivato il **Centro Accoglienza e Servizi**, struttura aziendale nata allo scopo di indirizzare i pazienti oncologici verso il percorso di cura più appropriato per la specifica patologia.

Secondo i dati PNE 2022 nell'anno 2022 sono stati effettuati 11 interventi chirurgici per tumore maligno uterino, gli interventi sono stati eseguiti dalla SC Ginecologia

Secondo i dati SIO nell'anno 2022 sono stati effettuati 14 interventi chirurgici per tumore maligno della cervice.

ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

SIGLA	DESCRITTIVO
ADV	Aduvant
AVA	Area Valvolare
ASL	Azienda Sanitaria Locale
AZ	ASL NU/ Aziendale
BPS	Biopsia
CIN	Neoplasia Cervicale Intraepiteliale
CTRL	Controllo
DG	Direzione Generale
DIR	Dirigente
DNA	Deoxyribonucleic Acid, Acido Desossiribonucleico.
DP	Dipartimento
DVC	Complesso Venoso Dorsale
eLND	Dissezione Linfonodale estesa
EO	Esame Obiettivo
ETC	Ecotomografia
FLAIR	Fluid Attenuate DInversion Recovery
GISCI	Gruppo Italiano per lo screening della Cervice Uterina
IGRT	Image Guided Radiotherapy
IMRT	Intensity Modulated Radiotherapy
IHC	Immunohistochemistry
HPV	Human Papilloma Virus
IO	Istruzione Operativa
K	Neoplasia Maligna
LND	Linfonodectomia
MdC	Mezzo di contrasto
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MRS	Risonanza Magnetica a Spettroscopia
MMG	Medico Medicina Generale
MRS 1H	Risonanza Magnetica a Spettroscopia dell'idrogeno
MTS	Metastasi
NICU	Terapia Intensiva specializzata
ONS	Osservatorio Nazionale Screening
OS	Sopravvivenza globale
PDTA	Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali
PDx	Diagnosi Principale
PET	Tomografia ad emissione di positroni (Positron Emission Tomography)
PFE	Esercizi Preoperatori del pavimento pelvico
PICC	Peripherally Inserted Central Catheter o Percutaneous Introduction Central Catheter
PLND	Robot-assisted extended pelvic lymph node dissection
PP	Intervento Principale
PZ	Paziente
QoL	Quality of Life
RM	Risonanza Magnetica
RNA	Ribonucleic Acid, Acido Ribonucleico

RP	Prostatectomia Radicale
RSF	Sopravvivenza libera da recidive
RT	Radioterapia
SDx	Diagnosi Secondaria
SP	Intervento Secondario
SRR	Radiochirurgia
SRT	Radioterapia Stereotassica Frazionata
TC	Tomografia Computerizzata
TMD	Team Multi disciplinare (Collegiale)
TSLB	Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
UTI	Terapia Intensiva
US	Ultrasuoni
VGM	Valutazione Geriatrica Multidimensionale

SCREENING - SIGLE

SIGLA	DESCRIZIONE	SIGNIFICATO
ASC-US Atypical squamous cells of undetermined significance	Cellule squamose atipiche di significato indeterminato	Le ASC-US sono lievi modificazioni delle cellule squamose spesso dovute a semplici infiammazioni o a particolari situazioni ormonali come la menopausa. Raramente queste modificazioni sono attribuibili a lesioni importanti del collo dell'utero. Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dai protocolli dello screening, che nella maggior parte dei casi evidenziano una condizione di normalità.
LG-SIL o LSIL o SIL di Basso Grado Low-grade squamous intraepithelial lesion	Lesione squamosa intraepiteliale di basso grado	Le LSIL sono lesioni di basso grado e rappresentano le modificazioni cellulari più frequenti. Sono caratterizzate dalla presenza di modificazioni citoplasmatiche e nucleari delle cellule squamose. In molti casi tali modificazioni sono dovute all'infezione da Papillomavirus (HPV). Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
ASC-H Atypical squamous cells - cannot exclude HSIL	Cellule squamose atipiche - non si può escludere HSIL	Le ASC-H sono modificazioni più rilevanti delle cellule squamose rispetto alle ASC-US e alle LSIL e per le quali non si possono escludere lesioni istologiche di alto grado (vedi Sezione 3). Le ASC-H potrebbero, in un certo numero di casi, essere espressione anche di un quadro infiammatorio o di atrofia dovuta alla progressiva modificazione delle cellule della cervice conseguente alla carenza di estrogeni. Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
HGSIL o HSIL o SIL di Alto Grado High grade squamous intraepithelial lesion	Lesione squamosa intraepiteliale di alto grado	Le HSIL sono lesioni squamose intraepiteliali di alto grado con modificazioni più rilevanti delle cellule squamose che suggeriscono la presenza di lesioni istologiche CIN2 e CIN3 (vedi Sezione 3). Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening
Carcinoma Squamoso	Carcinoma a cellule squamose (carc. squamocellulare)	In questi casi le modificazioni delle cellule squamose indicano la presenza di un tumore. Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
AGC o AGC-NOS Atypical Glandular Cells not otherwise specified	<ul style="list-style-type: none"> Cellule ghiandolari atipiche endocervicali non altrimenti specific. Cellule ghiandolari atipiche endometriali non altrimenti specific. Cellule ghiandolari atipiche non altr. spec. 	In questo gruppo rientrano tutte le modificazioni delle cellule ghiandolari: <ul style="list-style-type: none"> Endocervicali (AGC endocervicale): cambiamenti delle cellule ghiandolari che rivestono il canale cervicale Endometriali (AGC endometriale): cambiamenti delle cellule ghiandolari che rivestono l'endometrio, cioè il tessuto che ricopre l'interno del corpo dell'utero Cellule ghiandolari di cui non è possibile individuare la sede (AGC-NOS). Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
AGC Atypical Glandular Cells, suspicious for	Cellule Ghiandolari Atipiche per le quali non è possibile escludere una neoplasia	In questi casi le modificazioni delle cellule ghiandolari sono più marcate. Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.

AIS or cancer (AGC-neoplastic)		
AIS Endocervical adenocarcinoma in situ	Adenocarcinoma in situ	In questi casi le cellule ghiandolari che rivestono il canale cervicale presentano modificazioni che suggeriscono la presenza di un tumore di origine ghiandolare non invasivo perché non ha raggiunto i tessuti sottostanti. Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening
Adenocarcinoma (endocervicale, endometriale, extrauterino, NOS)	Adenocarcinoma invasivo	In questi casi le modificazioni delle cellule ghiandolari suggeriscono la presenza di un tumore invasivo del collo dell'utero (adenocarcinoma endocervicale) o della cavità uterina (adenocarcinoma endometriale). A volte invece non è possibile individuare con precisione la sede (adenocarcinoma NOS o non altrimenti specificato). Sono necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening

Tab n.°1 – Le sigle dello screening: agg 2019

HPV DNA TEST

Esame utilizzato nello screening per la ricerca del Papillomavirus Umano, la sigla deriva dalla parola inglese Human Papilloma Virus (HPV). L'esame è effettuato su un campione di cellule prelevate dal collo dell'utero utilizzando lo stesso campione del Pap test. (metodica su strato sottile Thin –prep)

Nello screening il test HPV è usato per identificare le donne a maggior rischio di avere/sviluppare una lesione, i test HPV utilizzati sono quelli che consentono di individuare la presenza del genoma (DNA) dei dodici tipi HPV definiti ad **alto rischio oncogeno** (HPV 16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59). I tipi HPV a basso rischio oncogeno non sono rilevanti ai fini della prevenzione del tumore del collo dell'utero.

In commercio esistono molti test HPV, ma per essere utilizzati nei programmi di screening i test HPV devono essere "validati", ossia devono essere in grado di individuare le infezioni da virus HPV clinicamente rilevanti. Sul sito del GISCI (www.gisci.it) è pubblicato un documento, che viene aggiornato periodicamente e che riporta l'elenco dei test HPV clinicamente validati per lo screening.

Tutti i test validati per lo screening rilevano i dodici tipi di HPV ad alto rischio, più uno o due tipi a probabile/possibile alto rischio (HPV 66, 68).

Le linee guida italiane ed europee per lo screening cervicale per ora raccomandano i test a DNA.

Mentre il test a DNA individua la presenza del virus, il test a mRNA evidenzia la presenza (espressione) delle oncoproteine E6/E7 che sono il segno della replicazione cellulare indotta dal virus HPV. Sono in corso progetti di ricerca che studiano il possibile ruolo del test mRNA E6/E7 come test di triage al posto del Pap test nelle donne con test HPV positivo nello screening.

Il test HPV è attualmente utilizzato come **test di controllo** nelle donne che hanno effettuato un trattamento e nelle donne con positività Pap test ASC-US o L-SIL, che sono entrate in un percorso di sorveglianza dopo un test di screening positivo.

CODIFICHE

DIAGNOSI (International classification of Diseases – 9th revision, Clinical Modification" 2007 vers. Ital.)

Cod.	Descrittivo Diagnosi
180	Tumori maligni del collo dell'utero (cervice uterina Incl.: tumore maligno invasivo (carcinoma) Escl.: carcinoma in situ (233.1)
180.0	Tumori maligni dell'endocervice, Canale cervicale SAI, Canale endocervicale, Ghiandola endocervicale
180.1	Tumori maligni dell'esocervice
180.8	Tumori maligni di altre sedi specificate della cervice <ul style="list-style-type: none"> • Giunzione squamo colonnare della cervice • Moncone cervicale • Tumori maligni di sedi contigue, o sconfinanti, della cervice uterina il cui punto di origine non può essere determinato
180.9	Tumori maligni della cervice uterina, non specificata
183.8	Tumori maligni di altre sedi specificate degli annessi uterini. Tubo-ovarico. Utero-ovarico
184.8	Tumori maligni di altre specificate sedi degli organi genitali femminili Tumori maligni di sedi contigue, o sconfinanti, degli organi genitali femminili il cui punto di origine non può essere determinato
198.6	Tumori maligni secondari dell'ovaio
198.82	Tumori maligni secondari degli organi genitali
233.1	Carcinomi in situ della cervice uterina Neoplasia intraepiteliale cervicale [CIN III] Displasia severa della cervice Neoplasia intraepiteliale ghiandolare cervicale Escl.: Neoplasia intraepiteliale cervicale [CIN II] (622.12) Evidenza citologica di malignità senza conferma istologica (795.06) Lesione a cellule squamose intraepiteliali di alto grado (HGSIL) (795.04) Displasia moderata della cervice (622.12)
622.1	Displasia della cervice uterina Escl.: carcinoma in situ della cervice (233.1) neoplasia intraepiteliale cervicale III [CIN III] (233.1)
622.11	Displasia cervicale lieve Neoplasia cervicale intraepiteliale I [CIN I]
622.12	Displasia cervicale moderata Neoplasia cervicale intraepiteliale II [CIN II] Escl.: carcinoma in situ della cervice (233.1) neoplasia cervicale intraepiteliale III [CIN III] displasia severa (233.1), risultati anomali dell'esame citologico della cervice senza conferma istologica (795.00-795.0)
795.00- 06	risultati anomali dell'esame citologico della cervice senza conferma istologica
795.0	Test di Papanicolau anormale, striscio del collo dell'utero e HPV cervicale Striscio cervicale con anomalie cellulari non specifiche Anormale sottile preparazione dello striscio del collo dell'utero Anormale citologia della cervice
795.00	Test di Papanicolau con anomalie ghiandolari, striscio della cervice uterina Cellule endocervicali atipiche SAI Cellule endometriali atipiche SAI Cellule ghiandolari atipiche SAI
795.02	Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con cellule squamose atipiche non può escludere una lesione intraepiteliale di grado elevato (ASC-H)
795.03	Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con evidenza di lesione intraepiteliale di basso grado
795.04	Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con evidenza di lesione intraepiteliale di grado elevato (HGSIL)
795.05	Test del DNA positivo per i sierotipi del papilloma virus umano (HPV) ad elevato rischio oncogeno per la cervice
795.06	Test di Papanicolau della cervice uterina con evidenza citologica di malignità

PROCEDURE (International classification of Diseases - 9th revision, Clinical Modification" 2007 vers. Ital)

Cod.	Descrittivo Procedura
40.3	Asportazione di linfonodi regionali Asportazione estesa di linfonodi regionali Asportazione di linfonodi regionali con asportazione del l'area di drenaggio linfatico incluso pelle, tessuto sottocutaneo e grasso
40.52	Asportazione radicale dei linfonodi periaortici
40.53	Asportazione radicale dei linfonodi iliaci
65.6	Salpingo-ovarectomia bilaterale
65.61	Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento Escl.: laparoscopica (65.63) 65.62 Altra rimozione dell'ovaio e della tuba residua Rimozione di ovaio solitario e tuba Escl.: laparoscopica (65.64)
65.63	Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento
65.64	Rimozione laparoscopica dell'ovaio residuo e della tuba
67.2	Conizzazione della cervice Escl.: quella mediante: criochirurgia (67.33) elettrochirurgia (67.32)
67.3	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice
67.32	Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione Elettroconizzazione della cervice Loop electrosurgical excision procedure (LEEP) Large loop excision of the transformation zone (LLETZ)
67.39	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice Escl.: biopsia della cervice (67.11-67.12) fistolectomia cervicale (67.62) conizzazione della cervice (67.2)
68.4	Isterectomia addominale totale Isterectomia estesa Codificare anche eventuale sincrona rimozione di tube e ovaie (65.31-65.64)
68.41	68.41 Isterectomia addominale totale laparoscopica Isterectomia totale laparoscopica
68.49	Altra e non specificata isterectomia addominale totale Isterectomia: Estesa
68.6	Isterectomia addominale radicale Codificare anche eventuale sincrona: <ul style="list-style-type: none"> • asportazione di linfonodi (40.3, 40.5) • rimozione di tube ed ovaie (65.31-65.64) Escl.: svuotamento pelvico (68.8)
68.61	Isterectomia addominale radicale <u>laparoscopica</u> , Isterectomia radicale modificata laparoscopica, isterectomia radicale totale laparoscopica
68.69	Altra e non specificata isterectomia addominale radicale. Isterectomia radicale modificata. Operazione di Wertheim Escl.: <ul style="list-style-type: none"> • Isterectomia addominale totale laparoscopica (68.41) • Isterectomia addominale radicale laparoscopica (68.61)
68.8	Eviscerazione pelvica Rimozione di ovaie, tube, utero, vagina, vescica, uretra (con rimozione del sigma e del retto) Codificare anche eventuale sincrona: colostomia (46.12-46.13) asportazione dei linfonodi (40.3-40.5) deviazione urinaria (56.51-56.70)
68.9	Altra e non specificata isterectomia Isterectomia SAI Escl.: isterectomia addominale, qualsiasi approccio (68.31-68.39, 68.41-68.49, 68.61-68.69) isterectomia vaginale, qualsiasi approccio (68.51-68.59, 68.71-68.7)

TABELLA CODIFICHE AMBULATORIALI

Cod.	Descrittivo Procedura
88.95.5	Risonanza magnetica (RM) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto
92.18.2	Scintigrafia Ossea o Articolare
92.18.6	Tomoscintigrafia Globale Corporea (PET)
88.95.5	Risonanza magnetica (RM) di pelvi, addome inferiore
88.38.9	TC total body per stadiazione oncologica senza e con MDC. Almeno quattro distretti anatomici. Incluso: cranio, collo, torace, addome. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.D, 88.38.E e 88.38.F
57.32	Altra cistoscopia Cistoscopia transuretrale Escl.: cistouretroscopia con biopsia ureterale (56.33) pielografia retrograda (87.74) cistoscopia per controllo di emorragia postoperatoria della: vescica (57.93) prostata (60.94)

57.33	Cistoscopia [transuretrale] con biopsia
45.23	Colonoscopia con endoscopio flessibile Escl.: colonoscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale (45.22) sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24) proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23) endoscopia transaddominale dell'intestino crasso (45.21)
45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile Endoscopia del colon discendente
92.18.C	Tomografia ad Emissione di Positroni [PET-TC] Globale Corporea Con FDG

GINECOLOGIA - TABELLA CODIFICHE AMBULATORIALI

Cod.	Descrittivo Procedura
89.26	Visita ginecologica Esame pelvico
70.21	Vaginoscopia
88.79	Altra diagnostica a ultrasuoni Ultrasonografia di: sedi multiple, Utero non gravido, addome inferiore, transrettale
67.1	Procedure diagnostiche sulla cervice
67.11	Biopsia endocervicale Escl.: conizzazione della cervice (67.2)
67.12	Altra biopsia cervicale Biopsia incisionale della cervice SAI (punch biopsy) Escl.: conizzazione della cervice (67.2)
67.19	Altre procedure diagnostiche sulla cervice Escl.: esame istologico di campione della cervice (91.41-91.49)
68.1	Procedure diagnostiche sull'utero e strutture di sostegno
68.11	Esplorazione digitale dell'utero Escl.: esame pelvico (89.26) esplorazione manuale post-parto della cavità uterina (75.7)
68.12	Isteroscopia Escl.: isteroscopia con biopsia (68.16)
68.16	Biopsia dell'utero Biopsia endoscopica (laparoscopia) (isteroscopia) dell'utero Escl.: biopsia a cielo aperto dell'utero
88.76	Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale (compreso eco addome superiore ed eco addome inferiore)

ANATOMIA PATOLOGICA - TABELLA CODIFICHE AMBULATORIALI

Cod.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ESAMI EQUIPOLLENTI INTERNI ASL NU
91.38.5	Es. Citol. Cervico Vaginale [PAP TEST]	Pap test in Thin Prep e convenzionale
91.43	Es. Istocitopatologico App. Urogenitale: Biopsia cervicale e endometriale	
91.43	Es. Istocitopatologico App. Urogenitale: Biopsia Cervice Uterina	
91.43	Es. Istocitopatologico App. Urogenitale: Biopsie Cervicali (Sedi Multiple)	
91.43.D	Es. Istocitopatologico App. Urogenitale: Polipectomia Endocervicale	
91.47.6	Es. Istocitopatologico Sistema Emopoietico: Agobiopsia Linfonodale	
91.41.G	Es. Istocitopatologico Sistema Emopoietico: Asportazione di Linfonodo Superficiale	
91.47.M	Es. Istocitopatologico Ultrastrutturale (SEM/TEM)	Immunoistochimica prognostica p16
91.47.C	Es. Istocitopatologico Ultrastrutturale (SEM/TEM)	

ANATOMIA PATOLOGICA - CODIFICHE INTERNE ASL NUORO

Cod. SIAPEC	DESCRIZIONE PRESTAZIONE
91.43	Conizzazione cervice uterina (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche)
I.05.26	Isteroannexiectomia per neoplasia
I.04.10	Linfoadenectomia regionale
I.05.11	Linfoadenectomia regionale stazioni multiple

I.08.03	Linfonodo sentinella dopo inclusione
I.04.00	Diagnosi anatomo-patologica estemporanea (per ogni campione)
K.09.03	Consulenza su preparati allestiti in altra sede
T.16.04	Immunofenotipizzazione (ciascun anticorpo)

ONCOLOGIA - TABELLA CODIFICHE AMBULATORIALI

Cod.	Descrittivo Procedura
89.7	Prima visita oncologica
89.01	Visita oncologica di controllo (1° accesso)
89.01	visita oncologica di controllo
89.03	Stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica
89.07	Consulto definito complesso
38.93	Posizionamento picc
93.56.4	Bendaggio adesivo elastico
96.57	Irrigazione cvc
96.59	Medicazione (Altra irrigazione ferita)
99.23	Iniezione di steroidi
99.24.1	Infusione sostanze ormonale
99.25	iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove
99.29	Infusione di altre sostanze terapeutiche

RADIOTERAPIA - TABELLA CODIFICHE AMBULATORIALI

Cod.	Descrittivo Procedura
88.90.2	Ricostruzione piano in 3D
89.01.00	Visita di controllo in trattamento RT
89.03	Visita radioterapica pretrattamento
89.7	Visita radioterapica
92.29.2	Individuazione del volume bersaglio e simulazione con TC
92.29.8	Sistema immobilizzazione personalizzato (intero trattamento)
38.99.1	Iniezione di mezzo di contrasto per simulazione RT TC
92.24.2	Teleradioterapia con acceleratore lineare con campi multipli di movimento 3D (per seduta e per focolaio trattato)
92.24.3	Teleradioterapia con acceleratore lineare con TECNICA FLASH (per seduta e per focolaio trattato)
92.24.4	Teleradioterapia STEREOTASSICA (per seduta o focolaio)
92.25.1	Teleradioterapia con ELETTRONI (per seduta e per focolaio)
92.28.9	Studio fisico-dosimetrico con elaboratore per calcolo IMRT e stereotassi. Dose da somministrare – Altissima tecnologia
92.29.5	Studio Fisico-Dosimetrico con elaboratore su scansioni TC
92.29.2	Individuazione del volume bersaglio e simulazione con TC
92.29.5	Studio Fisico-Dosimetrico con elaboratore su scansioni TC
92.29.6	Dosimetria in vivo (PV per trattamento)
92.29.7	Schermatura Personalizzata (intero trattamento)

92.29.8	Sistema immobilizzazione personalizzato (intero trattamento)
92.29.9	Compensatori modulati (per campo)
92.29.H	Gestione del movimento respiratorio associato a trattamento radioterapico. Per seduta o focolaio trattato - Altissima tecnologia
92.29.L	Controllo del posizionamento mediante TC (IGRT) in corso di trattamento radioterapico. Per seduta - Altissima
92.29.Q	Delineazione del volume bersaglio e organi critici su immagini TC. Senza e con mezzo di contrasto. Altissima
92.29.R	Delineazione del volume bersaglio e organi critici con fusione di immagini RM, PET, altro. Senza e con mezzo di
92.29.S	Individuazione del volume bersaglio in 4D - Altissima tecnologia
92.47.2	IMRT ad archi multipli o elicale e con controllo del posizionamento mediante TC/RM/US. Per seduta. Ciclo breve: fino
92.47.4	IMRT ad archi multipli o elicale e con controllo del posizionamento mediante TC/RM/US. Per seduta. Ciclo lungo: oltre
99.23	Iniezione di steroidi-cortisonici
99.24.1	Iniezione sostanze ormonali
91.49.2	Prelievo sangue venoso
89.54	Monitoraggio ECG
89.65.4	Monitoraggio transcutaneo di O2 e Co2
96.59	Medicazione di ferita

TEAM MULTIDISCIPLINARE (TMD) /GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)

Le **neoplasie ginecologiche** costituiscono una patologia oncologica, la cui diagnosi e trattamento richiedono un alto livello di expertise e un notevole impegno per i sistemi ospedalieri. Per poter rispondere ai challenge sempre nuovi che questo gruppo di patologie impone è **necessaria la condivisione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA)**.

Nell'ambito di tali processi vengono valorizzate le buone pratiche cliniche e definiti i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei cittadini.

In ASL NU è attivo un **gruppo multidisciplinare** inerente le **Patologie Neoplastiche Ginecologiche** che considera l'approccio multidisciplinare come un cardine imprescindibile del percorso di cura di questi pazienti e ha definito la qualità delle procedure richieste, valorizzando le risorse presenti in Azienda, al fine di garantire a tutti i pazienti la migliore cura, in ogni fase di malattia.

Il valore aggiunto di questo PDTA è quello di aver considerato ogni fase di malattia, dalla diagnosi alle terapie oncologiche attive, alla riabilitazione, fino alle eventuali necessità di cure palliative/hospice o follow-up, nell'ottica di favorire un coordinamento e condivisione tra servizi/ unità operative ospedalieri e territoriali coinvolte nel PDTA.

COMPONENTI

Componenti effettivi del TMD sono:

Anatomo Patologo	Oncologo Medico
Ginecologo	Radioterapista
Coordinatore ginecologia	Personale CAS

Partecipano agli incontri, su chiamata del TMD o su richieste specifiche:

- Anestesista
- Psicologo

- Radiologo
- Riabilitatore
- Terapista del dolore
- Altro Specialista (su problematiche definite)

Il TMD si riunisce, generalmente con cadenza quindicinale i **lunedì non festivi, dalle ore 14.15**, presso la sala riunioni del reparto di Ginecologia dell’Ospedale “S. Francesco”, per discutere tutti i casi delle pazienti con neoplasie della cervice e stabilire l’iter diagnostico terapeutico ed assistenziale più appropriato.

La valutazione multidisciplinare che precede ogni snodo critico del percorso di cura deve essere documentata in cartella e costituisce un elemento qualificante, risultando strategica per pianificare tempi e modalità efficaci della presa in carico di questi pazienti.

INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA

Il carcinoma della cervice uterina rappresenta, in Italia, il quinto tumore per frequenza nelle donne sotto i 50 anni di età e complessivamente l'1,3% di tutti quelli diagnosticati.

Nel mondo rappresenta il quarto tumore per incidenza nel sesso femminile, nel 2020, sono stati registrati 604.000 nuovi casi e 342.000 decessi. L’incidenza globale e i tassi di mortalità dipendono dalla presenza di programmi di screening per lesioni precancerose e dalla somministrazione del vaccino contro il papillomavirus umano (HPV), si stima infatti che circa l'84% dei casi di tumore cervicale si verifichi nei Paesi in via di sviluppo. Grazie a questi interventi, nei paesi industrializzati è stata registrata una riduzione dell’incidenza (circa del 75%) e della mortalità da tumore della cervice negli ultimi 50 anni.

In Italia il **carcinoma in situ** presenta massima incidenza intorno ai 25-35 anni, riducendosi progressivamente nelle fasce d’età successive, fino a essere assente oltre i 65 anni.

Il **carcinoma invasivo**, al contrario, presenta un’incidenza variabile nelle varie fasce di età: sotto i 20 anni è praticamente assente con una incidenza di 0.1 per 100.000 donne, tra i 20 e i 30 anni l’incidenza sale a 4.5 per 100.000 donne, ma rimane comunque estremamente bassa, tra i 30 e i 40 anni è 14 per 100.000 donne, tra i 40 e i 65 raggiunge il suo picco di incidenza con 16 casi ogni 100000 donne e sopra i 65 l’incidenza ricomincia a scendere con 14 casi ogni 100.000 donne. La malattia risulta più frequente tra le donne di origine straniera, emigrate da paesi in cui non sono disponibili i programmi di screening e di vaccinazione.

La sopravvivenza a 5 anni per tumore del collo dell’utero in Italia è pari al 68%. La più bassa sopravvivenza in alcune regioni può essere determinata da due fattori concomitanti: una più bassa adesione allo screening e criticità che insorgono lungo il successivo percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale dei casi di cancro accertati.

In Italia, nel 2020, il cervico-carcinoma ha causato 500 decessi, 12 nella Regione Sardegna.

EZIOLOGIA, FATTORI DI RISCHIO E FATTORI PROTETTIVI

Le più frequenti forme istologiche sono quelle di natura epiteliale, gli **istotipi** sono:

**CLASSIFICAZIONE WHO (2020)**

[WHO Classification of Tumours Editorial Board: Female Genital Tumours, 5th Edition, 2020](#)

Squamous epithelial tumors

- Mimics of squamous precursor lesions
 - Squamous metaplasia
 - Atrophy of the uterine cervix
- Squamous cell tumors and precursors
 - Condyloma acuminatum
 - Squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix
 - Squamous cell carcinoma, HPV associated, of the uterine cervix
 - Squamous cell carcinoma, HPV independent, of the uterine cervix
 - Squamous cell carcinoma, NOS of the uterine cervix

Glandular tumors and precursors

- Benign glandular lesions
 - Endocervical polyp
 - Müllerian papilloma of the uterine cervix
 - Nabothian cyst
 - Tunnel clusters
 - Microglandular hyperplasia
 - Lobular endocervical glandular hyperplasia
 - Diffuse laminar endocervical hyperplasia
 - Mesonephric remnants and hyperplasia
 - Arias Stella reaction of the uterine cervix
 - Endocervicosis of the uterine cervix
 - Tuboendometrioid metaplasia
 - Ectopic prostate tissue
- Adenocarcinomas
 - Adenocarcinoma in situ, HPV associated, of the uterine cervix
 - Adenocarcinoma, HPV associated, of the uterine cervix
 - Adenocarcinoma in situ, HPV independent, of the uterine cervix
 - Adenocarcinoma, HPV independent, gastric type, of the uterine cervix
 - Adenocarcinoma, HPV independent, clear cell type, of the uterine cervix
 - Adenocarcinoma, HPV independent, mesonephric type, of the uterine cervix
 - Other adenocarcinomas of the uterine cervix
- Other epithelial tumors
 - Carcinosarcoma of the uterine cervix
 - Adenosquamous and mucoepidermoid carcinomas of the uterine cervix
 - Adenoid basal carcinoma of the uterine cervix
 - Carcinoma of the uterine cervix, unclassifiable

Mixed epithelial and mesenchymal tumors

- Adenomyoma of the uterine cervix
- Adenosarcoma of the uterine cervix

Germ cell tumors

- Germ cell tumors of the uterine cervix

**International Endocervical Adenocarcinoma Criteria and Classification (IECC): A new pathogenetic classification for invasive adenocarcinomas of the endocervix
HPV-associated adenocarcinoma (HPVA)**

- Usual-type
- Villoglandular
- Mucinous, not otherwise specified (NOS)
- Mucinous, intestinal type
- Mucinous, signet ring cell type
- Invasive stratified mucin-producing carcinoma (iSMILE)

Non-HPV-associated adenocarcinoma (NHPVA)

- Endometrioid adenocarcinoma
- Gastric-type adenocarcinoma
- Serous adenocarcinoma
- Clear cell adenocarcinoma
- Mesonephric carcinoma
- Invasive adenocarcinoma NOS

FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio associati ai **tumori HPV-correlati** includono:

- Inizio precoce dell'attività sessuale - il rischio è circa 1,5 volte per le donne con 18-20 anni al tempo del primo rapporto e 2 volte superiore per le più giovani con meno di 18 anni.
- Numero elevato di partner
- Partner sessuale ad alto rischio (es. partner con più partner sessuali o con una nota infezione da HPV)
- Storia di infezioni sessualmente trasmesse (es. Clamidia Trachomatis, Herpes genitale).
- Giovane età alla prima gravidanza (meno di 20 anni) e gravidanze multiple (tre o più nascite a termine);
- Storia di neoplasia o cancro intraepiteliale squamoso vulvare o vaginale (l'infezione da HPV è anche l'etiologia della maggior parte dei casi di tali neoplasie).
- Immunosoppressione (es. infezione da HIV).

Per quanto riguarda il **Tumore della Cervice Non HPV-correlato** i fattori di rischio riconosciuti sono:

- Status socioeconomico basso - Probabilmente ciò è correlato con l'accesso limitato all'assistenza sanitaria e ai programmi di screening di tali categorie
- Uso di contraccettivi orali
- Fumo di sigaretta - Il fumo è associato ad un aumento del rischio di carcinoma a cellule squamose, ma non di adenocarcinoma.
- Genetica - Studi sulla popolazione hanno mostrato un aumento dell'incidenza di carcinoma della cervice all'interno dei componenti di una stessa famiglia, sono attualmente in corso degli studi per identificare alterazioni genetiche che possono rendere le pazienti meno in grado di contrastare le infezioni persistenti da HPV e più suscettibili allo sviluppo del tumore della cervice. I risultati ottenuti fino ad oggi mostrano un'associazione del tumore della cervice con una grande varietà di polimorfismi in un'ampia varietà di geni, compresi quelli che regolano l'immunità e la suscettibilità, la produzione di citochine, l'angiogenesi, le vie di soppressione del tumore.

FATTORI PROTETTIVI

I fattori protettivi sono rappresentati da:

- Vaccinazione contro HPV
- Adesione al programma di Screening di popolazione previsti dal Piano nazionale per la prevenzione
- Astensione da tabagismo e da comportamenti sessuali promiscui.

VACCINAZIONE

VACCINAZIONE PROFILATTICA

La vaccinazione delle ragazze adolescenti è l'intervento più efficace a lungo termine per ridurre il rischio di sviluppare il carcinoma del collo dell'utero. Esistono forti evidenze che elevate coperture vaccinali contro HPV garantiscono la protezione anche degli individui non vaccinati attraverso l'immunità di gregge. (PNPV 2023-2025 approvato il 02/08/2023)

Dal 2008 in Italia sono attive le campagne di vaccinazione anti-HPV che raccomandano e offrono gratuitamente il vaccino alle ragazze tra gli 11 e i 12 anni di età, con l'obiettivo di raggiungere una copertura vaccinale pari al 95% in 5 anni, così come definito nell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2007.

In Sardegna, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 32/12 del 04.06.2008, la vaccinazione contro il papilloma virus (anti-HPV) è offerta dal 2008 gratuitamente e attivamente ai ragazzi nel dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti)

In base all'età, la scheda tecnica del vaccino contro il Papilloma virus (HPV), ne prevede la somministrazione dal compimento dell'11° anno di vita: ciclo vaccinale a 2 dosi (0 e 6 mesi) per le ragazze e per i ragazzi nel dodicesimo anno di vita e fino a 14 anni inclusi; ciclo vaccinale a 3 dosi ai tempi 0,1 o 2, 6 mesi a partire dai 15 anni.

Nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 della Regione Sardegna e nel PNPV (in fase di approvazione) 2023-2025 è previsto un programma di recupero (*catch up*) per le donne fino a 26 anni, in occasione della chiamata al primo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, con mantenimento della gratuità per tutte le dosi del ciclo vaccinale, qualora non siano stati precedentemente vaccinati o non abbiano completato il ciclo vaccinale. (PNPV 2023-2025).

VACCINAZIONE IN CORSO DI INFETZIONE

Il rischio di recidiva nelle donne trattate per lesioni CIN2+, negative al primo controllo con test HPV (6/12 mesi) è stimato attorno allo 0,9% a 2 anni, mentre supera il 30% nelle donne HPV positive. Inoltre, le donne trattate per CIN2 e CIN3 hanno un rischio aumentato di sviluppare il carcinoma della cervice uterina ed altri tumori HPV-correlati, rispetto alla popolazione generale.

Secondo il PNPV 2023-2025 la vaccinazione HPV è raccomandata per le donne che sono state trattate per lesioni di tipo CIN2+ o di grado superiore.

La vaccinazione potrà essere somministrata prima del trattamento o successivamente, fino ad un massimo di tre anni dal trattamento stesso con la seguente posologia: donne di età pari o superiore a 15 anni al momento della prima iniezione, tre dosi (0, 2, 6 mesi). Tutte e tre le dosi devono essere somministrate entro un periodo di 1 anno.

Le linee guida condivise per la prevenzione del carcinoma della cervice-uterina-Raccomandazione: vaccinazione anti-HPV post trattamento GISCI, supportano un ruolo adiuvante dei vaccini anti-HPV nella prevenzione delle recidive in donne già trattate per lesioni HPV-correlate. Recenti studi retrospettivi hanno infatti evidenziato un ruolo adiuvante del vaccino anti-HPV nella riduzione del rischio di recidiva di CIN2+ dopo trattamento chirurgico, favorendo un più rapido rientro a screening. Il vaccino migliora quindi gli esiti al follow-up e riduce gli effetti avversi degli interventi chirurgici ripetuti.

Anche se il vaccino non è in grado di modificare le lesioni in atto, la vaccinazione nella donna adulta, anche se già trattata per lesioni, ha dimostrato:

- Efficacia nella prevenzione delle nuove infezioni
- Efficacia nella prevenzione della perdita di competenza immunologica
- Riduzione del rischio di sviluppo di infezione primaria o recidiva del tratto genitale inferiore.

Il vaccino anti-HPV non ha efficacia terapeutica nelle patologie HPV-correlate, non ne modifica il decorso, ma risulta efficace nel ridurre il rischio di recidiva di CIN 2+ dopo trattamento chirurgico.

Prima del trattamento, al momento della diagnosi della lesione, lo specialista ginecologo inviterà le donne a contattare i centri vaccinali di competenza (ambulatori vaccinali del distretto di Nuoro, Siniscola, Macomer e Sorgono) per prenotare l'appuntamento per effettuare la vaccinazione anti-HPV, preferendo un timing della vaccinazione a ridosso del trattamento (da prima ad entro tre mesi dalla chirurgia).

Il medico ginecologo provvederà a effettuare il counseling vaccinale per le donne in fase pre-trattamento, con l'obiettivo di far raggiungere la consapevolezza del rischio legato alle patologie HPV-correlate e sui vantaggi del vaccino, soprattutto in termini di riduzione delle recidive, della persistenza del virus e della probabilità di nuove infezioni con altri tipi di HPV, verso i quali il vaccino può proteggere. Dovrà rassicurare anche sulla sicurezza del vaccino, affinché sia chiaro il rapporto rischio/beneficio favorevole.

È inoltre importante che le donne comprendano bene la differenza tra cura e prevenzione delle recidive. La riduzione delle recidive legata alla vaccinazione, per quanto efficace, non esenta dai controlli post-chirurgici. Il personale del centro vaccinale provvederà alla somministrazione del vaccino, alla registrazione sull'applicativo regionale **AVacS** (Anagrafe Vaccinale informatizzata Sardegna) e alla prenotazione degli appuntamenti successivi.

PROGRAMMI DI SCREENING TUMORE DELLA CERVICE UTERINA - ASL NUORO

Le prestazioni sanitarie per lo screening oncologico della cervice uterina rientrano nei LEA e devono essere garantite a tutta la popolazione bersaglio asintomatica che viene invitata attivamente e periodicamente ad effettuare i test previsti. Tutte le prestazioni erogate nel programma di screening organizzato devono essere in forma gratuita.

Le donne di età compresa tra 25 e 64 anni vengono invitate tramite lettera all'effettuazione di un Pap Test ad intervallo triennale. La lettera d'invito contiene un appuntamento con data, ora e luogo predefiniti che potranno essere modificati seguendo le indicazioni riportate sull'invito.

È inoltre possibile aderire spontaneamente al programma contattando direttamente il Centro Screening tramite numero verde, mail o inquadrando il QR code disponibile sul materiale informativo presente nelle farmacie, negli studi dei MMG e sul sito aziendale.

Criteri di esclusione

- I Criteri di esclusione pre-invito al Pap Test sono: (secondo il documento Popolazione eleggibile dei programmi di screening oncologici; a cura del Gruppo di Lavoro Organizzazione e Valutazione; Documento ratificato dall'assemblea GISCI il 21 ottobre 2021):
- Pap Test eseguito spontaneamente al di fuori del programma di screening (esclusione temporanea di 3 anni dalla data del Pap Test)
- Pregresso cancro della cervice uterina (esclusione definitiva, in questi casi si assume che la paziente sia seguita in percorsi di follow up oncologici)
- Isterectomia totale documentata (esclusione definitiva)
- Altra patologia grave (ad esempio disabilità grave e malattia terminale) se documentata per iscritto dal MMG, Specialista o utente (esclusione definitiva)
- Rifiuto ad essere contattati dal programma di screening (esclusione definitiva ma comunque sempre reversibile qualora la donna riveda la sua posizione di rifiuto e chieda di essere reintegrata nel programma).

Il percorso di screening è organizzato su 3 livelli.

- Le donne vengono sottoposte al prelievo con thin prep (test di primo livello) che consentirà di effettuare anche la ricerca del DNA dell'HPV in caso di positività al Pap Test.
- Attualmente la donna sottoposta a Pap Test di primo livello che risulta negativa viene re invitata a eseguire il Pap test dopo 3 anni.
- Se il Pap test è inadeguato viene invitata a ripetere l'esame.

Nel caso in cui il Pap Test risulti positivo con diagnosi ASC-US verrà eseguito l'HPV test:

- Se HPV Test POSITIVO sarà necessario effettuare indagini di secondo livello
- Se HPV Test NEGATIVO rientra nello screening con ripetizione del Pap Test dopo 3 anni.

Nel corso del 2025 è previsto che, nella Regione Sardegna, ci sia il passaggio o “switch-off” dall'esecuzione del Pap Test all'HPV-test come test primario (test molecolare per la ricerca del DNA virale di HPV ad alto rischio oncogeno) con ripetizione ogni 5 anni.

- Nel caso in cui la donna risulti positiva con diagnosi di LSIL o superiore, sarà necessario effettuare l'indagine colposcopica (test di secondo livello) con eventuale prelievo biotico
- Qualora il secondo livello evidenzi la necessità di effettuare una conizzazione cervicale o un trattamento chirurgico (terzo livello), verrà assicurata la presa in carico dal ginecologo colposcopista che diventerà il case manager.

Tutto il percorso è allineato alle raccomandazioni della società scientifica GISCI (Gruppo Italiano per lo screening della Cervice Uterina), all'ONS (Osservatorio Nazionale Screening) e al Centro Nazionale per la Prevenzione e per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute.

Centri di erogazione

I centri di erogazione del test primario nella ASL di Nuoro sono i Consultori dei diversi distretti, nello specifico i Consultori di Nuoro, Dorgali, Bitti, Orosei, Siniscola, Macomer, Sorgono, Desulo e Aritzo e la Casa della salute di Gavoi.

Tale servizio è attivo nel consultorio di Nuoro 5 giorni a settimana, con minor frequenza nelle altre sedi. Vengono erogati a seduta circa 20 Pap-test. Si riportano di seguito i dati di attività relativi all'anno 2023:

popolazione bersaglio	pop bersaglio annua	inviti	Prese	% adesione	% copertura
38.592	12.864	6.582	4.736	71,95	36,82

La gestione del campione è garantita dal servizio di Anatomia Patologica del P.O. San Francesco di Nuoro. Per l'HPV test attualmente si fa riferimento al Laboratorio Analisi dello stesso presidio ospedaliero.

L'organizzazione delle attività dello screening e il coordinamento operativo sono in capo al Centro Screening, che coopera con gli operatori sanitari coinvolti (medici ginecologi e anatomicopatologi, biologi e tecnici di laboratorio di anatomia patologica, ostetriche, infermieri).

Il Centro Screening provvede inoltre all'invio per posta degli inviti per la chiamata attiva della popolazione target, degli esiti negativi dei test di primo livello, raccomandando alle donne la ripetizione del test nelle tempistiche previste dal programma.

Le donne risultate positive invece, verranno contattate dal Centro Screening telefonicamente e invitare al secondo livello: verrà programmata una **colposcopia**, erogata presso l'U.O. Ginecologia dell'Ospedale San Francesco da Ginecologi-Colposcopisti addestrati e aggiornati periodicamente. (eseguite 142 nell'anno 2022)

Le pazienti che effettuano 2° e 3° livello vengono monitorate dal Centro Screening che, in base alle conclusioni del ginecologo, programma le visite di follow-up nei tempi indicati (Pap Test, HPV DNA Test e colposcopia di controllo).

PERCORSO PAP TEST E HPV DNA TEST

Pervengono alla SC Anatomia Patologica dell'Ospedale San Francesco di Nuoro i PAP test prelevati da:

- Consultori Familiari della provincia di Nuoro
- Reparti di Ginecologia e Ambulatori di Ginecologia della provincia di Nuoro.
- Poliambulatori della provincia di Nuoro

- Ambulatori privati della provincia di Nuoro

Tutti i pap test eseguiti in screening sono su strato sottile (Thin prep).

I pap test eseguiti fuori screening dalla SC Ginecologia P.O. S. Francesco sono su strato sottile (Thin prep), quelli eseguiti nella provincia di Nuoro sono strisciati in maniera tradizionale.

La metodica del Thin prep consente di conservare il materiale prelevato, quindi non solo di ripetere lo striscio, ma anche di utilizzarlo per la ricerca del papilloma virus HPV DNA test.

L'HPV DNA test è eseguito nel Laboratorio Analisi, su richiesta A.P o del Ginecologo; il materiale è consegnato al laboratorio analisi dai Biologi dell' Anatomia Patologica che stampano dal programma MAM e caricano nel programma di screening DEDALUS l'esito. I campioni risultati positivi (allo screening) sono stoccati in An Patologica.

REFERTAZIONE

La **refertazione del pap test** avviene secondo il sistema Bethesda 2000, ma su due canali diversi:

- screening: su programma regionale dove ogni paziente ha una scheda compilabile dai vari operatori.
- fuori screening: su sistema di accettazione e refertazione locale WinSap.

Il referto del HPV DNA test viene archiviato insieme al referto del pap test.

CONSERVAZIONE E STOCCAGGIO

Per quanto riguarda i **kit Thin-Prep** la conservazione del campione avviene in Anatomia Patologica.

La distribuzione dei **kit Thin-Prep** è ad opera della U.O. Farmacia.

CLASSE DI RISCHIO

La valutazione clinica, strumentale ed anatomopatologica dei fattori di rischio è necessaria per formulare un giudizio prognostico e riveste un ruolo centrale nella pianificazione del trattamento.

La valutazione dei fattori di rischio include: dimensioni della neoplasia cervicale, stadio, profondità di invasione, coinvolgimento linfonodale, presenza di infiltrazione degli spazi linfovascolari (LSVI) ed istotipo.

Lo stadio di malattia rimane il più importante fattore prognostico per il carcinoma della cervice uterina, come riportato nel 26° FIGO Annual Report.

La suddivisione degli stadi in IB1 (< 4 cm) e IB2 (> 4cm) stratifica la prognosi in termini di sopravvivenza e di possibilità di controllo locale di malattia. L'infiltrazione bilaterale dei parametri e la malattia estesa sino alla parete pelvica sono correlati a tassi di sopravvivenza inferiori.

L'incidenza di metastasi linfonodali è considerato uno dei fattori con maggior impatto prognostico. Secondo i dati della letteratura, l'interessamento dei linfonodi pelvici riportato è compreso tra 12%-22%, 10% -27% e 34-43% negli stadi IB, IIA e IIB rispettivamente.

La presenza di ISLV (infiltrazione neoplastica degli spazi linfovascolari) è considerato un elemento prognostico negativo, correlato a maggior rischio di metastasi linfonodali anche in stadi precoci (2)

La **sopravvivenza** inoltre appare correlata con la profondità di invasione stromale; è stato registrato un rischio relativo di 3 e 4 volte superiore nei gruppi con invasione stromale >10 e 20 mm rispettivamente; da valutare in sede di analisi anatomopatologica è il rapporto tra infiltrazione tumorale e spessore totale in modo tale da determinare lo spazio libero da malattia.

Per quanto riguarda l'**istotipo** non esistono dati concordi in letteratura riguardo l'impatto sulla prognosi.

Secondo uno studio l'istotipo adenocarcinoma è un fattore prognostico negativo indipendente.

La presenza di uno o più dei criteri seguenti definisce la **classe di rischio**.

AIOM 2022 - DEFINIZIONI CLASSI DI RISCHIO

CLASSE DI RISCHIO	DIMENSIONE DEL TUMORE	ISLV (Invasione spazi linfovascolari)	INVASIONE STROMALE
BASSO	< 2 cm	Negativa	1/3
INTERMEDIO	> 2 cm	Negativa	Qualsiasi
	< 2cm	Positiva	Qualsiasi
ALTO	> 2 cm	Positiva	Qualsiasi

Tab 3 - LG AIOM 2022 - definizioni classi di rischio

LESIONI PRECANCEROSE - CLASSIFICAZIONE

La patologia tumorale della cervice uterina è preceduta da lesioni precancerose definite **CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia)** ovvero un gruppo di lesioni epiteliali della cervice (displasie) caratterizzate da alterazioni istologiche limitate all'epitelio.

Dal punto di vista istologico è possibile distinguere tra:

- **CIN 1** (displasia lieve in cui le atipie cellulari sono solo limitate al 1/3 inferiore dell'epitelio)
- **CIN 2** (displasia moderata, in cui le atipie cellulari comprendono i 2/3 dell'epitelio)
- **CIN 3** (displasia grave e Ca in situ che interessa a tutto spessore l'epitelio senza però superare i confini della membrana basale. Quando, invece, la membrana basale viene superata si parla di carcinoma invasivo e non più di displasia).

Nella nuova classificazione del pap-test (Classificazione di Bethesda è adottata la dizione **SIL (Lesione Intraepiteliale Squamosa)**):

Le lesioni intraepiteliali squamose (SIL) si distinguono in:

- **SIL di basso grado (Low-SIL)** che comprende il CIN 1 (displasia lieve)
- **SIL di alto grado (High-SIL)** che comprende il CIN 2 (displasia moderata) ed il CIN 3 (displasia grave). Tali lesioni sono suscettibili, in una certa misura, di regressione spontanea, maggiore per le displasie lievi.

La progressione è prevista nell'1% dei casi di displasia lieve, nel 5% dei casi di displasia moderata e nel 12% dei casi di displasia severa (carcinoma in situ).

Le lesioni CIN sono più frequenti nelle donne giovani.

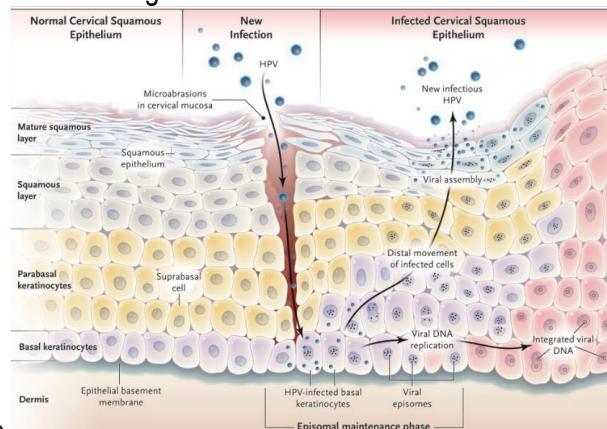
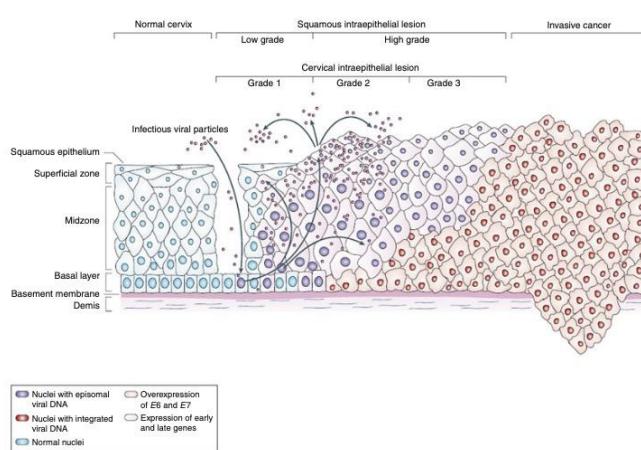


Fig 1 – ciclo HPV nell'epitelio squamoso



STADIAZIONE FIGO (2018)

La stadiazione FIGO è quella più largamente utilizzata in ambito ginecologico – oncologico.

I seguenti fattori prognostici non sono inclusi nella stadiazione: tipo istologico, grading, virus oncogeni, modalità di infiltrazione, diffusione negli spazi linfovaskulari.

Stadio I: il carcinoma è strettamente confinato alla cervice	
IA	carcinoma invasivo che può essere diagnosticato solo microscopicamente con invasione in profondità < 5 mm (*)
IA1	invasione stromale < 3 mm in profondità
IA2	invasione stromale > 3mm ma <5mm di profondità
IB	carcinoma invasivo con invasione stromale >5mm in profondità (maggiore dello stadio IA), lesione limitata alla cervice uterina (†)
IB1	carcinoma invasivo con invasione stromale >5mm in profondità, e <2cm diametro massimo
IB2	carcinoma invasivo >2cm e <4cm diametro massimo
IB3	carcinoma invasivo >4cm diametro massimo
Stadio II: carcinoma della cervice che si estende oltre l'utero senza giungere alla parete pelvica o al III inf. della vagina.	
IIA	coinvolgimento dei 2/3 superiori della vagina senza invasione dei parametri
IIA1	carcinoma invasivo <4cm di dimensione maggiore
IIA2	carcinoma invasivo > 4cm di dimensione maggiore
IIB	con invasione dei parametri senza giungere alla parete pelvica
Stadio III: il carcinoma si estende alla parete pelvica e/o coinvolge il terzo inferiore della vagina e/o causa idronefrosi e/o rene non funzionante e/o linfonodi pelvici e/o aortici	
IIIA	il carcinoma coinvolge il terzo inferiore della vagina, senza estensione alla parete pelvica
IIIB	estensione alla parete pelvica e/o idronefrosi o rene non funzionante (in assenza di altra causa nota)
IIIC	interessamento dei linfonodi pelvici e/o aortici (r: radiologicamente; p: patologicamente accertato) (‡)
IIIC1	interessamento dei soli linfonodi pelvici
IIIC2	Interessamento dei linfonodi aortici
Stadio IV: il carcinoma si estende oltre la piccola pelvi o ha coinvolto la mucosa della vescica o del retto (con conferma istologica su biopsia). L'edema bolloso come tale non permette di assegnare lo stadio IV)	
IVA	infiltrazione degli organi pelvici adiacenti
IVB	metastasi degli organi a distanza

Tab 4 - AIOM 2022 – Stadiazione FIGO

Legenda:

(*) Imaging e patologia, se disponibili, possono essere utilizzati per integrare i reperti clinici quando si determinano le dimensioni e l'estensione del tumore in tutti gli stadi. I segni anamopatologici sostituiscono l'imaging e i segni clinici. La profondità dell'invasione deve essere misurata dalla base dell'epitelio (superficie o ghiandolare) da cui origina.

(†) Il coinvolgimento dello spazio vascolare (venoso o linfatico) non deve alterare la stadiazione. L'estensione laterale della lesione non è più considerata.

(‡) Le notazioni r (imaging) e/o p (patologia) devono essere aggiunte per indicare i metodi utilizzati nell'assegnazione dello stadio IIIC (p. es., stadio IIICp). Il tipo di imaging o la tecnica patologica utilizzata devono sempre essere documentati. Se lo stadio è in dubbio, deve essere assegnato lo stadio inferiore.

REFERTAZIONE ANATOMO PATOLOGICA

Far riferimento alla procedura organizzativa PO_AnP_003_ K_cervice_refertazione_AP (in allegato)

CPS SCORE

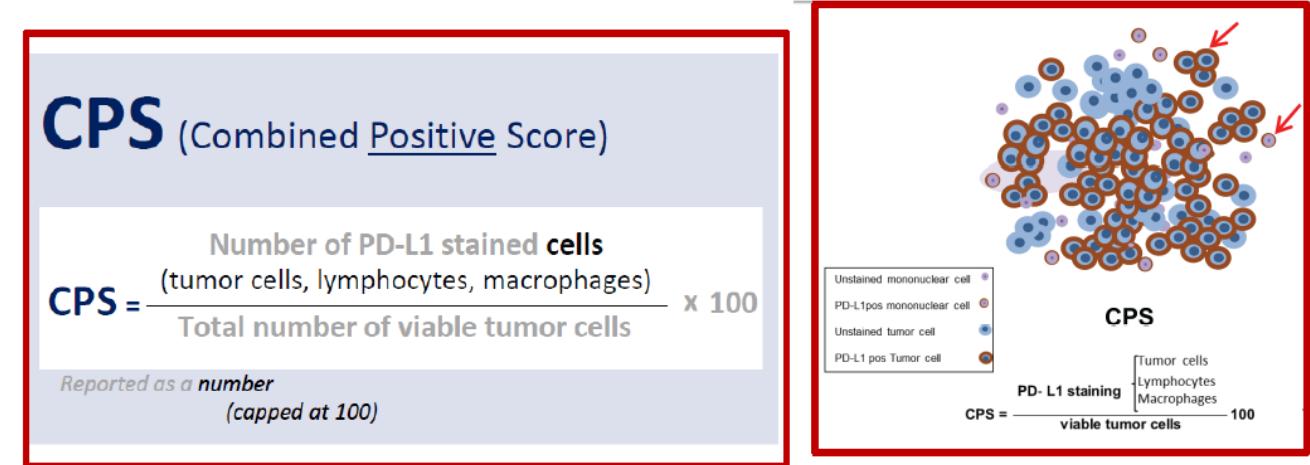
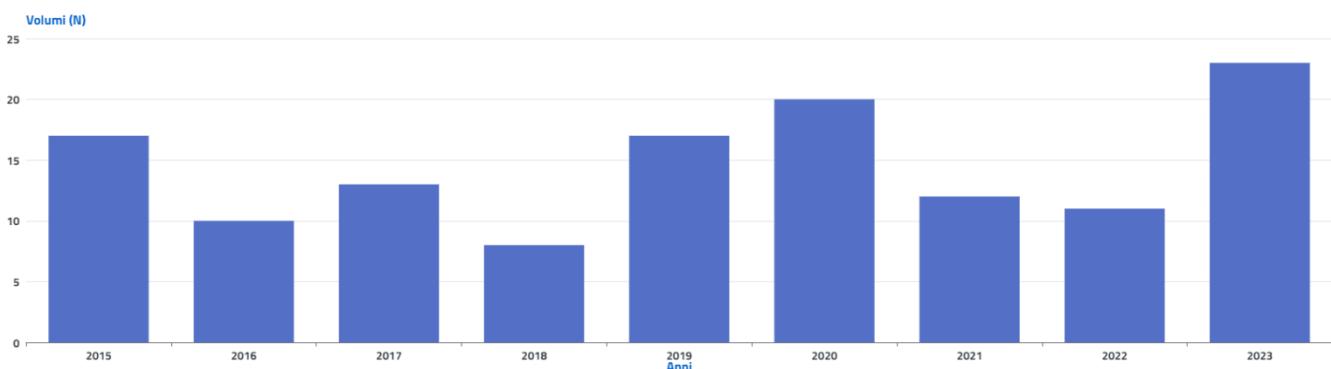


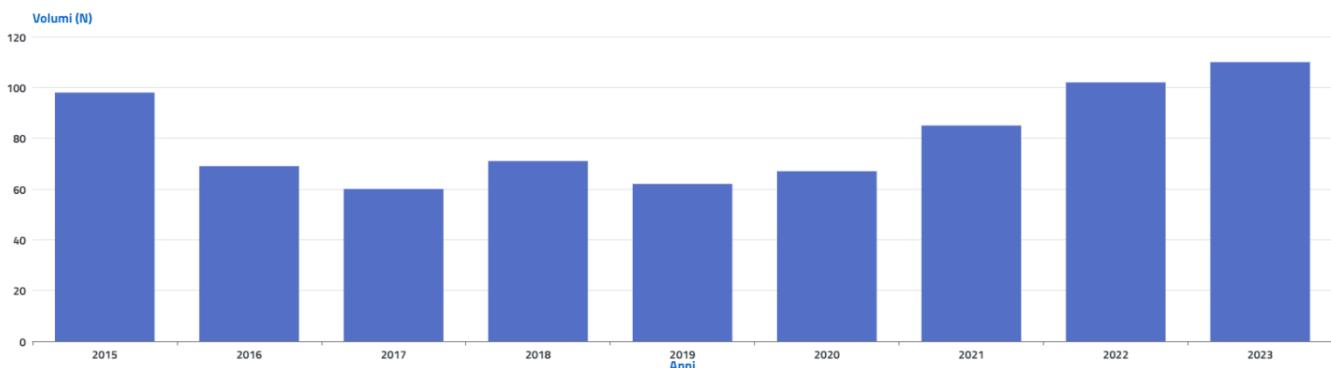
Fig 2 – CPS score - Sajjadi E, Fisco N- Ecancermedicalscience 2020

DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024

P.O. San Francesco - Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri



P.O. San Francesco - Isterectomia: volume di ricoveri



CONSULTO PSICOLOGICO

Da gennaio 2025 è attiva in ASL3 la SC di Psicologia Aziendale, a cui afferiscono circa 30 Dirigenti Psicologi che si occupano dell'assistenza psicologica nei vari contesti clinici e assistenziali dell'Azienda.

L'intervento psicologico si articola su diversi livelli ed è rivolto a pazienti con differenti patologie, familiari/caregiver e operatori sanitari in un'ottica integrata di cura e supporto.

Lo psiconcologo è una figura professionale specializzata che valuta il disagio emozionale del paziente e dei familiari e predispone interventi mirati. La diagnosi oncologica potrebbe attivare emozioni intense, quali paura, angoscia di morte, ansia, rabbia, tristezza, depressione spesso accompagnate da forte stress, frustrazione e un senso di impotenza. La diagnosi potrebbe portare ad una crisi esistenziale rendendo la persona più vulnerabile ed alterarne l'immagine di sé e del corpo, con conseguente impatto emotivo e relazionale.

La psiconcologia mira a migliorare la qualità della vita dei pazienti, accompagnandoli ad affrontare la malattia e le terapie con maggiore resilienza. Anche i familiari dei pazienti possono beneficiare del supporto psicologico per gestire le emozioni conseguenti alla malattia del loro caro.

L'attività dello psiconcologo è quindi centrata sul supporto psicologico ai pazienti e familiari ed implica una presa in carico globale del paziente considerando non solo le emozioni ma anche il benessere psicologico e fisico.

Laddove ci fosse la necessità, il supporto deve essere garantito anche agli operatori sanitari con l'obiettivo di preservare l'efficienza professionale accogliendo e supportando psicologicamente il personale esposto a forte stress, riducendo così il rischio di burnout e migliorando l'assistenza offerta ai pazienti.

ACCESSO AL SERVIZIO

Il supporto psicologico può essere attivato su richiesta del paziente, di un familiare o del medico curante.

Percorso CAS: il CAS propone il consulto psicologico ad ogni paziente che accede al servizio e procede ad attivarlo mediante DEM nel caso ne rilevi la necessità.

In regime di ricovero, l'accesso al servizio avviene mediante richiesta di consulenza da parte del medico di reparto tramite sistema "order entry". Per il paziente esterno si procede con DEM per "Colloquio psicologico clinico - Cod. 94.09". Discorso analogo per il paziente ricoverato in regime DH presso la S.C. Oncologia, la cui impegnativa sarà emessa dal medico Oncologo curante.

A seguito della consulenza, il paziente e/o il familiare verrà preso in carico dal Servizio di Psicologia.

INTERVENTO PER FASI DEL PERCORSO NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

- Momento della diagnosi.
- Durante il percorso di cura, nella fase di trattamento attivo, nel momento in cui l'operatore avverte la necessità o nel momento in cui durante il percorso venga richiesto dal paziente o dal caregiver.

- A fine trattamento nel momento della riorganizzazione della quotidianità e nel follow-up.
- Durante il passaggio (laddove ci sia) alle cure palliative.

MODALITÀ DI INTERVENTO E STRUMENTI

Mediante colloqui clinici individuali e familiari, l'utilizzo di strumenti standardizzati di valutazione e discussioni di caso, briefing e debriefing, il Servizio di Psiconcologia garantisce:

1. Supporto psicologico
2. Gestione delle emozioni
3. Consulenza e orientamento per pazienti e famiglie
4. Promozione della salute per il miglioramento della vita e del benessere psicologico
5. Prevenzione del burnout per gli operatori
6. Miglioramento della comunicazione tra paziente, familiari e operatori sanitari
7. Integrazione nel lavoro d'équipe
8. Partecipazione a progetti di ricerca
9. Supporto in contesti di cure palliative e fine vita e di elaborazione del lutto per i familiari dei pazienti deceduti.

PERCORSO DI FINE VITA / CURE PALLIATIVE

Lo psicologo, all'interno dell'équipe multidisciplinare, garantisce una presa in carico globale rivolta al paziente, ai familiari e ai professionisti. Supporta l'équipe nella comunicazione interna, nella gestione delle dinamiche relazionali e nella prevenzione del burnout, favorendo coesione e consapevolezza emotiva.

Per il paziente, l'intervento psicologico è finalizzato alla gestione dei vissuti legati alla malattia, allo stress e alle paure, accompagnandolo nella ricerca di significato nel percorso di fine vita.

Per i familiari, viene offerto uno spazio di ascolto e sostegno per facilitare la comunicazione e affrontare le fasi di separazione e lutto.

Gli obiettivi principali sono: contenere il disagio emotivo, promuovere processi di adattamento, favorire un'alleanza terapeutica tra paziente, familiari ed équipe e personalizzare l'approccio di cura in base ai bisogni e ai valori di ciascuna persona.

PASS E COT AZIENDALI

Il PASS (Punto Unitario dei Servizi Sanitari)

Al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza nel territorio ai pazienti fragili con bisogno complesso la ASL di Nuoro, ai sensi di quanto previsto dalla L.R. 24/2020, ha istituito, con giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1154 del 18.10.2024, i PASS Ospedalieri (Punto Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri) nei P.O. San Francesco e Cesare Zonchello di Nuoro e nel P.O. San Camillo di Sorgono. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1081 del 2.10.2024 è stato inoltre approvato il regolamento della Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT) e le Linee guida Aziendali per la transizione Ospedale – Territorio.

I PASS aziendali, costituiti da un'equipe multi-professionale (Assistenti Sociali, Infermieri e medico referente), afferiscono alla SC Qualità, Governo Clinico e Gestione dei Processi Clinici e Logistici e:

- svolgono la propria attività all'interno dei Presidi Ospedalieri in stretta collaborazione con le UU.OO., con la COT e i Servizi Territoriali preposti al **fine di garantire l'individuazione e la presa in carica globale del paziente fragile a partire dal primo giorno di ricovero e sino alla dimissione**, attraverso la sinergica integrazione della rete-ospedale territorio.
- operano in maniera trasversale e pro-attiva in tutti i reparti, **supportando il personale nella raccolta delle informazioni socio-sanitarie, fornendo consulenza specifica** in ambito sanitario e sociale ai pazienti che ne necessitano.
- stratificano **il bisogno socio-sanitario del paziente avvalendosi di documentazione clinica e schede valutative con valenza predittiva e dotate di punteggi per l'identificazione precoce** del bisogno semplice e/o complesso, con la collaborazione delle U.U.O.O. che hanno in carico il paziente.
- supportano ogni paziente fragile che si trovi **in situazione di vulnerabilità** a causa di una condizione sanitaria o sociale sin dal momento dell'ingresso in ospedale.
- contribuiscono altresì, interfacciandosi con la COT e con la rete di servizi e professionisti ospedalieri e territoriali, **a ridurre l'incidenza dei ricoveri ripetuti o impropri secondari a dimissioni non protette/pianificate**.

Al fine di garantire la funzionalità e la tempestività dei percorsi attivabili attraverso i PASS Aziendali, è indispensabile che all'interno di ogni U.U.O.O. siano individuate figure di riferimento che a partire dalle 24 ore e entro le 72 ore, anche con l'eventuale supporto degli infermieri del PASS, compilino la scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screenin Score (BRASS) sul sistema GARSIA.

Si rammenta che la scheda BRASS è utile a identificare precocemente i pazienti eleggibili a una dimissione protetta. Ogni scheda con rischio medio-alto verrà analizzata e trasmessa dal PASS alla COT aziendale che, a sua volta, monitora l'intero processo di degenza e richiede l'attivazione del PUA/UVT al fine di valutare il miglior setting di cura post dimissione per il paziente.

Pertanto:

- all'atto del ricovero di ciascun paziente, tra le 24 e le 72 ore, è necessario procedere alla compilazione della scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) sul sistema GARSIA con il supporto degli infermieri facenti parte del PASS in modo da segnalare alla Centrale Operativa Territoriale l'avvenuto ricovero del paziente al fine di garantire una rapida individuazione di coloro che necessitano di dimissione protetta;

- alla compilazione delle le schede di valutazione regionali (SVAMA, CIRS, BHARTEL, ECC) sul sistema SISAR per quei pazienti identificati come eleggibili al percorso di dimissione protetta dal PASS Ospedaliero per rappresentare il quadro clinico del paziente e garantire l'idonea valutazione del setting di cura all'atto della dimissione.
- Alla dimissione, anche durante i giorni festivi e nel fine settimana dei pazienti, previa verifica della possibilità per il malato di rientrare al proprio domicilio in situazione di sicurezza e con gli ausili ritenuti necessari.

La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il compito di **facilitare e ottimizzare la gestione del paziente, attraverso una valutazione a 360° dei bisogni socio-sanitari di assistiti fragili, di fornire un accesso guidato nella rete di servizi territoriali e, nei casi di dimissione protetta ospedaliera, un orientamento guidato verso un'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale o residenziale**. Avrà inoltre funzioni di coordinamento e collegamento dei diversi servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché della rete dell'emergenza-urgenza, per garantire continuità assistenziale, accessibilità e integrazione delle cure e coordinare e monitorare le transizioni da un luogo di cura ad un altro. Inoltre la COT svolgerà una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro. La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. La COT di Nuoro ha sede presso la Casa della Comunità San Francesco al terzo piano.

Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – telemonitoraggio e/o telecontrollo

Il DM 29 aprile 2022 definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando la Centrale operativa ADI.

Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

-prende in carico la richiesta;

-informa la Centrale Operativa ADI;

-attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta,

-visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

II Fase – Attivazione ed erogazione

L'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio

degli stessi)

La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

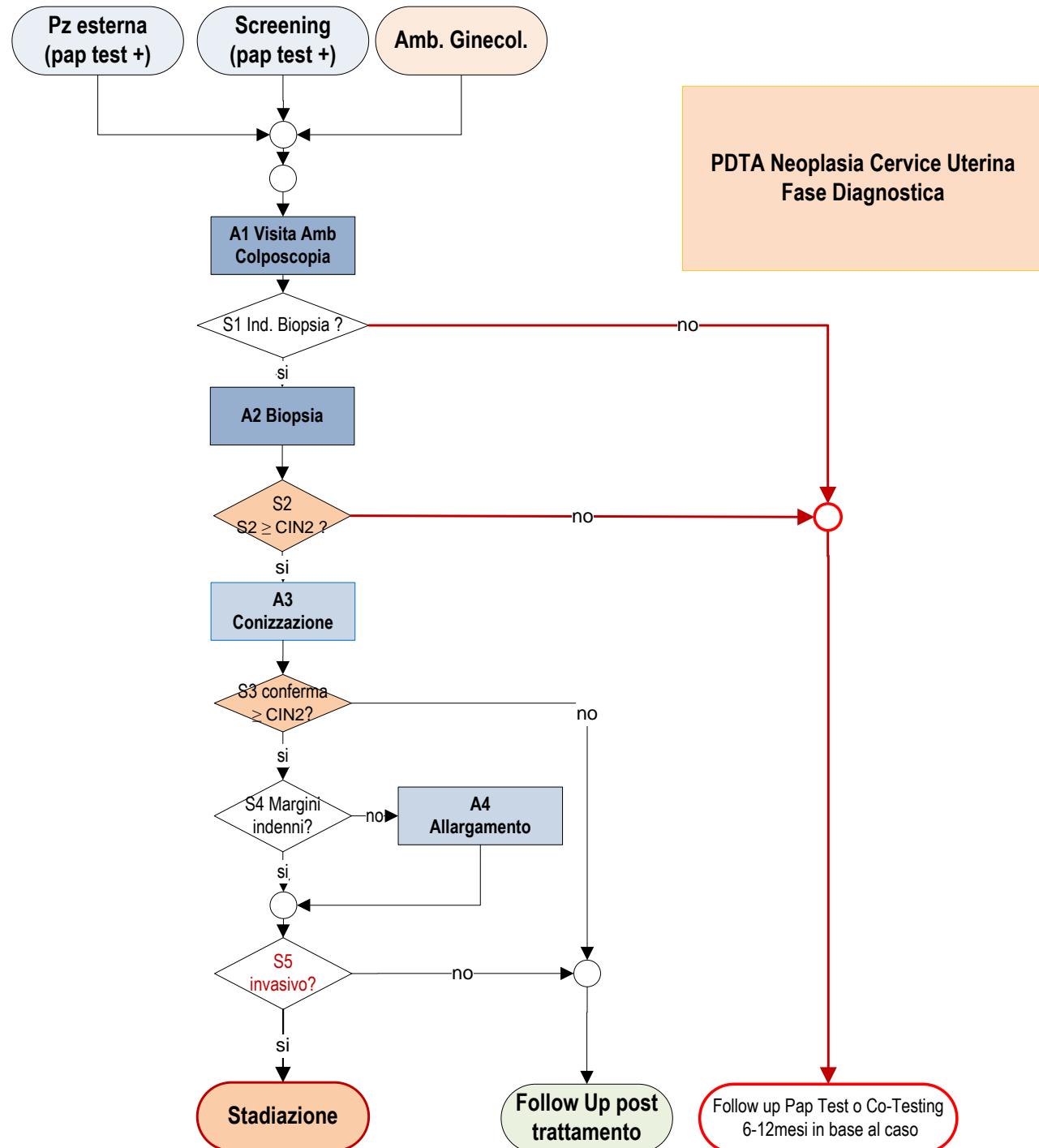
Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina (così come individuato dalla Regione), il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si occuperà di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale.

La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/ telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

RAGIONAMENTO CLINICO

FLOW CHART FASE I - DIAGNOSTICA

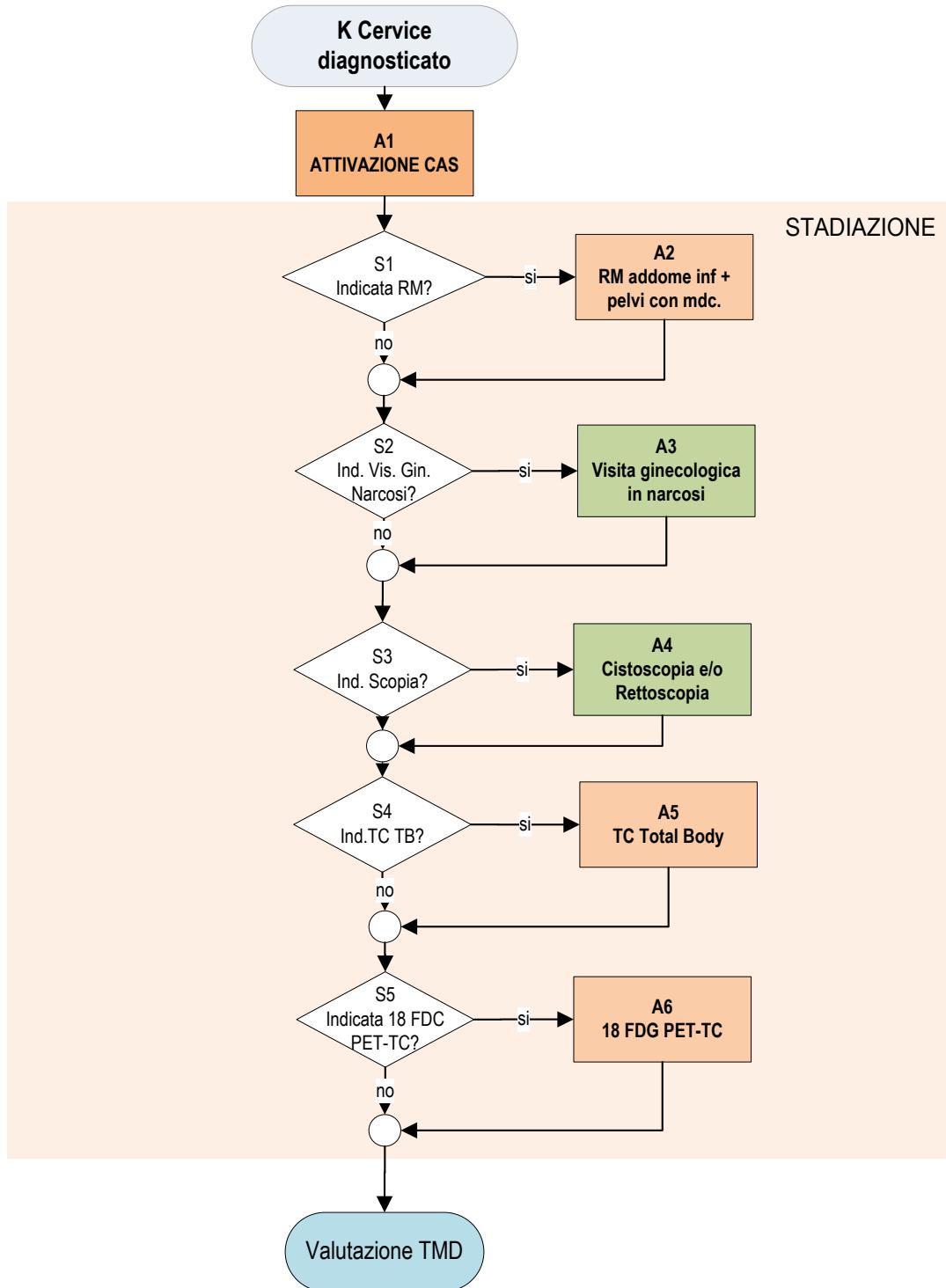


LEGENDA FLOW CHART FASE I- DIAGNOSTICA

Cod.	Attività/Snodo	Descrizione
A1	Visita specialistica Ginecologica (Amb Colposcopia)	<p>SCOPO: L'esame colposcopico è impiegato dal ginecologo per la diagnosi della patologia cervico-vaginale. Il suo impiego può essere allargato anche per la diagnosi di tutta la patologia del basso tratto genitale.</p> <p>L'esame colposcopico permette di valutare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giunzione Squamo-Colonnare (GSC) che deve essere classificata correttamente in base alla visibilità • La Zona di Trasformazione, individuarla e definirla seguendo la classificazione internazionale attuale • Lesione cervicale, aspetto e rapporto con Zona di Trasformazione, rapporto con GSC ed estensione eso-endocervicale • Area su cui eseguire Biopsia Mirata • Tipologia e Modalità di trattamento ottimale • Miscellanea <p>INDICAZIONI. Sono indirizzate a visita specialistica presso ambulatorio di Colposcopia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pap Test Positivo: ASCUS +HPV DNA TEST POS HR, LSIL, HSIL, AIS, ASC-H, CIS, AGC, CARCINOMA INFILTRANTE, ADENOCARCINOMA, CELLULE TUMORALI MALIGNE NON SPECIFICATE • Più Pap Test inadeguati • Infezione da HPV HR persistente a 12 mesi indipendentemente dalla citologia • Lesioni macroscopiche sospette per neoplasia
S1	Indicata Biopsia?	<p>Il prelievo di un campione biotico è indicato in tutte le pazienti con displasia moderata/grave citologica (H SIL) e in tutti i casi con due o più citologie border-line/displasia lieve (ASCUS, AGC, L SIL) e con un'area di ANZT</p> <p>Se primo riscontro di LSIL e Quadro colposcopico negativo può essere ritenuto non necessario eseguire biopsia, queste pazienti saranno indirizzate a ripetizione Pap Test ed eventuale HPV DNA Test a 6 mesi</p> <p>Se ASCUS HPV HR + e Quadro colposcopico apparentemente negativo si esegue prelievo nel canale (citobrush o curettage) e si ripete Pap Test a 3 mesi</p>
A2	Biopsia	<p>Il prelievo biotico si esegue sotto guida colposcopica nelle aree più sospette (generalmente in prossimità della Zona di Trasformazione), dopo applicazione dei reagenti (Acido Acetico 3-5% e Lugol).</p> <p>Se la lesione è ampia i prelievi possono essere multipli.</p> <p>In una biopsia ottimale dev'essere incluso il tessuto stromale.</p> <p>Se Pap Test AGC: curettage/scraping con endobrush/prelievo endocervicale</p> <p>Nei casi in cui la lesione è inaccessibile o sospetta per carcinoma microinvasivo è indicata biopsia escisionale con ansa o bisturi.</p> <p>ESENZIONE 048</p> <p>In caso di presenza di neoplasia il Medico ginecologo provvede alla compilazione della richiesta di esenzione 048.</p> <p>Il personale CAS provvede all'inoltro all'ufficio ASL competente e, su delega del paziente, al ritiro del certificato stesso per la successiva consegna al paziente.</p>
S2	Istologico \geq CIN2?	<p>PAZIENTI CON ISTOLOGICO VALUTATO IN SEDE ESTERNA</p> <p>Date le implicazioni di tipo clinico, nei pazienti con valutazione istologica eseguita presso centro esterno è ritenuta prudenziale eseguire a conferma una rivalutazione Anatomo Patologica da parte della SC Anatomia Patologica ASL Nuoro (second opinion).</p> <p>La rivalutazione interna sarà eseguita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sempre nei pazienti in cui la diagnosi sia discorda rispetto ad una precedente • ogniqualsiasi referto esterno non sia conforme alle vigenti LG <p>Per approfondimenti e dettagli referto far riferimento all'allegato: PO_AnP_003_Refertazione AP_Cervice</p>

		<p><CIN2-CIN1 (da CIN1 a NEGATIVA):</p> <ul style="list-style-type: none"> • In caso di colposcopia con GSC visibile è raccomandato Follow up Pap Test e HPV DNA Test a 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se esito negativo → ripete a 12 mesi e successivamente torna a I livello ○ Se esito positivo → ripete a 6 mesi • In caso di: L SIL (CIN1) persistente a 2 anni di follow up, colposcopia con GSC non visibile, lesione non completamente visibile o citologia di invio di alto grado è da preferire il trattamento escisionale (Conizzazione). <p>CIN 2 e >CIN2 (da CIN 2-3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento escisionale sotto controllo colposcopico (Conizzazione) • L'osservazione va limitata a casi particolari come la condizione gravidica una volta che è stata esclusa l'invasione e nelle giovani donne, specialmente se abbiamo la codifica istologica "CIN 2".
A3	Conizzazione	<p>La conizzazione è un intervento chirurgico per via vaginale, generalmente eseguito in regime ambulatoriale con lo scopo di asportare le lesioni del collo dell'utero evidenziate durante colposcopia e biopsia cervicale. Più in particolare, durante la conizzazione si asporta una porzione del collo dell'utero, in genere a forma di cono (da cui il termine conizzazione), comprendente il canale cervicale per una parte variabile della sua altezza.</p> <p>Può avere sia scopo diagnostico che terapeutico (Fino a Stadio IA1 e casi selezionati in cui si attua trattamento fertility sparing)</p> <p>L'entità del tessuto da asportare, quindi l'altezza del cono, viene stabilita in base alla stima dell'estensione endocervicale della lesione precedentemente valutata. Un cono troppo piccolo espone la paziente al rischio di dover ripetere successivamente un intervento più radicale, viceversa un cono troppo grande eleva il rischio di complicanze.</p> <p>L'intervento di conizzazione, in genere, preserva la possibilità della donna di avere figli.</p>
S3	Conferma ≥CIN2? (CIN 2 o ist. Peggiori)	<p>NO → l'esito istologico depone per istologia peggiore CIN1:</p> <p>Controllo in colposcopia, HR-HPV Test e/o citologia cervicale a 6 mesi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ se esito negativo ulteriore controllo citologico a 12 mesi, ○ se si conferma esito negativo ritorno a I livello. <p>In questo caso la colposcopia a 6 mesi ha uno scopo prudenziale per motivi clinici, come valutare esiti cicatriziali, e non di prevenzione oncologica.</p>
S4	Margini Indenni?	<ul style="list-style-type: none"> • CIN 2-3 con Margini positivi esocervicali IN ASSENZA DI ANOMALIE GHIANDOLARI: è indicato il follow-up secondo i percorsi consigliati nelle pazienti trattate per HSIL (CIN2-3) e non l'immediato ritrattamento. • CIN 2-3 con Margini endocervicali positivi: si ripete escissione fino a due volte a breve termine. al persistere della positività dei margini endocervicali → stadiazione per escludere malattia invasiva. • Carcinoma in Situ (CIS): Dopo Conizzazione se Margini indenni → Fase Terapeutica. È successivamente indicato stretto Follow Up. Se margini endocervicali non indenni → Ampliamento e se non indenni → Stadiazione. • Adenocarcinoma in Situ (AIS): Date le caratteristiche istopatologiche dell'AIS/HG CGIN ed il rischio di lesioni satellite, che lo differenziano dalle neoplasie intraepiteliali squamose, è raccomandato ottenere dei margini esocervicale ed endocervicale del cono indenni da malattia. In caso di margini di escissione positivi, nelle donne giovani desiderose di prole, può essere accettabile un controllo a 3-6 mesi con Pap test, HPV test, Curettage endocervicale e colposcopia in alternativa alla riconizzazione immediata. Nelle donne con due o più escissioni cervicali con margini positivi, è ragionevole eseguire l'isterektomia (Adeguato Counseling, valutare desiderio gestazionale).
A4	Allargamento	<p>La procedura può essere eseguita a breve termine, sono previsti fino a 2 interventi di ampliamento dei margini in base al cas in esame.</p>
S5	Invasivo?	<p>Se si conferma l'invasione stromale è indicato procedere con le indagini strumentali opportune per STADIAZIONE.</p> <p>ESENZIONE 048. In caso di presenza di neoplasia il Medico ginecologo provvede alla compilazione della richiesta di esenzione 048.</p> <p>Il personale CAS provvede all'inoltro all'ufficio ASL competente e, su delega del paziente, al ritiro del certificato stesso per la successiva consegna al paziente.</p>

FLOW CHART FASE II – STADIAZIONE

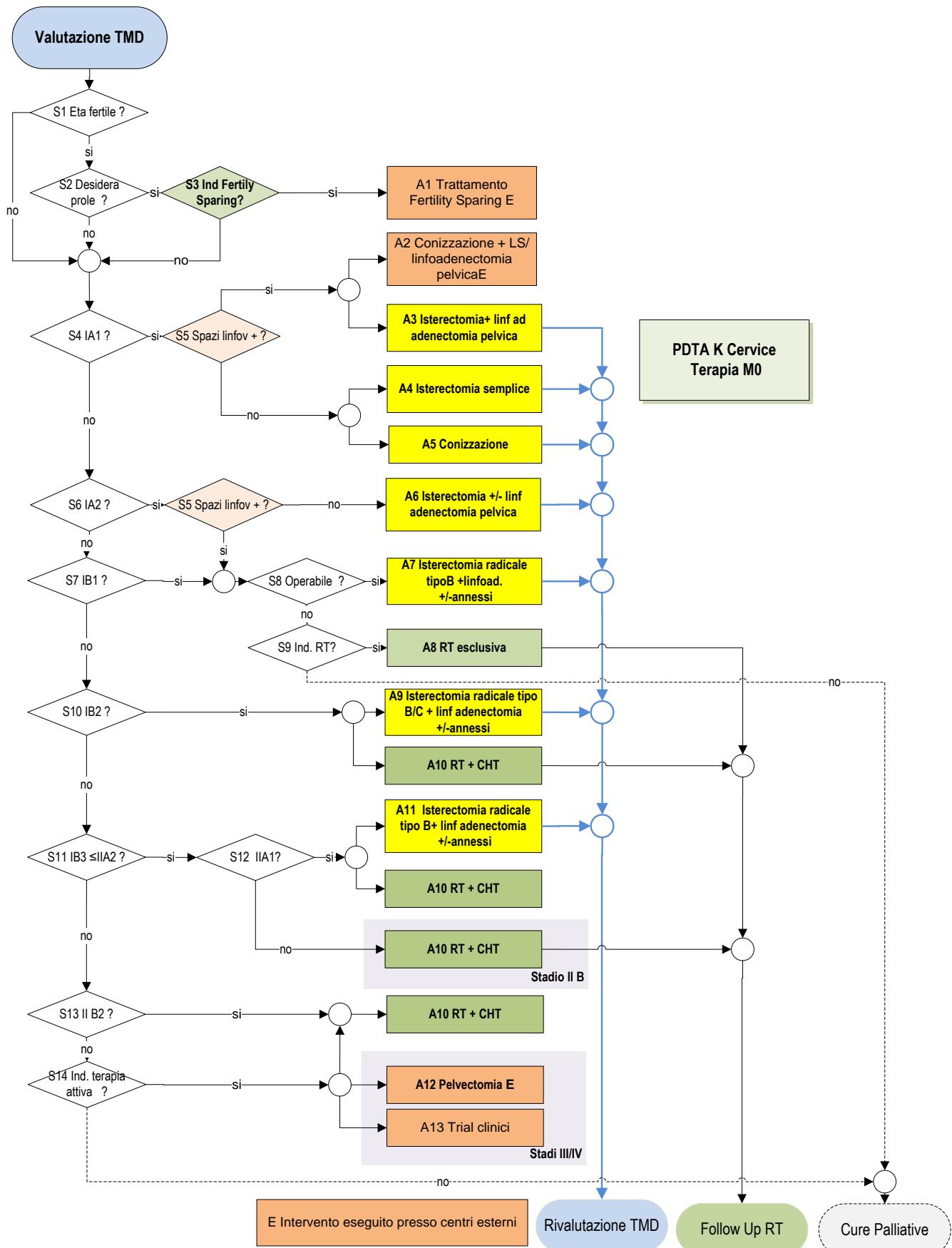


LEGENDA FLOW CHART FASE II – STADIAZIONE

(da LG AIOM)

COD.	Attività/Snodo	Descrizione
A1	Attivazione CAS	La paziente è avviata al CAS per la successiva stadiazione
A2	RM addomino-pelvica con mdc.	<p>L'esame assicura elevati livelli di sensibilità (93%) e accuratezza diagnostica (86%) e consente di valutare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • volume tumorale • preservazione dell'anello stromale cervicale • l'estensione vaginale • invasione di strutture e organi adiacenti, • presenza di adenopatie pelviche e retro peritoneali, • idronefrosi. <p>Insieme alla ecoflussimetria rappresenta inoltre un esame fondamentale per la valutazione del volume tumorale, della distanza del tumore dall'orifizio uterino interno e la lunghezza del canale cervicale, indispensabili per la eventuale chirurgia conservativa nelle donne giovani.</p>
S2	Indicata Visita in narcosi?	Pazienti non visitabili, lesione localmente invasiva.
A3	Visita ginecologica in narcosi	Indagine utile per definire il coinvolgimento parametrale, interessamento vaginale e volume tumorale.
S3	Indicata Cistoscopia e/o Rettoscopia?	In caso di sospetta infiltrazione è necessario eseguire cistoscopia e/o rettoscopia
A4	Cistoscopia e/o Rettoscopia	Eseguire biopsie delle mucose per confermare eventuale infiltrazione e definire lo stadio
A5	TC total body o TC torace con mdc	Per lo studio di malattia a distanza e per una corretta definizione dell'interessamento linfonodale, sia nella malattia in stadio iniziale che nel tumore localmente avanzato.
S5	Indicata PET?	In presenza di lesioni dubbie e/o per meglio definire coinvolgimento linfonodale e delle metastasi a distanza
A6	18 FDG PET-TC	Rispetto alla TC, questo esame migliora la definizione delle lesioni dubbie, del coinvolgimento linfonodale, delle metastasi a distanza. La struttura di riferimento è attualmente ARNAS Brotzu- Cagliari

FLOW CHART FASE III – TERAPEUTICA M0



LEGENDA FLOW CHART FASE III – TERAPEUTICA M0

Cod	Attività/Snodo	Descrizione
S1	Età fertile ?	Donne non in menopausa fisiologica o farmaco indotta
S2	Desiderosa di prole ?	Se la paziente desidera aver figli in futuro e le condizioni cliniche lo consentono verrà valutato il Trattamento conservativo per la fertilità
S3	Indicata Fertility Sparing?	<p>Pazienti giovani e/o desiderose di prole in casi selezionati (il tumore non deve superare dimensione 2cm):</p> <ul style="list-style-type: none"> STADIO: da IA1 a IA2 con LVIS -/+ in N0 ISTOTIPO: Carcinoma squamoso e Adenocarcinoma di tipo comune HPV correlato su nulla osta della paziente: Inviare a CENTRI DI RIFERIMENTO Unica eventuale eccezione: IA1 LVIS Negativo
A1	Trattamento Fertility Sparing	<p>Eseguibile c/o Centri di riferimento esterni</p> <ul style="list-style-type: none"> La conizzazione o la trachelectomia semplice sono procedure fertility-sparing adeguate per gli stadi T1a1 e T1a2, con linfonodi negativi e LVSI-negativo La trachelectomia radicale (tipo A) può essere considerata per gli stadi T1a1 e T1a2, in pazienti con linfonodi negativi e LVSI-positivo. La conizzazione o la trachelectomia semplice sono opzioni. La trachelectomia radicale (tipo B) dovrebbe essere eseguita nelle pazienti con tumore della cervice uterina in stadio T1b1≤ 2 cm nella dimensione massima, con linfonodi negativi e LVSI -/+. Nei casi di malattia più avanzata e nei casi di malattia linfonodale, differenti proposte per la preservazione della fertilità andrebbero discusse. L'obiettivo della preservazione della fertilità è quello di offrire l'approccio più efficiente sulla base della legge vigente in un determinato stato senza incrementare il rischio oncologico. Lo stato linfonodale negativo per malattia è la condizione necessaria per qualunque tentativo di FST. Quindi la stadiazione linfonodale pelvica (linfonodo sentinella) dovrebbe sempre essere il primo tempo in ogni procedura di FST. L'identificazione del linfonodo sentinella e il suo ultra-staging è altamente raccomandata in quanto aumenta l'accuratezza della stadiazione, in particolare l'identificazione di micrometastasi e piccole macrometastasi. Il coinvolgimento di un linfonodo sospetto dovrebbe sempre essere confermato dall'esame istologico. La valutazione intraoperatoria dello stato linfonodale è altamente raccomandata. Tutti i linfonodi sentinella da entrambi i lati della pelvi o qualunque linfonodo sospetto dovrebbero essere sempre inviati per l'esame istologico al congelatore. Se non è possibile reperire il linfonodo sentinella bilateralemente, bisogna considerare la valutazione intraoperatoria dei linfonodi pelvici (vedi trattamento degli stadi T1b1/T2a1). La stadiazione linfonodale non è indicata per lo stadio T1a1 LVSI-negativo
A2	Conizzazione + LS o Linfadenectomia pelvica	<ul style="list-style-type: none"> Conizzazione + LS o Linfadenectomia pelvica <p>Interventi eseguibili presso centri esterni/ di riferimento.</p>
S4	Stadio IA1	Vedi tabella 4- classificazione FIGO a pag 25
S5	LVIS Positivo ?	L'interessamento o meno degli spazi linfovascolari è condizionante le opzioni terapeutiche da proporre
A3	Isterectomia + linfoadenect. pelvica	su LVIS Positivo: Isterectomia con Linfadenectomia Pelvica Non richiede alcuna terapia adiuvante
A4	Isterectomia semplice	su LVIS Negativo: Si esegue al posto della conizzazione se donna non è desiderosa di prole e se dopo counseling adeguato la paziente preferisce tale procedura (ad esempio se la paziente non sarebbe disposta a sottoporsi a stretto follow up su portio post conizzazione o ad eventuale riconizzazione)
A5	Conizzazione	su LVIS Negativo:

		Conizzazione con margini indenni (i margini chirurgici del cono devono essere puliti senza evidenza di malattia invasiva né di malattia preinvasiva ad eccezione della malattia preinvasiva dell'esocervice.
S6	Stadio IA2	Vedi tabella 4- classificazione FIGO a pag 25
A6	Isterectomia +/- linfoadenectomia pelvica	su LVIS Negativo: Isterectomia semplice con annessiectomia: la stadiazione chirurgica linfonodale deve essere presa in considerazione anche se LVSI Negativa
S7	Stadio IB1?	Vedi tabella 4- classificazione FIGO a pag 25
S8	Operabile?	Paziente senza controindicazioni cliniche all'intervento
A7	Isterectomia tipo B + linfoadenect. Pelvica +/- annessi	Isterectomia RADICALE tipo B con Linfoadenectomia pelvica con o senza annessiectomia bilaterale Non richiede alcuna terapia adiuvante
A8	RT esclusiva	Vedi paragrafo dedicato a pag 49 e seguenti
S9	Indicata RT ?	In casi selezionati, pazienti con comorbidità o non operabili si può optare per Radioterapia esclusiva.
S10	Stadio IB2	Vedi tabella 4- classificazione FIGO a pag 25
A9	Isterectomia Tipo B/C + linfoadenect. Pelvica +/- annessi	<ul style="list-style-type: none"> • Isterectomia radicale tipo B/C con linfadenectomia pelvica • eventuale terapia adiuvante da discutere in TMD
A10	RT + CHT concomitante esclusiva	Radiochemioterapia concomitante esclusiva vedi paragrafo dedicato a pag. 49 e seguenti
S11	IB3 ≤ Stadio ≥ IIA2	Vedi tabella 4- classificazione FIGO a pag 25
S12	Stadio IIA1?	Vedi tabella 4- classificazione FIGO a pag 25
A11	Isterectomia tipo B+ Linfoadenect. Pelvica +/- Annessiectomia	Se Stadio IIA1: <ul style="list-style-type: none"> • Isterectomia radicale di tipo B con Linfadenectomia Pelvica sistematica e annessiectomia (in alternativa alla Radiochimioterapia esclusiva)
S13	Stadio IIB 2 ?	Vedi tabella 4- classificazione FIGO a pag 25
S14	Indicata Terapia attiva ?	Sono considerati privi di spazio terapeutico attivo le pazienti affette da neoplasia ginecologica in stadio avanzato non suscettibili di trattamenti attivi per le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • scadute condizioni cliniche (performance status secondo ECOG ≥ 3) • presenza di comorbidità di grave entità che controindichino i trattamenti attivi • condizione di cachessia neoplastica • pazienti in stadio terminale (aspettativa di vita ≤ 3 mesi)
A12	Pelvectomia	Intervento eseguibile presso centri esterni/ di riferimento.
A13	Trials clinici	In base alla valutazione clinica del caso la paziente può essere arruolata in trials esterni

TERAPIA ADIUVANTE POST ISTERECTOMIA:
INDICAZIONI:

[Annals of Oncology 28 (Supplement 4): iv72–iv83, ESMO]

- Rischio intermedio: invasione stromale profonda, LVSI e dimensioni del T (> 4 cm): beneficio dall'aggiunta della RT (PFS-HR0.54)
- Rischio alto: margini positivi o close, linfonodi +, coinvolgimento microscopico dei parametri: beneficio dall'aggiunta della CHT rispetto alla sola RT OS (81% versus 71%) and PFS (80% versus 63%)

Classificazione dell'isterecomia radicale⁽¹⁰⁾

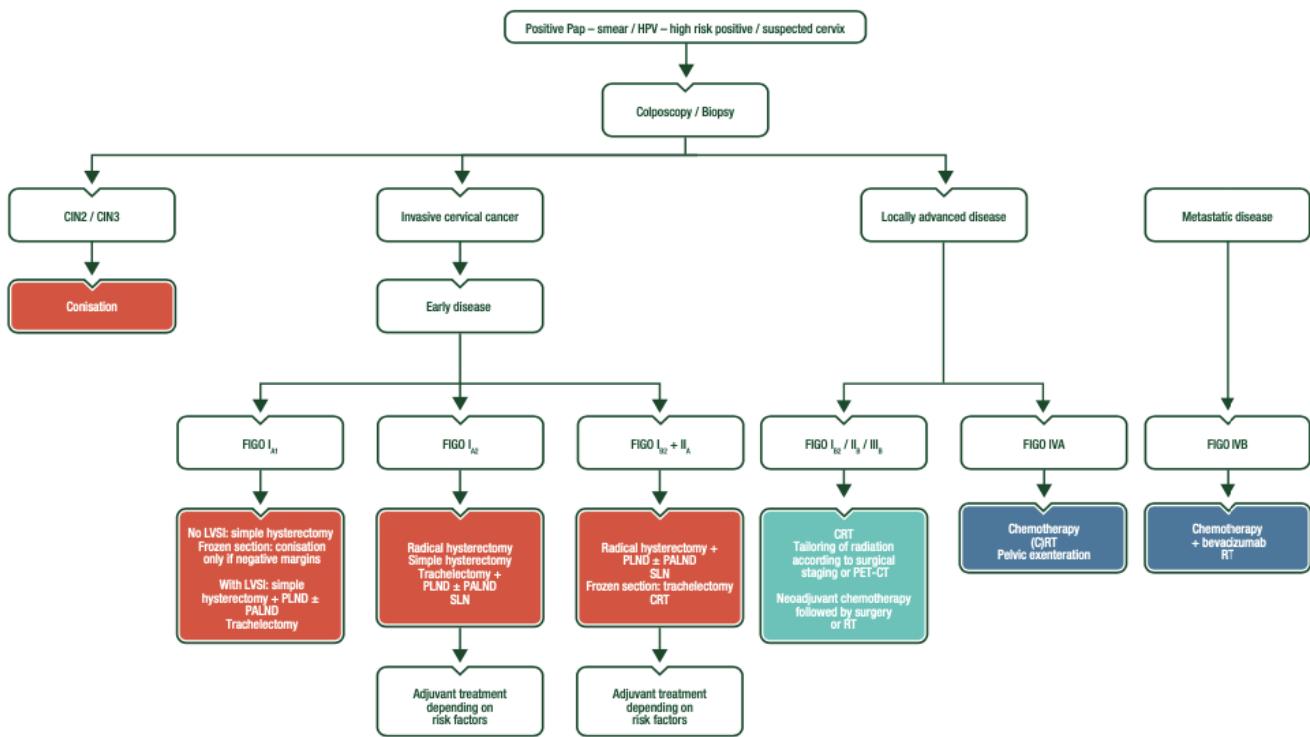
Isterecomia radicale	Parametrio Laterale	Parametrio anteriore	Parametrio posteriore
Tipo A	A metà strada tra la cervice e l'uretere (mediale all'uretere - uretere identificato ma non mobilizzato)	Escissione minimale	Escissione minimale
Tipo B1	A livello dell'uretere (a livello del letto ureterale - uretere mobilizzato dalla cervice e dal parametrio laterale)	Escissione parziale legamento vescico-uterino	Escissione parziale del legamento rettouterino - rettovaginale e della piega peritoneale uterosacrale
Tipo B2	Identica al tipo B1 più linfoadenectomia paracervicale senza resezione delle strutture vascolonervose	Escissione parziale del legamento vescico-uterino	Escissione parziale del legamento rettouterino - rettovaginale e della piega peritoneale uterosacrale
Tipo C1	A livello dei vasi iliaci trasversalmente, la parte caudale è preservata	Escissione del legamento vescico-uterino (craniale all'uretere) a livello della vescica. Parte prossimale del legamento vescico-vaginale (i nervi vescicali vengono dissecati e risparmiati)	A livello del retto (il nervo ipogastrico viene disseccato e risparmiato)
Tipo C2	A livello del versante mediale dei vasi iliaci completamente (includendo la parte caudale)	A livello della vescica (i nervi vescicali vengono sacrificati)	A livello del sacro (il nervo ipogastrico viene sacrificato)
Tipo D	A livello della parete pelvica, includendo la resezione dei vasi iliaci interni e/o componenti della parete pelvica	A livello della vescica. Non applicabile se parte di eviscerazione	A livello del sacro Non applicabile se parte di eviscerazione

Fig. 3_ LG AIOM 2022 - Neoplasie della cervice uterina- terapia chirurgica

Classi di rischio in funzione dei fattori prognostici: tipo(i) di isterecomia radicale suggeriti⁽¹⁰⁾

Classe di rischio	Dimensione del tumore	ISLV	Invasione stromale	Tipo di isterecomia radicale
Rischio basso	< 2 cm	Negativa	1/3	B1 (A)
Rischio intermedio	≥ 2 cm ≤ 2cm	Negativa Positiva	Qualsiasi	B2 (C1)
Rischio alto	≥ 2 cm	Positiva	Qualsiasi	C1 (C2)

Fig. 4_ LG AIOM 2022 - Neoplasie della cervice uterina- terapia chirurgica radicale rapportata al rischio prognostico



Annals of Oncology 28 (Supplement 4): iv72–iv83, ESMO

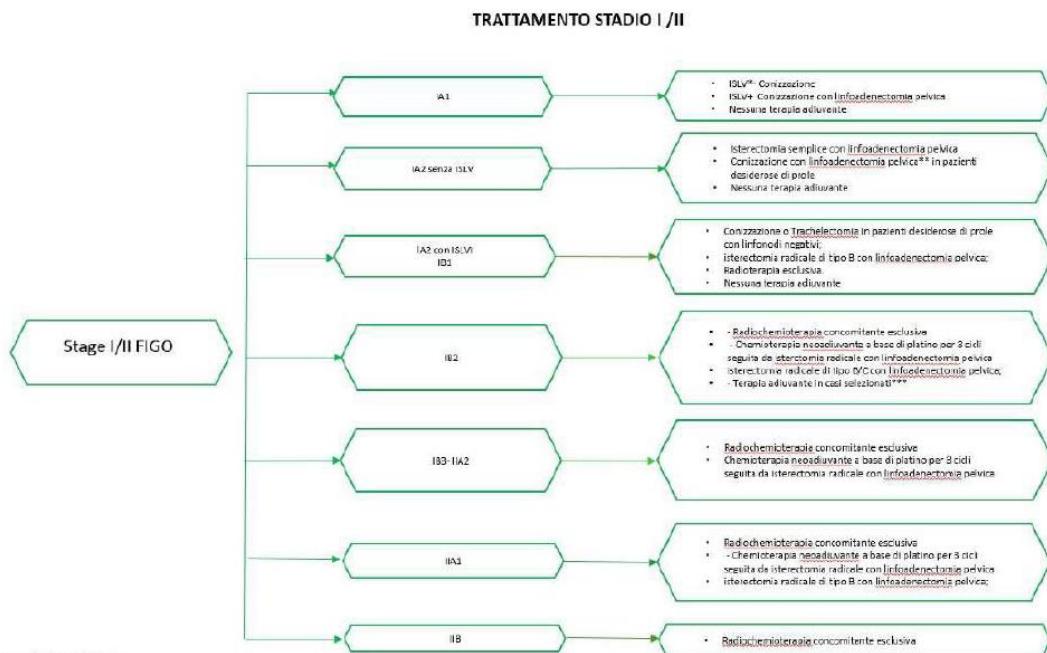


Fig. 5_ LG AIOM 2022 - Neoplasie della cervice uterina- trattamento stadi I e II

TRATTAMENTO: STADIO III-IV

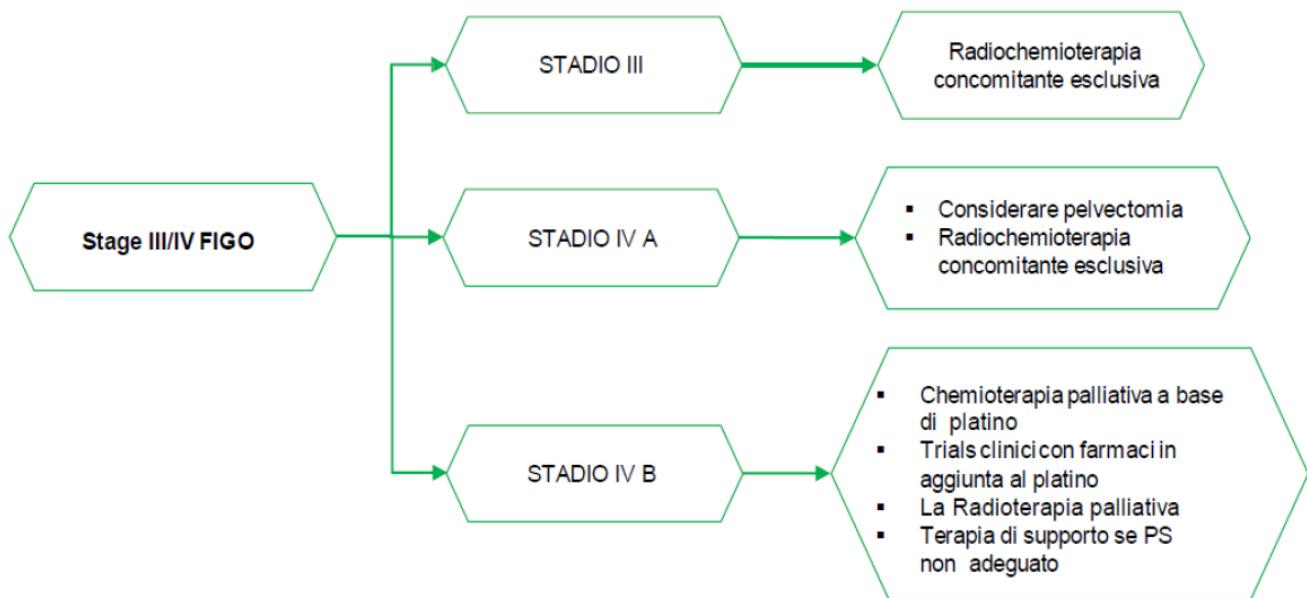
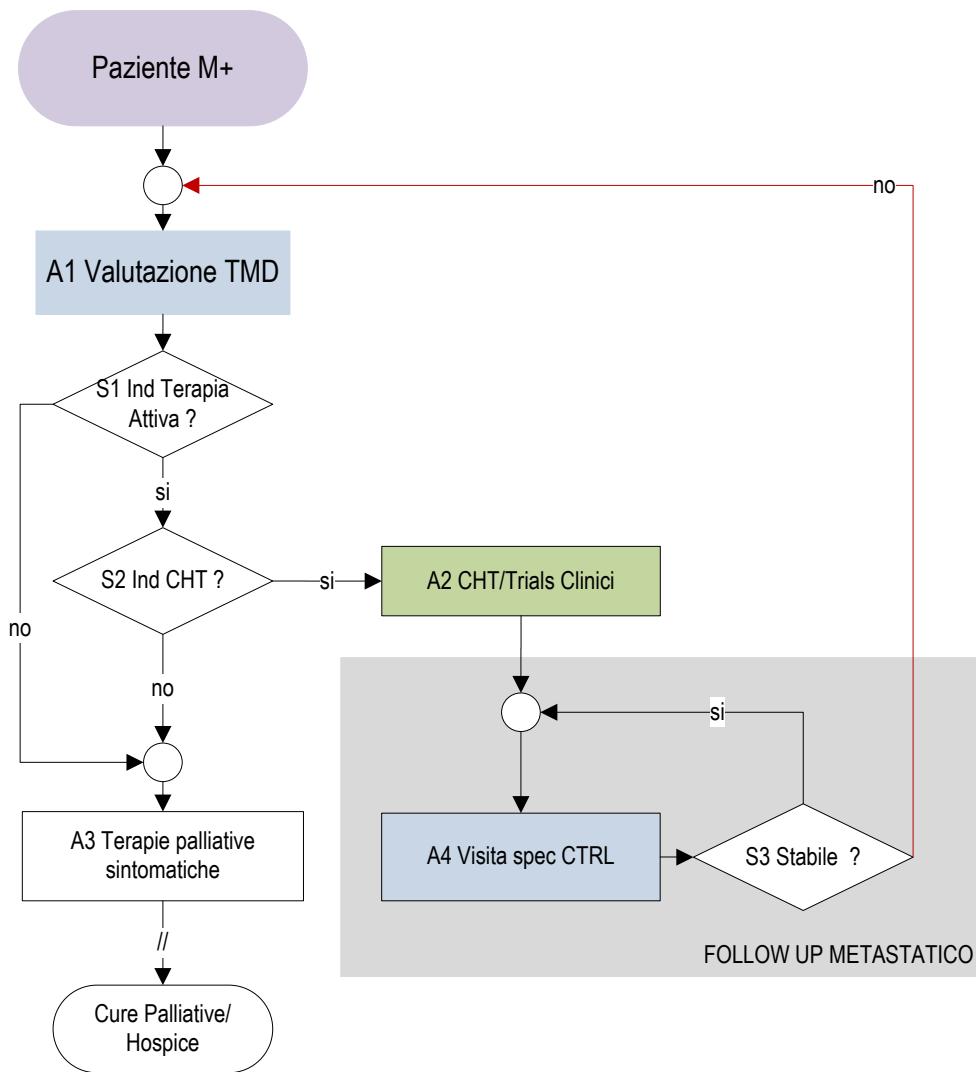


Fig. 6 _ LG AIOM 2022 - Neoplasie della cervice uterina- trattamento stadi III e IV

FLOW CHART FASE IV – TERAPEUTICA M+

LEGENDA FLOW CHART FASE IV – TERAPEUTICA M+

COD.	Attività/Snodo	Descrizione
S1	Indicata Terapia Attiva?	<p>Sono considerati privi di spazio terapeutico attivo le pazienti affette da neoplasia ginecologica in stadio avanzato e/o metastatico non suscettibili di trattamenti attivi per le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scadute condizioni cliniche (performance status secondo ECOG ≥ 3) • presenza di comorbidità di grave entità che controindichino i trattamenti attivi • condizione di cachessia neoplastica • pazienti in stadio terminale (aspettativa di vita ≤ 3 mesi) • pazienti plurir trattati, per i quali non sono prevedibili ulteriori trattamenti alternativi.
S2	Indicata CHT?	<p>Sono prese in considerazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PS • Comorbilità • Età
A2	CHT/ Trials Clinici	<p>Trattamenti chemioterapici di I linea, secondo linee guida.</p> <p>Da luglio 2023 Pembrolizumab in associazione a Chemioterapia +/- Bevacizumab è indicato nel trattamento del carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico negli adulti in cui il tumore esprime PDL-1 con CPS ≥ 1.</p> <p>In alternativa, se disponibili, sono proposti trattamenti con farmaci sperimentali non disponibili AIFA.</p>

COD.	Attività/Snodo	Descrizione
A3	Terapie Palliative Sintomatiche	<p>Radioterapia Sintomatica</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT Palliativa a fasci esterni <p>Altre Terapie sintomatiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia con Difosfonati (Acido Zoledronico 4 mg e.v. ogni 28 gg) o inibitori di RANKL (Denosumab sc /28 gg) <p>Chirurgiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stomie • Debulking <p>Antalgiche farmacologiche I pazienti non suscettibili di trattamenti antiblastici attivi saranno presi in carico o da ambulatori di cure Palliative o da strutture extra ospedaliere quali Cure Palliative Domiciliari e/o Hospice nelle fasi terminali di malattia.</p>
A4	Visita Specialistica di controllo/fine cure	A fine ciclo di trattamento sono eseguite visite specialistiche di rivalutazione con restaging radiologico.
S3	Stabile?	In caso di stabilità clinica la paziente rimane in follow up con visite di controllo periodiche. In caso di progressione di malattia si ridiscuterà il caso per eventuale proseguo terapeutico.

MALATTIA RECIDIVANTE DOPO TRATTAMENTI LOCALI

Trattamento con intento curativo

Il trattamento della recidiva di malattia con intento curativo richiede l'invio in centri specializzati e il coinvolgimento di un team di esperti multidisciplinare che comprenda ginecologi oncologi, radioterapisti oncologi, radiologi, anatomicopatologi, oncologi medici, urologi e chirurghi plastici. Un programma strutturato per l'approccio diagnostico, il trattamento ed il follow-up multidisciplinari deve essere presente nei centri responsabili per il trattamento. Ogni centro coinvolto nel trattamento primario del carcinoma della cervice uterina dovrebbe avere un programma stabilito per la discussione dei casi difficili e una propensione ad indirizzare le pazienti con recidiva a centri altamente specializzati. Si incoraggia la partecipazione a studi clinici per migliorare le evidenze cliniche sull'efficacia dei trattamenti curativi delle recidive di malattia.

Percorso diagnostico

L'obiettivo del percorso diagnostico è di escludere le metastasi a distanza e l'estensione locoregionale della malattia oltre le possibilità di trattamento curativo. La recidiva dovrebbe essere confermata dall'esame istologico. Le pazienti con multiple metastasi linfonodali e/o a distanza o con malattia locale multifocale con esteso coinvolgimento della parete pelvica non vengono di solito considerate candidate al trattamento curativo. I fattori prognostici dovrebbero essere attentamente analizzati e bilanciati in relazione ai principali effetti collaterali causati dal trattamento. Un approccio diagnostico completo che comprenda esami strumentali rilevanti è raccomandato al fine di stabilire lo stato della malattia localmente, regionalmente e sistematicamente (vedi stadiazione). La paziente viene informata sulle possibili opzioni terapeutiche, sui possibili rischi e conseguenze.

Recidiva pelvica centrale dopo chirurgia primaria

La chemio-radioterapia esclusiva combinata con la brachiterapia adattata in base alle immagini strumentali è il trattamento di scelta. L'utilizzo di una dose addizionale di radiazioni tramite tecnica a fasci esterni in sostituzione della brachiterapia non è raccomandato.

Recidiva sulla parete pelvica dopo chirurgia primaria

La chemio-radioterapia esclusiva è l'opzione di prima scelta. Una chirurgia pelvica estesa può essere presa in considerazione in alcuni casi molto selezionati a condizione che il tumore non si approfondi in modo esteso nella parete pelvica. Le procedure che combinano intervento chirurgico e radioterapia utilizzando la radioterapia o la brachiterapia endocavitaria sono un'opzione nel caso in cui non sia possibile ottenere margini chirurgici liberi da neoplasia. Radioterapia o chemio-radioterapia esclusive seguite da una dose stereotassica ablativa / brachiterapia interstiziale guidata dalle immagini / terapia con fasci di particelle sono opzioni emergenti.

Recidiva pelvica centrale o sulla parete pelvica dopo radioterapia o chemio-radioterapia

L'eviscerazione pelvica è raccomandata in caso di recidiva pelvica centrale dove non vi sia coinvolgimento della parete pelvica e di linfonodi extrapelvici. La resezione endopelvica estesa lateralmente può essere presa in considerazione in caso di recidiva che si estenda in prossimità o che coinvolga la parete pelvica. La re-irradiazione con brachiterapia adattata in base alle immagini è un'opzione alternativa soprattutto nelle pazienti non idonee o che rifiutino l'eviscerazione chirurgica, la quale dovrebbe essere eseguita solo in centri altamente specializzati.

Ruolo della chemioterapia



Se un'ulteriore chirurgia o radioterapia vengono presi in considerazione, non dovrebbero essere somministrati più di 2-4 cicli di polichemioterapia al fine di evitare un inutile lungo intervallo prima del trattamento definitivo. Le recidive locoregionali che alla diagnosi appaiono incurabili dovrebbero essere rivalutate per l'eventuale possibilità di un trattamento radicale in caso di ottenimento di una buona risposta.

Recidive linfonodale e oligo-metastatica

Le recidive localizzate para-aortiche, mediastiniche e/o periclavicolari al di sopra dei campi precedentemente irradiati possono essere trattate con la radioterapia radicale a fasci esterni (EBRT). Viene raccomandato di irradiare elettivamente le stazioni linfonodali immediatamente sottostanti e soprastanti. L'efficacia terapeutica della resezione linfonodale è tutt'ora non chiara e dovrebbe essere sempre seguita, se possibile, dalla radioterapia. La gestione delle metastasi isolate a organi (polmone, fegato, ecc.) viene discussa in team multidisciplinare (GIC) che si occupa del trattamento degli specifici organi affetti dalle metastasi e il trattamento dovrebbe basarsi sulle tecniche più idonee per quel determinato organo, incluse resezione locale, ablazione con radiofrequenze, brachiterapia interventistica o radioterapia ablativa stereotassica a seconda della dimensione e della posizione anatomica.

Trattamento palliativo

Le raccomandazioni per il trattamento palliativo dovrebbero essere fatte solo dopo una approfondita revisione del caso da parte del TMD (GIC) e dopo aver considerato il performance status (P.S.) le comorbilità, i sintomi e i desideri del paziente.

Lo specialista in cure palliative dovrebbe essere attivamente coinvolto.

Una polichemioterapia palliativa con taxani/platino con o senza Bevacizumab è l'opzione di scelta. Non esiste attualmente una seconda linea standard e queste pazienti dovrebbero essere considerate per l'inclusione in studi clinici. Nelle pazienti sintomatiche, le cure palliative dovrebbero essere personalizzate in base al quadro clinico. Nelle pazienti con malattia disseminata all'esordio, la radioterapia esclusiva (di solito un dosaggio frazionato) dovrebbe essere presa in considerazione per un'efficace palliazione. La radioterapia palliativa (singola frazione / ciclo breve) dovrebbe essere considerata al fine di controllare il sanguinamento, le scariche diarroiche e il dolore dovuto alla malattia pelvica o alle metastasi ossee. Per quanto riguarda la **compressione midollare** dovuta alle metastasi ossee, dovrebbero essere considerati l'intervento neuro-chirurgico o uno schema di radioterapia frazionata a ciclo breve. **Interventi chirurgici**, tra cui il confezionamento di stomie e/o il posizionamento di stent, dovrebbero essere presi in considerazione se appropriati, esempio come in caso di malattia ostruttiva sintomatica.

TRATTAMENTO RECIDIVA

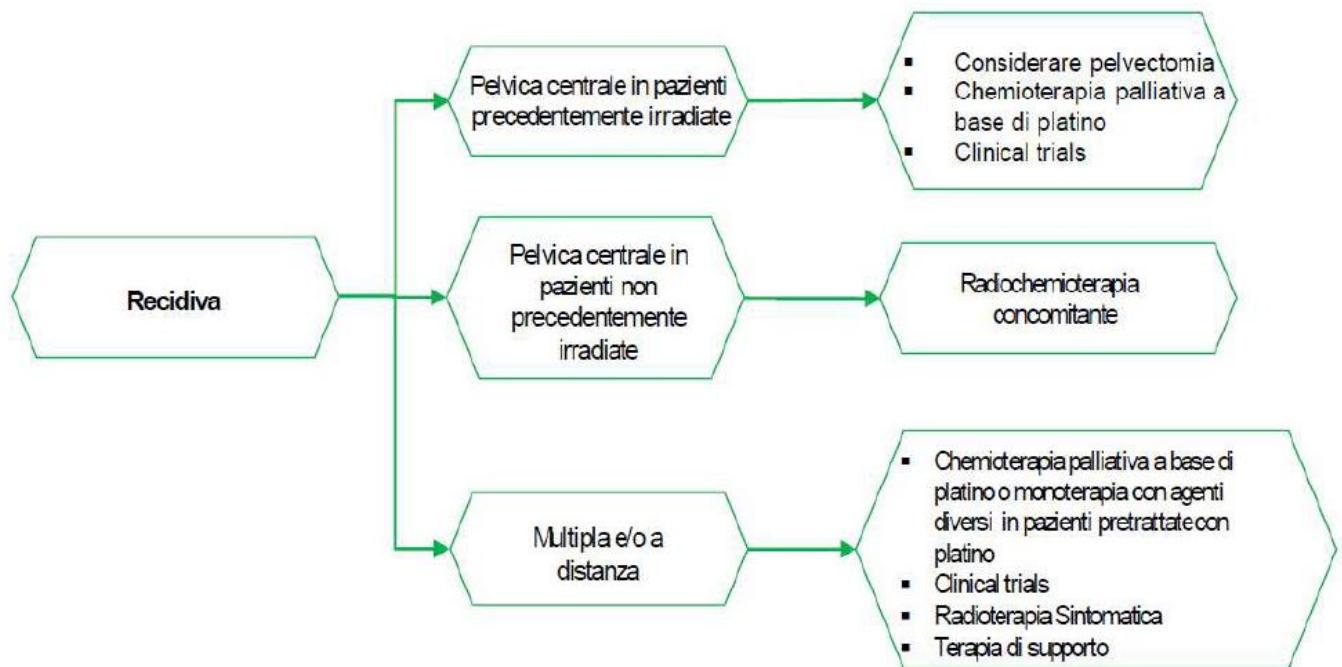


Fig. 7_ LG AIOM 2022-Neoplasie della cervice uterina- trattamento recidive

RADIOTERAPIA

Le indicazioni cliniche sono tratte dalle linee guida del NCNN secondo la versione aggiornata pubblicata attuale al momento della prescrizione.

La prescrizione e il contouring dei volumi clinici segue la linea guida JCOG Radiation Therapy Study Group, RTOG. Le dosi agli OAR seguono le prescrizioni del QUANTEC quando non diversamente specificato (vedi IC dosimetrico radioterapia pelvica)

STADIAZIONE

Table 1: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Surgical Staging of Cancer of the Cervix Uteri (2018)

Stage	Description
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the corpus should be disregarded).
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy with maximum depth of invasion ≤ 5 mm ^a
IA1	Measured stromal invasion ≤ 3 mm in depth
IA2	Measured stromal invasion > 3 mm and ≤ 5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma with measured deepest invasion > 5 mm (greater than stage IA); lesion limited to the cervix uteri with size measured by maximum tumor diameter ^b
IB1	Invasive carcinoma > 5 mm depth of stromal invasion and ≤ 2 cm in greatest dimension
IB2	Invasive carcinoma > 2 cm and ≤ 4 cm in greatest dimension
IB3	Invasive carcinoma > 4 cm in greatest dimension
II	The cervical carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial invasion
IIA1	IIA1 Invasive carcinoma ≤ 4 cm in greatest dimension
IIA2	Invasive carcinoma > 4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial invasion but not up to the pelvic wall
III	The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or non-functioning kidney and/or involves pelvic and/or paraaortic lymph nodes
IIIA	Carcinoma involves lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or non-functioning kidney (unless known to be due to another cause)
IIIC	Involvement of pelvic and/or paraaortic lymph nodes (including micrometastases), ^c irrespective of tumor size and extent (with r and p notations).
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Para-aortic lymph node metastasis
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. A bulous edema, as such, does not permit a case to be allotted to stage IV
IVA	Spread of the growth to adjacent organs
IVB	Spread to distant organs

^a Imaging and pathology can be used, when available, to supplement clinical findings with respect to tumor size and extent, in all stages. Pathological findings supersede imaging and clinical findings.

^b The involvement of vascular/lymphatic spaces should not change the staging. The lateral extent of the lesion is no longer considered.

^c Isolated tumor cells do not change the stage but their presence should be recorded.

^d Adding notation of r (imaging) and p (pathology) to indicate the findings that are used to allocate the case to Stage IIIC. Example: If imaging indicates pelvic lymph node metastasis, the stage allocation would be Stage IIIC1r, and if confirmed by pathologic findings, it would be Stage IIIC1p. The type of imaging modality or pathology technique used should always be documented.

Reprinted from: Bhatia N, Berek JS, Fredes MC, et al. Revised FIGO Staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet 2019;145:129-135 and Corrigendum to "Revised FIGO Staging for carcinoma of the cervix uteri" [Int J Gynecol Obstet 2019;145:129-135] Int J Gynecol Obstet 2019;147:279-280. Copyright 2019, with permission from International Federation of Gynecology and Obstetrics.

Version 1.2023. 04/2023 © 2023 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). All rights reserved. NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN.

ST-1

CERVICE UTERINA TRATTAMENTO RT-CT o ESCLUSIVO

Il trattamento radioterapico può essere proposto (se non si vuole preservare la fertilità a partire dallo stadio FIGO Ia1 o Ia2 con LVI. È trattamento categoria 1 in tutti gli stadi FIGO da IB1 a IIIC.

a) SIMULAZIONE

- Set-up: paziente in posizione supina braccia sopra la testa; flessore ginocchia.
- Compilazione cartella dosimetrica.

b) TC

- Scansioni da 1.5 mm retro ricostruzione a 0.3 cm da D10 fino a 5 cm sotto la tuberosità ischiatica.
- Riferimenti cutanei definitivi:
 - Punto di riferimento centrale e longitudinale
 - Punti di riferimento laterali sulla cute del paziente per l'allineamento trasversale

c) PT

- Raccomandata la fusione con PET/TC e/o RM
- Strutture da contornare:

- CTV: utero, parametri, ligamenti utero-sacrali, vagina (3 cm dal GTV) linfonodi presacrali, iliaci interni, esterni, otturatori, inguinali (se coinvolgimento 1/3 inferiore della vagina) +/- iliaci comuni (se malattia bulky o positività linfonodale) +/- lomboaortici (se positività linfonodale iliaci comuni o lomboaortici).

- Organi critici: retto, vescica, intestino e teste dei femori, anse intestinali, Bowell bag, ossa bacino.

- Dosi prescritte:

Trattamento SIB-IMRT

- PTV Basso rischio:

-PTV Rischio Intermedio

-PTV Alto rischio

- Frazionamento giornaliero

- Tecnica: VMAT

- Valutazione PT:

- PTV = CTV + 0,7 cm.

- Omogeneità dose: +/- 5% nel 95% del volume del PTV.

- Tolleranza OAR: nei limiti indicati dalla seguente tabella ♦

- Stampa del piano di trattamento compilazione e della cartella dosimetria clinica.

Volume	Constraint	Reference	Piano 1	Piano 2
PTV Alto rischio	D _{95%} V _{95%} D _{1%}	≥ 95% ≥ 95% ≤ 107%	_____	_____
PTV Rischio Intermedio	D _{95%} V _{95%} D _{1%}	≥ 95% ≥ 95% ≤ 107%	_____	_____
PTV Basso rischio	D _{95%} V _{95%} D _{1%}	≥ 95% ≥ 95% ≤ 107%	_____	_____
Tenue Bowel Bag	V _{15 Gy} ; V _{45 Gy}	120 cc; 195 cc		
Vescica¹¹	V _{65 Gy} ; V _{70 Gy} ; V _{75 Gy}	≤ 50%; ≤ 35%; ≤ 25%		
Retto	V _{40 Gy} V _{50 Gy} ; V _{60 Gy} V _{65 Gy} ; V _{70 Gy}	≤ 60%; ≤ 50%; ≤ 35% ≤ 25%; ≤ 20%		
Teste femorali	V _{52 Gy}	≤ 10%		
Ossa bacino	V ₅₀ ; V _{40 Gy} ; V ₅₀ D _{50 Gy} V _{55 Gy}	≤ 5%; ≤ 20%; ≤ 50% 25Gy; 5cc		
Tab 17- Marks LB Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 76, No. 3, Supplement, pp. S10–S19, 2010				

PRINCIPLES OF RADIATION THERAPY
NORMAL TISSUE DOSE CONSTRAINT GUIDELINES FOR CERVICAL CANCER¹¹⁻¹⁵

Organs at Risk	Dose Recommendation	
<i>Intact Cervix</i>	<i>Soft Constraint</i>	<i>Hard Constraint</i>
Bowel	Up to 30% receives 40 Gy	No more than 70% receives 40 Gy
	V45 ≤ 200 cc	V45 < 250 cc
	For nodal boost: V55 < 5 cc	For nodal boost: V55 < 15 cc
Bladder	V45 < 50%	Dmax < 115%
Rectum	V45 < 50% V30 < 60%	Dmax < 115%
Femoral Heads	V30 < 15%	Dmax < 115%
Bone Marrow (optional)	V10 < 80% V20 < 66%	V10 < 90% V20 < 75%
Spinal Cord	Dmax 45Gy	
Kidney	Dmean < 10 Gy	Dmean < 15 Gy
Duodenum	V55 < 5 cc	V55 < 15 cc

Dosi RT in trattamento RT-CT esclusivo

Trattamento SIB-IMRT (cervice RT-CT esclusivo)

- PTV Basso rischio: 45 Gy, 1.8 Gy/fr
- PTV Rischio Intermedio: 56 Gy, 2 Gy/fr
- PTV Alto rischio: 59.92 Gy, 2.14 Gy/fr: N+
- Frazionamenti totali 28

CERVICE ADIUVANTE

La radioterapia postoperatoria viene proposta utilizzando i criteri di Sedlis (2 o più criteri).

**SEDLIS CRITERIA FOR EXTERNAL PELVIC RADIATION AFTER RADICAL HYSTERECTOMY
IN NODE-NEGATIVE, MARGIN-NEGATIVE, PARAMETRIA-NEGATIVE CASES^{a-c,1,2}**

LVSI	Stromal Invasion	Tumor Size (cm) (determined by clinical palpation)
+	Deep 1/3	Any
+	Middle 1/3	≥2
+	Superficial 1/3	≥5
-	Middle or deep 1/3	≥4

LVSI: Lymphovascular space invasion

a) SIMULAZIONE

- Set-up: paziente in posizione prona con sistema dislocatore anse intestinali (up down table), braccia sopra la testa.
- Compilazione cartella dosimetria clinica

b) TC

- Scansioni da 1.5 mm retro ricostruzione a 0.5 cm da L4 fino a 5 cm sotto la tuberosità ischiatica.
- Riferimenti cutanei provvisori:
 - Punto di riferimento centrale
 - Punti di riferimento laterali sulla cute del paziente per l'allineamento trasversale

c) PT

- Strutture da contornare:

- CTV: cupola vaginale, 2/3 superiori della vagina, linfonodi presacrali, iliaci interni, esterni, otturatori (includere i linfonodi iliaci comuni in caso di forme ad alto rischio), e inguinali (se coinvolgimento 1/3 inferiore della vagina)
 - Organi critici: retto, vescica, intestino e teste dei femori.
 - Dosi prescritte:
 - PTV: 4500 cGy + boost su cupola vaginale (BRT \diamond o ERT: 1800 cGy) + boost N+ (se non resecato)
 - Frazionamento giornaliero:
 - PTV: 180-200 cGy.
- ◊ c/o centro di riferimento regionale
- Tecnica: 3D CRT campi multipli
 - Valutazione PT:
 - PTV = CTV + 0,7 cm.
 - Omogeneità dose: +/- 5% nel 95% del volume del PTV.
 - Tolleranza OAR: nei limiti indicati dalla seguente tabella
 - Stampa del piano di trattamento compilazione e della cartella dosimetria clinica.

TOLLERANZA OAR RADIOTERAPIA A FASCI ESERNI

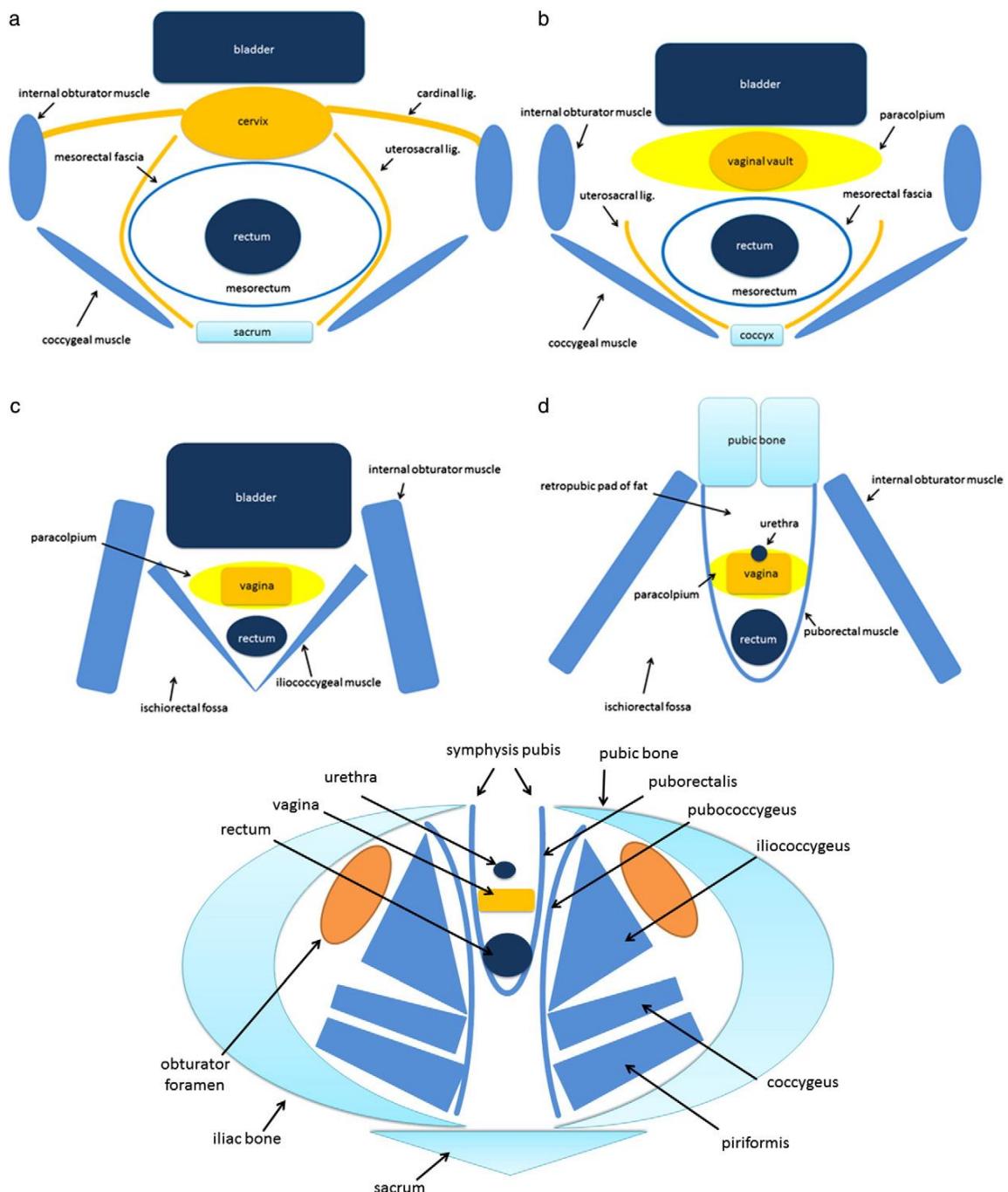
Organs at Risk	Dose Recommendation	
<i>Post-op Cervix</i>	<i>Soft Constraint</i>	<i>Hard Constraint</i>
Bowel	Up to 30% receives 40 Gy	No more than 70% receives 40 Gy
Bladder	Up to 35% receives 45 Gy	No more than 70% receives 45 Gy
Rectum	Up to 80% receives 40 Gy	Less than 100% receives 40 Gy
Femoral Heads	Up to 15% receives \geq 30 Gy	Up to 20 % receives \geq 30 Gy
Bone Marrow (optional)	Up to 90% receives 10 Gy	90% does not receive greater than 25 Gy
Bone Marrow (optional)	Up to 37% receives 40 Gy	No more than 60% receives 40 Gy
Spinal Cord	Dmax 45 Gy	--
Kidney	Dmean < 10 Gy	Dmean < 15 Gy
Duodenum	V65 < 5 cc	V65 < 15 cc

Organs at Risk	Dose Recommendation	
<i>Vulva</i>	<i>Soft Constraint</i>	<i>Hard Constraint</i>
Anorectum	Dmax < 65 Gy	--
Femoral Heads	Dmax < 65 Gy	--
Bladder	Dmax < 65 Gy	--

Clinicians must balance the risks of normal tissue toxicity with tumor control but suggested dose constraints are provided. Studies indicate that 20-30% of cases may not meet every constraint.

Tab 18 -Marks LB Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 76, No. 3, Supplement, pp. S10

Brachytherapy			
Organs at Risk	Ideal Dose Constraint (cGy) (EQD2 ₃)	Maximum Dose Constraint (cGy) (EQD2 ₃)	ICRU Point (cGy) (EQD2 ₃)
Rectum	< 6500 D2 cc	<7500 D2 cc	< 6500 point dose
Bladder	7500-8000 D2 cc	< 9000 D2 cc	< 7500 point dose
Vagina (recto-vaginal point)	< 6500 point dose	< 7500 point dose	--
Sigmoid	< 7000 D2 cc	< 7500 D2 cc	--
Bowel	< 7000 D2 cc	< 7500 D2 cc	--



RT- CONTROINDICAZIONI

La RT può essere indicata in qualunque stadio della malattia eccezion fatta per i seguenti casi:

- **controindicazioni ASSOLUTE:**
 - Pazienti precedentemente irradiate a dosi curative e/o adiuvanti; in tali circostanze si può valutare eventuale irradiazione con tecnica stereotassica su lesioni linfonodali.
 - Pazienti con malattie autoimmuni in atto o malattie infiammatorie croniche intestinali.
- **controindicazioni RELATIVE:**
 - malattie autoimmuni silenti come sclerosi multipla, LES, pazienti non suscettibili a trattamenti chemioterapici.

FOLLOW UP POST RADIOTERAPIA

Far riferimento alla tabella a pag. 49

PRENOTAZIONE VISITA RADIOTERAPICA – INDICAZIONI

Per accedere alla prenotazione di Prima visita Radioterapica sono necessari i seguenti dati:

- Nome e cognome del paziente
- Data di nascita e luogo di nascita
- Codice fiscale
- Recapiti telefonici (del pz e/o dei parenti autorizzati)

Inoltre si dovrà allegare:

- Impegnativa per Visita Radioterapica Pretrattamento (89.03)
- Relazione Clinico-Oncologica in formato elettronico all'indirizzo e-mail: mail: radioterapiaoncologica.nuoro@aslnuoro.it o se non possibile al n. di fax 0784240606

Le richieste che non conterranno tutti i dati e le informazioni suddette non potranno essere prese in considerazione.

Il paziente dovrà afferire al centro nella data comunicata dalla struttura, portando con sè le copie di **tutta la documentazione del caso**, nello specifico:

- documentazione circa gli eventuali interventi chirurgici subiti
- terapie oncologiche in corso o in programma
- esame istologico definitivo
- i dischetti, le immagini e i referti degli esami di imaging effettuati.
- Eventuali esami ematochimici recenti.
- Esenzione per patologia o reddito

FOLLOW UP

FOLLOW UP GINECOLOGICO

FOLLOW UP POST COLPOSCOPIA NEL CASO IN CUI NON SI ESEGUA PRELIEVO BIOPTICO	
Primo riscontro di LSIL e Quadro colposcopico negativo	Pap Test ed eventuale HPV DNA (se non eseguito) Test a 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> • Se esito positivo ripete colposcopia • Se esito negativo ripete prelievo citologico a 12 mesi e se nuovamente negativo torna a I livello.
ASCUS HPV HR+ e Quadro colposcopico apparentemente negativo	Si esegue prelievo nel canale (citobrush o curettage) e si ripete Pap Test a 3 mesi
FOLLOW UP DOPO BIOPSIA	
Se esito da CIN1 a NEGATIVA	Follow up Pap Test e HPV DNA Test a 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> • Se esito negativo → ripete a 12 mesi e successivamente torna a I livello • Se esito positivo → ripete a 6 mesi
FOLLOW UP POST TRATTAMENTO	
Se istologia peggiore CIN 1	Controllo in colposcopia, HR-HPV Test e/o citologia cervicale a 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Se esito negativo ulteriore controllo citologico a 12 mesi, se si conferma esito negativo ritorno a I livello.
CIN 2-3	Colposcopia di controllo a 3 mesi Pap Test e/o HR-HPV Test a 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Se negativo: seconda ripetizione Pap Test e/o HR-HPV Test a 6 mesi • Se seconda ripetizione da esito negativo terzo controllo Pap Test e/o HR-HPV Test a 12 mesi e se si conferma esito negativo la paziente torna a percorso di primo livello

Nelle donne trattate per CIN 2 e CIN 3, negative al primo episodio di follow-up, non ci sono evidenze per preferire un controllo successivo dopo 6 o 12 mesi, entrambi gli intervalli sono sicuri e hanno simile assorbimento di risorse.

In base ai dati raccolti dal GISCI, mantenere un follow-up totale di almeno 18 mesi garantisce maggiore continuità con i protocolli già in uso.

Flow-chart delle raccomandazioni sul follow-up post trattamento di lesioni CIN 2-3

(co-testing: test HPV + citologia; <CIN2: diagnosi negativa o CIN1).

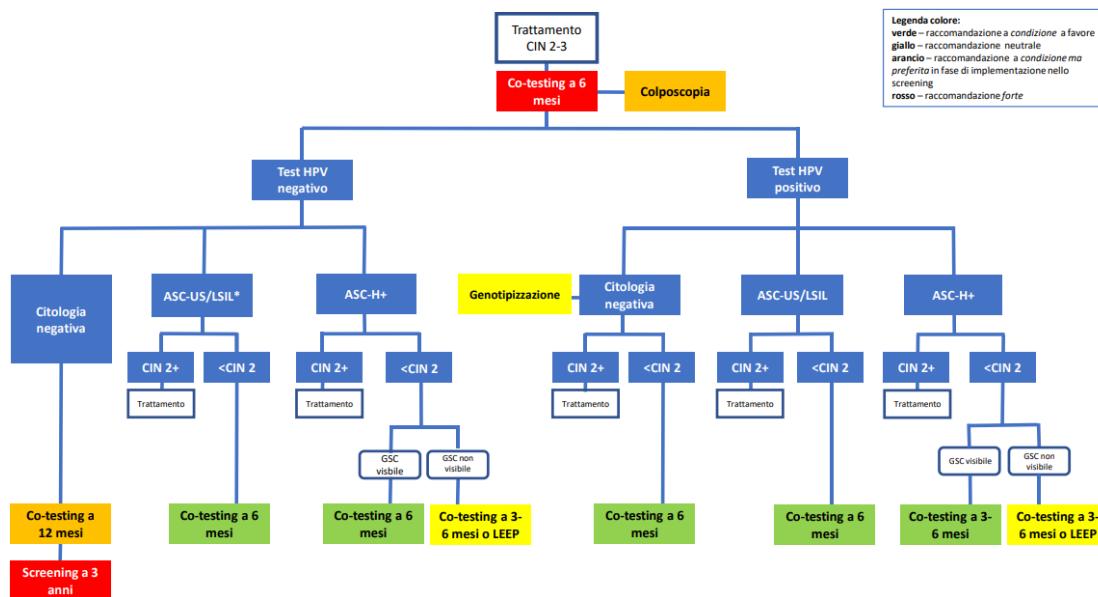


Fig 8- Flow Chart post trattamento lesioni CIN 2-3

FOLLOW UP GINECOLOGICO POST TRATTAMENTO CARCINOMA CERVICE UTERINA

Non esistono chiare evidenze sul ruolo e le modalità della sorveglianza nel carcinoma della cervice uterina. Il beneficio in sopravvivenza delle donne con carcinoma della cervice uterina sottoposte a follow-up periodico è stata valutata soltanto nell'ambito di analisi retrospettive. L'atteggiamento sinora condiviso in ambito ginecologico-oncologico deriva sostanzialmente da revisioni di letteratura e consensi di esperti.

Tra gli accertamenti presi in considerazione nell'esecuzione del follow-up del carcinoma della cervice uterina, **l'esame clinico** si è dimostrato in grado di rilevare un'alta percentuale (29-75%) di recidive e dovrebbe includere una valutazione completa di tutte le aree suscettibili al papilloma virus (HPV), l'esame ginecologico dev'essere accompagnato (ove possibile) dalla palpazione bi-manuale e dall'ispezione retto-vaginale e se ritenuto necessario da Ecografia pelvica. Associata all'esame clinico, **la valutazione citologica** è diffusamente raccomandata, sebbene non vi sia una evidenza di sufficiente accuratezza diagnostica (0-17%). Se una lesione è localizzata profondamente nell'endocervice (in caso di trattamento conservativo o radio-chemioterapia esclusiva) la metodica preferita è la biopsia con ago tranciante eco-guidata.

Dopo isterectomia semplice o radicale il follow-up dovrebbe essere effettuato da un medico esperto seguendo le raccomandazioni generali. Non vi sono raccomandazioni forti per effettuare prelievo citologico su cupola vaginale che tuttavia preferiamo eseguire presso la nostra sede.

Nel caso in cui venga preferito il trattamento demolitivo durante la sutura dei lembi vaginali va evitata l'introflessione della mucosa al fine di prevenire il sequestro di eventuali focolai vaginali displastici, con il successivo rischio di sviluppare lesioni intraepiteliali vaginali di alto grado sulla cupola, gravate da difficoltà nel trattamento e a rischio di progressione a malattia invasiva occulta.

Sia per le forme squamose che per quelle ghiandolari la scelta del trattamento conservativo è subordinata alla possibilità di eseguire un follow-up affidabile al fine di identificare eventuali recidive o lesioni persistenti: il canale cervicale deve essere accessibile ai prelievi, la nuova GSC deve essere visibile e la paziente deve essere puntuale nell'effettuazione dei controlli programmati. Il follow-up può essere gestito in centri con adeguato expertise sia in colposcopia che in ginecologia oncologica, secondo quanto previsto dal protocollo

oncologico. Se il follow-up diventa non affidabile è indicata la ricanalizzazione (se per stenosi) o il trattamento demolitivo.

Per le pazienti che esordiscono con malattia localmente avanzata (alto rischio), nelle quali l'esecuzione dell'esame clinico appare fortemente limitata dagli esiti dei trattamenti subiti (es. chemio-radioterapico), indagini quali RMN e TC trovano chiara indicazione in presenza di sintomi suggestivi di ricaduta di malattia o di segni all'obiettività clinica.

FOLLOW-UP DOPO CHEMIO-RADIOTERAPIA ESCLUSIVA

L'esame strumentale dovrebbe essere effettuato non prima di 3 mesi dopo la fine del trattamento. Nei casi dubbi, si dovrebbe eseguire una rivalutazione successiva non prima di 8 settimane. Al fine di effettuare una rivalutazione, il metodo diagnostico ottimale per valutare l'estensione locale è la risonanza magnetica pelvica e per la diffusione a distanza è la TC torace/addome o la PET-TC (preferita dopo la chemio-radioterapia esclusiva o nelle pazienti ad alto rischio). Il follow-up dovrebbe essere effettuato da un medico esperto nel follow-up dopo radioterapia. **In queste pazienti non è raccomandato il prelievo citologico.** Si dovrebbe informare ed istruire la paziente sulla salute vaginale e sessuale dal momento che potrebbero comparire stenosi e secchezza vaginale.

Le indicazioni relative al timing delle visite di controllo derivano dall'evidenza che oltre il 75% delle recidive di malattia in pazienti trattate per carcinoma della cervice avvengono nei primi 2-3 anni successivi al trattamento radicale, con conseguente incremento della sorveglianza in tale periodo.

In relazione alle esperienze descritte in letteratura, gli schemi di follow-up possono essere individualizzati prendendo in considerazione i fattori prognostici, le modalità di trattamento e il rischio stimato e/o la comparsa di effetti collaterali.

In generale sono raccomandati intervalli di follow-up di 3-4 mesi per i primi due anni e poi da 6 a 12 mesi fino a 5 anni. La durata del follow-up può tuttavia essere individualizzata a seconda del rischio di recidiva o di persistenza delle complicanze correlate al trattamento.

Il follow-up dovrebbe includere il test per il Papillomavirus, test HR HPV. Una valida opzione è l'esecuzione di una colposcopia in associazione al test HPV da parte di un colposcopista esperto.

L'esecuzione del test per HPV ad alto rischio andrebbe effettuato a 6, 12 e 24 mesi dopo il trattamento. Nel caso in cui il test HPV sia negativo, successivamente è indicato ogni 3-5 anni durante il follow-up.

In conclusione: secondo i dati ad oggi disponibili, la sorveglianza delle pazienti trattate per carcinoma della cervice uterina deve avvalersi di un'accurata anamnesi volta alla ricerca di sintomi suggestivi di ricaduta e di un esame clinico, che deve includere un'attenta valutazione della pelvi, cui poter associare esame citologico e ricerca di HPV-DNA. Non è raccomandata l'esecuzione di esami radiologici programmati. L'uso di tali indagini è da riservarsi a quelle pazienti in cui esiste un fondato rischio/sospetto clinico di recidiva o l'impossibilità ad eseguire l'esame clinico.

In sintesi:

ESAME	TEMPISTICHE
ESAME CLINICO E VISITA GINECOLOGICA	Anamnesi, esame obiettivo e visita ginecologica con eventuale ecografia pelvica ogni 3-4 mesi per i primi 2 anni e ogni 6 mesi fino a 5 anni e successivamente annuale P06 (in via di attivazione) esame clinico generale visita ginecologica vagino-rettale, PAP test, Ecografia addome inferiore, emocromo, PT, PTT, fibrinogeno, PCHE, CPK, glicemia, azotemia, creatininemia, uricemia, elettroforesi sp, ALT, AST, gamma GT, fosfatasi alcalina, VES, esame urine

CITOLOGIA VAGINALE (PZ. ISTERECTOMIZZATE)	A 6 mesi, successivamente annuale e comunque ad almeno 6 mesi dalla fine della radio/chemioterapia.
CITOLOGIA CERVICALE	Ogni 6 mesi per 2 anni poi ogni 12 mesi e comunque ad almeno 6 mesi dalla fine della radio/chemioterapia.
HPV HR	A 6, 12 e 24 mesi dopo il trattamento. Nel caso in cui il test HPV sia negativo, successivamente è indicato ogni 3-5 anni durante il follow-up
COLPOSCOPIA	Primo controllo a 3 mesi (post chirurgia) Ogni 6 mesi per 1 anno poi ogni 12 mesi Se trattamento conservativo/Fertility Sparing: Ogni 6 mesi per 2 anni, a seguire ogni 12 mesi

Tab. 19 - schema del percorso di follow up

FOLLOW UP ONCOLOGICO

- Visita oncologica: a ogni ciclo di terapia
- Esami ematochimici: a ogni ciclo di terapia
- Imaging: Scintigrafia ossea -TC - PET fdg, RM addome inferiore in relazione ai sintomi, storia clinica
- Visita Ginecologica

Procedura	Raccomandazione	Livello di evidenza	Forza della Raccomandazione
Esame clinico	Anamnesi ed esame obiettivo ogni 3-6 mesi nei primi due anni dal trattamento primario, ogni 6 mesi nei successivi tre anni. (Elit L, <i>Gynecologic Oncology</i> 2009)	2	Positiva forte
	Nei bassi rischi trattati con sola chirurgia, controllo clinico ogni 6 mesi nei primi due anni, annualmente nei successivi tre anni. (Salani R, <i>Am J Obstet Gynecol</i> 2011)	4	Positiva debole
Visita ginecologica	Ogni 3-6 mesi nei primi due anni dal trattamento primario, ogni 6 mesi nei successivi tre anni. (Elit L, <i>Gynecologic Oncology</i> 2009)	2	Positiva forte
Esame citologico	Annualmente.	4	Positiva debole
Procedure non raccomandate	In assenza di indicazioni cliniche si raccomanda di non eseguire i seguenti esami: prelievo per emocromo o esami biochimici; determinazione routinaria di marcatori quali CEA, CA 125, CA 19.9, AFP, ecc.; TC con mdc; TC-PET con FDG; scintigrafia ossea radiografia del torace; ecografie. (Elit L, <i>Gynecologic Oncology</i> 2009) La loro applicazione appare tuttavia ammessa in pazienti con malattia localmente avanzata (alto rischio), nelle quali l'esame clinico appare fortemente limitato dagli esiti dei trattamenti subiti (es. chemioradioterapico). (Salani R, <i>Am J Obstet Gynecol</i> 2011)	2 4	Positiva forte Positiva debole

Fig. 9_ LG AIOM 2022- follow up

STRATIFICAZIONE RISCHIO ANESTESIOLOGICO

Per l'inquadramento del rischio anestesiologico viene utilizzata a livello internazionale la classificazione ASA (American Society of Anesthesiologists)

ASA Physical Status Classification

ASA PS Classification	Definition	Examples including, but not limited to:
ASA I	A normal healthy patient	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use
ASA II	A patient with mild systemic disease	Mild diseases only without substantive functional limitations. Examples include (but not limited to): current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity ($30 < \text{BM} < 40$), well-controlled DM/HTN, mild lung disease
ASA III	A patient with severe systemic disease	Substantive functional limitations; One or more moderate to severe diseases. Examples include (but not limited to): poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity ($\text{BMI}^3 > 40$), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, premature infant $\text{PCA} < 60$ weeks, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.
ASA IV	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life	Examples include (but not limited to): recent (< 3 months) MI, CVA, TIA, or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, sepsis, DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis
ASA V	A moribund patient who is not expected to survive without the operation	Examples include (but not limited to): ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction
ASA VI	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes	

Per poter attribuire una corretta classificazione ASA l'anestesista avrà bisogno di avvalersi di una serie di esami diagnostico-laboratoristici e strumentali.

L'incompletezza o la mancanza di dati diagnostici preoperatori o la loro alterazione possono, salvo i casi di chirurgia indifferibile, richiedere il rinvio dell'intervento fino al loro completamento o al ripristino dei relativi valori di normalità e stabilità.

Per una corretta classificazione ASA sono richiesti i seguenti esami:

- Emocromo + Assetto coagulativo (PT, PTT, FGN, ATIII), Funzionalità renale (Creatinina e Azotemia)
- Funzionalità epatica (AST, ALT, γGT, LDH, Bilirubina) + G6PD + Assetto proteico Colinesterasi, CPK, Glicemia, Na; K; Ca; Cl; Mg Assetto lipidico
- ECG
- Rx Torace
- Prove di funzionalità respiratoria ed EGA arterioso
- BNP Emoglobina Glicata se pz diabetico
- ECO TSA
- Test gravidanza in donne in età fertile
- Esame urine con Urinocoltura
- Tampone nasofaringeo
- Emogrupo e T&S (Test di Coombs indiretto per ricerca anticorpi irregolari) per Richiesta al Centro Trasfusionale di Sangue ed emoderivati
- Ecocardiocolordoppler cardiaco (in casi dubbi da ripetere presso il nostro laboratorio di Ecocardiografia)
- CVG (evitare il giorno dell'intervento) seguita dalla ripetizione della funzionalità renale.

Sulla base dei risultati ottenuti negli esami preoperatori e a discrezione dell'anestesista potranno rendersi necessari accertamenti aggiuntivi o consulenze specifiche.

LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

LINEE GUIDA, RACCOMANDAZIONI E CONSENSUS CONFERENCE

- AIMN Raccomandazioni procedurali per l'imaging PET/TC con 68Ga-PSMA-11 o 18F-PSMA-1007 Versione 01/2021
- AIOM - Linee guida 2022 - Neoplasie dell'utero: endometrio e cervice
- AJCC – 8 edizione 2018
- EAU Guidelines. Ed. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
- ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer – Update 2023
- GISCi – Raccomandazioni Requisiti ambulatorio Chirurgico
- GISS gruppo di lavoro ginecologia oncologica su mandato SIGO, AOGOI, AGUI, AGITE Carcinoma della cervice uterina: un PDTA ragionevole e pronto all'uso realizzato dal. 2023
- LLGG GISCi Linee guida condivise per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina 2020
- NCCN- LG Cervical cancer rev. 1.2023
- NRG Oncology/RTOG Consensus Guidelines for Delineation of Clinical Target Volume for Intensity Modulated Pelvic Radiation Therapy in Postoperative Treatment of Endometrial and Cervical Cancer: An Update William Small MD, Walter R. Bosch DSc, Mathew M. Harkenrider MD, Jonathan B. Strauss MD, Nadeem Abu-Rustum MD, Kevin V. Albuquerque MD, Sushil Beriwal MD, Carien L. Creutzberg MD, Patricia J. Eifel MD, Beth A. Erickson MD, Anthony W. Fyles MD, Courtney L. Hentz MD, Anuja Jhingran MD, Ann H. Klopp MD, PhD, Charles A. Kunos MD, PhD, Loren K. Mell MD, Lorraine Portelance MD, Melanie E. Powell MD, Akila N. Viswanathan MD, Joseph H. Yacoub MD, Catheryn M. Yashar MD, Kathryn A. Winter MS e David K. Gaffney MD, PhD International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 2021-02-01, Fascicolo 109, Numero 2, Pagine 413-424, Copyright © 2020 Elsevier Inc.
- WHO 5 edizione 2020

BIBLIOGRAFIA

TESTI

- AIRO Emilia Romagna e Marche, pagg. 15, 47; 2009
- AIOM-AIRTUM: I numeri del cancro in Italia 2020
- AIOM-AIRTUM: I numeri del cancro in Italia 2019
- AIOM-AIRTUM: I numeri del cancro in Italia 2022
- Dati ISTAT
- ICRU Report 62 ; 1999.
- Le sigle dello Screening- Prima edizione del documento approvata dal Comitato di coordinamento del GISCi 2014-2016 in data 15 marzo 2016Anna Iossa ISPRO Firenze Debora Canuti AUSL Romagna Gessica Martello AULSS 9 Scaligera. Aggiornamento 2019
- Manuale del secondo livello nello screening del carcinoma cervicale – GISCi E SICPCV- 2020
- Manuale del secondo livello nello screening del carcinoma cervicale: Indicazioni per la qualità nella diagnosi, terapia e follow-up della patologia nell'ambito del programma di screening cervicale. Elena Burroni, Paola Garutti, Anna Gillio Tos, Galliano Tinacci Approvato dal Comitato di Coordinamento del GISCi - dicembre 2020
- Popolazione eleggibile dei programmi di screening oncologici; A cura del Gruppo di Lavoro Organizzazione e Valutazione; Documento ratificato dall'assemblea GISCi il 21 ottobre 2021

ARTICOLI

- Benedetti Panici PL, Maneschi F, D' Andrea G et al. Early cervical carcinoma. The natural history of lymph node involvement redefined on the basis of through parametrectomy and giant section study, Cancer 88 (10)
- Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al: Cancer of the cervix uteri: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet 155 Suppl 1:28-44, 2021. doi: 10.1002/ijgo.13865.(NOTE CLASSIFICAZIONE FIGO)
- Bouchard M. et al. Radiother Oncol 92: 238-43 ; 2009. 10Mangar S.A. et al. Eur Journal of Cancer 41: 908-921; 2005.
- CHAO C. K.S. et al. Practical essentials of IMRT, pagg. 24, 97, 320. Lippincott Williams& Wilkins; 2005.
- Emami B et al. IJROBP21: 109-122; 1991. 8NCCN NSCL-C 4-5 of 5; version 2.2009.
- Fiorino C. et al. Strahlenther Oncol 9: 497-504, 2007.
- Mabuchi S, Okazawa M, Matsuo K, et al. Impact of histological subtype on survival of patients with surgically -treated stage IA2-IIB cervical cancer: adenocarcinoma versus squamous cell carcinoma. Gynecol Oncol. 2012 Oct;127 (1):114-20.
- Parson JT et al. IJROBP 30: 775-780; 1994. 6MSKCC reference book. A practical guide to IMRT, pag. 208; 2003.
- QUANTEC : Marks LB et al. Use of normal tissue complication probability models in the clinic. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2010
- Takafumi Toita1,* , Tatsuya Ohno2, Yuko Kaneyasu3, Tomoyasu Kato4, Takashi Uno5, Kazuo Hatano6, Yoshiaki Norihisa7, NU_007_PDTA_K_CERVICE_2025

Takahiro Kasamatsu⁴, Takeshi Kodaira⁸, Ryoichi Yoshimura^{9,10}, Satoshi Ishikura¹¹ and Masahiro Hiraoka⁷ for the JCOG Radiation Therapy Study GroupA Consensus-based Guideline Defining Clinical Target Volume T Cervix Jpn J Clin Oncol 2011;41(9):1119-1126

- Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87

PERCORSO ORGANIZZATIVO

Descrizione, per ogni punto, di cosa deve essere fatto

I contenuti sono **chi fa cosa** per ciascun episodio (E) e gli **obiettivi da raggiungere** per il superamento dello snodo decisionale. (Matrice delle responsabilità)

NOTE GENERALI

REGOLAMENTO - COLLEGIALI TMD NEOPLASIE DELLA CERVICE

Coordinatore	Francesca Fa - Dirigente medico SC Ginecologia Tel. Rep. 0784 240240; mail francesca.fa@aslnuoro.it
Segreteria	Le riunioni TMD si svolgono quindicinalmente, su calendario prestabilito. Eventuali annullamenti/spostamenti sono comunicati via mail ai componenti il TMD (esclusivamente mail aziendali) da parte del coordinatore o del suo sostituto.
Sede dell'incontro	Sala riunioni SC Oncologia Ospedale "San Francesco – Nuoro"
Incontro, periodicità e orario	Il TMD si riunisce con cadenza mensile, ogni secondo / quarto lunedì non festivo, dalle ore 14:15 , come da planner prestabilito, presso la sala riunioni del reparto di Ginecologia, Ospedale San Francesco Alle varie riunioni, su preavviso, vengono invitati i referenti di disciplina o eventuali specialisti utili alla discussione del caso clinico. Qualora sia funzionale all'organizzazione del percorso è raccomandata la partecipazione alle riunioni sia del Personale infermieristico di reparto, per le problematiche assistenziali, che del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), per una migliore integrazione delle fasi successive.
Modalità di referazione	Verbale cartaceo (come da format allegato: Mo_CGIN_001_Verbale collegiale , firmato da tutti i referenti di patologia <u>presenti</u> all'incontro. Tale scheda è archiviata in un apposito raccoglitore ubicato nello studio del coordinatore, accessibile per la consultazione da parte dei diversi referenti che ne richiedano la visione.
Descrizione sintetica del funzionamento	<u>Tutti i casi</u> di Neoplasie Ginecologiche pervenuti al nosocomio sono discussi in ambito multidisciplinare (preoperatori o postoperatori). I singoli casi vengono presentati al TMD e discussi durante l'incontro dal medico che ha in gestione il caso. Al termine della discussione di ogni singolo caso clinico viene completato il verbale TMD di presentazione del caso, con la proposta terapeutica condivisa. (Mo_CGIN_001_Verbale collegiale) Tale verbale viene quindi stampato e fatto firmare ai presenti. Al termine della riunione ogni singola scheda TMD firmata, viene raccolta dal coordinatore e archiviata in un apposito raccoglitore, sito nell'Ufficio del Coordinatore Infermieristico - SC Ginecologia La comunicazione al paziente dell'esito discussione TMD è demandata allo Specialisti di riferimento (chirurgo/oncologo/radioterapista ecc) che proseguirà l'iter del paziente come da indicazione TMD. Qualora il trattamento del paziente preveda, come primo passaggio, un intervento chirurgico, la programmazione del ricovero è in carico alla SC Ginecologia. Qualora sia previsto un trattamento oncologico e/o radioterapico, lo Specialisti di riferimento prenota una visita presso la struttura interessata. <u>La valutazione multidisciplinare che precede ogni snodo critico del percorso di cura deve essere documentata in cartella e costituisce un elemento qualificante, risultando strategica per pianificare tempi e modalità efficaci della presa in carico di questi pazienti.</u>
Descrizione del percorso assistenziale	La presa in carico assistenziale del paziente/famiglia avviene attraverso un incontro programmato. (visita CAS infermieristica) Il medico segnala il nominativo dell'assistito al Personale CAS presente alle riunioni TMD La prima valutazione infermieristica deve prendere in considerazione le problematiche assistenziali (psicosociali, presenza di fragilità, presenza/necessità CVC, valutazioni geriatriche, problematiche specifiche). Sono state elaborate schede di valutazione infermieristica CAS (rif Mo_CAS_003_Scheda_Infer-

	<p>mieristica) che devono essere compilate da personale formato, in ambiente appositamente dedicato. Le schede possono essere archiviate informaticamente in area dedicata e consultabili in ambito TMD</p> <p>La presa in carico delle problematiche del <u>contesto familiare</u> avvengono durante la prima valutazione infermieristica CAS e successivamente condivise con lo Specialista di riferimento.</p> <p>Le schede sono aggiornabili ogni qualvolta venga ritenuto necessaria una rivalutazione, con mantenimento dello storico e possibilità di monitoraggio delle varie problematiche assistenziali, durante tutto il percorso di cura.</p> <p>La cartella infermieristica viene completata con dati di eventuali fragilità sociali e/o familiari.</p>
--	--

MATRICE RESPONSABILITÀ'

EVENTO	ATTIVAZIONE CAS
Figure Coinvolte e relative attività	<ul style="list-style-type: none"> • Personale Infermieristico • Personale Amministrativo • Personale Medico <p>In caso di stadiazione il CAS potrà essere attivato dallo Specialista Ginecologo o dal Medico Oncologo.</p> <p>Lo Specialista che visita la paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compila DEM per visita CAS • Consegnala alla paziente il modulo di presentazione CAS (Mo_CAS_001 Presentazione CAS) • Compila il modulo esenzione ticket 048 • Compila Mo_CAS_008_CAS_Percorso_Ginecologici • Avvia il paziente con tutta la documentazione al CAS per la presa in carico, pianificazione e programmazione del percorso di stadiazione. <p>Il Personale CAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • prescrive DEM di tutti gli esami richiesti per la stadiazione, compresa la dematerializzata per esami ematochimici • provvede alla pianificazione di tutti gli esami di stadiazione, comunica tutte le date/orari consegnando alla paziente il prospetto riassuntivo degli appuntamenti e eventuali preparazione per l'esecuzione degli esami con consegna del modulo specifico. • Una volta calendarizzati tutti gli esami di stadiazione, sarà cura del personale Infermieristico CAS accordarsi con i Chirurghi per programmare la visita specialistica <p>Il servizio si occuperà inoltre delle seguenti pratiche amministrative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasmissione esenzioni per patologia 048 • Programmazione degli esami richiesti negli Spazi delle Agende Dedicate. • Consegnala informativa con consenso informato per gli esami diagnostici • Consegnala e acquisizione della modulistica firmata dal paziente di delega al personale del CAS al ritiro esami (Mo_CAS_002 Delega Ritiro Esami) e/o esenzione 048 (Mo_CAS_05 Delega Ritiro Esenzione) • Attivazione Servizio Sociale, su indicazione, attraverso modulo specifico • Attivazione servizio di psicologia, su indicazione <p><u>Su assenso del Paziente</u> il Personale CAS provvede al ritiro dei referti di tutti gli esami. In caso di problematiche contatta lo Specialista di riferimento per eventuali ulteriori integrazioni e approfondimenti. Raccolta tutta la documentazione il CAS invierà da mail cas.oncologico@aslnuoro.it una mail di "chiusura iter" allo Specialista di riferimento. Tutta la documentazione clinica del paziente verrà consegnata <u>in busta chiusa</u> al lo specialista di riferimento (Ginecologo/Oncologo), alla c.a. del Medico di riferimento (di attivazione CAS) per predisporre le fasi successive, compresa eventuale a discussione TMD.</p>
Logistica	Sede CAS - Piano Terra, ingresso principale Ospedale San Francesco Nuoro, atrio a sinistra
Tempistiche	Preso in carico entro 1 -2 gg lavorativi Chiusura stadiazione entro 15gg, se percorso semplice, Se percorso complesso necessità di ulteriori gg per esami approfondimento

Documentazione prodotta	Scheda di valutazione infermieristica (Mo_CAS_003) Modulo riassuntivo prenotazione esami Modulo delega ritiro esami (Mo_CAS_002) Modulo delega ritiro esenzione 048 (Mo_CAS_005)
Allegati	Raccolta dati paziente e compilazione cartella infermieristica, gestione dati personali; somministrazione consenso informato indagini diagnostiche; modulo consenso per ritiro referti (All Mo_CAS_002_Delega_Ritiro_Esami), scheda riassuntiva appuntamenti del paziente, modulo prenotazione esami per i servizi. Preparazione agli esami. Verifica presenza esenzione 048 - patologia neoplastica, se non presente il Personale CAS richiederà la compilazione al Medico referente. Se indicata compilazione e invio mail di: <ul style="list-style-type: none"> • Modulo attivazione consulenza psicologica. • Modulo attivazione Servizio Sociale (rif. all. Mo_NU_007).
Indicazioni al paziente	Vengono fornite; <ul style="list-style-type: none"> • Informazioni dettagliate e indicazioni sugli esami prenotati da eseguire, • Eventuali schede di preparazione agli esami, (osservare il digiuno; dieta priva di score e / o dieta da osservare). Portare tessera sanitaria e esenzione per patologia (o eventuale altra esenzione posseduta).
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Verificare la presenza o meno delle esenzioni.
Rischi correlati	n.a.
Obiettivi/traguardi sanitari	Chiusura percorso stadiazione in tempi brevi. Supporto e assistenza al paziente in tutto il percorso
Note	

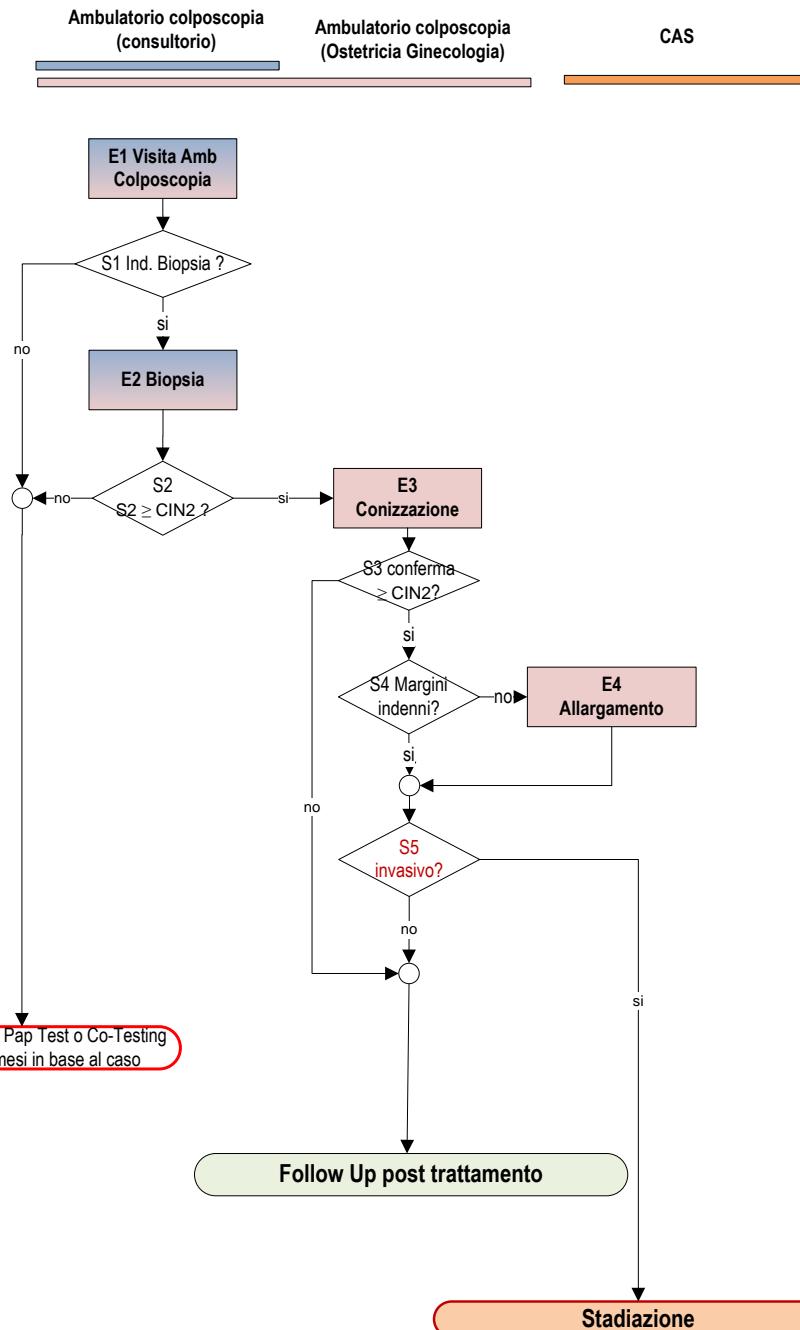
EVENTO	ATTIVAZIONE SUPPORTO PSICO-ONCOLOGICO
Figure coinvolte e relative attività	Psicologi SD Comunicazione e Relazioni istituzionali
Logistica e modalità di accesso	Ambulatori dedicati SSD Psicologia Ospedale San Francesco; CAS Le impegnative dematerializzate per consulenza psicologica (di default, prime visite, follow-up), devono essere inviate al CAS indicando nel testo: <ul style="list-style-type: none"> • nome e il cognome del paziente • diagnosi • numero di telefono • medico inviante Raccolta la richiesta di consulenza, il paziente verrà contattato telefonicamente dallo psicologo di riferimento per fissare il primo appuntamento.
Tempistiche	La prima consulenza, ricevuta la richiesta, avviene nei tempi previsti da ciascun PDTA dal momento della diagnosi alla scelta collegiale. Per percorsi di cura già attivi, la risposta alla richiesta di intervento avviene in tempi pianificabili in base al calendario di accessi del paziente al Presidio (si cerca di fissare l'appuntamento in occasione di altre prestazioni cliniche già programmate).
Documentazione prodotta	Scheda Psicologica
Allegati	n.a.
Indicazioni al paziente	Fornite durante il primo contatto telefonico, in base alla specifica prestazione
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	n.a.
Rischi correlati	n.a.
Obiettivi/traguardi sanitari	Garantire il miglior supporto possibile al paziente, nella riorganizzazione della propria vita in presenza di malattia, incoraggiando la mobilitazione di risorse (personal, familiari, sociali) che favoriscano l'adattamento



Note	alle cure e la riduzione del disagio psicologico laddove sperimentato.
-------------	--

P.O. FLOW CHART FASE I- DIAGNOSTICA

P.O. PDTA Neoplasia Cervice Uterina - Fase Diagnostica



MATRICE RESPONSABILITÀ FASE I- DIAGNOSTICA

EVENTO E1	COLPOSCOPIA
Figure coinvolte e relative attività	<u>Infermiera/ Ostetrica dedicata</u> Accoglienza della paziente; inserimento dati della paziente nel Registro ambulatoriale; preparazione del materiale ed assistenza durante l'esecuzione dell'esame colposcopico <u>Ginecologo dedicato</u> Colloquio con paziente e firma del consenso informato; visione della documentazione precedente e dell'esito del PAP Test; esecuzione dell'esame colposcopico ed elaborazione del Referto con inserimento dei dati nel Programma Screening/ SICPCV
Logistica e modalità di accesso	Consultorio – piano 0 Casa della Salute via Demurtas Nuoro Ambulatorio colposcopia – UOC Ostetricia e Ginecologia III piano P.O. San Francesco Nuoro
Tempistiche	Entro 15-gg dal referto di pap-test positivo
Documentazione prodotta	Referto colposcopia: <ul style="list-style-type: none"> • se in regime di screening programma DEDALUS- ARIANNA • se pazienti esterne (Ospedale) Programma SICPCV Consenso informato
Allegati	
Indicazioni al paziente	Fornite durante il primo contatto telefonico: indicazioni propedeutiche all'esame
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Fase del ciclo mestruale; terapia anticoagulante in atto
Rischi correlati	Reazione di ipersensibilità ai reagenti
Obiettivi/traguardi sanitari	Esame soddisfacente ai fini diagnostici
Note	

EVENTO E2	BIOPSIA
Figure coinvolte e relative attività	<u>Infermiera/Ostetrica dedicata</u> Preparazione materiale; compilazione dell'anagrafica nel modulo di Richiesta esame istologico; assistenza durante il prelievo biotico; preparazione del campione e corretto invio all'Anatomia Patologica; assistenza alla paziente. <u>Ginecologo dedicato</u> Firma del consenso informato; esecuzione del prelievo biotico; compilazione del modulo Richiesta esame istologico. Medico e Tecnico Biomedico di Anatomia Patologica TSLB: Accettazione e registrazione dei campioni su Sistema Informatico, processazione del campione: riduzione, inclusione , taglio , colorazione (eventuale IIC) Archiviazione referti, vetrini ed inclusioni Medico:
Logistica e modalità di accesso	Consultorio – piano 0 Casa della Salute via Demurtas Nuoro Ambulatorio colposcopia – UOC Ostetricia e Ginecologia III piano P.O. San Francesco Nuoro
Tempistiche	Entro 15gg dalla richiesta pervenuta da Centro Screening o da esterni e contestualmente alla colposcopia
Documentazione prodotta	Referto colposcopia Modulo Richiesta esame istologico Consenso informato
Allegati	Modulo per il ritiro del referto con indicazioni circa il ritiro
Indicazioni al paziente	Indicazioni sui comportamenti da seguire nelle 48 ore successive
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Fase del ciclo mestruale; terapia anticoagulante in atto
Rischi correlati	Reazione di ipersensibilità ai reagenti Reazione vagale Scarsa/mancata collaborazione da parte della paziente



Obiettivi/traguardi sanitari

Esame soddisfacente ai fini diagnostici; corretta esecuzione del prelievo bioptico

Note

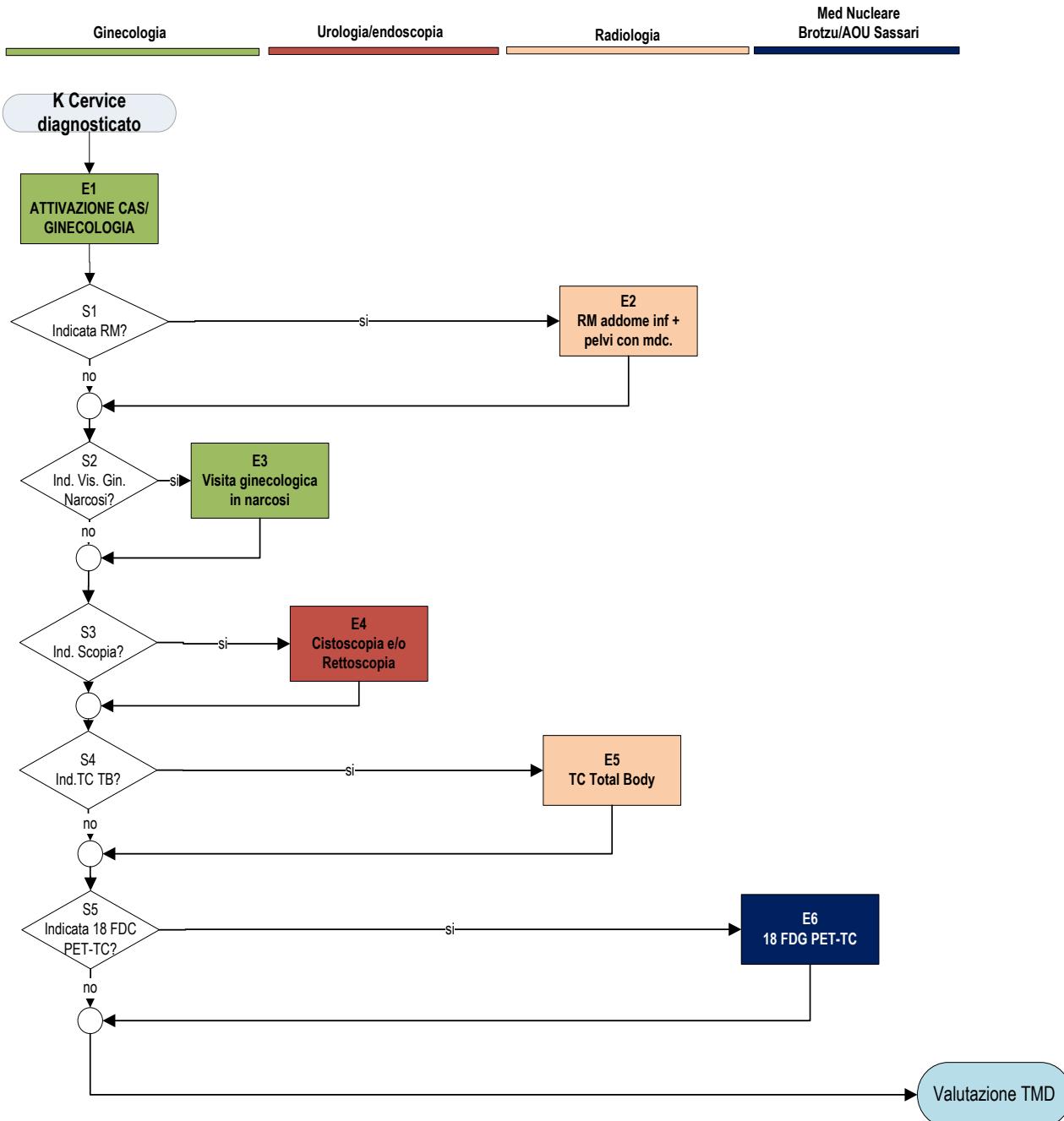
EVENTO E3	CONIZZAZIONE
Figure coinvolte e relative attività	<u>Infermiera/Ostetrica dedicata</u> Preparazione materiale; compilazione dell'anagrafica nel modulo di Richiesta esame istologico; assistenza durante il prelievo biotico; preparazione del campione e corretto invio all'Anatomia Patologica; assistenza alla paziente. <u>Ginecologo dedicato</u> Consegna del referto biotico e relativo counseling. Firma del consenso informato; esecuzione della Conizzazione; compilazione del modulo Richiesta esame istologico. <u>Medico e Tecnico di Anatomia Patologica</u> TSLB: Accettazione e registrazione dei campioni su Sistema Informatico, processazione del campione: inclusione , taglio , colorazione (eventuale IIC) Archiviazione referti, vetrini ed inclusioni Medico: riduzione del campione chirurgico
Logistica e modalità di accesso	Previo contatto telefonico con la paziente, l'infermiera dedicata fissa un appuntamento per il ritiro e il relativo counseling. Ambulatorio colposcopia – UOC Ostetricia e Ginecologia III piano P.O. San Francesco Nuoro Ricovero in DH (UOC Ostetricia e Ginecologia III piano P.O. San Francesco Nuoro)
Tempistiche	Da presa visione dell'esame istologico entro 15gg compatibilmente col ciclo mestruale della paziente
Documentazione prodotta	Cartella clinica DH Foglio di dimissione e prescrizione terapeutica Modulo Richiesta esame istologico Consenso informato
Allegati	Modulo per il ritiro del referto con indicazioni circa il ritiro
Indicazioni al paziente	Indicazioni sui comportamenti da seguire nei 30/45 gg successivi
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Fase del ciclo mestruale; terapia anticoagulante in atto
Rischi correlati	Reazione di ipersensibilità ai reagenti e all'anestetico locale Reazione vagale Scarsa/mancata collaborazione da parte della paziente
Obiettivi/traguardi sanitari	Esame soddisfacente ai fini diagnostico-terapeutici; corretta esecuzione del cono
Note	

EVENTO E4	ALLARGAMENTO
Figure coinvolte e relative attività	<u>Infermiera/Ostetrica dedicata</u> Preparazione materiale; compilazione dell'anagrafica nel modulo di Richiesta esame istologico; assistenza durante il prelievo biotico; preparazione del campione e corretto invio all'Anatomia Patologica; assistenza alla paziente. <u>Ginecologo dedicato</u> Firma del consenso informato; esecuzione del prelievo biotico; compilazione del modulo Richiesta esame istologico. TSLB: Accettazione e registrazione dei campioni su Sistema Informatico, processazione del campione: inclusione , taglio , colorazione (eventuale IIC) Archiviazione referti, vetrini ed inclusioni Medico: riduzione del campione chirurgico

Logistica e modalità di accesso	Ambulatorio colposcopia – UOC Ostetricia e Ginecologia III piano P.O. San Francesco Nuoro Ricovero in DH (UOC Ostetricia e Ginecologia III piano P.O. San Francesco Nuoro)
Tempistiche	Da presa visione dell'esame istologico entro 15gg compatibilmente col ciclo mestruale della paziente
Documentazione prodotta	Cartella clinica DH Foglio di dimissione e prescrizione terapeutica Modulo Richiesta esame istologico Consenso informato
Allegati	Modulo per il ritiro del referto con indicazioni circa il ritiro
Indicazioni al paziente	Indicazioni sui comportamenti da seguire nei 30/45 gg successivi
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Fase del ciclo mestruale; terapia anticoagulante in atto
Rischi correlati	Reazione di ipersensibilità ai reagenti e all'anestetico locale Reazione vagale Scarsa/mancata collaborazione da parte della paziente
Obiettivi/traguardi sanitari	Esame soddisfacente ai fini diagnostico-terapeutici; corretta esecuzione del cono
Note	

P.O. FASE II – STADIAZIONE

P.O. NEOPLASIA DELLA CERVICE UTERINA – FASE II – STADIAZIONE



MATRICE RESPONSABILITÀ FASE II - STADIAZIONE

EVENTO E1	ATTIVAZIONE CAS/GINECOLOGIA
Figure coinvolte e relative attività	<u>Ginecologo dedicato</u> : presa visione del referto An. Patologica e successivo contatto con Oncologo di riferimento. Attiva il CAS. Consegnà del referto al paziente e relativo counseling. <u>Infermiera/Ostetrica dedicata</u> : gestione dei referti istologici relativi all'Ambulatorio di Colposcopia.
Logistica e modalità di accesso	Il ritiro dei referti istologici avviene il lunedì e il giovedì presso l'Ambulatorio colposcopia – UOC Ostetricia e Ginecologia III piano P.O. San Francesco Nuoro
Tempistiche	Entro 15gg dalla procedura
Documentazione prodotta	Referto An. Patologica Modulo di presentazione CAS (Mo_CAS_001 Presentazione CAS)
Allegati	n.a.
Indicazioni al paziente	n.a.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	n.a.
Rischi correlati	n.a.
Obiettivi/traguardi sanitari	Avviare la stadiazione
Note	

EVENTO E2/E5	TC / RM Radiologia
Figure Coinvolte e relative attività	Medico radiologo, tecnico di radiologia (TSRM) infermiere, amministrativo
Logistica	Ospedale San Francesco, U.O. Radiologia 1° piano Hall fronte CUP
Tempistiche	Se paziente ricoverato entro 7 gg Se paziente SSN entro 7-14 gg
Documentazione prodotta	Referto cartaceo TC/ RM firmato digitalmente
Allegati	Supporto digitale CD/DVD contenente le immagini DICON itero studio comprese ricostruzioni MPR e 3D
Indicazioni al paziente	Paziente digiuno (6 ore) con esami ematochimici recenti (creatinina entro 3 mesi se valori nella norma). Portare eventuale documentazione clinica e radiologica plessa (imaging). Se paziente con storia di allergia a farmaci deve eseguire premedicazione o terapia desensibilizzante. Se IRC il paziente se ricoverato deve eseguire preparazione per prevenzione del danno renale da mezzo di contrasto in reparto. Se IRC nel paziente esterno chiedere supporto ambulatorio nefrologia.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Valutare possibili allergie al MdC; asmatico in terapia; cardiopatico e insufficienza renale cronica
Rischi correlati	Reazioni allergiche di grado lieve, rash cutaneo; reazioni allergiche di grado medio severo, ipotensione, difficoltà respiratoria dall'edema della glottide sino allo shock anafilattico
Obiettivi/traguardi sanitari	Stadiazione della neoplasia.
Note	

EVENTO E3		VISITA GINECOLOGICA IN NARCOSI
Figure coinvolte e relative attività		<p>Personale infermieristico di Ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prende in carico la paziente dal punto di vista assistenziale <p>OSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasporta la paziente in sala operatoria • Gestisce il post-operatorio secondo competenze <p>Personale di sala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si occupa di posizionamento della paziente • Fornisce assistenza durante la procedura <p>Medico Anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prende in carico la paziente • Effettua procedura anestesiologica idonea • Monitora la paziente • Compila la cartella anestesiologica <p>Medico Ginecologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somministra il consenso informato • Esegue la visita ginecologica e rettale accurata
Logistica e modalità di accesso		Reparto di Ginecologia III piano Osp. San Francesco Blocco operatorio II piano Osp. San Francesco
Tempistiche		Entro 15 giorni
Documentazione prodotta		Report su SISAR validato da Medico Ginecologo e Medico Anestesista
Allegati		Cartella clinica Cartella Anestesiologica
Indicazioni al paziente		Presentarsi digiuna da solidi e liquidi, possibilmente accompagnata Consigli per la preparazione all'intervento ad es. sospensione di eventuali farmaci
Alert particolari (indirizzati agli operatori)		Corretto posizionamento della paziente
Rischi correlati		n.a.
Obiettivi/traguardi sanitari		La corretta definizione di coinvolgimento parametrale, interessamento vaginale e volume del tumore nelle pazienti in cui non è possibile eseguire una visita ginecologica-rettale accurata in sede ambulatoriale (es. scarsa compliance, paziente virgo etc.)
Note		n.a.

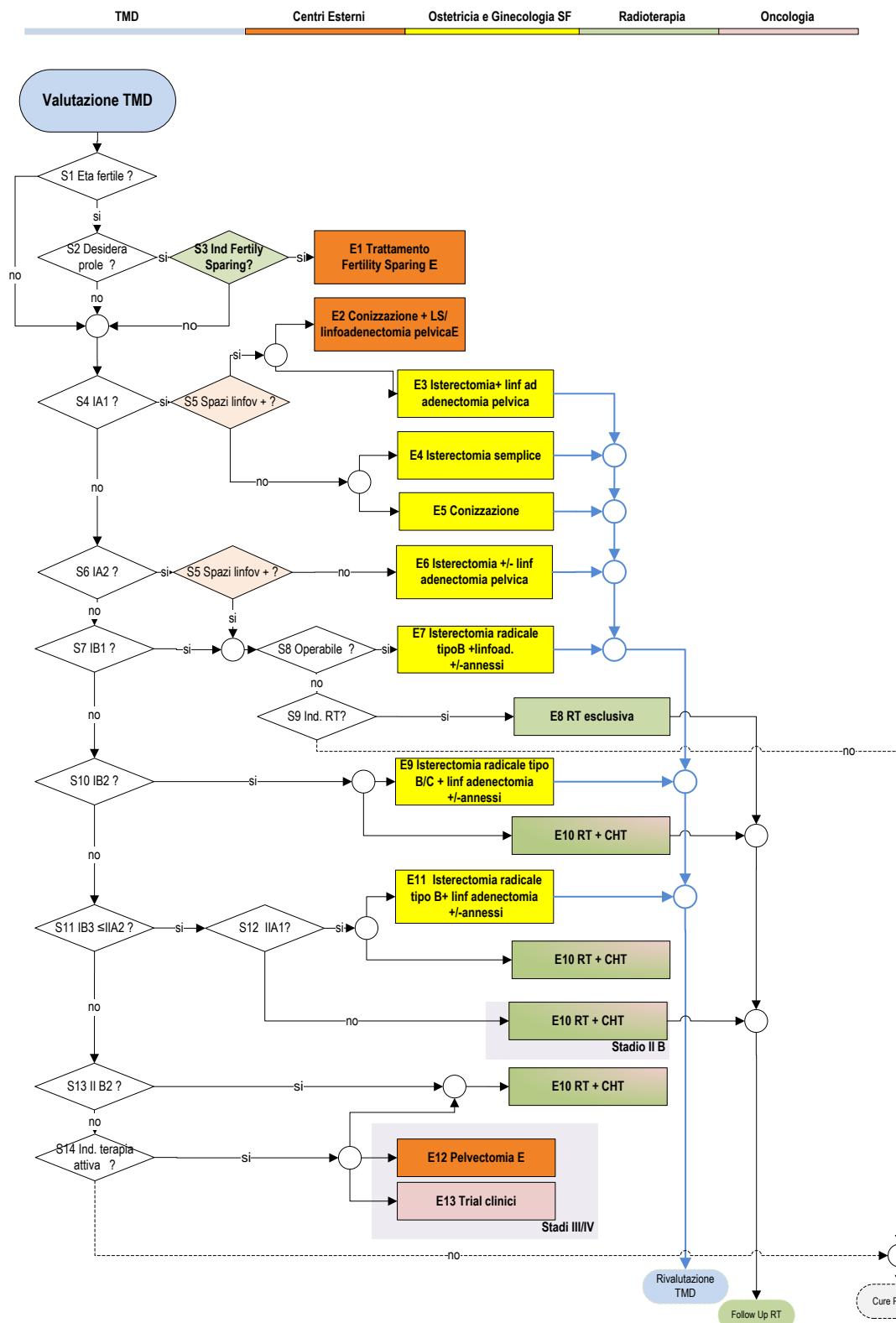
EVENTO E4a		CISTOSCOPIA
Figure coinvolte e relative attività		Urologo effettua l'esame infermiere prepara il materiale necessario
Logistica e modalità di accesso		Reparto urologia, 4 piano Accesso: Consulenza interna o con impegnativa dematerializzata
Tempistiche		In relazione all'urgenza
Documentazione prodotta		Referto scritto su Sisar
Allegati		nessuno
Indicazioni al paziente		nessuno
Alert particolari (indirizzati agli operatori)		nessuno
Rischi correlati		nessuno

Obiettivi/traguardi sanitari	Corretta diagnosi.
------------------------------	--------------------

EVENTO E2b	RETTOSCOPIA + BPS
Figure Coinvolte e relative attività	Personale medico Personale infermieristico Personale OSS
Logistica	Endoscopia digestiva 3° piano
Tempistiche	<ul style="list-style-type: none"> Pazienti ricoverati: prestazioni Emergenza Urgenza: entro 6-24h; prestazioni ordinarie entro 2- 7 gg da richiesta prestazione Pazienti Ambulatoriali: Prestazioni CUP effettuate secondo i codici di priorità RAO (raggruppamenti di attesa omogenei) Screening - prestazioni entro 60gg
Documentazione prodotta	Referto cartaceo redatto mediante Software Area gastro
Allegati	Foto
Indicazioni al paziente	All'atto della prenotazione vengono forniti: Modulo preparazione colon Prospetto informativo e modulo di consenso informato che verranno discussi e firmati prima dell'esecuzione della procedura
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Allergie a farmaci Assunzione anticoagulanti /antiaggreganti Modulo Gestione terapie anticoagulanti ed antiaggreganti nelle procedure endoscopiche
Rischi correlati	Colonoscopia diagnostica: complicanze cardio-respiratorie e circolatorie, emorragia, perforazione, esplosione da gas: rare < 0.1-0.6%, tasso di mortalità < 0.007%. Colonoscopia operativa complicanze: emorragia (fino al 10% per le tecniche avanzate), perforazione (0.04-1.0%), ustione trans-murale (0.003-0.1%). Sedazione complicanze : cardio-respiratorie (alterazione della pressione arteriosa, frequenza e ritmo cardiaco, broncospasmo, depressione respiratoria con apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 0.01-0.03 %, mortalità complessiva < 000.3%), orticaria.
Obiettivi/traguardi sanitari	Visualizzare il colon e una parte dell'ileo terminale. Diagnosticare: condizioni infiammatorie croniche, polipi e neoplasie maligne. Eseguire biopsie, rimuovere polipi, effettuare emostasi dei sanguinamenti acuti dilatare stenosi e posizionare stent.
Note	

EVENTO E6	PET (c/o centri esterni - ARNAS BROTZU Cagliari/ AOU Sassari)
Figure Coinvolte e relative attività	<ul style="list-style-type: none"> Medico Nucleare: valutazione dell'appropriatezza della richiesta ed anamnesi clinica; illustrazione delle modalità d'esame ed acquisizione del consenso informato; iniezione del radiofarmaco; valutazione dell'esame e redazione del referto. Infermiere e OSS: presa in carico del paziente al momento dell'accettazione e dopo la somministrazione del radiofarmaco; misurazione della glicemia; posizionamento dell'accesso venoso. Radiochimico e radiofisico: preparazione e controllo di qualità del radiofarmaco TSRM: presa in carico del paziente per l'acquisizione dell'esame; impostazione dei dati tecnici per l'esecuzione dell'esame, secondo workflow prestabiliti dell'apparecchiatura; archiviazione dell'esame su sistema RIS-PACS

Logistica	P.O. San Michele: Centro PET – sottopiano: centro PET AOU Medicina nucleare, Viale San Pietro Sassari
Tempistiche	Programmazione dell'esame come da fascia di priorità (generalmente le stadiazioni entro 10 giorni dall'arrivo della richiesta). Referto pronto per la consegna dopo 4 giorni lavorativi, salvo particolari casi d'urgenza. Priorità per pazienti ricoverati.
Documentazione prodotta	Referto dell'esame PET/TC + corredo iconografico
Allegati	Consenso informato
Indicazioni al paziente	<p>È richiesto un digiuno di almeno 6 ore rispetto all'orario dell'appuntamento; durante queste ore è consentita esclusivamente l'assunzione di acqua.</p> <p>In caso di pazienti con diabete mellito tipo II in terapia con antidiabetici orali è raccomandata un'abbondante idratazione; per i pazienti con diabete mellito tipo I e II in terapia insulinica, si raccomanda una leggera colazione al mattino presto con successiva iniezione della normale dose insulinica rapida ed esecuzione dell'esame a distanza di circa 4h.</p> <p>In sede di accettazione sarà possibile richiedere il ritiro del referto on-line. In alternativa il referto potrà essere ritirato dal paziente stesso o da un suo delegato presso la stessa accettazione secondo le tempistiche descritte.</p> <p>Al paziente viene raccomandato di portare con sé tutta la documentazione clinica relativa al quesito clinico.</p> <p>Si raccomanda al paziente di evitare contatti ravvicinati con donne in gravidanza, bambini e adolescenti per circa 12 ore dopo la somministrazione del radiofarmaco.</p>
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	<p>Per ARNAS Brotzu, il P.O. San Michele, Cagliari: Per la prenotazione compilare il modulo prenotazione per PET/TC, presente su sito web ARNAS Brotzu: : https://www.aobrotzu.it/servizi/cittadino/pet.html</p> <p>Inviare il modulo insieme a copia della richiesta e della documentazione a disposizione (relazioni cliniche e referti di indagini precedenti) al centro PET a segreteria.brotzu@alliancemedical.it</p> <p>Per AOU Sassari inviare a istituto.medicina.nucleare@aouss.it</p> <p>Il paziente verrà ricontattato telefonicamente per l'appuntamento e le indicazioni di preparazione all'esame.</p> <p>Comunicare eventuali allergie, in particolare a farmaci (si sottolinea che il radiofarmaco utilizzato per tale indagine non rappresenta un rischio in senso allergologico) e se il paziente è claustrofobico, allettato o non collaborante.</p> <p>È preferibile un'attesa di almeno 48 ore dopo un eventuale esame TC con mdc prima di eseguire la PET.</p> <p>In caso di PET/TC con mdc riportare l'ultimo valore di creatininemia nella scheda di prenotazione.</p> <p>L'indagine non dovrebbe essere eseguita se al momento della somministrazione la glicemia è >200 mg/dl.</p> <p>Per i pazienti claustrofobici potrebbe essere presa in considerazione anche la somministrazione di sedativi.</p>
Rischi correlati	La radioattività somministrata non è elevata. Il radiofarmaco iniettato non è un mezzo di contrasto e gli eventi allergici sono estremamente rari. Unica controindicazione è la gravidanza; l'esecuzione dell'esame in una gravida deve essere attentamente valutata ed effettuata solo se l'indagine risulta indispensabile, improrogabile e insostituibile con altre che non facciano uso di radiazioni ionizzanti. La sospensione dell'allattamento è consigliata per le 24 ore successive all'esame.
Obiettivi/traguardi sanitari	Individuazione di eventuali localizzazioni di malattia a distanza in fase di stadiazione; definizione del piano di trattamento radioterapico; valutazione di risposta metabolica al trattamento (confronto con l'esame basale); ristadiazione per sospetta recidiva e caratterizzazione di lesioni sospette post-trattamento.
Note	

P.O. FASE III – TERAPEUTICA M0
P.O. NEOPLASIE DELLA CERVICE – FASE III - TERAPEUTICA M0




MATRICE RESPONSABILITÀ FASE III – TERAPEUTICA M0

L'Evento E1 "Trattamento Fertility Sparing, l'Evento E2 "Conizzazione +LS/Linfoadnectomia Pelvica" e L'Evento E12 "Pelvectomia" sono eseguiti presso Centri Esterni.

EVENTO E3	ISTERECTOMIA + LINFOADNECTOMIA PELVICA
Figure coinvolte e relative attività	<p>Personale infermieristico di Ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none">• prende in carico la paziente dal punto di vista assistenziale <p>OSS:</p> <ul style="list-style-type: none">• esegue tricotomia• trasporta la paziente in sala operatoria• gestisce il post-operatorio, secondo competenze <p>Personale di sala:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si occupa di posizionamento della paziente e fornisce assistenza durante la procedura <p>Medico Anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prende in carico la paziente• Effettua procedura anestesiologica• Monitora la paziente• Compila la cartella anestesiologica• Compila check list S.O. (parti di competenza) <p>Medico Ginecologo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Somministra il consenso informato• Compila prima parte check list S.O.• Esegue intervento chirurgico
Logistica e modalità di accesso	Reparto di Ginecologia III piano Osp. San Francesco Blocco operatorio II piano Osp. San Francesco
Tempistiche	Entro 15 giorni dalla stadiazione clinico/strumentale
Documentazione prodotta	Report su SISAR validato da Medico Ginecologo e Medico Anestesista
Allegati	Cartella clinica Cartella Anestesiologica
Indicazioni al paziente	Digiuna da solidi e liquidi Consigli per la preparazione all'intervento ad es. sospensione di eventuali farmaci
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Posizionamento paziente, adeguata ventilazione, emostasi accurata, asepsi
Rischi correlati	Rischio emorragico e/o infettivo
Obiettivi/traguardi sanitari	Eradicazione neoplasia Stadiazione postchirurgica
Note	



EVENTO E4	ISTERECTOMIA SEMPLICE
Figure coinvolte e relative attività	<p>Personale infermieristico di Ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none">• prende in carico la paziente dal punto di vista assistenziale <p>OSS:</p> <ul style="list-style-type: none">• esegue tricotomia• trasporta la paziente in sala operatoria• gestisce il post-operatorio, secondo competenze <p>Personale di sala:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si occupa di posizionamento della paziente e fornisce assistenza durante la procedura <p>Medico Anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prende in carico la paziente• Effettua procedura anestesiologica• Monitora la paziente• Compila la cartella anestesiologica• Compila check list S.O. (parti di competenza) <p>Medico Ginecologo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Somministra il consenso informato• Compila prima parte check list S.O.• Esegue intervento chirurgico
Logistica e modalità di accesso	Reparto di Ginecologia III piano Osp. San Francesco Blocco operatorio II piano Osp. San Francesco
Tempistiche	Entro 15 giorni dalla stadiazione clinico/strumentale
Documentazione prodotta	Report su SISAR validato da Medico Ginecologo e Medico Anestesista
Allegati	Cartella clinica Cartella Anestesiologica
Indicazioni al paziente	Digiuna da solidi e liquidi Consigli per la preparazione all'intervento ad es. sospensione di eventuali farmaci
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Posizionamento paziente, adeguata ventilazione, emostasi accurata, asepsi
Rischi correlati	Rischio emorragico e/o infettivo
Obiettivi/traguardi sanitari	Eradicazione neoplasia
Note	

EVENTO E5	CONIZZAZIONE
Figure coinvolte e relative attività	<p>Infermiera/Ostetrica dedicata:</p> <ul style="list-style-type: none">• Preparazione materiale• Compilazione dell'anagrafica nel modulo di Richiesta esame istologico• Preparazione della paziente (accesso venoso)• Assistenza durante l'intervento di conizzazione• Preparazione del campione e corretto invio all'Anatomia Patologica• Assistenza alla paziente. <p><u>Ginecologo dedicato</u></p>



	<ul style="list-style-type: none"> • Consegnare del referto biotípico e relativo counseling • Firma del consenso informato • Esecuzione della Conizzazione • Compilazione del modulo Richiesta esame istologico.
Logistica e modalità di accesso	Reparto di Ginecologia III piano Osp. San Francesco Ambulatorio di Colposcopia
Tempistiche	Entro 15 giorni
Documentazione prodotta	Cartella clinica Foglio di dimissione Modulo Richiesta esame istologico Consenso informato
Allegati	Modulo per il ritiro del referto con indicazioni circa il ritiro
Indicazioni al paziente	Indicazioni sui comportamenti da seguire nei 30/45 gg successivi
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Posizionamento paziente, emostasi accurata, asepsi Fase del ciclo mestruale; terapia anticoagulante in atto
Rischi correlati	Reazione di ipersensibilità ai reagenti e all'anestetico locale Reazione vagale Scarsa/mancata collaborazione da parte della paziente Rischio emorragico e/o infettivo
Obiettivi/traguardi sanitari	Esame soddisfacente ai fini terapeutici Corretta esecuzione del cono
Note	

EVENTO E6	ISTERECTOMIA ± LINFOADENECTOMIA PELVICA
Figure coinvolte e relative attività	<p>Personale infermieristico di Ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prende in carico la paziente dal punto di vista assistenziale <p>OSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esegue tricotomia • trasporta la paziente in sala operatoria • gestisce il post-operatorio, secondo competenze <p>Personale di sala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si occupa di posizionamento della paziente e fornisce assistenza durante la procedura <p>Medico Anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prende in carico la paziente • Effettua procedura anestesiologica • Monitora la paziente • Compila la cartella anestesiologica • Compila check list S.O. (parti di competenza) <p>Medico Ginecologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somministra il consenso informato • Compila prima parte check list S.O. <p>Esegue intervento chirurgico</p>
Logistica e modalità di accesso	Reparto di Ginecologia III piano Osp. San Francesco Blocco operatorio II piano Osp. San Francesco
Tempistiche	Entro 15 giorni dalla stadiazione clinico/strumentale



Documentazione prodotta	Report su SISAR validato da Medico Ginecologo e Medico Anestesista
Allegati	Cartella clinica Cartella Anestesiologica
Indicazioni al paziente	Digiuna da solidi e liquidi Consigli per la preparazione all'intervento ad es. sospensione di eventuali farmaci
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Posizionamento paziente, adeguata ventilazione, emostasi accurata, asepsi
Rischi correlati	Rischio emorragico e/o infettivo
Obiettivi/traguardi sanitari	Eradicazione neoplasia Stadiazione postchirurgica
Note	

EVENTO E7		ISTERECTOMIA RADICALE TIPOB + LINFOADENECTOMIA ± ANNESSIECTOMIA
Figure coinvolte e relative attività		Personale infermieristico di Ginecologia: <ul style="list-style-type: none">• prende in carico la paziente dal punto di vista assistenziale OSS: <ul style="list-style-type: none">• esegue tricotomia• trasporta la paziente in sala operatoria• gestisce il post-operatorio, secondo competenze Personale di sala: <ul style="list-style-type: none">• Si occupa di posizionamento della paziente e fornisce assistenza durante la procedura Medico Anestesista: <ul style="list-style-type: none">• Prende in carico la paziente• Effettua procedura anestesiologica• Monitora la paziente• Compila la cartella anestesiologica• Compila check list S.O. (parti di competenza) Medico Ginecologo: <ul style="list-style-type: none">• Somministra il consenso informato• Compila prima parte check list S.O. Esegue intervento chirurgico
Logistica e modalità di accesso	Reparto di Ginecologia III piano Osp. San Francesco Blocco operatorio II piano Osp. San Francesco	
Tempistiche	Entro 15 giorni dalla stadiazione clinico/strumentale	
Documentazione prodotta	Report su SISAR validato da Medico Ginecologo e Medico Anestesista	
Allegati	Cartella clinica Cartella Anestesiologica	
Indicazioni al paziente	Digiuna da solidi e liquidi Consigli per la preparazione all'intervento ad es. sospensione di eventuali farmaci	
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Posizionamento paziente, adeguata ventilazione, emostasi accurata, asepsi	
Rischi correlati	Rischio emorragico e/o infettivo	
Obiettivi/traguardi sanitari	Eradicazione neoplasia Stadiazione postchirurgica	
Note		



EVENTO E7/E9/E11 ISTEREKTOMIA RADICALE TIPO B/C + LINFOADENECTOMIA ± ANNESSIEKTOMIA	
Figure coinvolte e relative attività	<p>Personale infermieristico di Ginecologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prende in carico la paziente dal punto di vista assistenziale <p>OSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esegue tricotomia • trasporta la paziente in sala operatoria • gestisce il post-operatorio, secondo competenze <p>Personale di sala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si occupa di posizionamento della paziente e fornisce assistenza durante la procedura <p>Medico Anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prende in carico la paziente • Effettua procedura anestesiologica • Monitora la paziente • Compila la cartella anestesiologica • Compila check list S.O. (parti di competenza) <p>Medico Ginecologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somministra il consenso informato • Compila prima parte check list S.O. <p>Esegue intervento chirurgico</p>
Logistica e modalità di accesso	Reparto di Ginecologia III piano Osp. San Francesco Blocco operatorio II piano Osp. San Francesco
Tempistiche	Entro 15 giorni dalla stadiazione clinico/strumentale
Documentazione prodotta	Report su SISAR validato da Medico Ginecologo e Medico Anestesista
Allegati	Cartella clinica Cartella Anestesiologica
Indicazioni al paziente	Digiuna da solidi e liquidi Consigli per la preparazione all'intervento ad es. sospensione di eventuali farmaci
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Posizionamento paziente, adeguata ventilazione, emostasi accurata, asepsi
Rischi correlati	Rischio emorragico e/o infettivo
Obiettivi/traguardi sanitari	Eradicazione neoplasia Stadiazione postchirurgica
Note	

EVENTO E8/E10a RADIOTERAPIA	
Figure coinvolte e relative attività	MEDICI, INFERMIERI, OSS, TSRM, FISICI
Logistica e modalità di accesso	Accesso mediante prenotazione via mail (radiotherapyoncologica@aslnuoro.it) da parte del TDM, del MMG, del Medico specialista o dal reparto di degenza (in caso di paziente ricoverato)
Tempistiche	Variano in base alla patologia e alle priorità terapeutiche assegnate (urgenza curativa, neoadiuvante +/- CHT, radicale +/- CHT, adiuvante)
Documentazione prodotta	Referti di esami di stadiazione, esami ematochimici, esami radiologici, esami istologici, esami specialistici
Allegati	Immagini radiologiche da portare in visione il giorno della visita



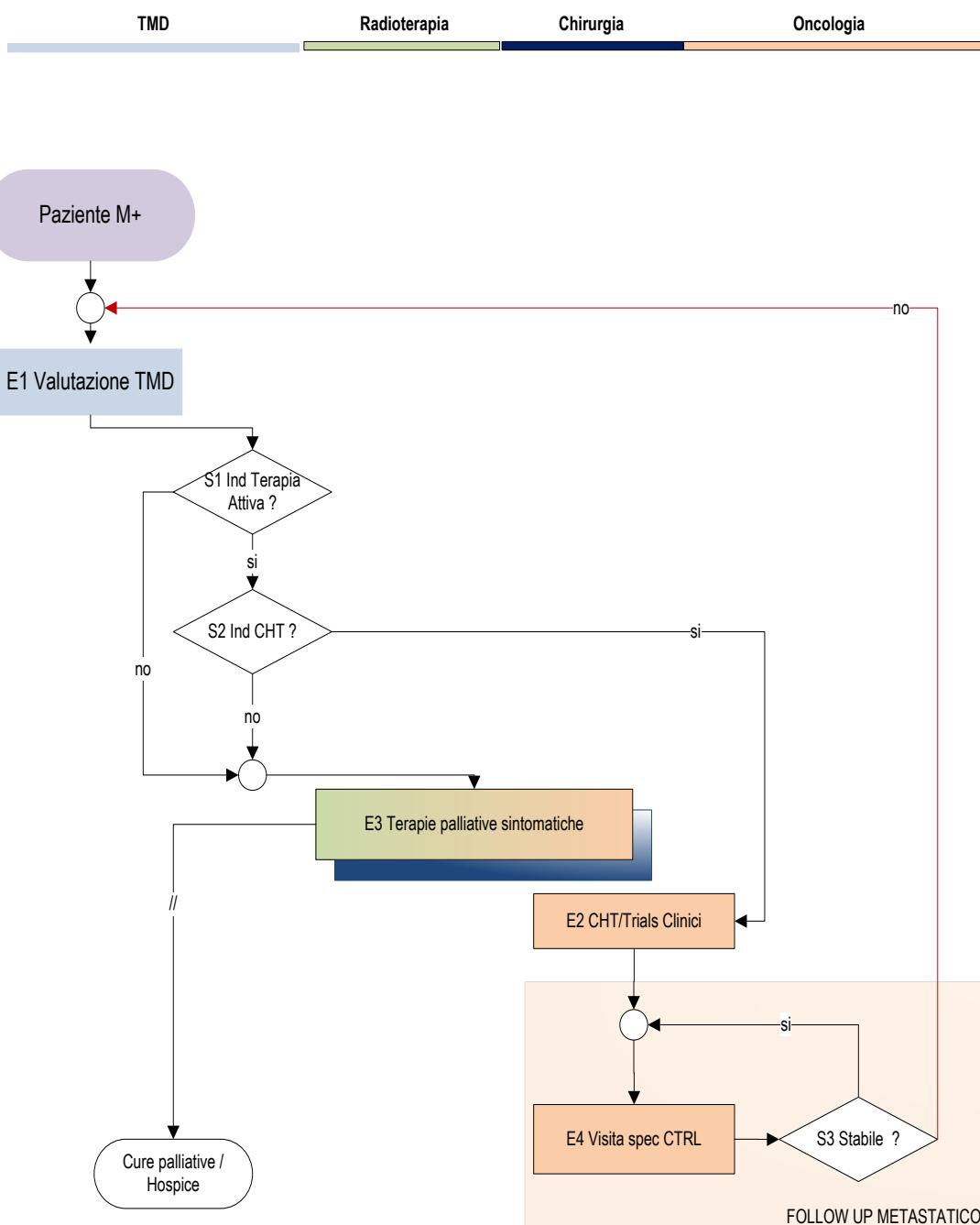
Indicazioni al paziente	Dopo valutazione viene stabilita una indicazione terapeutica (con differibilità e relativa tempistica in base alla tipologia di neoplasia e al programma terapeutico previsto)
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Nessun alert in particolare
Rischi correlati	Apparentemente nessuno
Obiettivi/traguardi sanitari	Erogazione del trattamento con la massima qualità nel rispetto della tempistica oncologicamente corretta secondo le linee guida nazionali e internazionali di riferimento
Note	

EVENTO E10b	CHEMIOTERAPIA
Figure coinvolte e relative attività	<p>Oncologo: visita il paziente, valuta le comorbidità, visiona gli esami strumentali, l'esame istologico e gli esami ematochimici. Valuta eventuali terapie concomitanti. Valuta la compliance del paziente e dei caregiver. Prescrive il protocollo di trattamento e lo invia all'UFA. Prescrive i piani terapeutici dei farmaci sotto monitoraggio AIFA. Prescrive esami strumentali di controllo ed eventuali terapie di supporto da assumere a domicilio. Illustra al paziente e al caregiver la modalità di svolgimento della terapia, la durata e la frequenza delle sedute terapeutiche. Illustra al paziente e al caregiver gli obiettivi terapeutici e le possibili tossicità. Fornisce al paziente e al caregiver il consenso informato che il paziente riconsegnerà firmato al controllo successivo. Inserisce il paziente in lista d'attesa per ricovero in DH e programma la data di inizio terapia. Invia richiesta per consulenza RT.</p> <p>Infermiere: Una volta ricevuto il protocollo prepara le premedicazioni e procede con la somministrazione del farmaco. Esegue medicazione del dispositivo centrale. Verifica la programmazione di eventuali appuntamenti successivi. Previo controllo, consegna eventuali GCSF ai pazienti.</p> <p>Amministrativo: programma esami strumentali ed eventuali visite specialistiche</p> <p>OSS: rilevazione PV all'ingresso</p>
Logistica	Ospedale San Francesco, SC Oncologia - 3° piano- Padiglione DEA
Tempistiche	dopo circa 6-8 settimane dalla chirurgia
Documentazione prodotta	<p>Al Servizio UFA: foglio prescrittivo terapia medica confermata e firmata dal medico + prescrizione AIFA se farmaco sottoposto a monitoraggio</p> <p>Al paziente: lettera dimissione con tutte le indicazioni relative alla prescrizione farmacologica domiciliare sia terapia personale che terapia specifica oncologica per la gestione degli eventi avversi + calendario dei prossimi appuntamenti per esami e terapia oncologica.</p> <p>Prescrizione farmacologiche (ricette DEM per farmaci mutuabili; prescrizioni farmaci non mutuabili); piano terapeutico AIFA per farmaci che lo richiedono (per farmacia interna)</p>
Allegati	consenso informato alla terapia medica oncologica + foglio informativo paziente (scheda allerta nel caso di immunoterapia)
Indicazioni al paziente	Assumere farmaci preventivi (in caso di nausea, febbre, stipsi), seguire la terapia farmacologica in corso; non venire a digiuno
Alert particolari (indirizzati agli Operatori)	pazienti con allergie; pz non autonomi
Rischi correlati	reazioni allergiche, reazioni infusionali, reazioni da intolleranza, stravasi chemioterapici; reazioni avverse in corso di infusione
Obiettivi/traguardi sanitari	riduzione del rischio di ricaduta di malattia (allungamento OS e DFS)



P.O. FASE IV – TERAPEUTICA M+

P.O. NEOPLASIE DELLA CERVICE – FASE IV – TERAPEUTICA M+





MATRICE RESPONSABILITÀ FASE III – TERAPEUTICA M+

Per l'Evento E1 “Valutazione TMD” si rimanda al Paragrafo “REGOLAMENTO - COLLEGIALI TMD NEOPLASIE DELLA CERVICE”

EVENTO E2	CHT / Trials Clinici
Figure coinvolte e relative attività	Vedasi EVENTO E10b MATRICE RESPONSABILITÀ FASE III – TERAPEUTICA M0

EVENTO E3a	Terapie palliative sintomatiche – ONCOLOGIA
Figure coinvolte e relative attività	Oncologo e infermiere nella somministrazione della chemioterapia Medico radioterapista + tecnico se necessario trattamento radioterapico Medico palliativista e terapia antalgica Ginecologo
Logistica e modalità di accesso	Reparto di Oncologia 3 piano Ospedale San Francesco- DEA Reparto di Radioterapia sottopiano Ospedale San Francesco Terapia Antalgica / Hospice Ospedale C. Zonchello Reparto di Ginecologia 3 piano Ospedale San Francesco
Tempistiche	Dalla presa in carico all'erogazione del trattamento Radioterapia: 3-5 giorni Oncologia: 10-15 giorni Ginecologia: entro 7 giorni
Documentazione prodotta	Referto visita medica e infermieristica con tutte le indicazioni post trattamento che il paziente dovrà seguire a domicilio. Foglio prescrittivo terapia medica confermata e firmata dal medico+ prescrizione AIFA se richiesto Referto di consulenza radioterapico Referto di consulenza ginecologico
Allegati	Consenso informato alla terapia medica oncologica /radioterapica + foglio di dimissione con eventuale scheda allerta
Indicazioni al paziente	Terapia di supporto al trattamento oncologico e/o radioterapico. Proseguire con le terapie in corso
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Pazienti con allergie Segnalazione eventuali eventi avversi
Rischi correlati	Reazioni allergiche comprese le reazioni durante l'infusione, stravasi chemioterapici, radiodermiti, tossicità genito-urinaria e intestinale
Obiettivi/traguardi sanitari	Obiettivo del trattamento chemioterapico e radioterapico è nella citoriduzione della malattia Altro obiettivo del trattamento radioterapico è la palliazione del dolore e intento emostatico se la paziente ha perdite ematiche.
Note	

EVENTO E3b	Terapie palliative sintomatiche – CHIRURGIA
Figure coinvolte e relative attività	I Ginecologi, Chirurghi e Urologi vengono coinvolti in base alla tipologia di intervento chirurgico richiesto, svolgono sia un ruolo di consulenza, fornendo valutazioni specialistiche, sia un ruolo operativo, intervenendo direttamente con le procedure chirurgiche necessarie; ciascun caso può essere discusso e gestito in team multidisciplinare. L' Anestesista esegue la valutazione pre-operatoria ed effettua la procedura anestesiologica. Il Personale infermieristico e gli OSS di reparto assistono il paziente durante la degenza Psiconcologa
Logistica e modalità di accesso	Sulla base della problematica riscontrata il palliativista prende contatti con i referenti della chirurgia oncologica per singola specialità. Il ricovero avviene presso il reparto di pertinenza (Ginecologia, Chirurgia, Urologia).
Tempistiche	La presa in carico deve avvenire entro 2/3 gg.
Documentazione prodotta	Referto consulenza Cartella clinica Atto operatorio
Allegati	Raccomandazioni per la gestione del post operatorio.
Indicazioni al paziente	E' fondamentale assicurarsi che il paziente comprenda e accetti consapevolmente che, pur avendo finalità palliative, l'intervento chirurgico potrebbe comportare delle modifiche permanenti della propria condizione fisica, come la derivazione intestinale e urinaria, che potrebbe incidere sulla qualità di vita e sull'immagine corporea. Tali aspetti verranno discussi nel preoperatorio per garantire una scelta informata e condivisa.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Condizioni cliniche instabili con possibilità di rapido peggioramento, mancato supporto sociale e assistenziale.
Rischi correlati	Emorragie, infezioni, fallimento della procedura
Obiettivi/traguardi sanitari	Controllo dei sintomi e miglioramento della qualità di vita
Note	



EVENTO E3C		Terapie palliative sintomatiche – RADIOTERAPIA
Figure coinvolte e relative attività		MEDICI, INFERMIERI, OSS, TSRM, FISICI
Logistica e modalità di accesso		Accesso mediante prenotazione via mail (radioterapiaoncologica@aslnuoro.it) da parte del TDM, del MMG, del Medico specialista o dal reparto di degenza (in caso di paziente ricoverato)
Tempistiche		Le richieste possono essere ordinarie, in caso di paziente non particolarmente sintomatico, ed evase in circa 5-7 giorni; in caso di urgenza (forte dolore, compressione midollare, sindrome mediastinica, dolore importante) vengono evase in giornata o entro le 24h
Documentazione prodotta		Referti di esami di stadiazione, esami ematochimici, esami radiologici, esami istologici, esami specialistici
Allegati		Immagini radiologiche da portare in visione il giorno della visita
Indicazioni al paziente		Dopo valutazione viene stabilita una indicazione terapeutica (in urgenza o differibile in base alla clinica)
Alert particolari (indirizzati agli operatori)		Per prestazioni urgenti (compressione midollare o dolore incoercibile) vengono allertate in concomitanza tutte le figure coinvolte per snellire al massimo le procedure dall' accesso in reparto fino al completamento della terapia
Rischi correlati		Apparentemente nessuno
Obiettivi/traguardi sanitari		Erogazione del trattamento con la massima qualità nel minor tempo possibile
Note		

EVENTO E4		Follow-up Visita Specialistica di Controllo
Figure coinvolte e relative attività		Medico specialista in oncologia: visione esami ematochimici, strumentali e visita clinica; compilazione del referto; prescrizione esami ematici e strumentali per la visita successiva. Medico specialista in Radioterapia: Medico specialista in Ginecologia:
Logistica e modalità di accesso		Ospedale San Francesco, SC Oncologia - 3° piano- Padiglione DEA – Radioterapia- Ginecologia: Ambulatorio Follow-up 2 volte al mese
Tempistiche		ogni 3-6 mesi a seconda dello stadio di malattia e dei trattamenti eseguiti
Documentazione prodotta		referto visita ambulatoriale SISAR, con indicazioni esami da eseguire, data visita successiva ambulatoriale
Allegati		Prescrizione esami ematochimici e appuntamento successivo DEM eventuali esami accessori DEM per visita di controllo successiva
Indicazioni al paziente		Tempistica di esecuzione degli esami
Alert particolari (indirizzati agli operatori)		Eventuale comparsa di complicanze
Rischi correlati		Recidiva di malattia o progressione
Obiettivi/traguardi sanitari		Follow up corretto
Note		



MONITORAGGIO

INDICATORI di VOLUME, PROCESSO, ESITO

N.	Criterio	Frequenza di calcolo	Fonte Data Base	Standard
				atteso
1	N° incontri multidisciplinari/mese	Annuale	Archivio verbali TMD	≥ 1/mese
2	% di pazienti valutati negli incontri TMD su tot pz dimessi con PDx di Neoplasie della cervice	Annuale	db excel TMD e File A	≥ 80 % casi
3	Neoplasie della cervice - Ricoveri Chirurgici	Annuale	PNE	≥ casi anno prec
4	Neoplasia della cervice - Ricoveri Per Isterectomia Radicale	Annuale	PNE	≤ casi anno prec
5	Neoplasie della cervice - Degenza media post operatoria (post isterectomia)	Annuale	File A SDO	≤ anno precedente
6	Oncologia: nuovi pazienti k cervice presi in carico /anno	Annuale	Db SISAR e Bimind	≥ casi anno prec
7	Tempo intercorso tra biopsia e referto AP	Trimestrale	WinSap	≤ 25 gg lavorativi
8	Tempo intercorso dalla presa in carico CAS a prima visita oncologica	Trimestrale	DB CAS	≤ 15 gg lavorativi
9	Tempo intercorso dalla prima visita oncologica e inizio della terapia radio-chemioterapica	Trimestrale	Db Bimind e Mosaiq	≤ 30 giorni*

* da valutare l'impatto dell'introduzione delle nuove apparecchiature

ALLEGATI

All. N.	Codice	Titolo descrittivo documento
5	Mo_NU_004	Nulla Osta invio Referti Via email
6	Mo_NU_005	SISPAC_Check_List_SO
7	Mo_NU_007	Attivazione Servizio Sociale
8	Mo_NU_008	Modulo esenzione ticket per patologia
9	Mo_CAS_001	Mo_CAS_001_Presentazione_CAS_Nu
10	Mo_CAS_002	Mo_CAS_002_Delega_Ritiro_Esami_Nu
11	Mo_CAS_003	Mo_CAS_003_Scheda_Infermieristica_Nu
12	Mo_CAS_005	Delega Invio Ritiro Esenzione_Nu
13	Mo_CAS_008	CAS_Percorso_Ginecologici
14	Mo_SS_PET	Modulo Prenotazione PET Sassari
15	Mo_AnP_001	Modulo richieste valutazione anatomo patologica
16	Mo_AnP_002	Modulo non conformità
17	Mo_AnP_003	Modulo richiesta PAP TEST
18	Mo_MedN_002	Consenso informato PET TC 18F-PSMA (informativa + consenso) S. Michele - Cagliari
19	Cl_MedN_003	Cl_MedN_003_Scintigrafia_Ossea_TB S. Michele - Cagliari
20	Mo_CGIN_001	Referto Collegiale (Verbale multidisciplinare)
21	PO_AnP_003	K_cervice_Gestione refertazione anatomo patologica