

PDTA DEI TUMORI DEL DISTRETTO TESTA- COLLO

INDICE

PDTA DEI TUMORI DEL DISTRETTO TESTA-COLLO	3
GLOSSARIO TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.....	3
PREMESSA E OBIETTIVI.....	4
DESTINATARI DEL PDTA	6
CRITERI DI ESCLUSIONE E DI USCITA	6
FASE DIAGNOSTICA (ORL E MAXILLO-FACCIALE)	6
PERCORSO DIAGNOSTICO PER I PAZIENTI PROVENIENTI DA MMG O DA ALTRO MEDICO SPECIALISTA.....	6
FASE DIAGNOSTICA PER I PAZIENTI CHE ACCEDONO AL PRONTO SOCCORSO	7
CONFERMA DIAGNOSTICA	8
SERVIZI AUSILIARI.....	8
SCelta TERAPEUTICA	12
EARLY STAGE.....	13
LOCALLY ADVANCED.....	13
MALATTIA RICORRENTE O METASTATICA.....	13
RADIOTERAPIA	17
TRATTAMENTO MEDICO SISTEMICO	17
FOLLOW-UP	23
INDICATORI DEL PDTA TESTA-COLLO	25
APPENDICE	30
TRATTAMENTO DATI PERSONALI	30
SERVIZI AUSILIARI.....	30
PROCEDURE E RACCOMANDAZIONI PER IL FOLLOW-UP	33
VACCINAZIONE NEL PAZIENTE CON TUMORI TESTA-COLLO (TUMORI SOLIDI).....	33
NORMATIVA.....	37
BIBLIOGRAFIA E LINEE GUIDA	38

PDTA DEI TUMORI DEL DISTRETTO TESTA-COLLO

GLOSSARIO TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Abbreviazioni	Definizioni
AIOCC	Associazione Italiana di Oncologia Cervico-Cefalica
AIOM	Associazione Italiana Oncologia Medica
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DCA	Decreto del Commissario ad Acta
DRG	Decreto della Giunta Regionale
EBM	Evidence Based Medicine
EBV	Infezione da Virus di Epstein-Barr
FLS	Fibrolaringoscopia
GOM	Gruppo Oncologico Multidisciplinare
HPV	Human Papilloma Virus
MMG	Medico di Medicina Generale
NAD	Nutrizione Artificiale a Domicilio
ORL	Otorinolaringoiatria
PEG	Gastronomia Endoscopica Percutanea
PS	Pronto Soccorso
RGPD	Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
RM	Risonanza Magnetica
TC	Tomografia Computerizzata
TC con mdc	Tomografia Computerizzata con mezzi di contrasto
TSH	Ormone Tireotopo o Tirostimolante
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale

Tabella 1: Glossario Terminologia e Abbreviazioni.

GRUPPO DI LAVORO

Nome	U.O. di appartenenza	Descrizione Ruolo
Alò Piero Luigi	UOC Anatomia Patologica	Redazione
Battista Michele	UOC Radioterapia	Redazione
Coiera Francesco Isidoro	UOSD NAD	Redazione
Costanzo Filippo	UOC Radiologia	Redazione
D'Andrea Giancarlo	UOC Neurochirurgia	Redazione
Giacinti Silvana	UOC Oncologia	Redazione
Greco Giuseppina	UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale	Redazione
Marzetti Andrea	UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale	Redazione e Referente PDTA
Moi Rossana	UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale	Redazione
Pellegrini Pio	UOSD PDTA	Redazione e Verifica interna
Castiglia Gianfranco	Data Protection Officer	Verifica
Palombo Antonio	UOC Medicina Legale e Rischio Clinico	Verifica
Casertano Luca	Direzione Sanitaria Aziendale	Autorizzazione

Tabella 2: Elenco redattori PDTA Testa-Collo.

PREMESSA E OBIETTIVI

Il presente documento definisce le molteplici azioni necessarie per la presa in carico dei pazienti affetti da neoplasie del distretto Testa-Collo nel rispetto delle diverse peculiarità diagnostiche e terapeutiche specifiche di ogni sede anatomica.

La struttura referente a livello aziendale è la U.O.C. ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale che ha sede presso l'Ospedale Spaziani di Frosinone e che opera, nello specifico, tramite le sue articolazioni (ambulatorio ORL Maxillo Facciale, ambulatorio Odontoiatrico, reparto ospedaliero).

Un ruolo altrettanto centrale in questo PDTA è svolto dalla U.O.C. Oncologia e dalla U.O.C. Radioterapia.

Altrettanto rilevante e centrale è il ruolo del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) che garantisce costantemente la necessaria condivisione ai fini della scelta e delle modulazioni degli indirizzi terapeutici. Va da sé che altrettanto importante è il ruolo della U.O.C. Radiologia, della U.O.C. Anatomia Patologica oltreché della U.O.S.D. NAD (Nutrizione Artificiale a Domicilio), dell'ambulatorio Psichiatrico, del Pronto Soccorso, del Servizio Sociale aziendale e ovviamente dei Medici di Medicina Generale sul territorio.

In ogni caso la presa in carico, in tutte le fasi di malattia, coinvolge oltre al paziente stesso anche i suoi familiari.

Il PDTA fornisce indicazioni utili alla pianificazione e alla realizzazione delle diverse fasi del percorso, dal momento del sospetto diagnostico fino al follow-up. Ha anche l'obiettivo di velocizzare e razionalizzare, laddove possibile, i diversi snodi, conformemente alle linee guida nazionali ed internazionali e di *Evidence Based Medicine* (EBM) di riferimento. Nella stesura del documento è stato adottato un approccio *all-round* che comprende anche tutte le attività a supporto del percorso (di *counselling*, psicologiche/psichiatriche, nutrizionali ecc).

PATOLOGIA

Le neoplasie del distretto testa-collo rappresentano un gruppo molto eterogeneo di patologie che, classicamente, originano dal rivestimento mucoso delle vie aero digestive superiori e dalle ghiandole esocrine di pertinenza (faringe, naso e seni paranasali, cavo orale, laringe, ghiandole salivari).

I fattori di rischio sono riconducibili a particolari abitudini di vita (alimentazione non equilibrata, abitudini alcoliche o tabagiche, particolari attività lavorative), infezioni virali (EBV; HPV), inquinamento, età avanzata, in alcuni casi pregressi trattamenti radioterapici sul distretto Testa-Collo, effettuati per altre indicazioni. I sintomi, che comprendono disfonia (alterazioni della voce), disfagia (difficoltà a deglutire) e dispnea (difficoltà respiratoria) possono insorgere anche e solamente in fase più avanzata di malattia, intersecandosi in vario modo fra loro; ne deriva l'importanza di una diagnosi precoce che possa incidere in maniera positivamente significativa sui risultati globali.

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati più di 9.000 nuovi casi di tumori del distretto Testa-Collo (3% dei tumori). Le terapie oggi disponibili hanno portato la sopravvivenza media dei pazienti a 5 anni dalla prima diagnosi al 57% circa, con tassi di guarigione che vanno dal 75% al 100% per le neoplasie individuate agli stadi iniziali e senza interessamento linfonodale.

Pur non presentando un'incidenza elevata si caratterizzano per peculiarità diagnostiche e terapeutiche specifiche e richiedono, pertanto, un'elevata variabilità nell'approccio diagnostico, terapeutico oltre che nella scelta dei trattamenti e nelle modalità di gestione del paziente.¹ Per quanto riguarda l'ASL di Frosinone, per l'anno 2022, si verifica un'incidenza del 2,3% (57 nuovi casi di tumori Testa-Collo su 2526 nuovi casi di tumori).²

¹ A.I.O.C.C.: <https://www.aiocc.it/tumori-Testa-Collo-cosa-sono/>

² Open Salute Lazio: https://www.opensalutelazio.it/salute/stato_salute.php?stato_salute

DESTINATARI DEL PDTA

I pazienti con neoplasie del distretto testa collo hanno diritto all'esenzione dal ticket per patologia (codice 048).

Sono inclusi in questo PDTA tutti i pazienti residenti sul territorio della ASL di Frosinone con diagnosi di carcinoma di cavo orale, orofaringe, rinofaringe, laringe e ipofaringe, ghiandole salivari e cavità nasali/paranasali, metastasi cervicali da carcinoma primitivo occulto.

L'arruolamento nel PDTA avviene al momento della conferma diagnostica. Il percorso prosegue con la fase terapeutica e con quella di follow-up al fine di garantire al paziente la necessaria continuità di cura.

CRITERI DI ESCLUSIONE E DI USCITA

Sono esclusi tutti i pazienti affetti da melanomi mucosi, sarcomi, linfomi, melanomi cutanei, carcinomi cutanei, mielomi e pazienti under 18.

Tra i criteri di uscita dal percorso è bene indicare le seguenti casistiche:

- "Paziente guarito";
- "Paziente stabilizzato";
- "Uscita volontaria".

FASE DIAGNOSTICA (ORL E MAXILLO-FACCIALE)

La fase diagnostica si caratterizza per differenti tipologie di accesso da parte del paziente tramite:

- Segnalazione del MMG;
- Visita specialistica (diversa da visita ORL);
- Pronto Soccorso (P.S.);
- Ricovero in Reparto di Degenza.

PERCORSO DIAGNOSTICO PER I PAZIENTI PROVENIENTI DA MMG O DA ALTRO MEDICO SPECIALISTA

Il MMG o altro specialista, in presenza di un sospetto di neoplasia del distretto Testa-Collo, invia il paziente alla valutazione specialistica ORL/Maxillo-Facciale con apposita impegnativa in priorità B (entro 10 giorni) per "Prima Visita Otorino" e "Fibrolaringoscopia", specificando tra le note "Presso ambulatorio ORL - Ospedale Spaziani - PDTA Testa-Collo". Il paziente si rivolgerà al CUP che provvederà alla prenotazione della prestazione tramite agenda dedicata.

Presso l'ambulatorio viene effettuata la prima visita ORL/Maxillo-Facciale comprensiva di:

- Ispezione cavo orale, orofaringe, fosse nasali, palpazione del collo, per la ricerca di tumefazioni patologiche e la valutazione delle funzionalità dei nervi cranici III, V, VII, IX, X, XI, XII.
- Fibrolaringoscopia. Tale prestazione viene prescritta dallo specialista ORL/MF specificando tra le note "sospetta neoplasia – PDTA Testa-Collo". Contestualmente, verrà fornita al paziente la data dell'appuntamento presso l'ambulatorio ORL/MF per l'esecuzione della prestazione con fibroscopio flessibile (laringe, ipofaringe) o rigido (fosse nasali e seni paranasali). Sarà cura dello stesso ambulatorio l'interfacciamento con il CUP per la registrazione delle prestazioni.

Si precisa che, nel caso in cui il MMG prescriva un'impegnativa per la sola prestazione di prima visita ORL/Maxillo-Facciale, lo specialista potrà eseguire contestualmente alla visita anche la fibroscopia, registrando successivamente al CUP la prestazione.

Nel caso in cui lo specialista confermi il sospetto diagnostico, provvede ad effettuare la richiesta degli esami radiologici (TC Testa-Collo-torace con mdc/RMN Maxillo Facciale/Collo con mezzo di contrasto) e a programmare la biopsia (agenda interna dedicata). Se l'esame bioptico può essere eseguito ambulatorialmente (per le sedi cavo orale, orofaringe, fosse nasali), viene programmato entro 1 settimana e in tal caso il medico specialista ORL/Maxillo-Facciale rilascia 2 impegnative con "Priorità B" per prelievo bioptico ed esame istologico. Qualora, invece, fosse necessario eseguire l'esame in narcosi, in sala operatoria (per le sedi rinofaringe, laringe, ipofaringe, base lingua in paziente non collaboranti o a rischio emorragico), lo specialista ORL/Maxillo-Facciale inserisce il nominativo del paziente in lista operatoria con "Priorità A". Seguirà una pre-ospedalizzazione entro 7 giorni, in vista dell'intervento che verrà eseguito entro 30 giorni dalla stessa pre-ospedalizzazione.

FASE DIAGNOSTICA PER I PAZIENTI CHE ACCEDONO AL PRONTO SOCCORSO

I pazienti che accedono al PS possono presentare:

- Sintomatologia acuta (emorragia, dispnea) che richiede ricovero di stabilizzazione;
- Sintomatologia che non necessita di ricovero di stabilizzazione.

In caso di sospetto diagnostico, il medico di PS attiva una consulenza ORL/Maxillo-Facciale attraverso il sistema dedicato GIPSE.

Per pazienti che necessitino di ricovero di stabilizzazione, lo specialista ORL/MF che esegue la consulenza, alla conferma del sospetto diagnostico, procede al ricovero diretto presso il Reparto ORL/Maxillo-Facciale dove viene effettuato il trattamento dei sintomi acuti (Tracheotomia/Controllo emorragia). Durante lo stesso ricovero per confermare il sospetto diagnostico, ed eventualmente procedere alla stadiazione clinica, vengono richiesti ed eseguiti gli esami radiologici (TC Testa-Collo-torace con mezzo di contrasto/RMN Maxillo Facciale/Collo con mezzo di contrasto) e viene effettuata una biopsia (in anestesia generale in narcosi o in anestesia locale secondo le sedi).

Per pazienti che, invece, non necessitano di ricovero di stabilizzazione, lo specialista ORL/Maxillo-Facciale effettua la visita completa di fibrolaringoscopia; vengono richiesti ed effettuati, inoltre, gli esami radiologici ed effettuata la biopsia immediata. Nel caso in cui non sia possibile effettuare contestualmente la biopsia, questa potrà essere programmata entro 7 giorni in regime ambulatoriale oppure, se necessario eseguire la prestazione in narcosi, verrà inserito il caso in lista di attesa con priorità A. Il paziente, una volta dimesso dal PS, torna al proprio domicilio in attesa del completamento dell'iter diagnostico e dell'eventuale stadiazione clinica.

CONFERMA DIAGNOSTICA

Una volta che la UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale riceve i referti radiologico ed istologico entro 10 giorni. Un'infermiera referente della UOC ORL Maxillo-Facciale convoca il paziente presso l'ambulatorio dell'Unità Operativa, affinché il medico Specialista ORL/Maxillo-Facciale proceda alla comunicazione dell'esito.

Qualora dalla refertazione degli esami radiologici e dell'esame istologico non venisse confermato il sospetto, il paziente viene indirizzato verso altro idoneo percorso.

Qualora sia stata confermata la diagnosi, lo specialista ne dà comunicazione al paziente informandolo sull'esistenza del PDTA. In caso di adesione, verrà richiesto al paziente la sottoscrizione del Consenso Informato (cfr. Appendice). Lo specialista può richiedere una valutazione psichiatrica per il paziente, con impegnativa prioritaria di tipo B (da eseguire entro 10 giorni), riportante la dicitura 'Prima Visita Psichiatrica - PDTA Testa Collo'. La visita dovrà svolgersi presso il Poliambulatorio di Psichiatria, situato nel distretto sanitario B della ASL di Frosinone. La visita psichiatrica si svolge tramite un colloquio atto a valutare il distress dei pazienti con diagnosi oncologica, il suo impatto a seguito di un eventuale trattamento, ed eventualmente la necessità di un trattamento psicologico o psicofarmacologico di supporto.

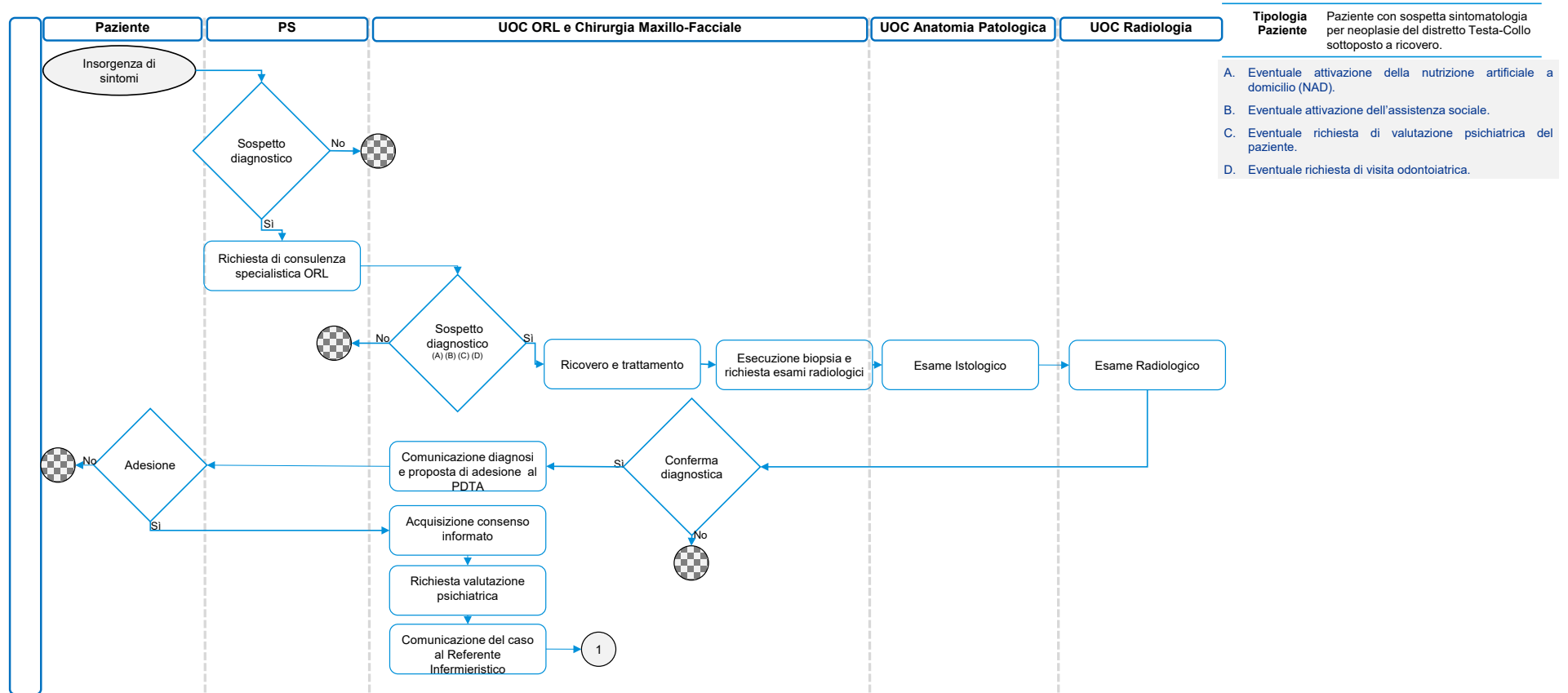
Dall'inserimento del paziente nel PDTA, lo specialista ORL/Maxillo-Facciale segnala il caso al GOM per la discussione e la conseguente definizione della strategia terapeutica in base alla stadiazione clinica.

SERVIZI AUSILIARI

Nel corso della presa in carico del paziente, già dalla fase del sospetto diagnostico, possono essere attivati i servizi di supporto (cfr. Appendice) per:

- Valutazione odontoiatrica (bonifica del cavo orale);
- Valutazione nutrizionale per pazienti fragili e/o malnutriti (NAD);
- Valutazione sociale.

Diagnosi pazienti con sospetta sintomatologia e da PS, con ricovero



- Tipologia Paziente** Paziente con sospetta sintomatologia per neoplasie del distretto Testa-Collo sottoposto a ricovero.
- A. Eventuale attivazione della nutrizione artificiale a domicilio (NAD).
 - B. Eventuale attivazione dell'assistenza sociale.
 - C. Eventuale richiesta di valutazione psichiatrica del paziente.
 - D. Eventuale richiesta di visita odontoiatrica.

Figura 1: Flowchart del percorso di diagnosi per paziente con sospetta sintomatologia per neoplasie del distretto Testa-Collo sottoposto a ricovero.

Diagnosi pazienti con sospetta sintomatologia e da PS

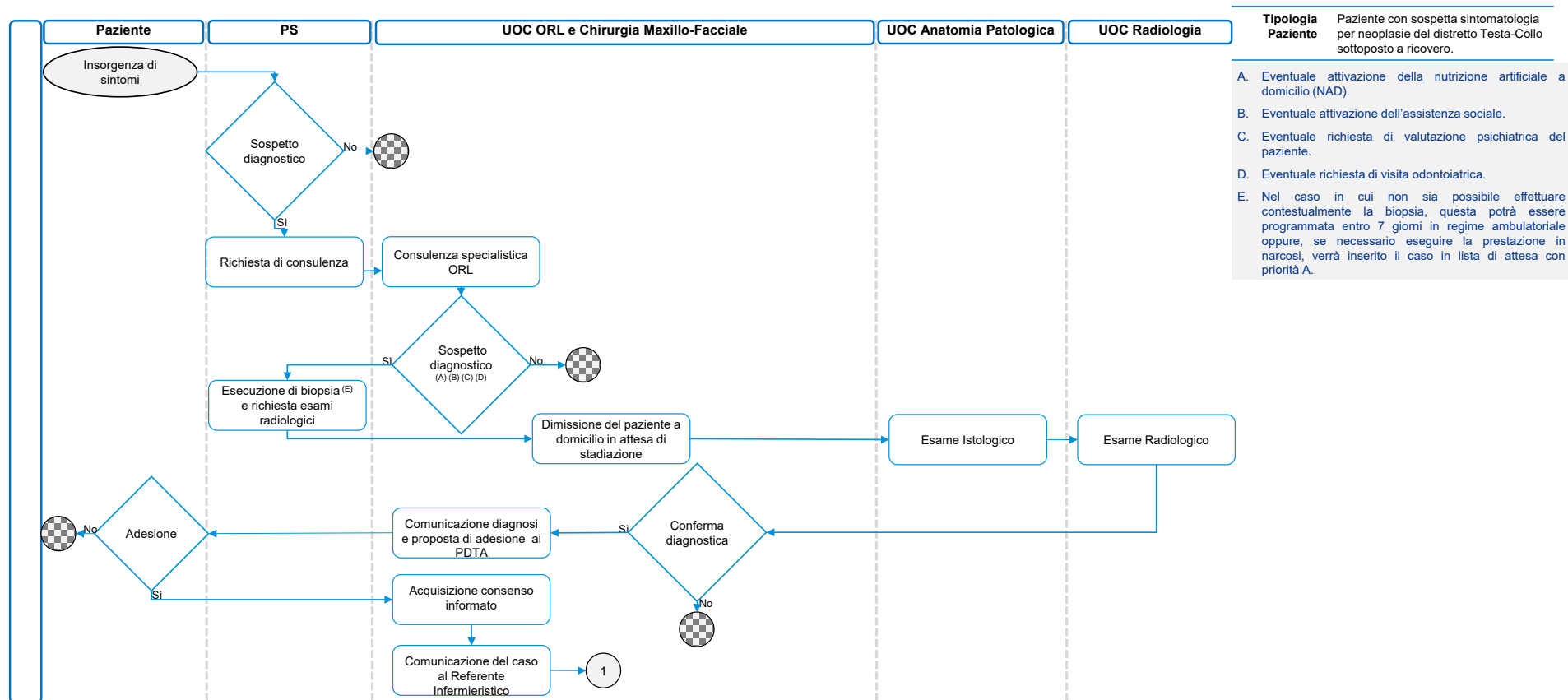


Figura 2: Flowchart del percorso di diagnosi per paziente con sospetta sintomatologia per neoplasie del distretto Testa-Collo e con accesso in PS.

Diagnosi pazienti con sospetta sintomatologia inviati da MMG/Specialista

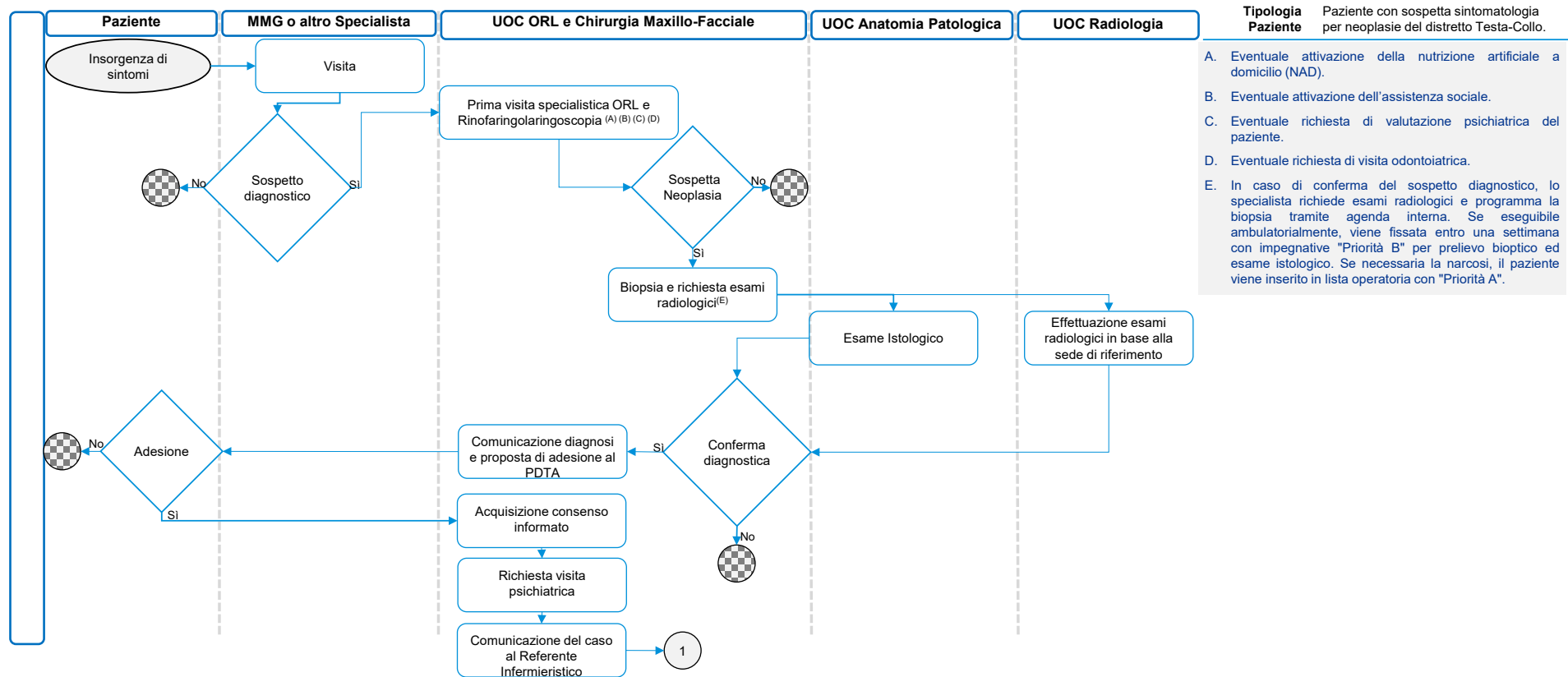


Figura 3: Flowchart del percorso di diagnosi paziente con sospetta sintomatologia per neoplasie del distretto Testa-Collo inviati da MMG/Specialista.

SCelta TERapeutica

La stadiazione clinica si avvale di:

- esame obiettivo ORL completo di Fibrolaringoscopia;
- esami radiologici;
- esame istologico (ottenuto con biopsia ambulatoriale o in narcosi in regime di Day Surgery).

Una volta ottenuta una stadiazione clinica completa del tumore primitivo e di eventuali metastasi linfonodali o a distanza (cTNM) si riunisce il GOM (costituito da chirurgo ORL/Maxillo-Facciale, oncologo, radiologo, radioterapista e anatomo-patologo, altri specialisti eventualmente ritenuti necessari) al termine del quale viene redatto un verbale con la scelta terapeutica che può essere:

- Conservativa, CT+/-RT – in questo caso il pz entro una settimana farà la prima visita oncologica e la prima visita radioterapica, per valutare eventuali comorbidità che potrebbero controindicare i trattamenti;
- Chirurgica, in questo caso il paziente è inserito in lista con priorità A, pre-ospedalizzato entro una settimana e trattato chirurgicamente nella prima lista disponibile.

La stadiazione patologica ha, invece, lo scopo di valutare l'estensione del tumore e la prognosi del paziente. Comunemente viene utilizzato il sistema TNM che classifica il tumore in base alla combinazione delle categorie T (dimensioni ed invasione dei tessuti circostanti), N (interessamento linfonodale), M (presenza di metastasi o diffusione del tumore ad altro/i organo/i).

Dopo la valutazione GOM, l'infermiera referente della UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale convoca il paziente affinché lo specialista possa comunicargli la strategia terapeutica proposta.

Prima di iniziare il trattamento sia chirurgico che conservativo sarà necessaria una valutazione del Nutrizionista Clinico per eventuale nutrizione di supporto (cfr. Appendice).

La tabella seguente ha il solo scopo di fornire informazioni generali ed una visione di insieme sulla stadiazione dei tumori della testa e del collo:

Stadio	Dimensione
Stadio I	Dimensione del tumore e grado di infiltrazione: tumore di diametro ≤2 cm senza infiltrazione dei tessuti adiacenti.
	Linfonodi interessati:no.
	Organi distanti interessati:no.
Stadio II	Dimensioni del tumore e grado di infiltrazione: tumore di diametro >2 cm, ma ≤4 cm, o che ha già infiltrato tessuti vicini.
	Linfonodi interessati:no.
	Organi distanti interessati:no.
Stadio III	Dimensioni del tumore e grado di infiltrazione: tumore di diametro >4 cm, ma ≤4 cm, o che ha già infiltrato tessuti vicini. OPPURE
	Linfonodi interessati:sì e presenza di una lesione con diametro non superiore a 3 cm.
	Organi distanti interessati:no.
Stadio IVA	Dimensione del tumore e grado di infiltrazione: tumore con qualsiasi diametro e qualsiasi grado di infiltrazione.
	Linfonodi interessati:sì e presenza di una lesione con diametro tra 3 e 6 cm.
	Organi distanti interessati:no.
Stadio IVB	Dimensione del tumore e grado di infiltrazione: il tumore invade l'area del collo posta frontalmente alla colonna vertebrale, la carotide o strutture situate nel mediastino (lo spazio centrale della cavità toracica compreso tra i due polmoni) come la trachea e l'esofago. OPPURE
	Linfonodi interessati:sì e presenza di una lesione con diametro >6 cm.
	Organi distanti interessati:no.
Stadio IVC	A prescindere dalle dimensioni del tumore primario e dei linfonodi interessati, a condizione che ve ne siano, la malattia si è estesa a un organo distante (metastasi).

Tabella 3: Guide ESMO/ACF per il paziente basate sulle Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO (European Society for Medical Oncology).

Il tipo di trattamento varia in base a diverse determinanti (stadio di malattia, caratteristiche del tumore, rischi e benefici per il paziente) ed è sempre frutto di una valutazione multidimensionale presa in ambito GOM, in accordo alle raccomandazioni delle principali linee guida di riferimento.

EARLY STAGE

Per i tumori *Early Stage*³ in cui il paziente è candidato a trattamento radicale, la strategia terapeutica può prevedere diverse opzioni: una chirurgia conservativa, un trattamento radioterapico esclusivo o la radiochemioterapia.

LOCALLY ADVANCED

Nella malattia localmente avanzata le opzioni standard di trattamento sono: la chirurgia seguita da radioterapia o radio-chemioterapia adiuvante oppure un trattamento radio-chemioterapico concomitante. Quest'ultimo potrà essere eventualmente seguito da una chemioterapia adiuvante (per particolari sottosedì come la rinofaringe, in base alla valutazione del rischio di ripresa e progressione di malattia) o preceduto da una chemioterapia di induzione (in particolari sottosedì come l'ipofaringe o la laringe) nei casi in cui sia ritenuto opportuno, in base alla valutazione multidisciplinare dei rischi e benefici individuali, proporre una strategia terapeutica volta alla conservazione d'organo. Una peculiarità di queste neoplasie è la presenza di metastasi linfonodali da carcinoma primitivo ignoto che richiedono un trattamento analogo a quello della neoplasia primitiva.

MALATTIA RICORRENTE O METASTATICA

Circa il 50% dei pazienti con malattia localmente avanzata, dopo il trattamento iniziale, andrà incontro ad una recidiva con possibile comparsa di metastasi a distanza e/o di recidiva locale o loco regionale.

In casi altamente selezionati, questa tipologia di pazienti può giovare ancora di una chirurgia di salvataggio o di una re-irradiazione ad intento curativo.

Tuttavia, nei casi in cui tale approccio venga escluso, il percorso terapeutico dei pazienti con malattia ricorrente sarà assimilabile a quello del paziente con diagnosi di malattia metastatica a distanza.

Nella malattia ricorrente non più suscettibile di trattamento loco-regionale o metastatica a distanza la terapia medica sistemica è invece prioritaria ed indicata allo scopo di migliorare la sopravvivenza e garantire una migliore qualità di vita. I trattamenti locali potranno trovare spazio in tale contesto solo con finalità palliativa dei sintomi.

Nelle fasi più avanzate della malattia, qualora non vi sia più indicazione a trattamenti medici sistemici, si provvederà alla richiesta di attivazione di una assistenza continuativa di Cure Palliative a domicilio o in struttura Residenziale Hospice.

In ogni caso, la proposta terapeutica verrà elaborata in accordo con le linee guida ed in sede di riunione multidisciplinare GOM.

³ Amin, M. B., Greene, F. L., Edge, S. B., Compton, C. C., Gershewald, J. E., Brookland, R. K., Meyer, L., Gress, D. M., Byrd, D. R., & Winchester, D. P. (2017). *The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging*. CA Cancer J Clin, Vol.67, pp.93-99.

Stadiazione e strategia terapeutica

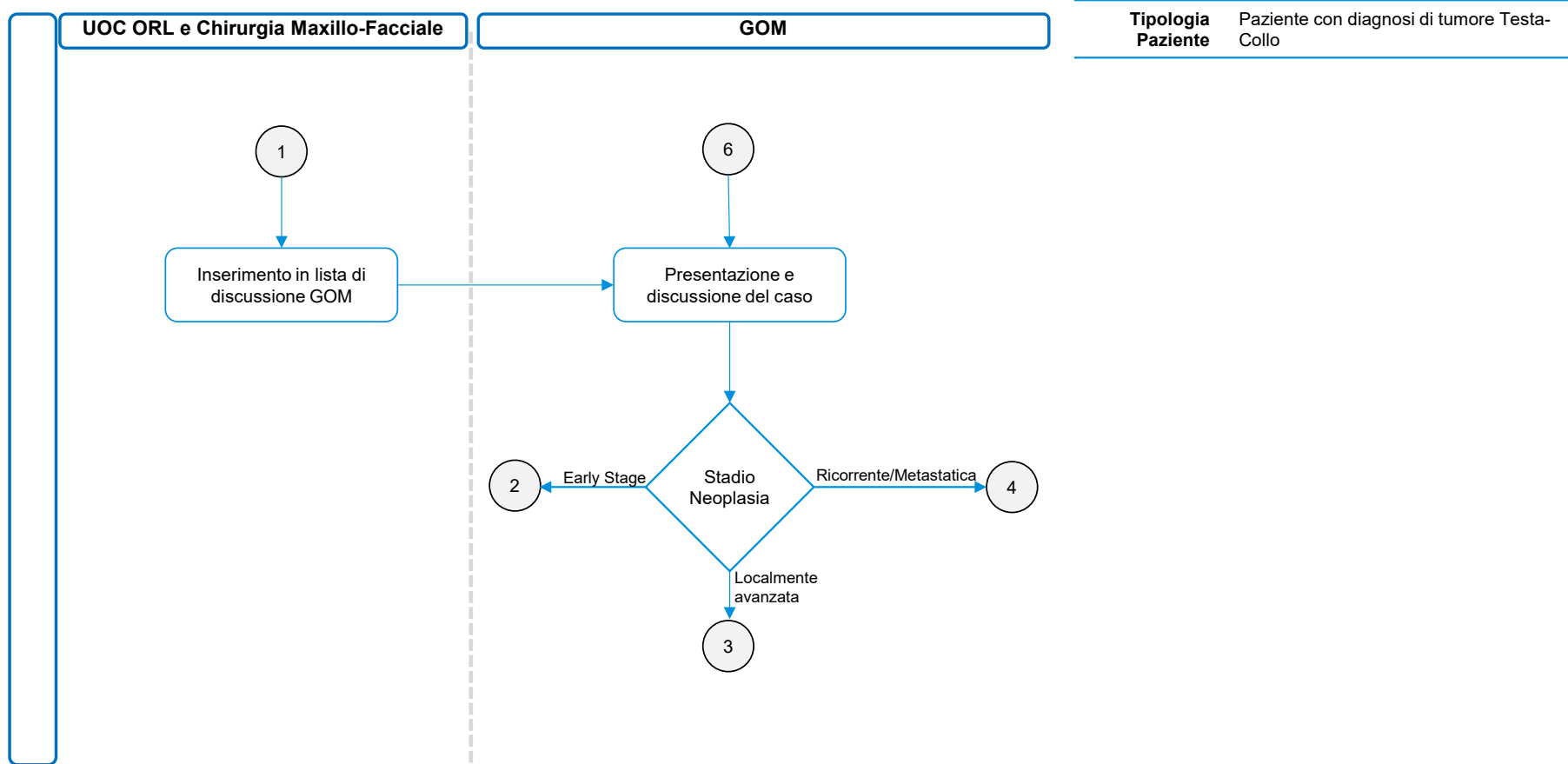


Figura 4: Flowchart del percorso di stadiazione e strategia terapeutica per paziente con diagnosi di tumore del distretto Testa-Collo.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Il trattamento chirurgico è effettuato dall'UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale è previsto, ove necessario, per i pazienti con tumori del distretto Testa-Collo in fasi early stage, locally advanced e, in casi selezionati, anche nel setting metastatico.

Le tecniche chirurgiche adottate sono estremamente variabili e determinate dallo stadio e dalla sede di malattia, comprendendo la patologia oncologica testa-collo sei principali sottosedì: laringe, cavo orale, orofaringe, fosse nasali, rinofaringe, ghiandole salivari maggiori, ciascuna con caratteristiche anatomico-funzionali a sé stanti.

In particolare, nelle neoplasie *early stage* di alcune sottosedì quali laringe e cavo orale si utilizza principalmente la chirurgia laser.

Nelle neoplasie localmente avanzate di laringe, cavo orale, ghiandole salivari maggiori è indicata la chirurgia open (Laringectomia totale o ricostruttiva, Glossectomia parziale o totale, Scialoadenectomia parziale o totale, per citare le tecniche più frequenti).

Nelle neoplasie delle fosse nasali e seni paranasali può essere adottata la tecnica di chirurgia endoscopica.

Il trattamento chirurgico del tumore primitivo è di regola accompagnato dalla chirurgia sui linfonodi tributari con dissezione del collo radicale o selettiva, mono o bilaterale secondo sede e stadio di malattia.

Nella malattia ricorrente/metastatica la chirurgia è riservata a casi selezionati a scopo palliativo.

La regola fondamentale della chirurgia oncologica è l'asportazione del tumore con margini di resezione in tessuto sano e a un'adeguata distanza dal limite macroscopico della malattia.

In relazione alla ricaduta estetico-funzionale che frequentemente hanno gli interventi chirurgici nel distretto testa-collo, la fase ricostruttiva/riabilitativa dell'intervento riveste un'importanza comparabile a quella demolitiva.

Gli obiettivi da perseguire devono essere la riabilitazione della funzione e la restituzione di un profilo morfologico ed estetico accettabile.

Varie opzioni ricostruttive sono disponibili, di differente complessità e con diverse indicazioni: protesi otturatorie o fonatorie, lembi pedunculati (deltopettorale, di muscolo temporale, gran pettorale, gran dorsale, ecc.) e rivascularizzati (osteo-mio-fasciocutanei secondo le esigenze [fibula, scapola, anterolaterale di coscia, radiale, gran dorsale, retto dell'addome, cresta iliaca ecc.]). La scelta tra di esse deve rappresentare il compromesso ottimale tra riabilitazione estetico-funzionale e complessità chirurgica, valutando sempre con attenzione le condizioni cliniche, le aspettative e le motivazioni del paziente stesso.

In alcuni casi (sedi trans-etmoidale, trans-basale, base cranica anteriore), la chirurgia richiede un approccio combinato della UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale e della UOC Neurochirurgia.

In questi casi la UOC Neurochirurgia riceve una segnalazione da parte della UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale tramite richiesta di consulenza all'indirizzo e-mail consulenze.neurochirurgia.hfr@aslfrosinone.it con la specifica "Come da PDTA regionale Tumori

Area Testa Collo". È cura del medico di guardia rispondere a suddetta richiesta di consulenza. Tale risposta viene fornita entro 24 ore con la programmazione di una data di appuntamento per la visita stessa del paziente entro e non oltre 5-7 gg. Nell'ambito della visita preoperatoria sono impostate le terapie antiedemigene e antibiotiche del caso. Viene inoltre informato il paziente circa le indicazioni chirurgiche riguardanti la patologia di cui è affetto. Inoltre, sono richieste ed eseguite le indagini radiologiche di TC ed RM encefalo con MDC in ambito ambulatoriale e programmato il ricovero in accordo con la UOC di ORL/MF.

Qualora il paziente necessiti di un ricovero in tempi brevi, lo specialista ORL Maxillo Facciale, previo accordo con la UOC Neurochirurgia, inserisce il paziente in lista di attesa con "Priorità A", cui seguirà una pre-ospedalizzazione entro 7gg e l'intervento entro 30 gg da quest'ultima.

Al termine dell'intervento chirurgico (eseguito in modo combinato o meno) il pezzo operatorio, orientato e con refertazione dei margini di resezione viene inviato direttamente dalla sala operatoria alla UOC Anatomia Patologica per l'effettuazione dell'esame istologico definitivo.

Quest'ultimo consente una corretta stadiazione patologica utile alla ridiscussione del caso in ambito GOM, per la definizione dell'iter successivo che può essere:

- Invio a follow-up;
- Trattamento adiuvante. In tal caso, l'iter prosegue con l'attivazione e la programmazione di una "Prima visita oncologica" ed una "Prima visita radioterapica" (con appuntamento preso in corso di discussione GOM entro 7-10 giorni) al fine di consentire la presa in carico oncologica/radioterapica e la prosecuzione dell'iter terapeutico.

Nella fase post-operatoria viene eseguita una TC encefalo/collo entro 24 ore dall'esecuzione dell'intervento, eventualmente con utilizzo del mdc se ritenuto necessario.

Viene inoltre programmata l'esecuzione di una RM encefalo/collo con mdc a 25 giorni e non oltre 29 giorni dall'intervento chirurgico in regime di dimissione protetta.

Durante il ricovero vengono richiesti e programmati i controlli oncologici e/o radioterapici da eseguire in regime di dimissione protetta. Inoltre, vengono pianificati i controlli ambulatoriali post-operatori specifici, come le medicazioni e le visite di controllo in ambito di neurochirurgia oncologica o otorinolaringoiatria/maxillo-facciale. Al paziente vengono inoltre fornite le prescrizioni necessarie, inclusi eventuali trattamenti farmacologici domiciliari, se ritenuti opportuni. Nel caso di intervento combinato i controlli ambulatoriali neurochirurgici vengono eseguiti, per quanto concerne la medicazione e il controllo della ferita chirurgica, presso l'ambulatorio delle medicazioni della neurochirurgia dell'Area Testa-Collo, dopo circa 15 gg dall'intervento stesso e in regime di dimissione protetta.

I controlli di follow-up dopo una neurochirurgia oncologica vengono programmati ed effettuati presso l'Ambulatorio di Neurochirurgia Oncologica a circa 3 mesi dall'intervento Neurochirurgico. Nell'ambito di ciascuna visita, viene programmato il successivo controllo qualora fosse ritenuto necessario.

RADIOTERAPIA

Il trattamento radioterapico è effettuato dall'UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale ed è previsto, ove necessario, per i pazienti con tumori del distretto Testa-Collo in fasi *early stage*, *locally advanced* e, in casi selezionati, anche nel setting metastatico.

In sede di GOM, stabilita l'indicazione al trattamento radioterapico, viene programmata su agenda interna una "Prima visita radioterapica" entro 7-10 giorni presso l'Ambulatorio di Radioterapia.

Nel corso della prima visita radioterapica, il paziente esegue una valutazione clinica e riceve le informazioni circa le finalità del trattamento (con gli eventuali effetti collaterali della terapia). In seguito, al paziente viene dato appuntamento per l'effettuazione di una TC di simulazione entro 15 giorni. Dopo aver preparato un piano di cura personalizzato, il paziente viene convocato entro 10 giorni dalla UOC di Radioterapia per l'inizio del trattamento.

Qualora fosse necessaria l'esecuzione di un trattamento chemioterapico concomitante, l'inizio del ciclo di radioterapia viene concordato con l'oncologo in modo che possa essere programmata anche la somministrazione di chemioterapia. Di norma, al termine del trattamento combinato radiochemioterapico si programma una ri-stadiazione dopo circa 45-60 gg. Questi controlli vengono programmati a cura dell'oncologo.

TRATTAMENTO MEDICO SISTEMICO

Il trattamento medico sistemico (sia esso chemioterapia e/o immunoterapia) prevede una prima visita oncologica (comunicata al paziente da parte di un referente infermieristico) entro 7-10 giorni dalla riunione GOM presso gli ambulatori oncologici (Ospedale Fabrizio Spaziani di Frosinone, Ospedale SS Trinità di Sora, Ospedale Santa Scolastica di Cassino). Durante la visita verrà effettuata la valutazione clinica oncologica, verranno spiegate le finalità, benefici attesi e potenziali rischi del trattamento farmacologico proposto. Potranno essere richiesti ulteriori esami di laboratorio, strumentali e consulenze specialistiche ritenuti necessari prima dell'avvio del trattamento sistemico e fornito appuntamento entro 30 giorni dalla valutazione multidisciplinare GOM, da parte della UOC Oncologia, per l'inizio della terapia.

Il paziente può essere candidato a:

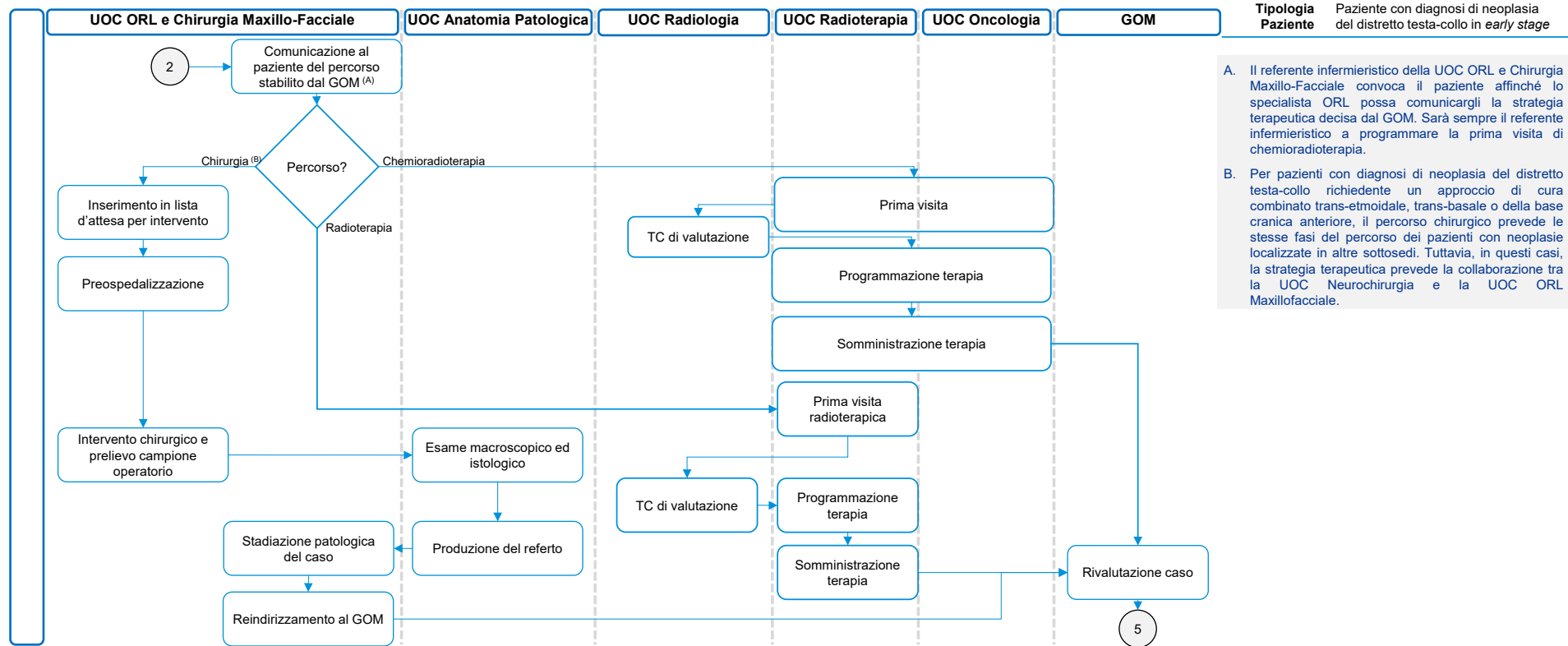
- Terapia sistemica (chemioterapia) che può essere erogata sia in regime ambulatoriale (se associata ad immunoterapia), sia in regime ospedaliero (Day Hospital o ricovero ordinario per la chemioterapia senza immunoterapia). In ogni caso viene programmata e somministrata la terapia, al termine della quale il caso verrà ridiscusso in ambito GOM;
- Trattamenti palliativi locoregionali (radioterapia o chirurgia in casi selezionati).

Laddove fosse necessaria una concomitante terapia chemio-radio, il paziente viene inviato a prima visita radioterapica, a cura dell'oncologo che concorderà con il radioterapista la somministrazione della chemioradioterapia. Al termine del ciclo, il caso viene discusso nuovamente in ambito GOM.

In entrambe i casi, il GOM potrà attivare le cure palliative in hospice, laddove necessario.

Per le neoplasie metastatiche è indicata la terapia chirurgica in casi ben selezionati e con finalità esclusivamente palliative.

Trattamento per tumori early-stage



Tipologia Paziente Paziente con diagnosi di neoplasia del distretto testa-collo in *early stage*

- A. Il referente infermieristico della UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale convoca il paziente affinché lo specialista ORL possa comunicargli la strategia terapeutica decisa dal GOM. Sarà sempre il referente infermieristico a programmare la prima visita di chemioradioterapia.
- B. Per pazienti con diagnosi di neoplasia del distretto testa-collo richiedente un approccio di cura combinato trans-etmoidale, trans-basale o della base cranica anteriore, il percorso chirurgico prevede le stesse fasi del percorso dei pazienti con neoplasie localizzate in altre sottosedi. Tuttavia, in questi casi, la strategia terapeutica prevede la collaborazione tra la UOC Neurochirurgia e la UOC ORL Maxillofacciale.

Figura 5: Flowchart del percorso terapeutico per pazienti con neoplasia del distretto Testa-Collo in fase *early stage*.

Trattamento per tumori localmente avanzati, terapia di induzione

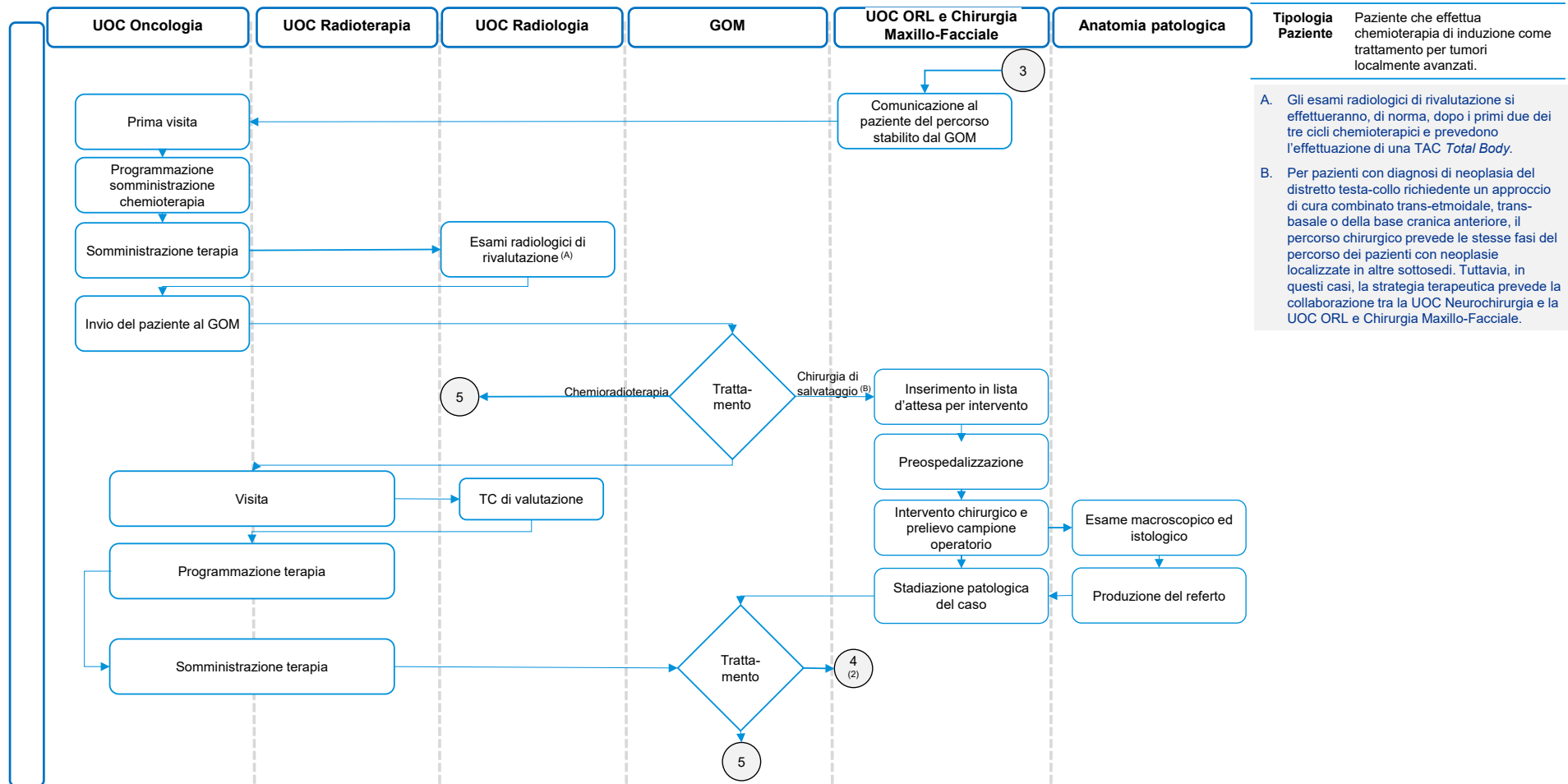
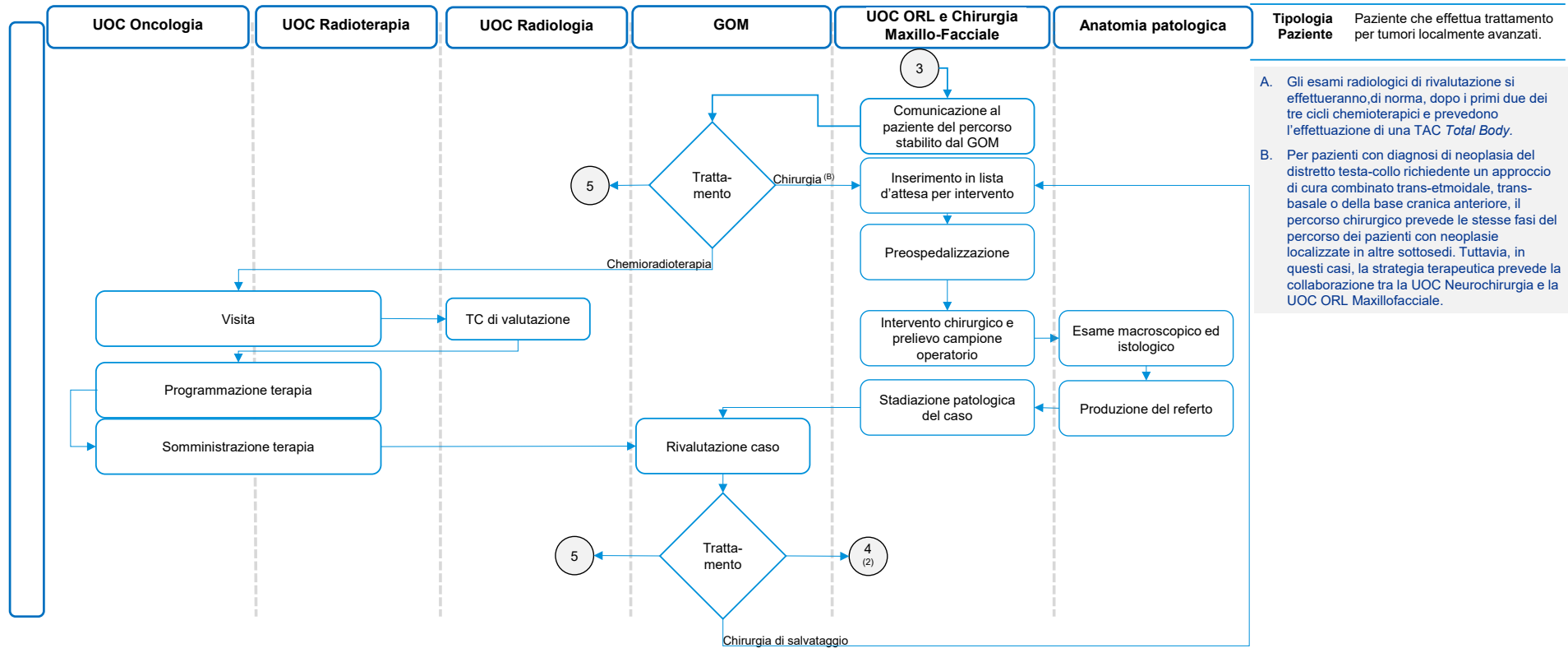


Figura 6: Flowchart del percorso terapeutico per pazienti con neoplasia del distretto Testa-Collo in fase *locally advanced* (terapia di induzione).

Trattamento per tumori localmente avanzati



Tipologia Paziente Paziente che effettua trattamento per tumori localmente avanzati.

A. Gli esami radiologici di rivalutazione si effettueranno, di norma, dopo i primi due dei tre cicli chemioterapici e prevedono l'effettuazione di una TAC *Total Body*.

B. Per pazienti con diagnosi di neoplasia del distretto testa-collo richiedente un approccio di cura combinato trans-etroidale, trans-basale o della base cranica anteriore, il percorso chirurgico prevede le stesse fasi del percorso dei pazienti con neoplasie localizzate in altre sottosezioni. Tuttavia, in questi casi, la strategia terapeutica prevede la collaborazione tra la UOC Neurochirurgia e la UOC ORL Maxillofacciale.

Figura 7: Flowchart del percorso terapeutico per pazienti con neoplasia del distretto Testa-Collo in fase locally advanced.

Trattamento per neoplasia ricorrente

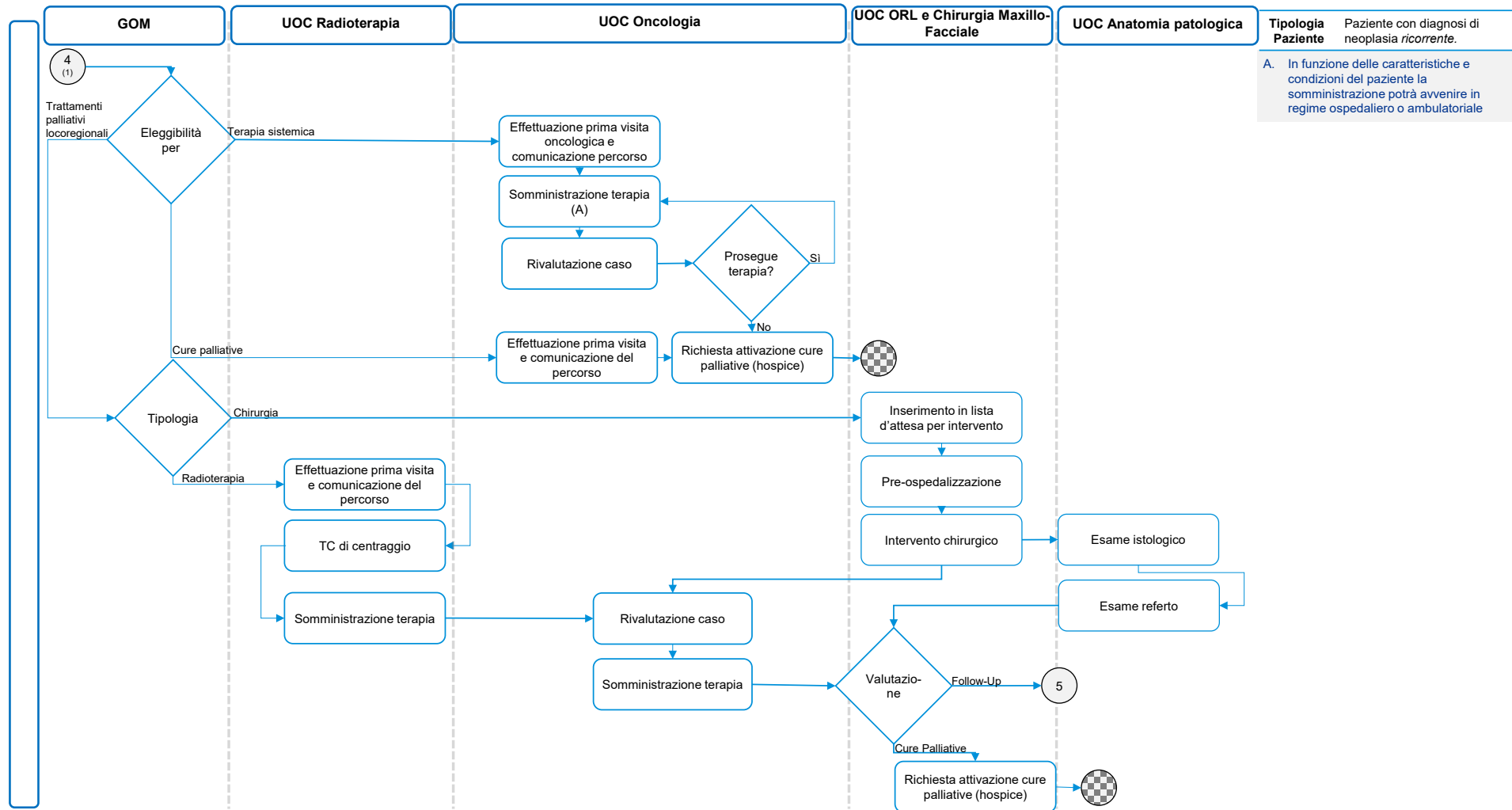
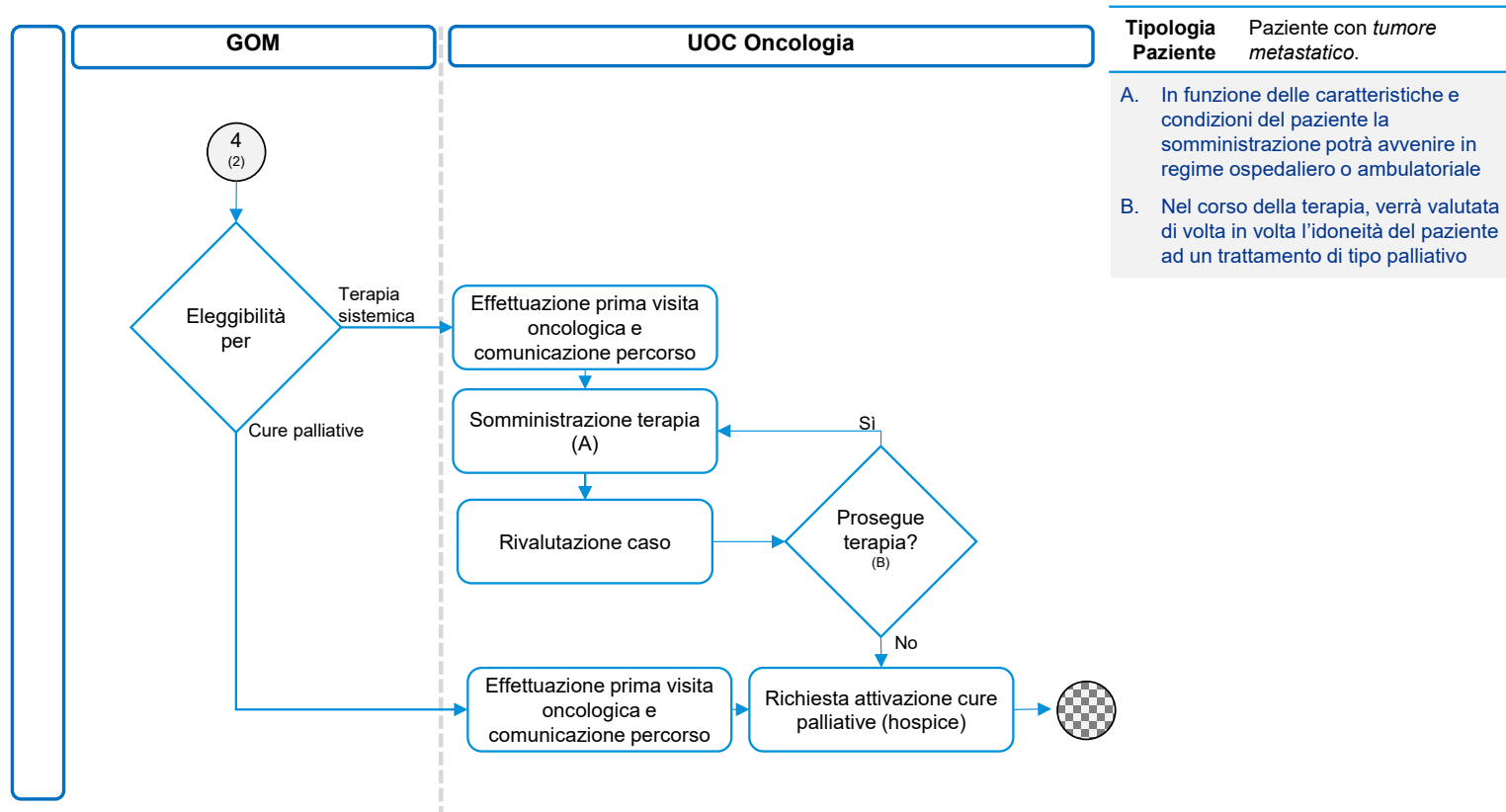


Figura 8: Flowchart del percorso terapeutico per pazienti con diagnosi di tumori del distretto Testa Collo di tipo ricorrente.

Trattamento per malattia metastatica



Tipologia Paziente Paziente con *tumore metastatico*.

A. In funzione delle caratteristiche e condizioni del paziente la somministrazione potrà avvenire in regime ospedaliero o ambulatoriale

B. Nel corso della terapia, verrà valutata di volta in volta l' idoneità del paziente ad un trattamento di tipo palliativo

Figura 9: Flowchart del percorso terapeutico per pazienti con diagnosi di tumori metastatici del distretto Testa-Collo di tipo metastatico.

FOLLOW-UP

Si definisce follow-up tutta la fase che fa seguito al termine dei trattamenti. Inizia, in un primo periodo, con il monitoraggio delle eventuali tossicità sub-acute dei trattamenti effettuati, in un secondo momento di valutazione della risposta ai trattamenti effettuati e in un periodo successivo durante il quale è necessario monitorare i sintomi, valutare il recupero funzionale e identificare precocemente una eventuale ripresa di malattia.

La pianificazione del follow-up dovrebbe essere personalizzata secondo:

- Le caratteristiche del singolo individuo;
- La sottosede di malattia;
- Le possibilità terapeutiche residue in caso di ripresa di malattia.

Infatti, lo scopo del percorso di follow-up potrebbe variare a seconda del tipo di cura già effettuata, della finalità e delle tossicità attese da un eventuale ulteriore trattamento, in rapporto alla terapia eseguita e alle condizioni generali del paziente.

La pianificazione, pertanto, viene sempre effettuata in ambito collegiale multidisciplinare (GOM) e programmata dalle singole unità operative interessate.

Il follow-up, di norma, prevede:

- Visita specialistica di controllo ORL;
- Visita specialistica oncologica. e prescrizione esami radiologici.

Il medico specialista che prende in carico il paziente nelle visite di follow-up lo indirizzerà al servizio RECUP per accedere alle prestazioni, laddove ritenute utili, di PET e/o RMN disponibili sul territorio.

A seguito dell'esecuzione degli esami radiologici da parte del paziente, lo specialista oncologo valuterà la presenza di un sospetto di recidiva del tumore. In caso di sospetto recidiva, verrà effettuata una biopsia e, qualora il sospetto fosse confermato, si procederà ad una nuova discussione al GOM per la definizione di una nuova strategia terapeutica. In assenza di sospetto, il paziente continuerà regolarmente il percorso di monitoraggio previsto.

Si rimanda alla sezione Appendice per una descrizione dettagliata degli esami e delle tempistiche che caratterizzano il percorso di follow-up per singole sotto sedi di neoplasia.

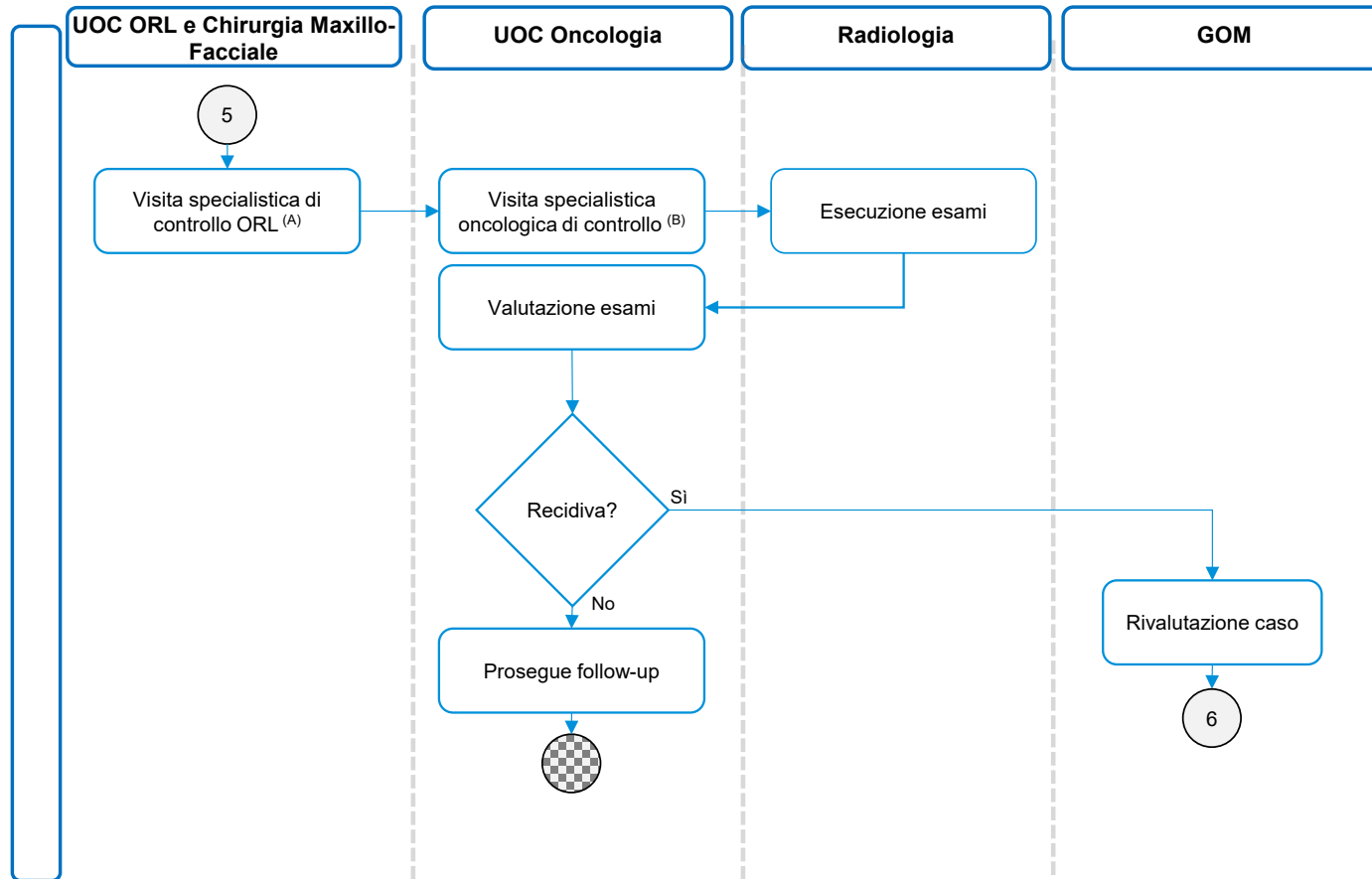
Alcuni punti fermi relativi al percorso di follow-up sono i seguenti:

- Occorre valutare le tossicità acute e subacute delle terapie in modo stretto nelle prime settimane dopo il termine della radio(chemio)terapia, per almeno un mese o fino a regressione delle tossicità acute a grado <2;

La valutazione autonoma dei sintomi da parte del paziente può fornire indicazioni sugli effetti a lungo termine, permettendo di anticipare interventi riabilitativi. Occorre programmare periodicamente una valutazione degli effetti collaterali dei trattamenti attraverso i seguenti esami:

- Studio della funzionalità tiroidea (TSH) in pazienti irradiati al collo o della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisario in irradiazioni della base cranica;
- Valutazione della disfagia con esame FEES o RX dinamico della deglutizione;
- Esame audiometrico in pazienti che presentino sintomatologia ipoacusica da terapie;
- Studio ecodoppler dei vasi del collo in pazienti a rischio per stenosi carotidea sottoposti a irradiazione

Follow-up



Tipologia Paziente	Paziente inviato a follow-up
A.	In presenza di sospetto recidiva, viene effettuata una biopsia durante la visita ORL ed eventuale ridiscussione al GOM, se il sospetto è confermato.
B.	Per il paziente che ha terminato il trattamento combinato radiochemioterapico si programma una ri-stadiazione dopo circa 45-60 gg

Figura 10:Flowchart percorso di follow-up per pazienti con diagnosi di tumore del distretto Testa-Collo.

INDICATORI DEL PDTA TESTA-COLLO

INDICATORI DI PROCESSO

Fase	Indicatore	Descrizione	Numeratore	Denominatore
Diagnosi	Pazienti con diagnosi di tumore testa-collo trasferiti in ospedale da PS	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo che hanno accesso in PS
	Pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale trasferiti in ospedale da PS	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di accesso in PS
	Pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe trasferiti in ospedale da PS	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ricovero in PS
	Pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali trasferiti in ospedale da PS	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ricovero in PS
	Pazienti con diagnosi di tumore della laringe trasferiti in ospedale da PS	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore della laringe trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore della laringe trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ricovero in PS
	Pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari trasferiti in ospedale da PS	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ricovero in PS
	Pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe trasferiti in ospedale da PS	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ingresso in PS	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo trasferiti in strutture ospedaliere a seguito di ricovero in PS
Diagnosi/Trattamento/ Follow-Up	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumore testa-collo	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumori del distretto testa-collo	Numero di TAC erogate a pazienti con tumori del distretto testa-collo	Numero di TAC erogate a pazienti con diagnosi legate alla branca "Oncologia"
	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale	Percentuale di TAC erogate a pazienti con tumore del cavo orale	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo
	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Percentuale di TAC erogate a pazienti con tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo
	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali	Percentuale di TAC erogate a pazienti con tumore dei seni paranasali	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo
	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumore della laringe	Percentuale di TAC erogate a pazienti con tumore della laringe	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore della laringe	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo
	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari	Percentuale di TAC erogate a pazienti con tumore delle ghiandole salivari	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo
	Percentuale di TAC erogate a pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe	Percentuale di TAC erogate a pazienti con tumore della rinofaringe	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe	Numero di TAC afferenti al distretto testa-collo erogate a pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo

Fase	Indicatore	Descrizione	Numeratore	Denominatore	Fonte
Trattamento	Intervento chirurgico per TM cavo orale: volume di ricoveri	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore del cavo orale	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore del cavo orale, in un anno		PNE 2023
Trattamento	Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore dei seni paranasali	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore dei seni paranasali, in un anno		PNE 2023
Trattamento	Intervento chirurgico per TM orofaringe/ipofaringe: volume di ricoveri	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore dell'orofaringe/ipofaringe, in un anno		
Trattamento	Intervento chirurgico per TM della laringe: volume di ricoveri	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore della laringe	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore della laringe, in un anno		
Trattamento	Intervento chirurgico per TM delle ghiandole salivari: volume di ricoveri	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore delle ghiandole salivari	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore delle ghiandole salivari, in un anno		
Trattamento	Intervento chirurgico per TM rinofaringe: volume di ricoveri	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore della rinofaringe	Numero di ricoveri per interventi chirurgici per pazienti con tumore della rinofaringe, in un anno		
Trattamento	Pazienti con diagnosi di tumore testa-collo avviati a chirurgia	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo avviati a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo per i quali è stata indicata la chirurgia come strategia terapeutica	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo indirizzati a trattamento di chemioterapia, radioterapia, chirurgia, cure palliative come strategia terapeutica	
Trattamento	Pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale avviati a chirurgia	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a chirurgia	
Trattamento	Pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe avviati a chirurgia	Percentuali di pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a chirurgia	
Trattamento	Pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali avviati a chirurgia	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a chirurgia	
Trattamento	Pazienti con diagnosi di tumore della laringe avviati a chirurgia	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore della laringe sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore della laringe sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a chirurgia	
Trattamento	Pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari avviati a chirurgia	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a chirurgia	
Trattamento	Pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe avviati a chirurgia	Percentuale di pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe sottoposti a chirurgia	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a chirurgia	
Trattamento	Biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore testa-collo	Percentuale di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore testa-collo	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore	
Trattamento	Biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale	Percentuale di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a biopsia	
Trattamento	Biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe	Percentuale di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a biopsia	
Trattamento	Biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali	Percentuale di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a biopsia	
Trattamento	Biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore della laringe	Percentuale di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore della laringe	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore della laringe	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a biopsia	
Trattamento	Biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari	Percentuale di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a biopsia	
Trattamento	Biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe	Percentuale di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe	Numero di biopsie erogate a pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe	Numero di pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo sottoposti a biopsia	

INDICATORI DI ESITO

Indicatore	Descrizione	Numeratore	Denominatore
Sopravvivenza a 5 anni post trattamento chirurgico per pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo	Percentuale di pazienti con sopravvivenza a 5 anni dalla data del primo intervento per tumore del distretto testa-collo	Numero di pazienti con tumore del distretto testa-collo sopravvissuti a 5 anni dall'intervento, in un anno di riferimento	Numero totale di pazienti operati per tumore del distretto testa-collo nell'anno di riferimento
Sopravvivenza a 5 anni post trattamento chirurgico per pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale	Percentuale di pazienti con sopravvivenza a 5 anni dalla data del primo intervento per tumore del cavo orale	Numero di pazienti con tumore del cavo orale sopravvissuti a 5 anni dall'intervento, in un anno di riferimento	Numero totale di pazienti operati per tumore del cavo orale nell'anno di riferimento
Sopravvivenza a 5 anni post trattamento chirurgico per pazienti con diagnosi di tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Percentuale di pazienti con sopravvivenza a 5 anni dalla data del primo intervento per tumore dell'orofaringe/ipofaringe	Numero di pazienti con tumore dell'orofaringe/ipofaringe sopravvissuti a 5 anni dall'intervento, in un anno di riferimento	Numero totale di pazienti operati per tumore dell'orofaringe/ipofaringe nell'anno di riferimento
Sopravvivenza a 5 anni post trattamento chirurgico per pazienti con diagnosi di tumore dei seni paranasali	Percentuale di pazienti con sopravvivenza a 5 anni dalla data del primo intervento per tumore dei seni paranasali	Numero di pazienti con tumore dei seni paranasali sopravvissuti a 5 anni dall'intervento, in un anno di riferimento	Numero totale di pazienti operati per tumore dei seni paranasali nell'anno di riferimento
Sopravvivenza a 5 anni post trattamento chirurgico per pazienti con diagnosi di tumore della laringe	Percentuale di pazienti con sopravvivenza a 5 anni dalla data del primo intervento per tumore della laringe	Numero di pazienti con tumore della laringe sopravvissuti a 5 anni dall'intervento, in un anno di riferimento	Numero totale di pazienti operati per tumore della laringe nell'anno di riferimento
Sopravvivenza a 5 anni post trattamento chirurgico per pazienti con diagnosi di tumore delle ghiandole salivari	Percentuale di pazienti con sopravvivenza a 5 anni dalla data del primo intervento per tumore delle ghiandole salivari	Numero di pazienti con tumore delle ghiandole salivari sopravvissuti a 5 anni dall'intervento, in un anno di riferimento	Numero totale di pazienti operati per tumore delle ghiandole salivari nell'anno di riferimento
Sopravvivenza a 5 anni post trattamento chirurgico per pazienti con diagnosi di tumore della rinofaringe	Percentuale di pazienti con sopravvivenza a 5 anni dalla data del primo intervento per tumore della rinofaringe	Numero di pazienti con tumore della rinofaringe sopravvissuti a 5 anni dall'intervento, in un anno di riferimento	Numero totale di pazienti operati per tumore della rinofaringe nell'anno di riferimento

APPENDICE

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Gli attori coinvolti dovranno rispettare le disposizioni in materia di protezione dei dati personali previste nel Regolamento Europeo n° 2016/679 (di seguito “RGPD”) e nel D. Lgs. N° 196/2003, così come aggiornato dal D.Lgs. 101/2018 e di adempiere agli obblighi derivanti, adottando le misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza proporzionato al rischio.

Con riferimento al trattamento dei dati personali, qualsivoglia soggetto che opera in nome e per conto della ASL di Frosinone, dovrà trattare i dati unicamente per finalità strettamente correlate e funzionali al suddetto PDTA, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge o di regolamento. I dati saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all’Art. 5, par. 1 del RGPD, e per il periodo di tempo strettamente necessario per il raggiungimento delle finalità descritte nella procedura.

Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati sono disponibili sul sito <https://www.asl.fr.it/>

SERVIZI AUSILIARI

VALUTAZIONE ODONTOIATRICA

I pazienti possono presentare molto frequentemente patologie dei denti, del parodonto e delle mucose del cavo orale. La visita deve essere richiesta dallo specialista ORL/Maxillo-Facciale che rileva un sospetto diagnostico di neoplasia con prescrizione di “Visita Odontoiatrica – PDTA Testa Collo”. Assieme a questa, lo stesso specialista rilascia altra impegnativa per RX Ortopanoramica. Il paziente, provvisto del referto di Rx Ortopanoramica, provvederà alla prenotazione della visita Odontoiatrica presso il CUP, su agenda dedicata (che verrà attivata dalla UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale). La visita verrà effettuata entro 10 gg dalla prenotazione. I successivi controlli ed interventi odontoiatrici verranno programmati e prescritti dallo specialista odontoiatra, su apposita agenda dedicata.

VALUTAZIONE/SUPPORTO NUTRIZIONALE PER PAZIENTI FRAGILI E/O MALNUTRITI (NAD)

Lo specialista ORL/MF, a suo giudizio, al sospetto diagnostico o a diagnosi confermata (possibilmente in valutazione congiunta con Dietista ospedaliero), qualora riscontrasse nel paziente presenza di malnutrizione, rischio malnutrizione, sarcopenia, cachessia, attiva la UOSD NAD.

Se il paziente è ricoverato, lo specialista provvede a chiedere la visita/consulenza tramite e-mail a nad.fr@aslfrosinone.it.

La UOSD NAD esegue la consulenza in 24/48 ore presso il reparto di degenza ed a seguito della valutazione segnala alla UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale eventuali problematiche emerse legate alla disfagia o alla necessità di posizionamento PEG/PEI/Sondino naso enterale.

Sarà cura della UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale provvedere all’attivazione degli opportuni percorsi (percorso di riabilitazione logopedica; attivazione UOC Gastroenterologia/Chirurgia).

Per tutti i pazienti in regime ambulatoriale o domiciliare, lo specialista ORL/MF deve:

- Redigere impegnativa per “Prima Visita NAD - PDTA Testa Collo” (paziente ambulatoriale)

- Redigere impegnativa per “Prima Visita NAD - PDTA Testa Collo” specificando tra le note “paziente in ADI” (se il paziente è in Assistenza Domiciliare)
- Inoltrare copia dell’impegnativa alla e-mail nad.fr@aslfrosinone.it (fornendo anche il recapito telefonico dell’assistito) e consegnare l’originale della stessa al paziente/caregiver per l’effettuazione della visita

In tutti i casi, la UOSD NAD provvede ad eseguire la visita entro 7 giorni dalla richiesta, convocando il paziente in ambulatorio, se il paziente è ambulatoriale, o provvedendo ad eseguire visita a domicilio, se il paziente è in ADI.

Per tutti i pazienti, sia in regime ambulatoriale sia domiciliare, a seguito della valutazione NAD, laddove sia congrua la presa in carico del paziente, in accordo alla prevista normativa cui si rimanda ed ai diversi setting, la UOSD NAD provvederà a strutturare i controlli e/o gli interventi necessari programmandoli autonomamente tramite agenda interna gestita dalla stessa unità operativa (senza necessità prenotazione al CUP da parte del paziente o del familiare).

Nei casi in cui fosse, invece, necessario un posizionamento PEG/PEI/Sondino naso enterale, la stessa UOSD NAD provvede a:

- Redigere una impegnativa per “Prima Visita gastroenterologica – PDTA TC” per posizionamento PEG/PEI/Sondino naso enterale corredandola da una breve relazione (da consegnare in originale al paziente/familiare)
- Inviare copia della documentazione di cui sopra alla UOC Gastroenterologia di competenza del caso (alla e-mail richieste.gastroenterologia.hf@aslfrosinone.it per la UOC di Frosinone e alla e-mail consulenze.gastro.hcassino@aslfrosinone.it per la UOC di Cassino, corredandole dei recapiti del paziente).
- Informare, tramite e-mail, la UOC ORL/MF dell’iter del paziente (Feedback necessario anche per la discussione in ambito multidisciplinare)

La UOC Gastroenterologia provvederà a contattare il paziente ed a fornirgli un appuntamento su agenda interna dedicata.

A seguito della visita, nel caso in cui si ritenesse possibile il posizionamento di PEG endoscopica/PEI/SNE, la UOC Gastroenterologia provvede ad attivare gli interventi necessari alla prosecuzione della presa in carico (attivazione Day Hospital, altro).

Si segnala che, per quanto concerne l’ospedale di Sora, non è prevista attivazione di un Day Hospital ed il posizionamento di PEG per via endoscopica/chirurgica avviene solo per pazienti ricoverati (e-mail gastroenterologia.sora@aslfrosinone.it).

Laddove fossero, invece, ravvisati i criteri per il posizionamento di una PEG Chirurgica, lo specialista gastroenterologo provvede a:

- Redigere una impegnativa per “Prima visita chirurgica – PDTA TC” per posizionamento PEG chirurgica corredandola da una breve relazione (da consegnare in originale al paziente/familiare)
- Inviare copia della impegnativa e della relazione a UOC Chirurgia (e-mail consulenze.chirurgia@aslfrosinone.it per quanto concerne la sede di Frosinone e

consulenze.chirurgia.hcassino@aslfrosinone.it per la sede di Cassino) corredandola dei recapiti del paziente

- Informare con apposita e-mail la UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale dell'iter del paziente

La UOC Chirurgia provvede a contattare il paziente ed a fornirgli un appuntamento su agenda interna dedicata (entro 24/48 dalla ricezione della richiesta).

A seguito della visita chirurgica, nel caso in cui si ritenesse possibile il posizionamento di PEG, lo specialista provvede ad attivare gli interventi necessari alla prosecuzione della presa in carico chirurgica. Laddove, invece, non fossero ravvisati i criteri per il posizionamento di una PEG Chirurgica, lo stesso specialista provvede a redigere una relazione che consegna in originale al paziente/familiare e contestualmente provvede ad inoltrare alla UOC ORL e Chirurgia Maxillo-Facciale con apposita e-mail.

VALUTAZIONE/SUPPORTO SOCIALE

Durante l'accesso del paziente in PS, qualora vengano ravvisate necessità che richiedano l'attivazione del supporto sociale, il medico attiva una richiesta di consulenza attraverso il sistema dedicato GIPSE al Servizio Sociale ospedaliero.

Nel caso in cui, invece, il paziente sia stato trasferito dal PS al reparto per acuti, sarà quest'ultimo, eventualmente, ad attivare la consulenza sociale attraverso un'e-mail all'indirizzo serviziosociale.hfr@aslfrosinone.it, in cui si precisa il nominativo del paziente e la problematica sociale emersa nella prima visita specialistica.

L'assistente sociale del servizio sociale ospedaliero, presa visione della richiesta, programmerà nel più breve tempo possibile l'esecuzione della valutazione sociale (24/48 ore).

PROCEDURE E RACCOMANDAZIONI PER IL FOLLOW-UP

Sede	Tempistiche	Esami
Cavo Orale	1° anno	Ogni 1-2 mesi visita ORL con FLS
	2° anno	Ogni 2-3 mesi visita ORL con FLS
	Dal 3° al 5° anno	Ogni 4-6 mesi visita ORL con FLS
	Dopo i 5 anni	Ogni 6-12 mesi visita ORL con FLS
Orofaringe/lpofaringe	Primi 3 anni	Ogni 3 mesi visita ORL con FLS
	Dal 4°-5° anno	Ogni 5 mesi visita ORL con FLS
	Dopo il 6° anno	Ogni 12 mesi visita ORL con FLS
Seni Paranasali	Dopo 2-3 mesi da fine terapia	Visita ORL con FLS + Imaging (TC o RM), si rimanda alla decisione dell'oncologo
	Ogni 6 mesi per 4 anni	Visita ORL + RM
Laringe	Nei primi 2 anni	Visita ORL + RM (ogni 3 mesi da fine TP o Chirurgia, basso rischio)
		Visita ORL + RM (ogni 3 mesi da fine TP o Chirurgia, alto rischio)
Ghiandole Salivari	Dopo 2/3 mesi da fine terapia	Visita ORL con fibroscopio + Imaging (TC o RM)
	Ogni 6 mesi per 4 anni	Visita ORL con fibroscopio + TC o TM
	Ogni 12 mesi	TC/PET
Metastasi laterocervicale da T occulto	Dopo 2/3 mesi da fine terapia	Visita ORL con fibroscopio + Imaging (TC o RM)
	Ogni 6 mesi per 4 anni	Visita ORL con fibroscopio + TC o TM
	Ogni 12 mesi	TC/PET
Rinofaringe	Dopo 3 mesi valutazione risposta trattamento	CT/RT con Visita ORL + Fibrolaringoscopia
	Nei primi 2 anni	CT/RT con Visita ORL + Fibrolaringoscopia (ogni 3/4 mesi)
	Nel 3° o 4° anno	CT/RT con Visita ORL + Fibrolaringoscopia (ogni 6 mesi)
	Fino al 5° anno	CT/RT con Visita ORL + Fibrolaringoscopia (annuale)

Tabella 4: Pianificazione Follow-Up per pazienti con diagnosi di tumore del distretto testa-collo-Linee guida AIOCC.

Procedura	Raccomandazione
Esame clinico comprensivo di valutazione ORL	Dopo il termine del trattamento primario, specie se questo include la radio(chemio)terapia si raccomanda uno stretto controllo clinico del paziente fino alla remissione delle tossicità acute e subacute.
Imaging radiologico locoregionale	Controllo con RM o TC massiccio facciale e collo entro le 12 settimane dal termine del trattamento radio(chemio)terapico, in caso di malattia localmente avanzata. Successivi controlli radiologici da programmare a seconda di terapie già effettuate, sottosedo, rischio presunto di ripresa di malattia potenzialmente recuperabile
TC torace con mdc	Annualmente, se sopra i 50 anni con una storia di fumo > 20 pack/year, per un maggior rischio di secondi tumori polmonari e nei tumori localmente avanzati delle ghiandole salivari per la possibile metastatizzazione a distanza, che potrebbe beneficiare di un approccio chirurgico se con basso carico di malattia.
PET- FDG	Dopo le 8-12 settimane dalla fine delle terapie in caso di dubbio di persistenza di malattia a livello linfonodale nel collo e di possibilità di intervento di dissezione laterocervicale
Studio degli effetti collaterali delle terapie	Esami ematici di funzionalità tiroidea con TSH come primo step (se RT su collo) e asse ipotalamo/ipofisario (se RT su base cranio) Valutazione endoscopica della deglutizione Ecodoppler tronchi sovraortici se RT su collo
EBV DNA plasmatico quantitativo	Per carcinomi rinofaringei EBV-relati: T Da 1 a 4 settimane dalla fine delle terapie T Annualmente nel follow up
Survivorship care	Mettere a disposizione strumenti per favorire l'astensione dal fumo e dall'alcol e l'adozione di stili di vita salutari.
Procedure non raccomandate	In assenza di indicazioni cliniche i seguenti esami sono "sconsigliati": PET, ecografia addominale, ecocardiografia; imaging del sistema nervoso centrale; marcatori ematici

Tabella 5: Procedure e Raccomandazioni-AIOM 2021 - Linea guida tumori della testa e del collo (pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida. Roma, 20 aprile 2022).

VACCINAZIONE NEL PAZIENTE CON TUMORI TESTA-COLLO (TUMORI SOLIDI)

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023 -2024 e il relativo 'Calendario nazionale vaccinale', recepito con D.G.R. Lazio n. 23 del 18 gennaio 2024, attualmente in vigore, si pone tra gli obiettivi e le strategie prioritarie quella di "promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente" ed individua le categorie dei gruppi di popolazione a rischio per patologia/stato immunitario, i quali presentano determinate caratteristiche e condizioni morbose che li espongono ad un aumentato rischio di contrarre malattie infettive invasive con sviluppo, in tal caso, di complicanze gravi di patologie infettive prevenibili da vaccino.

La prevenzione di malattie infettive attraverso le vaccinazioni rappresenta una priorità in ambito di Sanità pubblica, ancor più per tali soggetti per i quali la profilassi vaccinale va inserita in un 'piano terapeutico personalizzato' per il beneficio che traggono da interventi vaccinali mirati, sia per la

possibile gravità delle patologie eventualmente contratte durante la malattia sia per la necessità di interruzione delle terapie in atto in caso di evidenza di patologia durante il periodo.

Il DPCM sui LEA del 2017 ha garantito la gratuità di tutte le vaccinazioni per i soggetti a rischio di tutte le età previste dal PNPV 2017-2019 e s.m. e i.

Il PNPV 2023-2025 ha ribadito che, tra i gruppi di popolazione a rischio per patologia, viene individuato il paziente onco-ematologico, in quanto paziente immunodepresso per la specifica patologia e per le terapie correlate; in questa categoria viene espressamente citato il paziente con tumore testa-collo (orofaringe) nell'ambito della strategia sul rafforzamento della *“prevenzione del cancro delle malattie HPV correlate”*.

Per questa tipologia di pazienti, è fondamentale anche la *“Cocoon vaccination”* o *“Strategia del bozzolo”* che consiste nella vaccinazione di tutti coloro che vivono o si prendono cura del paziente oncologico (caregiver) al fine di creare un cordone di protezione rispetto alle malattie trasmissibili e prevenibili con vaccino.

Per questa tipologia di pazienti la letteratura scientifica e anche l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) sottolineano l'importanza della profilassi vaccinale e raccomandano prioritariamente specifiche vaccinazioni, di seguito riportate, per le quali l'attuale normativa prevede la forte raccomandazione e l'offerta gratuita:

- Anti influenzale stagionale (FLU)
- Anti pneumococcica (PNC)
- Anti SARS – Covid2 (COVID19)
- Anti herpes zoster (HZ)
- Anti papilloma virus (HPV)
- Anti difterite-tetano-pertosse (DTPa)
- Anti polio (IPV)
- Anti epatite A (Hep A)
- Anti epatite B (Hep B)
- Anti meningococco quadrivalente (A,C,W,Y)
- Anti meningococco B

L'informazione del paziente a rischio di che trattasi rispetto alla raccomandazione delle vaccinazioni è prioritariamente in carico al Centro Specialistico di riferimento.

Tutti i pazienti devono essere correttamente informati sull'importanza della prevenzione vaccinale ai fini della protezione da forme gravi di patologia e/o da necessità di interruzione del programma terapeutico in caso di evidenza di malattia, sull'importanza dell'adesione al programma vaccinale per loro e per i conviventi e caregiver, sul regime di gratuità delle vaccinazioni raccomandate e proposte, che verranno effettuate, previa acquisizione di consenso informato.

L'avvenuta informazione del paziente va tracciata nella cartella sanitaria.

Per l'effettuazione di tutte le vaccinazioni indicate, i pazienti possono essere indirizzati o rivolgersi direttamente ai Centri Vaccinali della ASL, secondo modalità, giornate ed orari riportati nel sito www.asl.fr.it, di cui si riporta link:

<https://www.asl.fr.it/strutture/dipartimenti/dipartimento-di-prevenzione/uos-coordinamento-attivita-vaccinale/>

Per le vaccinazioni antinfluenzale stagionale, antipneumococcica ed antiCovid-19, i pazienti possono anche rivolgersi al proprio MMG.

Per una risposta immunitaria ottimale, il periodo migliore per l'effettuazione delle vaccinazioni raccomandate è individuato fra quello immediatamente successivo alla diagnosi e quello precedente all'inizio di terapia (radioterapia, immunoterapia, chemioterapia). Le vaccinazioni

possono comunque essere effettuate anche nel periodo successivo all'inizio delle terapie, con la possibilità di una risposta non ottimale al vaccino, ma comunque utile al paziente.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO NEI TUMORI DEL DISTRETTO TESTA-COLLO

La riabilitazione mira al recupero dell'indipendenza funzionale attraverso la stabilizzazione della funzione, la riduzione della disabilità e la prevenzione di complicanze secondarie.

Le problematiche riabilitative correlate alle neoplasie del distretto testa-collo ed ai trattamenti associati sono causa di limitazione di numerose attività del paziente, intervenendo sulla sfera individuale e sociale e influenzando, dunque, negativamente sulla performance sociale e sulla qualità della vita.

Gli obiettivi della riabilitazione, tramite il Piano Riabilitativo Individuale (PRI) sono:

- Il contenimento ed il recupero delle limitazioni motorie, funzionali, emozionali e comportamentali
- La gestione dei sintomi che interferiscono con l'autonomia della persona, anche intervenendo sulle eventuali complicanze e sul danno secondario e terziario
- Il trattamento delle co-morbidità
- Il reinserimento sociale del paziente

Il PRI, in particolare, deve tener conto di alcune problematiche specifiche:

- Problematiche neurologiche centrali e/o periferiche:
 - Post-chirurgiche, prevalentemente di tipo funzionale e più raramente da danno anatomico
 - Post-chemioterapiche, specie la neuropatia periferica sensitivo-motoria
 - Post-attiniche: neuropatie sensitivo-motorie nei distretti irradiati. Tale danno è prevalentemente di tipo funzionale (neuroaprassia) e, solo minimamente, di tipo anatomico laddove vi è stata una chirurgia demolitiva o negli esiti post-CT e post-RT
- Il linfedema del capo e del collo, a seguito di linfadenectomia e/o di radioterapia, è causa di limitazione di numerose attività (parlare, mangiare, bere, vedere, respirare) e di alterazione dell'immagine corporea
- Problematiche motorie legate a sacrificio di muscoli (m. sternocleidomastoideo ed altri), legate a miopatie da farmaci (cortisonici, chemioterapici, immunoterapia)
- Problematiche respiratorie sia legate alla tracheotomia che alla riduzione dell'endurance muscolare
- Problematiche di comunicazione orale e di deglutizione che limitano severamente la vita di relazione e che possono portare a perdita di peso rilevante

Il trattamento riabilitativo viene avviato già durante il ricovero ospedaliero e prosegue dopo la dimissione in regime ambulatoriale o domiciliare.

Il trattamento logoterapico inizia dopo la chirurgia o in concomitanza del trattamento radioterapico, in un tempo che va dai 7 ai 15 giorni in base all'ampiezza della resezione chirurgica, con cadenza bisettimanale, per circa 2 o 3 cicli di logopedia (in base alla necessità del paziente). Seguiranno controlli periodici e, se necessario, brevi cicli di mantenimento.

Un discorso a parte è quello che riguarda i pazienti sottoposti a laringectomia totale, che devono apprendere una metodica di fonazione completamente diversa da quella fisiologica per i quali è previsto un differente percorso riabilitativo, con tempi di recupero diversi.

SETTING ASSISTENZIALI COINVOLTI

La presa in carico riabilitativa può essere effettuata già in ambito ospedaliero per poi proseguire, eventualmente, in Riabilitazione intensiva post acuzie (Cod. 56, ordinario o day hospital), in lungodegenza riabilitativa (Cod. 60), in Riabilitazione ex articolo 26 (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare), in regime ambulatoriale, in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (anche eventualmente ricorrendo alla Teleriabilitazione).

Il tipo ed il setting riabilitativo dovrebbero essere individuati in relazione alle specifiche necessità del paziente, al livello di disabilità ed agli obiettivi del PRI.

Per i pazienti con patologia testa-collo, che necessitano di visita fisiatrica, la stessa UOC ORL Maxillo Facciale può contattare la UOC Riabilitazione che provvederà a fornire un primo appuntamento su agenda interna.

NORMATIVA

- DGR (Decreto della Giunta Regionale) 920/2002 (Regolamentazione Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel Lazio)
- Circolare Ministeriale 16178/2006
- DCA (Decreto del Commissario Ad Acta) 404/2013 (Approvazione del “Percorso per la Nutrizione Artificiale domiciliare nella Regione Lazio)
- Deliberazione ASL Frosinone 02.08.2023 n. 650 “Procedure di dimissione e trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere al territorio” (testo disponibile su sito intranet aziendale sezione Procedure e Regolamenti)
- Deliberazione ASL Frosinone 02.08.2023 n. 652 “Approvazione Regolamento per la composizione e il funzionamento dell'UVMD” (testo disponibile su sito intranet aziendale sezione Procedure e Regolamenti)
- Deliberazione ASL Frosinone 30.08.2023 n. 685 “Regolamento di Bed Management” (testo disponibile su sito intranet aziendale sezione Procedure e Regolamenti)
- Procedura 18.01.2023 n. 14 “Procedura operativa per la gestione delle consulenze medico-specialistiche” e relativo modulo di richiesta (disponibile su sito intranet aziendale alla sezione Procedure)
- Deliberazione ASL Frosinone 08.09.2023 n. 702 “Det. Reg.le G11074 del 10.08.23 - provvedimenti consequenziali e definizione delle strutture funzionali. Centro per la continuità assistenziale H/T Ospedale FR-Alatri; Centro per la continuità assistenziale H/T Ospedale Sora; Centro per la continuità assistenziale H/T Ospedale Cassino; Centro per la presa in carico assistenziale ASL Frosinone”
- DGR n. 23 del 18.01.2024 - “Recepimento del documento recante “Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025” e sul documento recante “Calendario nazionale vaccinale

BIBLIOGRAFIA E LINEE GUIDA

- *NCCN Guidelines Version 3.2024*, “Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHNS-ESMO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis”
- *Treatment and follow-up 2020*, “Salivary gland cancer: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guideline for diagnosis”
- *Treatment and follow-up Nov 2022*, “Nasopharyngeal carcinoma: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up Dic 2022”
- Linee Guida AIOM Tumori della Testa e del Collo versione 2021, pubblicata da Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell’Istituto Superiore di Sanità (snlg.iss.it)
- AIOCC, “Manuale per la qualità del percorso del paziente con tumore Testa-Collo” edizione 2023
- Diagnostica per immagini: Linee Guida Nazionali di riferimento (SIRM)
- Schindler O, Ruoppolo, Schindler A. ,*Deglutologia_* (II edizione). Omega Edizioni anno 2011
- Raimondo S., Accornero A., Rossetto T. (a cura di). *Logopedia e disfagia: dalla teoria alla pratica clinica_*. Carrocci Faber anno 2011
- Linee guida nazionali AIOCC 2017 – www.aiocc.it internazionali (ESMO, NCCN, France ORL Cancer Group 2006, North of England Cancer Network Head and Neck Cancer Clinical Guidelines 2011)
- G.U., Serie Generale, n. 194 del 21.08.2023 - “Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante «Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025» e sul documento recante «Calendario nazionale vaccinale». (Rep. atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023)
- Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017, Suppl. Ordinario 15 - “D.P.C.M. del 12.01.2017: nuovi L.E.A.”
- Raccomandazioni AIOM del 03.04.2023 su “Uso della vaccinazione per l’Herpes Zoster nei pazienti con neoplasia solida”
- Raccomandazioni AIOM del 23.05.2023 su “Uso della vaccinazione anti influenzale, anti pneumococcica e anti SARS-CoV-2 nei pazienti con neoplasia solida”.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione all'elaborazione del documento Dirigenti e Operatori afferenti alle diverse strutture coinvolte nel percorso: Magnante Giovanni, Nannucci Meri, Pizzutelli Caterina; Cafiero Concetta, Perfetti Alessandra, Rodi Ornella; Callegaro Emanuela; Apponi Fabrizio; Ciaschi Walter; Caracciolo Fulvio; Bordone Bruno; Apice Nicola, Cornali Tommaso; Mezzetti Giuseppe; Battisti Gabriella, Caramia Maria Cristina; Ferrante Fulvio; Tanzilli Anna; Brighi Stefano, Pintore Alessandro; Maiola Vincenza; Nisticò Cecilia, Ferrari Laura; Maramao Maria Teresa, Raponi Ingrid, Simoni Simone; Giangrande Eugenio Maria; D'Agostino Antonio; Cerqua Margherita Roberta; Lucchetti Nisia, Frongia Sarah; Bartoli Gabriella, Celebrini Claudia, Paglia Anna, Silvi Francesca, Vinciguerra Stefania; Beltrame Claudia, Merlini Silvia, Marcelli Pasqua Maria Rosaria, Imola Giuseppina.