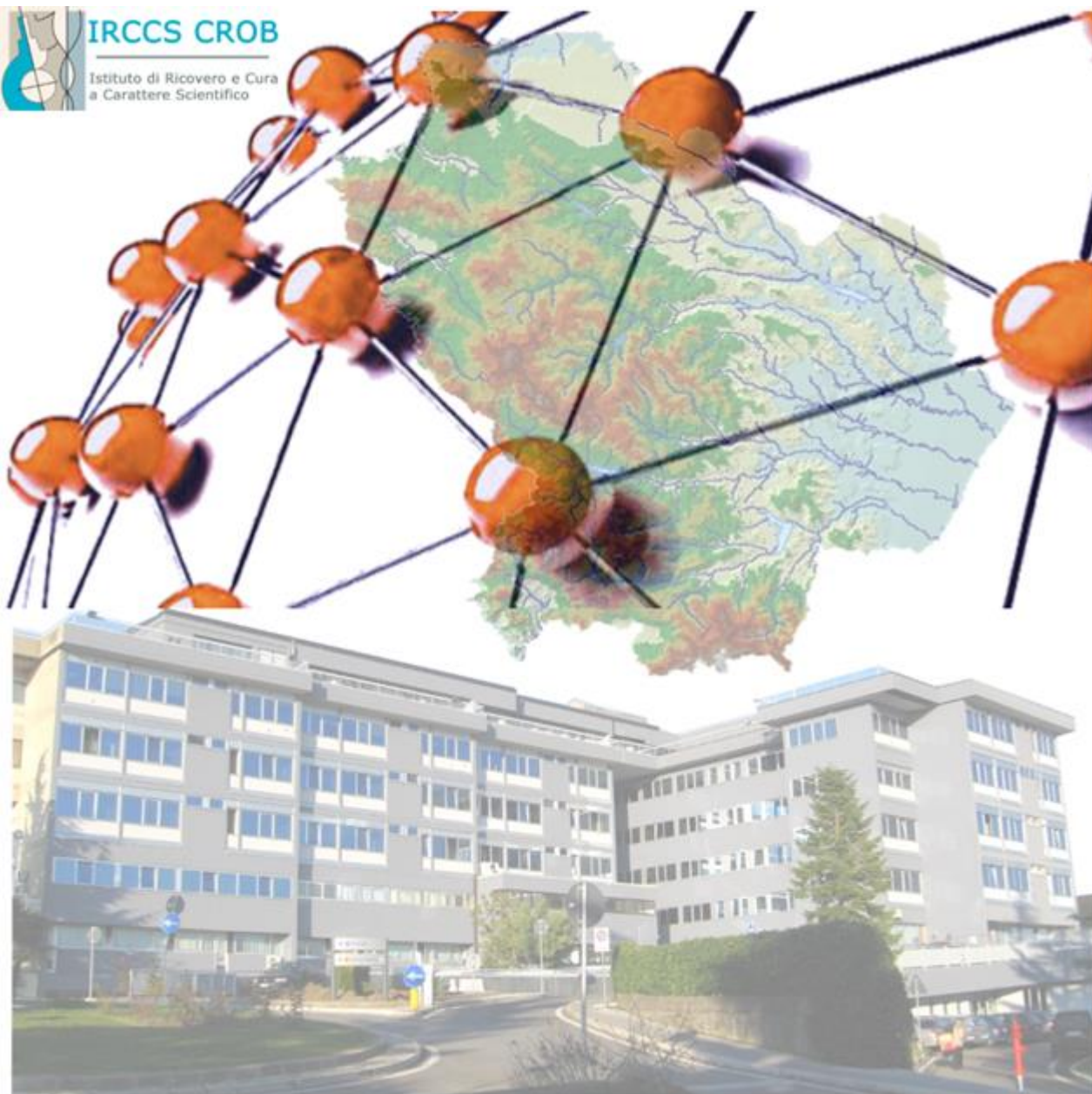

**IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
PER IL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA
IRCCS - Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata**



IRCCS CROB

Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico



con la partecipazione del GdL del PDTA “Tumore della cervice uterina dell’ IRCCS-CROB
(vedi Allegato N°1)

**con la partecipazione
della Direzione Strategica e della Direzione Scientifica dell’I.R.C.C.S.-CROB di Rionero**

Redatto e Coordinato da

Dott.ssa A. Capobianco-Dipartimento della Direzione Sanitaria-Referente per i PDTA Aziendali e Regionali
per l’IRCCS- CROB

Data di Approvazione: Rionero, 16 ottobre 2019

Data di Revisione: Rionero, 16 ottobre 2020

Presentazione

Un' assistenza sanitaria efficace di fronte ad un qualsiasi problema di salute dei cittadini si caratterizza dal coinvolgimento di più professionisti che collaborano tra di loro efficacemente per offrire il servizio più adeguato e rispondere a quel bisogno di salute.

In tale ottica il PDTA (Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale) si pone come strumento qualificante e fondamentale di Governance, come anche riportato nell' ultimo Documento recante la " Revisione delle Linee Guida ed Organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l' attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l' attività territoriale", del 17 aprile 2019 a cura della Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano.

Il PDTA, infatti, rappresenta un vero e proprio percorso che segue le tappe diagnostiche-cliniche-assistenziali relative alla risposta ad un problema di salute evidenziandone per ogni fase gli attori di volta in volta coinvolti.

La condivisione dei PDTA, basata sulle più recenti evidenze scientifiche, valorizza dunque la buona pratica clinica coordinando efficacemente gli attori coinvolti nel processo, garantendo dunque una risposta univoca e condivisa che risponda con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei cittadini.

L'approccio multidisciplinare assicura la efficace presa in carico del paziente all'interno di un PDTA confacente al suo problema di salute, in ogni fase della malattia, ciò è ancora più evidente quando trattasi di patologia oncologica.

Il PDTA per il tumore della cervice uterina, di seguito riportato, considera infatti ogni fase della malattia, dalla diagnosi alle cure palliative/hospice e follow-up.

L'obiettivo finale è di garantire a tutte le pazienti affette da tumore della cervice uterina una medicina personalizzata che tenga conto sia delle caratteristiche biologiche del tumore che dei bisogni del singolo paziente migliorandone la sopravvivenza e la qualità di vita e garantendo la efficiente allocazione delle risorse organizzative del sistema.

Il PDTA è dunque uno strumento organizzativo efficace ed efficiente, e per essere tale deve essere periodicamente sottoposto a revisione alla luce delle nuove evidenze scientifiche e degli assetti organizzativi.

Il presente PDTA del Tumore della Cervice Uterina è il risultato di una condivisione tra i vari specialisti della patologia che operano presso il nostro Istituto e mira ad offrire alla paziente che accede il migliore percorso basato sulle più recenti evidenze scientifiche, che tiene conto non solo di una oncologia di precisione ma anche di una umanizzazione delle cure.

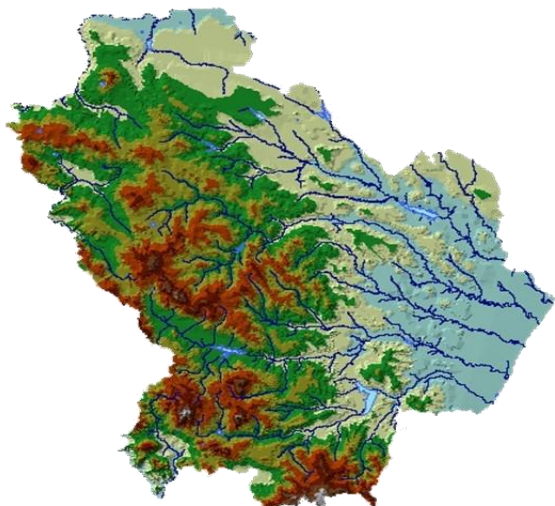
Indice

1. Epidemiologia del tumore della cervice uterina in Basilicata
2. Attori coinvolti e ruolo ricoperto nel PDTA
3. Percorso
 - 3.1 Screening/Percorso per persone asintomatiche
 - 3.2 Percorso Diagnostico/Stadiativo per pazienti con sospetto di patologia cervicale uterina
 - 3.3 Percorso Terapeutico per persone con neoplasia della cervice accertata e in fase precoce
 - 3.4 Percorso Terapeutico per persone con neoplasia della cervice accertata e in fase avanzata
 - 3.5 Follow-up per pazienti con patologia della cervice uterina progressa
4. Tempi di presa in carico
5. Il gender mainstreaming
6. Integrazione al percorso
 - 6.1 Valutazione cure simultanee
 - 6.2 Valutazione cure palliative
 - 6.3 Valutazione cure di continuità ospedale-territorio
7. Associazioni di Volontariato
8. Glossario
9. Riferimenti Bibliografici

Allegato N°1: GdL PDTA del “Tumore della Cervice Uterina”

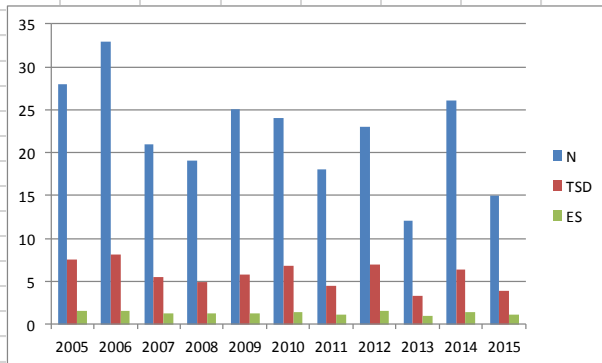
1. EPIDEMIOLOGIA DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA IN BASILICATA

A cura del Dr Rocco Galasso- U.O.C. Epidemiologia e Registro Tumori-IRCCS-CROB -Rionero



Anni 2005-2015. Trend dei dati di incidenza

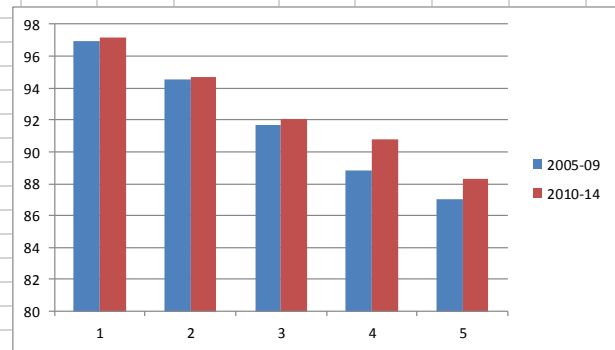
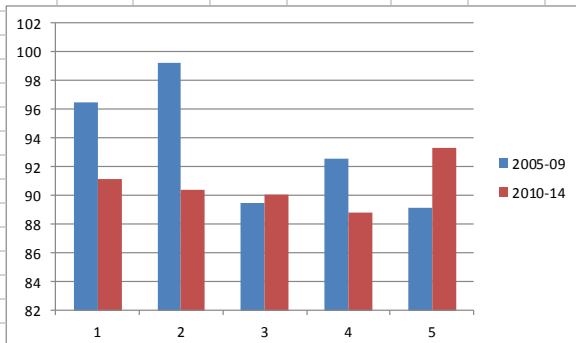
femmine			
	N	TSD	ES
2005	28	7,54	1,5
2006	33	8,13	1,53
2007	21	5,47	1,27
2008	19	4,94	1,21
2009	25	5,84	1,27
2010	24	6,81	1,45
2011	18	4,4	1,11
2012	23	6,98	1,48
2013	12	3,33	1
2014	26	6,35	1,35
2015	15	3,83	1,07



mammella - sopravvivenza

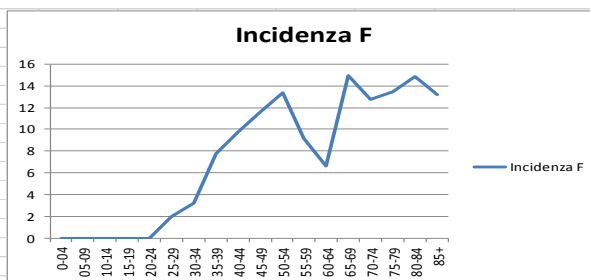
anni	maschi		
	2005-09	2010-14	stima 2015-15
0	100	100	100
1	96,45	91,12	103,14
2	99,22	90,35	106,43
3	89,51	90,03	109,42
4	92,52	88,79	117,04
5	89,1	93,31	126,59

anni	femmine		
	2005-09	2010-14	stima 2015-15
0	100	100	100
1	96,97	97,16	98,64
2	94,5	94,68	96,41
3	91,66	92,05	94,87
4	88,85	90,8	93,91
5	87,02	88,27	89,99



Anni 2005-2015. tassi di incidenza per classi di età

	classi	F Incidenza F
1	0-04	0
2	05-09	0
3	10-14	0
4	15-19	0
5	20-24	0
6	25-29	1,99
7	30-34	3,27
8	35-39	7,79
9	40-44	9,82
10	45-49	11,59
11	50-54	13,37
12	55-59	9,19
13	60-64	6,66
14	65-69	14,93
15	70-74	12,75
16	75-79	13,44
17	80-84	14,86
18	85+	13,16



	cervice - prevalenza osservata		
		femmine	
		Casi	Tassi
2007	2	35	11,9
2008	3	41	13,94
2009	4	58,77273	19,98
2010	5	65,77273	22,36
2011	6	79,33794	26,98
2012	7	90,79628	30,87
2013	8	99,79628	33,93
2014	9	106,7963	36,31
2015	10	121,7963	41,41

2. Attori coinvolti e ruolo ricoperto nel PDTA

In tabella sono riportate le figure professionali e le Unità Operative Complesse (U.O.C.) o Semplici (U.O.S./U.O.S.D.) e gli Ambulatori deputati all'Accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza del paziente.

ACCOGLIENZA	Personale infermieristico/Medico Volontari	U.O.C. Oncologia Medica U.O.S.D. Ginecologia/U.O.C. di Chirurgia Associazioni di Volontariato
PRESA IN CARICO	Oncologi Medici Ginecologi Case Manager / Medici	U.O.C. Oncologia Medica U.O.S.D. Ginecologia/ Chirurgia U.O.S.D. G.O.M.
ASSISTENZA	Oncologi Medici Ginecologi Radioterapisti Cardiologi Personale infermieristico	U.O.C. Oncologia Medica U.O.S.D. Ginecologia/Chirurgia U.O.C. Radioterapia Ambulatorio Ambulatori/Ricoveri Ordinari/DH
	Farmacisti Personale infermieristico	Farmacia Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (U.M.A.C.A.)
	Personale Dedicato	U.O.C. Oncologia U.O.S.D. Ginecologia/Chirurgia U.O.C. Anatomia Patologica U.O.C. Radiodiagnostica U.O.C. Medicina Nucleare U.O.C. Radioterapia U.O.S.D. Cure Palliative U.O. S.D. Psiconcologia Ambulatorio di Cardiologia U.O.S.D. G.O.M. U.O.C di Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative

3. PERCORSO per segmentazione

- 3.1 Screening con PAP test /HPV test per soggetti asintomatici
- 3.2 Percorso Diagnostico/Stadiativo per pazienti con sospetto di patologia cervicale uterina
- 3.3 Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia della cervice accertata ed in fase precoce
- 3.4 Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia della cervice accertata ed in fase avanzata
- 3.5 Follow-up per pazienti con patologia neoplastica della cervice uterina pregressa

3.1 Screening con Pap test/HPV test per soggetti asintomatici

Lo Screening mediante PAP test è una procedura attualizzata dalle Strutture Territoriali dedicate allo Screening.

Consiste nell'eseguire test citologici morfologici (PAP-TEST) e/o di patologia molecolare applicata alla morfologia (HPV-DNA TEST).

La popolazione oggetto dello screening dovrà essere la popolazione femminile, vaccinata e non per HPV, di età compresa tra 21 e 64 anni. Le procedure di screening e i relativi percorsi sono riportati in Fig. 1 e 2. La gestione delle lesioni a basso grado di malignità o dubbie esula dagli scopi del presente documento.

Figura 1 Screening per donne di età tra 21 e 64 anni

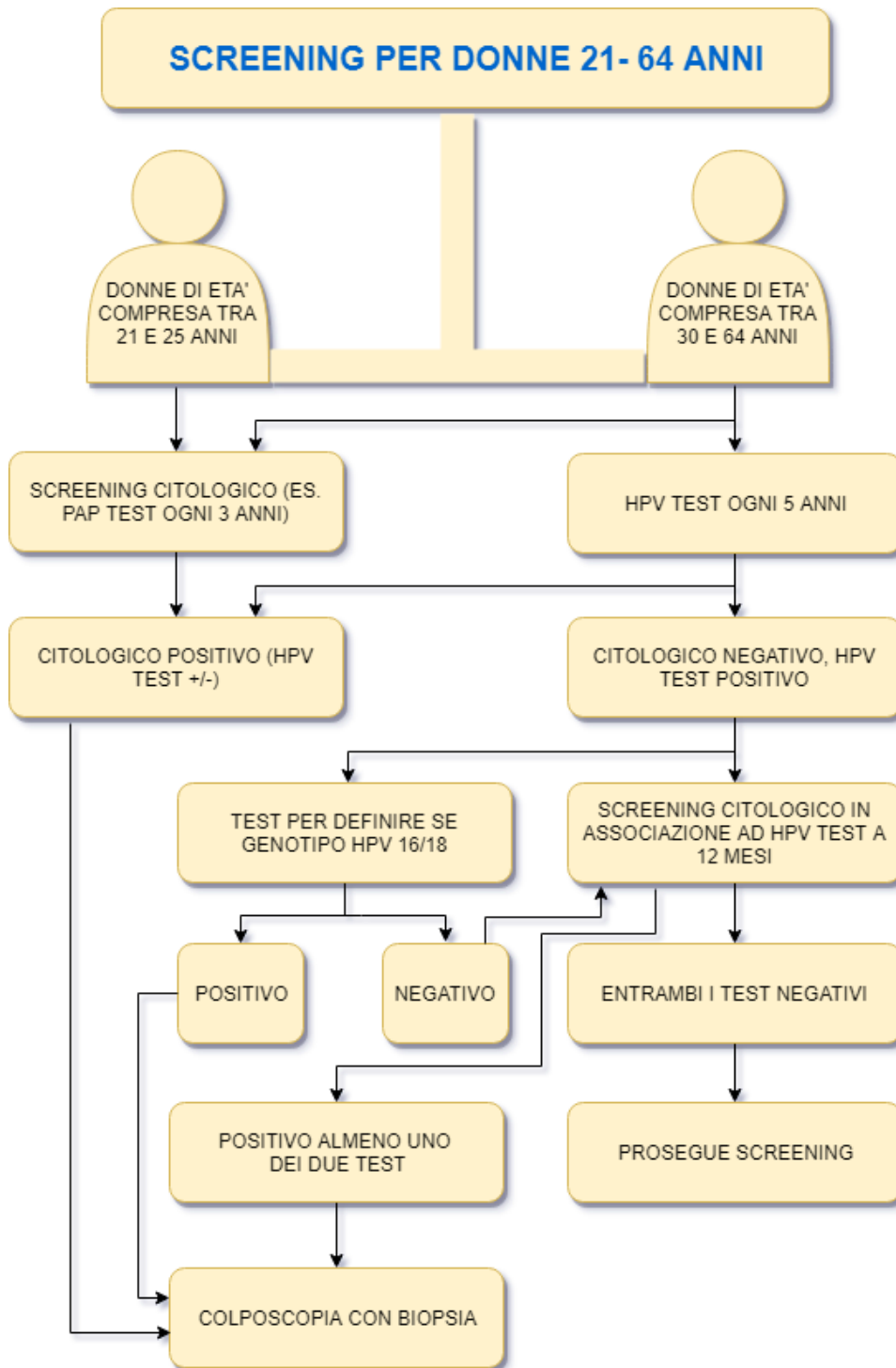
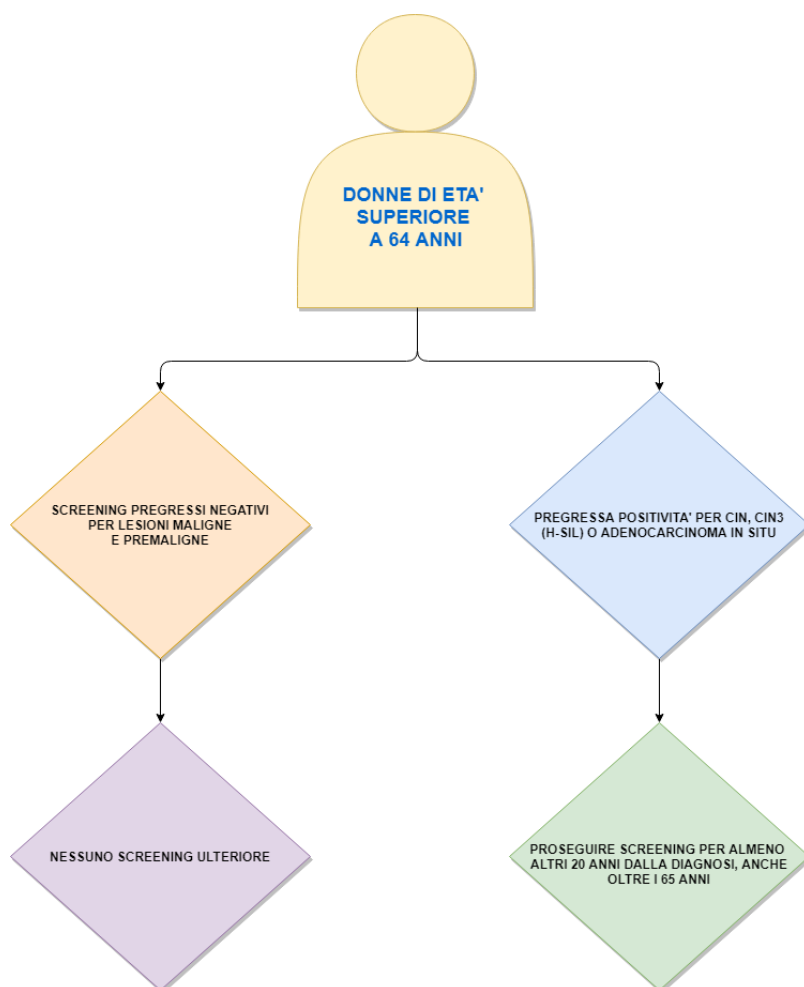


Figura 2. Screening per donne di età superiore ai 64 anni



3.2 Percorso diagnostico/stadiativo per pazienti con sospetto di patologia cervicale uterina

Donne di almeno 18 anni, con sospetto di neoplasia della cervice uterina (es. meno/metrorragie, dolore pelvico) confermato dall'esame clinico specialistico o positive allo screening dovranno essere indirizzate, dal proprio Medico di Medicina Generale(MMG), ginecologo o altro specialista presso un centro oncologico al fine dell'inquadramento del caso e per una colposcopia diagnostica con biopsie.

- Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, la paziente sarà reindirizzata al percorso di screening (vedi Fig.1 e 2);
- I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti ritenuti più opportuni caso per caso;
- Nel caso in cui gli esami diagnostici confermino il sospetto di malignità, la paziente sarà sottoposta agli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione, conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali AIOM, AIRO,ESGO, NCCN, ESMO al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico e il caso sarà presentato al Gruppo Oncologico Multidisciplinare specifico per una adeguata strategia terapeutica condivisa.

Il *work-up* per una corretta stadiazione, in seguito alla biopsia diagnostica, prevede:

- Esami Ematici, con studio biochimico della funzionalità renale ed epatica
- RX del torace
- RM addome-pelvi con mdc
- Per la valutazione di linfadenopatie o lesioni dubbie e per valutare la risposta al trattamento neoadiuvante è indicato eseguire una PET/TAC 18 FDG.
- Cistoscopia e/o Rettoscopia nel sospetto di infiltrazione di vescica e/o retto.
- Visita ginecologica in narcosi in casi di dubbia infiltrazione paracervicale.

In caso di malattia localmente avanzata, malattia sintomatica, lesioni dubbie al radiogramma standard o prima di iniziare un trattamento sistemico neoadiuvante è opportuno sempre eseguire una TAC total body con mdc o una PET 18 FDG /TAC.

In seguito agli esami clinico-strumentali ed alla chirurgia nei casi precoci sottoposti a conizzazione cervicale si rende necessaria l'attribuzione di uno stadio secondo la classificazione FIGO, la più largamente utilizzata in ambito ginecologico-oncologico e che prelude necessariamente alla definizione del più adeguato percorso terapeutico.

Di seguito si riporta l'ultima versione della stadiazione FIGO, che sarà aggiornata nel tempo, qualora necessario (Tabella 1).

Tabella 1 Stadiazione FIGO

Stadio 0	Carcinoma <i>in situ</i> (carcinoma preinvasivo)
Stadio I	Carcinoma strettamente confinato alla cervice uterina (il coinvolgimento del corpo uterino non cambia lo stadio)
IA	Carcinoma invisibile che può essere diagnosticato solo al microscopio. L'invasione è limitata ad un coinvolgimento stromale non > 5 mm in profondità e a 7 mm in estensione orizzontale
IA1	Invasione stromale non > 3 mm in profondità e a 7 mm in estensione orizzontale
IA2	Invasione stromale > 3 mm, ma non > 5 mm in profondità e non > 7 mm in estensione orizzontale
IB	Carcinoma clinicamente visibile confinato alla cervice uterina o malattia preclinica superiore allo stadio Ia
IB1	Carcinoma clinicamente visibile non > 4 cm nel diametro maggiore
IB2	Carcinoma clinicamente visibile > 4 cm nel diametro maggiore
Stadio II	Carcinoma della cervice che invade i tessuti oltre l'utero, ma non fino alla parete pelvica o al terzo inferiore della vagina
IIA	Non evidente coinvolgimento parametriale
IIA1	Lesioni clinicamente visibili non > 4 cm nel diametro maggiore
IIA2	Lesioni clinicamente visibili > 4 cm nel diametro maggiore
IIB	Coinvolgimento parametriale presente
Stadio III	Carcinoma che giunge fino a parete pelvica: all'esplorazione rettale non evidenza di spazio libero da malattia tra il tumore e la parete pelvica. Carcinoma che raggiunge il terzo inferiore della vagina. Idronefrosi o rene escluso, non dovuti ad altra causa
IIIA	Coinvolgimento del terzo inferiore della vagina
IIIB	Estensione alla parete pelvica e/o idronefrosi o rene escluso
Stadio IV	Carcinoma esteso oltre la piccola pelvi o che ha invaso la mucosa vescicale o rettale (provato istologicamente) (escluso l'edema bolloso)
IVA	Estensione agli organi adiacenti
IVB	Estensione agli organi a distanza

3.3 Percorso terapeutico per persone con neoplasia della cervice accertata ed in fase precoce

Riguardo il trattamento della neoplasia nello stadio precoce (stadio I e II FIGO) si propongono di seguito gli algoritmi raccomandati dall' Associazione Italiana di Oncologia Medica, AIRO nell'ambito delle Linee Guida Nazionali più aggiornate peraltro conformi a quanto previsto dalle più recenti linee guida internazionali ESGO,ESMO, NCCN.

Le figure professionali di riferimento nell'ambito del percorso saranno rappresentate dall'Oncologo Medico, dal Ginecologo, dal Radioterapista, dal Patologo, dal Radiologo, dal Cardioncologo, dallo Psiconcologo.

Negli stadi iniziali le pazienti possono essere trattate con chirurgia radicale o con radio(RT) - (chemio-CT) terapia esclusiva in casi selezionati.

Nel trattamento esclusivo di radiochemioterapia, la radioterapia consta di una fase di trattamento a fasci esterni (50. GY tot) e di una fase di trattamento mediante brachiterapia.

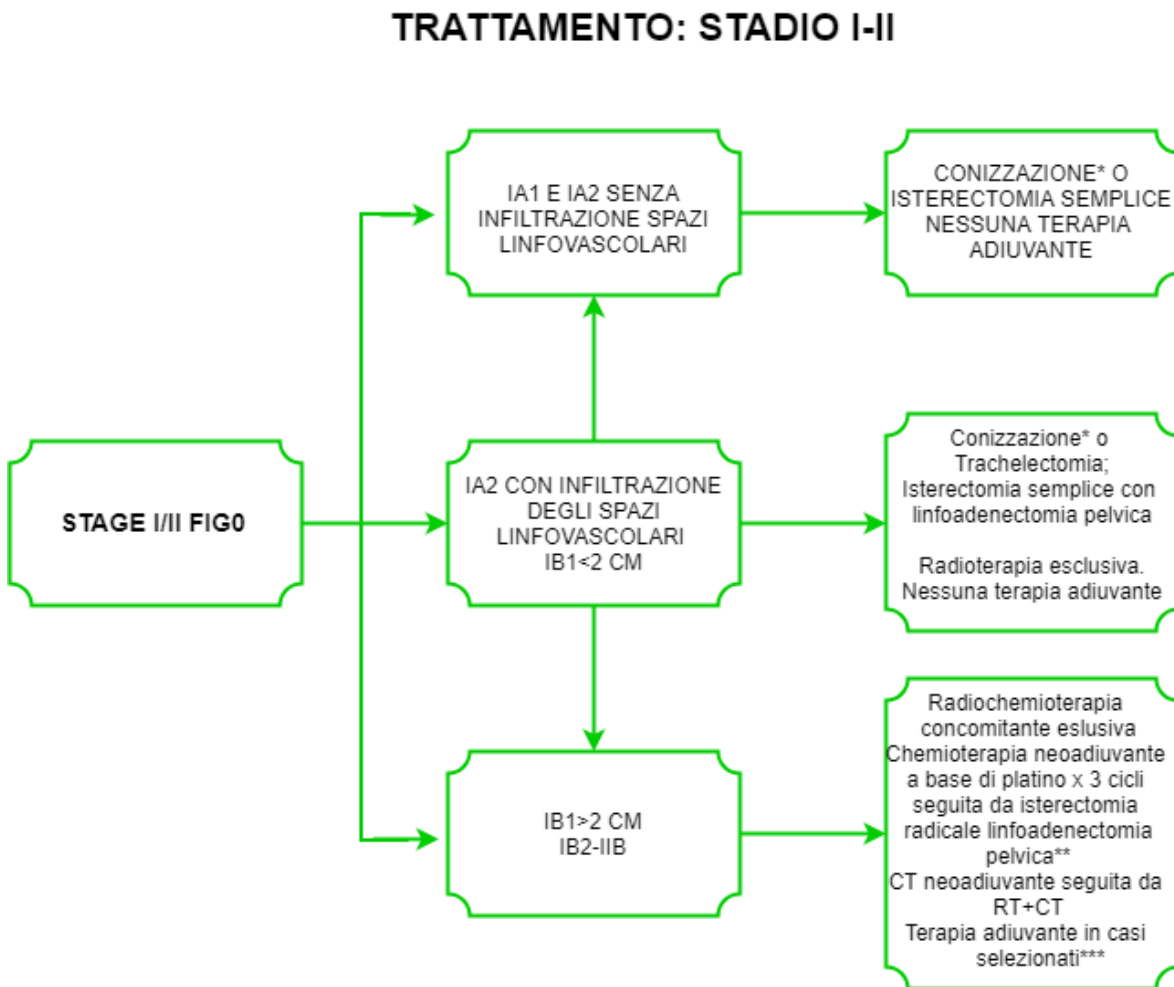
E' fondamentale che la paziente venga indirizzata al Radioterapista, che si interessa anche di brachiterapia, prima dell'inizio del trattamento così da poter programmare tale fase del trattamento.

Pertanto la scelta di un approccio terapeutico deve essere condivisa in ambito multidisciplinare G.O.M. (radioterapista, ginecologo-chirurgo, medico oncologo, anatomo patologo, radiologo, cardioncologo, medico nucleare).

Il trattamento chirurgico e radioterapico andrà eseguito nei centri oncologici idonei per garantire elevati standard di qualità, così come la gestione medica andrà effettuata nei centri con maggiore expertise ed abilitati .

In fig. 3 si riporta il relativo Percorso terapeutico

Figura 3. Percorso per la terapia del tumore della cervice uterina in stadio I e II FIGO



* In pazienti desiderose di prole con linfonodi negativi

** La chemioterapia neoadiuvante, largamente impiegata in Italia, attende conferma della sua validità dallo studio EORTC in corso.

*** In caso di linfonodi positivi, parametri positivi o margini positivi effettuare RT-CHT adiuvante; in caso di presenza di almeno di 2 di tre fattori di rischio tra infiltrazione stomale >50%, infiltrazione degli spazi linfovaskolari o tumore >2 cm effettuare RT adiuvante.

N.B. I trattamenti di Radioterapia radicale sino allo stadio IA2 prevedono esclusivamente un tempo di BRT(Brachiterapia)

3.4 PERCORSO TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA DELLA CERVICE ACCERTATA ED IN FASE AVANZATA

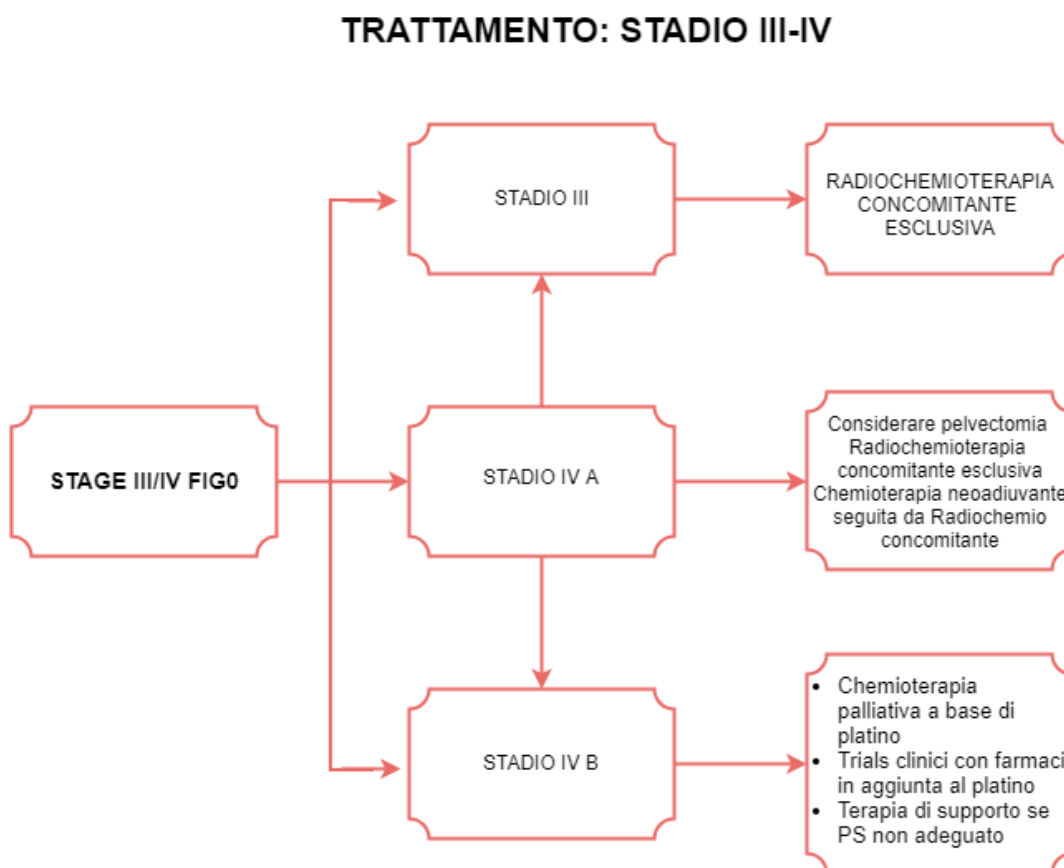
Riguardo al trattamento della neoplasia nello stadio avanzato (stadi III e IV FIGO) si propongono di seguito gli algoritmi raccomandati dalla Associazione Italiana di Oncologia Medica nell'ambito delle Linee Guida più recenti e AIRO, peraltro conformi a quanto previsto dalle più recenti linee guida internazionali ESGO,ESMO,NCCN.

Risulta indispensabile una corretta valutazione multidisciplinare che tenga conto per lo meno del parere dell'Oncologo Medico, del Ginecologo,del Radioterapista, del Patologo, del Radiologo/Medico nucleare.

Si pone indicazione, prima dei trattamenti medici, ad un valutazione cardiologica al baseline.

In Fig. 4 si riporta il relativo Percorso terapeutico.

Figura 4. Percorso per la terapia del tumore della cervice uterina in stadio III e IV FIGO



3.5 Follow-up e recidiva per pazienti con neoplasia della cervice uterina progressa

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, la paziente rientrerà in un adeguato percorso di *follow-up* clinico-strumentale dedicato per i successivi 10 anni, ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (vedi Fig.5).

In caso di recidiva la paziente sarà opportunamente rivalutata dall'Oncologo Medico, Ginecologo e Radioterapista, Radiologo, Medico Nucleare al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del momento (Fig.6).

Figura 5. Percorso di follow-up di pazienti con pregresso carcinoma della cervice uterina

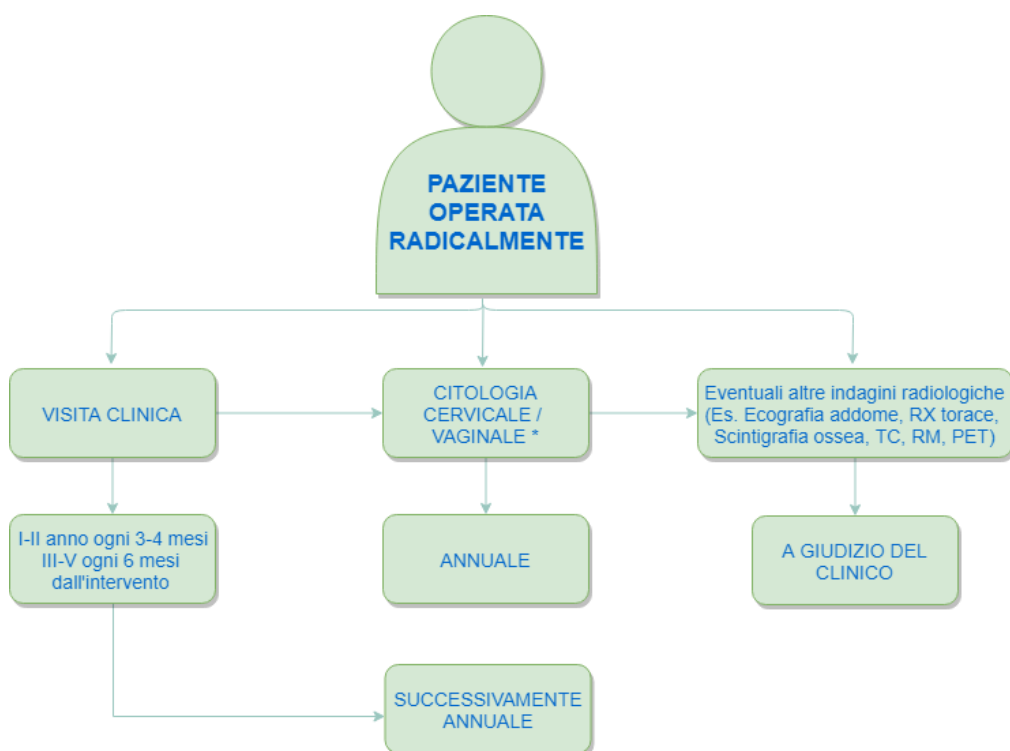


Figura 6. Percorso per le gestione delle recidive di tumore della cervice uterina



N.B. le recidive pelviche si possono ancora reirradiare.

4. Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

- Il primo accesso per tumore della cervice avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista.
- La prima visita che prende in carico la paziente sarà erogata **entro 7 giorni** lavorativi.
- Il G.O.M. (Gruppo Oncologico Multidisciplinare) specifico si riunirà per la discussione dei casi clinici una volta a settimana o ogni due settimane, secondo il numero di casi da discutere.
- Entro ulteriori **15 giorni dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale** del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Dopo la diagnosi di certezza istologica l' intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 giorni** successivi alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall'intervento**.
- L'infermiere delle U.O. afferenti il caso/ *Case Manager* incaricato dal GOM, si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, anche attraverso uno specifico "Percorso PDTA".
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il G.O.M. definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista, alla luce delle più recenti acquisizioni, **dovrà avvenire entro 28 giorni dall'intervento chirurgico**.
- Al momento della diagnosi e per tutto il percorso assistenziale la paziente sarà invitata ad un incontro con lo psicologo (colloquio valutativo), se lo desidera.

5. Il "gender mainstreaming" e la preservazione della fertilità

L' attività di ricerca e di assistenza si svolgono con la consapevolezza degli operatori sanitari che la persona malata è portatrice di differenze di genere, la cui mancata identificazione/conoscenza ("gender-blindness"), che purtroppo ancora oggi si verifica a tutti i livelli della pratica medica, aumenta il rischio di errore, favorisce la inappropriata terapia e non consente di migliorare e personalizzare le terapie, ingenera diseconomie e sprechi per il Sistema Sanitario Nazionale.

A tal fine l'Istituto promuove specifici progetti di ricerca, specie nel campo della farmacologia e nella cardi-oncologia ed assicura percorsi di formazione continua per tutto il personale addetto all'assistenza sanitaria. Necessario porre sempre molta attenzione alla prevenzione dell'infertilità indotta dai trattamenti antineoplastici, le principali tecniche di preservazione della fertilità richiedono momenti specifici dedicati e condivisi e formalizzati all'interno dei PDTA aziendale e interaziendali e un adeguato counseling.

Al momento della presa in carico nel G.O.M., dovrà essere prospettato alla persona affetta da patologia oncologica l'eventuale percorso per la preservazione della fertilità in dipendenza dell'età e del tipo di trattamento previsto per la cura della specifica neoplasia.

Sarà cura del G.O.M. avviare per il paziente il Percorso Assistenziale contattando il Centro Regionale di riferimento, che attiverà poi la presa in carico della coppia.

6. INTEGRAZIONE DEL PERCORSO

(a cura delle U.O. di cure Palliative dell' IRCCS-CROB)

6.1 VALUTAZIONE CURE SIMULTANEE

I criteri generali per avviare un paziente ad un programma di cure simultanee sono:

- Malattia avanzata, non terminale
- Terapie antitumorali in corso
- Presenza di quadri clinici complessi (dolore, dispnea, torace/pelvi congelata, trombizzazione dei grossi vasi, linfostasi ed edema e trasudato arti inferiori, carcinomatosi meningea, deficit neurologici, denutrizione, colonizzazione cutanea, colonizzazione ossea, distress psicologico)
- Necessità di cure continuative

Dal punto di vista organizzativo, ove possibile, si raccomanda l'attivazione di un ambulatorio di cure simultanee all'interno del Dipartimento Oncologico, a cui afferisce il paziente. Il Team di cure simultanee è costituito da:

- medico palliativista
- oncologo medico
- psicologo

6.2 Valutazione cure palliative

I criteri generali per la definizione di malattia terminale al fine di attivare un programma di cure palliative, nel setting appropriato e nel rispetto dei valori e dei desideri del malato e dei familiari, sono:

- Terapeutico: esaurimento/assenza o inutilità delle terapie oncologiche per la cura del tumore, o rifiuto da parte del malato
- Clinico: presenza di un quadro clinico che comporta limitazioni dell'autonomia e un frequente bisogno di cure mediche, caratterizzato da un Indice di Karnofsky < 50
- Prognostico: previsione di sopravvivenza < a 3 mesi

N.B. Allegato a questo PDTA, in apposito capitolo, è stata inserita la scheda di Valutazione per le cure Simultanee e la Valutazione per le Cure Palliative

6.3 Valutazione di continuita' assistenziale: ospedale-territorio

(A cura dell'U.O.C. di Oncologia Critica Territoriale, cure Domiciliari e Palliative)

Nella fase di passaggio dall'Ospedale al Territorio non si può prescindere dall'utilizzo della Centrale Unica delle Dimissioni. Tale strumento che utilizza un cruscotto telematico in grado di ricevere le proposte di dimissioni dai reparti per acuti e di gestire le dimissioni protette in qualunque tipo di setting assistenziale, sta contribuendo in maniera decisiva alla risoluzione della problematica inerente la continuità di cure tra Ospedale e Territorio e, con la sua implementazione, ridurrà ai minimi termini tale criticità e migliorerà la precisione della percezione del bisogno da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale(UVM).

Le UVM di tutta la Regione hanno ormai adottato il Sistema modulare InterRAI in grado di garantire, attraverso analisi "online", la percezione dei bisogni e di suggerire le soluzioni terapeutiche più opportune.

I suoi strumenti, NECPAL e Palliative Care, potranno costituire, nell' ambito dei vari PDTA, ausili in grado di garantire, soprattutto nella fase terminale, cure palliative adeguate.

Per concludere, si è convinti che tale PDTA, ma anche gli altri previsti, può avvalersi del supporto della Telemedicina la cui attuazione è imminente, che prevede percorsi specifici ben codificati e degni di rappresentare un modello organizzativo misurabile onorevolmente in qualunque "benchmarking" e, come tale, esportabile.

7. Associazioni di Volontariato

IRCCS-CROB

Di seguito si riporta l' elenco delle Associazioni di Volontariato presenti presso l' IRCCS-CROB che collaborano all' accoglienza, all' informazione e al supporto psicologico e logistico del paziente e dei familiari dei nostri pazienti.

Sono presenti anche Associazioni di Pazienti affetti da patologia neoplastica che operano per la tutela dei diritti del paziente oncologico e per una maggiore opera di sensibilizzazione, informazione e prevenzione.

-AIMAC

-Agata Volontari contro il cancro Onlus (supporto e assistenza ai pazienti, trasporto gratuito dal metapontino) DELIBERA

-AIRO (Associazione Italiana Rionero Onlus -casa famiglia a supporto dei pazienti e dei loro familiari)

-Arcipelago Eva (consulto estetico e di make up correttivo nella stanza di Eva)

-AVIS(raccolta sangue)

-AVO (volontari ospedalieri)

-FIDAS (raccolta sangue)

-Iris Basilicata Onlus(supporto alle pazienti oncologiche e setting della parrucca -stanza degli specchi)

- Associazione Letti di Sera (umanizzazione delle cure con letture ai pazienti e promozione del libro)

-Tribunale dei Diritti del Malato

-Volontari del Sollievo – Amici di Padre Pio (volontari ospedalieri)

8. Glossario delle Abbreviazioni

PAP test: Papanicolaou test

HPV-DNA: Test molecolare per la ricerca del DNA del **Papilloma Virus (HPV)**

TAC :Tomografia Assiale Computerizzata

PET/TAC 18 FDG : Positron Emission Tomography, cioè Tomografia ad Emissione di Positroni-TAC

RM:Risonanza Magnetica

FIGO: The International Federation of Gynecology and Obstetrics

AIOM: Associazione Italiana Oncologia Medica

AIRO:Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia Clinica

NCCN:National Comprehensive Cancer Network

ESMO: European Society for Medical Oncology,

UVM:Unità Valutativa Multidisciplinare

NecPal: screener per la identificazione precoce della **NEC**essità di cure **PAL**liative.

9. Riferimenti Bibliografici

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali AIOM,AIRO ed internazionali ESGO,ESMO, NCCN, esso sarà oggetto di revisione annuale da parte del GdL specifico.

Allegato N° 1. Elenco dei Componenti il Gruppo di Lavoro IRCCS-CROB per il PDTA “Tumore della cervice uterina” :

Dr.ssa Francesca Sanseverino Responsabile del PDTA “ Tumore della cervice uterina”

Dr Michele Aieta

Dr Giovanni Bozza

Dr Raffaele Ardito

Dr Vincenzo Fusco

Dr.ssa Loredana Lapadula

Dr. Aldo Cammarota

Dott.ssa Giuseppina Dinardo

Dr Giovanni Storto

Dott.ssa Rosy Gallicchio

Dr.ssa Giulia Vita

Dott.ssa Vittoria Lalinga

Dr.ssa Giuseppina Gallucci

Dr Pasquale Di Leo

ASP:Dr Gianvito Corona –Direttore U.O. Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative

con la Partecipazione :

della Direzione Strategica e della Direzione Scientifica IRCCS-CROB

Redatto e Coordinato da

Dr.ssa A. Capobianco - Dipartimento della Direzione Sanitaria- Referente dei PDTA Aziendali e Regionali per IRCCS CROB

Data di Approvazione:Rionero, 16 ottobre 2019

Data di Revisione:Rionero, 16 ottobre 2020