

Rev.0 DG_P**の**シードで 17/02/2022

DG DIREZIONE GENERALE -

Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Qualifica	Firma
Prof.Davide Lauro	Direttore UOC Endocrinologia e Diabetologia Responsabile del PDTA	Did Rem
Prof.Alessandro Mauriello	Direttore UOSD Anatomia Patologica a indirizzo citologico	And flee
Prof.Roberto Floris	Direttore UOC Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica	A Cour
Prof.Giuseppe Sica	Responsabile UOSD Chirurgia mininvasiva e dell'apparato digerente	File
Prof.Stefano Di Girolamo	Responsabile UOSD Otorinolaringoiatria	Mole
Dott.Claudia Mosconi	Medico in formazione specialistica	Ollissee
Prof.Massimo Federici	Direttore UOC Attività Ambulatoriale - D.H. PAC - PDTA medici	destal
Prof.Orazio Schillaci	UOC Medicina Nucleare	Ogusiv Seleller
Ing.Federico Cozza	Responsabile UOSD Operation Management	luou.
Dott.Laura Russolillo	Medico Direzione Generale	aute lundella
Dott.Maria Franca Mulas	Medico Direzione Generale	Pt Per
Dott.Martina Scaramella	Medico in formazione specialistica	Partie Sarcuello
Dott.Silvia Alonzi	Infermiera Amb Diabetologia	Silver Span

hu



Rev.0 DG_P**G**S-PT 17/02/2022

DG DIREZIONE GENERALE

Per approvazione

Prof.Nicola di Daniele	Direttore Dipartimento Direttore del Dipartimento assistenziale di Scienze Mediche	wit	a trobbell
Prof.Arnaldo (ppoliti	Direttore del dipartimento di Scienze Chirurgiche	Ø	
Prof.Massimo Andreoni	Direttore del Dipartimento dei Processi assistenziali integrati	M	Grotron
Prof.Alberto Siracusano	Direttore del Dipartimento del benessere della salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali	J	40

Revisione	Redazione Gruppo di lavoro	Verifica DI	Verifica RM	Approvazione DS	Approvazione DG	Emissione IQ/RM
Prima emissione	Dott.ssa Maria Franca Mulas	Dott A.Sili	Dott.ssa B. Passini	Dott. M. Mattei	Dott. Giuseppe Quintavalle	Dott.ssa F.Ignesti
	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
	Firma:	Firma:	Eirma:	Firma/	Firma:	Firma D

Archiviazione

Documento	Luogo	Durata	Catalogazione	Accesso	Supporto
	Archiviazione				
PDTA Patologia	DG	Fino a nuova		Tutte le Unità	Cartaceo e
Tiroidea	DS	revisione prevista		Operative coinvolte	informatico sul
		per Marzo 2023			portale del PTV



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 3 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Inti	roduzione	4
ll pe	rché del PDTA Tiroide	4
Din	nensione del Problema	5
Att	ività nella fondazione PTV per la Patologia Tiroidea	7
Obi	iettivi del PDTA	8
Am	biti di applicazione	9
	dalità operative	10
	a Endocrinologica (CUR- allegato 1) Indicazioni per la valutazione con Ecografia-Ecocolordoppler del Nodulo	
b)	Tiroideo: CATEGORIE EU-TIRADS Agoaspirato tiroideo ed esame citologico	11 12
c)	Classificazione Italiana 2014 della Citologia Tiroidea	13
d) -)	Scintigrafia Tiroidea	14 15
e) •	Indicazioni per la terapia radiometabolica del nodulo tiroideo	10
	oduli tiroidei "caldi" hanno indicazione al trattamento liometabolico con Iodio ¹³¹ nei seguenti casi:	15
	_	
f)	Chirurgia della tiroide	15
g)	Valutazione post-operatoria e follow-up	17
h)	Valutazione otorinolaringoiatrica (ORL) – nel percorso chirurgico tiroideo	19
Ma	trice dei ruoli delle responsabilità	21
Pri	ncipali riferimenti normativi	23
Ar	chiviazione e diffusione	23
Pre	stazioni principali previste - Catalogo Unico Regionale delle	
pre	stazioni specialistiche prescrivibili - Versione aggiornata 2020.	24
ICI	0 9	27
Flo	w chart	28
Ind	licatori	29



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 4 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Introduzione

Lo sviluppo tecnologico e l'invecchiamento della popolazione in Italia hanno determinato l'incremento di differenti malattie endocrino-metaboliche fra cui il Diabete Mellito, la Patologia Nodulare Tiroidea, l'Osteoporosi, l'Obesità e le Malattie Cardiovascolari su base metabolica come le dislipidemie, fra le altre. La complessità della problematica assistenziale e la numerosità della popolazione affetta hanno portato alla necessità di modificare la proposta assistenziale offerta alla popolazione al fine di garantirne l'efficienza e la sostenibilità della cura. Si è reso necessario creare dei modelli in cui possano trovare spazio attività quali l'integrazione, il team multidisciplinare, il percorso ospedale-territorio, la creazione di reti cliniche e la verifica dell'appropriatezza del percorso clinico assistenziale e delle cure.

In questo ambito come sviluppo di strumenti per la gestione del Governo Clinico, ha avuto una rilevanza crescente la creazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA), noti come "clinical pathway", derivanti dall'esperienza anglosassone. Il PDTA o 'clinical pathway' può essere definito come un sistema di assistenza e cura multidisciplinare e multi-professionale, il cui fondamento si basa sulla 'evidence based medicine', con cui si impostano gli obiettivi di cura per una specifica patologia e categoria di pazienti con azione ordinate in sequenza temporale al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati nel PDTA. Per il Ministero della Salute "Il percorso rappresenta uno strumento di orientamento della pratica clinica che, mediante l'adattamento alle linee guida nazionali ed internazionali, coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo con l'obiettivo di un progressivo passaggio da una gestione per specialità a una gestione per processi e tende a ridurre la variabilità dei comportamenti, mantenendo quelli più appropriati e virtuosi attraverso la definizione:

- della migliore sequenza di azioni,
- del tempo ottimale degli interventi,
- del riesame dell'esperienza conseguita per il miglioramento continuo della qualità in sanità".

In questa prospettiva, il "Percorso" coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo e tende a ridurre la variabilità dei comportamenti clinici e assistenziali nell'ambito della comune pratica clinica, valorizzando quelli più appropriati e virtuosi.

Il perché del PDTA Tiroide

La gestione di differenti malattie fra cui quella della patologia nodulare tiroidea richiede il contributo di professionisti di più discipline mediche e sanitarie che collaborano per la diagnosi, la terapia e l'assistenza al paziente 'complesso' tiroideo. Il percorso si snoderà nelle differenti fasi dell'assistenza dedicate alla diagnosi, terapia e cura della patologia nodulare tiroidea, con un iter-clinico ben definito fra i differenti



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 5 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

specialisti e, con un coordinamento si endocrinologico che collegiale per l'individuazione e personalizzazione nel PDTA, del percorso clinico stesso per ogni singolo paziente.

L'obiettivo è quello di mettere il paziente al centro, con l'ospedale che organizza il percorso assistenziale per garantire l'omogeneità e l'equità del trattamento e la continuità con i servizi assistenziali territoriali e domiciliari. In questo percorso si considerano le risorse e le tecnologie disponibili, i professionisti (medici, infermieri, tecnici ecc.) che nelle varie fasi si occupano del paziente. Il PDTA sarà conforme alle linee guida e alle conoscenze scientifiche e tecnologiche attuali aderendo alle principali Linee Guida nazionali ed internazionali.

Vi saranno delle riunioni periodiche con frequenza settimanale, o quindicinale, o mensile per discutere collegialmente i casi e decidere le cure e l'assistenza più idonea per il singolo paziente che entra nel PDTA del Nodulo Tiroideo.

Dimensione del Problema

Il riscontro di noduli tiroidei è un evento frequente nella pratica clinica endocrinologica, con un tasso d'incidenza annuale intorno allo 0,1% - 0,4% e interessa principalmente, ma non esclusivamente persone di 40 anni o di età superiore, il sesso femminile, i soggetti residenti in aree geografiche a carenza iodica e coloro che presentano una storia personale di esposizione alle radiazioni ionizzanti. Storicamente i noduli tiroidei sono stati descritti come rigonfiamenti palpabili della ghiandola tiroidea, mentre una definizione più moderna e appropriata è quella di lesioni che possono essere distinte ecograficamente o mediante altre tecniche di imaging dal parenchima tiroideo circostante (Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2016, 26: 1-133). La prevalenza delle lesioni nodulari tiroidee negli Stati Uniti, è riportata fra il 4% e il 7%, con una incidenza annuale dello 0,1%. Il rischio complessivo di sviluppare, nel corso della vita, una patologia nodulare tiroidea clinicamente rilevabile risulta intorno al 10%. Si può prevedere negli Stati Uniti la diagnosi di 275.000 noduli tiroidei, con un numero di 14.000 noduli che risulteranno carcinomi. Pertanto approssimativamente solo 1 nodulo su 20 (~5%) risulta neoplastico, con una incidenza annuale dei carcinomi tiroidei dello 0,004% (Gharib H.: Nontoxic diffuse and nodular goiter in: Atlas of Clinical Endocrinology, Surks MI (ed) Vol.I Thyroid Disease. Philadelphia, PA Current Medicine, 1999, pp 53-65). In Italia, nel quinquennio 2008-2012 si è osservato, rispetto al quinquennio 1998-2002, un aumento del tasso di incidenza di tumore tiroideo (+ 74% nelle donne e + 90% degli uomini), con una stima di over diagnosi pari al 79% nelle donne e al 67% negli uomini (Dal Maso L, et al. The impact of overdiagnosis on thyroid cancer epidemic in Italy, 1998-2012. Eur J Cancer 2018, 94: 6-15). Nel 2020 le stime dei tumori tiroidei in Italia sono di 3.333 maschi (1,7% del totale dei tumori), 9.850 femmine (5,4% del totale dei tumori), 13.183 (3,5% del totale dei tumori) (https://www.aiom.it/wp-





DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 6 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

content/uploads/2020/10/2020 Numeri Cancro-operatori web.pdf)

I noduli tiroidei sono un riscontro clinico frequente per la patologia tiroidea con una prevalenza all'esame obiettivo della tiroide, palpazione del collo, che è stimata fra il 3% e il 7%. Differentemente, l'utilizzo della tecnica dell'Ecografia Tiroidea ha portato al riscontro di noduli tiroidei incidentali, cioè non obiettivabili alla palpazione, con una prevalenza stimabile fra il 20% e il 76% (*Dean DS, Gharib H. Epidemiology of thyroid nodules. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. (2008) 22:901–11*). Quindi, l'approfondimento diagnostico della patologia tiroidea ha determinato un importante incremento della casistica. Si riscontra, infine, la presenza di ulteriori formazioni nodulari tiroidee, con una percentuale fra il 20%-50%, quando il paziente è valutato con l'indagine ecografica per la conferma di singolo nodulo tiroideo, diagnosticato con l'esame obiettivo. Lo studio della tiroide con l'ecografia-doppler evidenzia la presenza nella popolazione Italiana di una 'epidemia-pandemia' di patologia nodulare tiroidea, con una prevalenza che può raggiungere anche il 50% della popolazione, anche senza che vi sia un'anamnesi nota familiare di patologia tiroidea. Questo dato è ulteriormente confermato dai rilievi autoptici eseguiti a livello tiroideo.

L'introduzione negli anni ottanta dell'ecografia della tiroide nell'endocrinologia, e l'aumento del ricorso all'approfondimento diagnostico mediante agoaspirato tiroideo eco-guidato o eco-assistito hanno determinato un incremento della diagnosi di carcinoma tiroideo, soprattutto in considerazione dei microcarcinomi papilliferi: molti dei quali, si pensa che sarebbero rimasti silenti in assenza dello screening ecografico. Il carcinoma dell'epitelio follicolare tiroideo, quantunque raro 3-4% di tutte le forme tumorali, è la più frequente fra tutte le neoplasie del sistema endocrino, circa il 90% ed interessa il 5% circa di tutti i noduli, interessando soprattutto le donne tra i 40 e i 60 anni. L'aumento dell'incidenza del carcinoma papillare della tiroide è stato documentato nei paesi con apporto di iodio sia stabile, che in incremento o diminuzione (Michael B. Zimmermann & Valeria Galetti Iodine intake as a risk factor for thyroid cancer: a comprehensive review of animal and human studies Thyroid Research volume 8, Article number: 8 (2015)). In caso di noduli tumorali, i carcinomi più comuni sono quelli papillari o le forme miste papillari-follicolari, che sono il 60% circa di tutti i carcinomi della tiroide. La prognosi è eccezionalmente buona, con oltre il 90% di probabilità di guarigione e remissione della patologia stessa. Il cancro tiroideo è più diffuso tra le donne rispetto agli uomini, con un rapporto di 3,2:1 e la sua incidenza aumenta con l'età. Inoltre, nel sesso femminile l'incidenza di questa patologia risulta al quarto posto, con un aumento significativo anche nella fascia d'età sotto i 50 anni ed una frequenza del 14%. I casi diagnosticati in Italia fra il 2007-2010, con conferma cito-istologica, costituiscono il 98% della casistica, con una percentuale dell'84% di forme papillari (77% fra gli uomini e 85% fra le donne), dell'8% per le forme follicolari, del 3% per quelle midollari (circa il 20% dei tumori midollari sono da attribuirsi a neoplasie endocrine multiple (MEN) di tipo 2A, o 2B, o forme familiari di tumore midollare) e dell'1% per le forme anaplastiche, con un residuo di altre forme non specificate. Recentemente si è riscontrato un incremento significativo dell'incidenza nelle donne





DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 7 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

+4,3% anno, causato anche dall'invecchiamento progressivo della popolazione. L'incidenza media stimata di ASR-E (age-adjusted rate of the old European population standard del 2012) è di 6,3 casi per 100.000 annopersona. I paesi con la più alta incidenza stimata di ASR-E sono la Lituania (15,5), l'Italia (13,5), l'Austria (12,4), la Croazia (11,4) e il Lussemburgo (11,1), la mortalità media europea stimata è di 0,6 decessi per 100.000 anni-persona; si può quindi stimare che nella città di Roma vi siano circa 400 tumori tiroidei per anno (https://encr.eu/sites/default/files/factsheets/ENCR Factsheet Thyroid 2017-2.pdf). Si calcola che questa percentuale possa essere ulteriormente aumentata negli ultimi anni e che in Italia nel 2020 vi sia un'incidenza di 19,4 casi per 100.000 abitanti, con una mortalità di 0,7 per 100.000; si può quindi calcolare che nel 2020, nella città di Roma vi siano circa 580 nuovi casi di tumore tiroideo (https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\$0-0\$1-All\$4-1.2\$3-45\$6-0.85\$5-2020.2020\$7-7\$2-

All\$CFstByCountry\$X0_8-3\$X0_19-AE27\$X0_20-No\$CEstBySexByCountry\$X1_8-3\$X1_19-

AE27\$X1_-1-1\$CEstByIndiByCountry\$X2_8-3\$X2_19-AE27\$X2_20-No\$CEstRelative\$X3_8-3\$X3_9-

AE27\$X3_19-AE27\$CEstByCountryTable\$X4_19-AE27). Si ricorda che un tumore, con un'incidenza superiore a 6/100.000 casi, non sia più da considerarsi raro. Tra le cause che possono determinare un aumento del rischio della patologia tumorale tiroidea vi è l'esposizione a radiazioni ionizzanti alla regione del collo. Inoltre il tumore della tiroide ha avuto un'incidenza moltiplicata da 10 a 100 volte dopo il disastro nucleare di Chernobyl, nelle zone interessate da un aumento significativo della radioattività.

Un problema di rilievo nel nostro Paese può essere causato dall'insufficiente apporto di iodio, elemento che serve a produrre l'ormone tiroideo e che è poco rappresentato negli alimenti, in particolare in alcune zone del nostro paese, anche se il consenso su questo dato non è unanime. La carenza di iodio può portare ad un aumento del volume della tiroide definito gozzo e, al possibile sviluppo di noduli tiroidei nel 15-20 % della popolazione italiana (4-13% della popolazione in età scolare), con un picco del 40% nelle aree con severa carenza di iodio nella dieta.

Attività nella fondazione PTV per la Patologia Tiroidea

La Fondazione Policlinico Tor Vergata è attualmente HUB per la patologia nodulare tiroidea nella ASL Roma 2 (Spoke Pertini), insieme al Campus Biomedico, al presidio S. Eugenio – CTO, al PU1, all'AOSGA e all'IFO e per la ASL Roma 5 (Spoke: Guidonia, Subiaco e Colleferro).

La determina regionale definisce altresì i seguenti requisiti richiesti agli HUB come volumi di attività sono:

- ≥ 3000 visite endocrinologiche/anno
- ≥ 1000 ecografie tiroidee/anno
- ≥ 200 agoaspirati/anno
- ≥ 50 tiroidectomie/anno

fu

PTV

PDTA Patologia Tiroidea

DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 8 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

		•
	2018	2019
Visite Endocrinologiche (89.7 o 89.01)	5444	11839
Ecografie tiroidee (88.71.4)	3295	2020
Ecocolordoppler tiroideo 88.71.4_5		
Agoaspirati (06.11.1, 06.11.2)	917	768
Tiroidectomie	53	41
PAC Tiroide	Non attivo	29
	1.	

Obiettivi del PDTA

Nella Fondazione Policlinico Tor Vergata si vuole identificare un percorso, che in conformità alle linee guida nazionali ed internazionali, per la cura della Patologia Nodulare Tiroidea, possa orientare alle scelte cliniche e diagnostiche più appropriate. Presso la Fondazione Policlinico Tor Vergata sono presenti le competenze specifiche multidisciplinari per la presa in carico e cura della Patologia Nodulare Tiroidea sia su base neoplastica che benigna (gozzo). Si vuole creare un percorso per la diagnosi in cui la UOC di Endocrinologia e Diabetologia e la UOC Attività Ambulatoriale - D.H. - PAC - PDTA medici, insieme alla UOSD di Anatomia Patologica ad Indirizzo Istopatologico, la UOC Medicina Nucleare e la UOC Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica definisca se vi sia o meno una indicazione chirurgica e, un percorso per la cura in cui l'Endocrinologo insieme al chirurgo della UOSD di Chirurgia mininvasiva e dell'apparato digerente o della UOSD di Otorinolaringoiatria, al radiologo della UOC Medicina Nucleare e la UOC Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica definisce l'estensione dell'intervento, l'eventuale trattamento radiometabolico pre o post-operatorio e, l'eventuale, procedura di termoablazione del nodulo tiroideo, quando indicato. È importante creare un gruppo interdisciplinare di cura che possa gestire i casi più complessi, avvalendosi quando necessario anche della consulenza di altri specialisti. Il riscontro di un numero crescente di tumori tiroidei, anche per la presenza di patologia tumorale, come il microcarcinoma tiroideo papillare, nelle tiroidectomie per gozzo tiroideo multinodulare, richiede un approccio multidisciplinare per definire un corretto iter diagnostico e terapeutico e, di follow-up. I pazienti che usufruiranno di questo percorso saranno individuati prevalentemente mediante l'attività ambulatoriale endocrinologica e, saltuariamente proverranno da altre strutture ospedaliere o da medici operanti sul



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 9 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

territorio. Vi sarà un'agenda elettronica interna – CUP per la presa in carico nel PDTA dei pazienti reclutati e ritenuti idonei, dopo la valutazione ambulatoriale endocrinologica e con Ecocolordoppler Tiroideo.

Ambiti di applicazione

- UOC di Endocrinologia e Diabetologia presa in carico del paziente nel PDTA
- UOC Attività Ambulatoriale D.H. PAC PDTA medici
- UOC Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica
- UOC Medicina Nucleare
- UOC Medicina Nucleare Ospedale Santa Maria Goretti Latina (Dott. Oreste Bagni)
- UOSD Anatomia Patologica ad Indirizzo Istopatologico
- -UOSD Chirurgia mininvasiva e dell'apparato digerente
- UOSD Otorinolaringoiatria

hu

PTV

PDTA Patologia Tiroidea

DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 10 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Modalità operative

Le persone con recente scoperta o sospetto di patologia nodulare possono essere inviate presso la Fondazione Policlinico Tor Vergata dal Medico di Medicina Generale (MMG), o da altro medico Specialista territoriale, o dalle strutture Spoke della ASL RM2 (Spoke Ospedale Pertini) e RM5 (Guidonia, con attività di visite, ecografie ed agoaspirati a Subiaco e Colleferro). Il paziente eseguirà la prima visita endocrinologia nella prima settimana dalla richiesta e sarà supportato nel suo percorso di cura all'interno della Fondazione Policlinico Tor Vergata dal case manager, La presa in carico medica sarà dello specialista Endocrinologo della UOC di Endocrinologia e Diabetologia e/o UOC Attività Ambulatoriale -D.H. - PAC - PDTA medici, che dopo aver effettuato i primi accertamenti con esami ematici, Ecografia, Ecocolordoppler e/o elastosonografia ed eventuale agoaspirato tiroideo, con esame citologico, proporrà l'iter diagnostico-clinico-assistenziale. L'accesso alla UOC di Endocrinologia, riconosciuta come HUB, (Determina Regionale G2813 del 17/03/2020), sarà organizzata attraverso procedure di accesso adeguatamente codificate e condivise con le strutture SPOKE. Questo sarà discusso e condiviso con le altre figure professionali coinvolte nel PDTA quali l'anatomo-patologo, il chirurgo, il medico di medicina nucleare ed eventualmente con il biologo molecolare per la valutazione delle mutazione dei geni prooncogeni, qualora la diagnosi citologica fosse di "indeterminato a basso rischio tipo TIR 3A" (valutazione delle mutazioni dei geni possibilmente coinvolti nella patologia tumorale tiroidea, nello specifico vi sono dei pannelli commercialmente disponibili, per i seguenti geni BRAF, NRAS, TERT, HRAS, KRAS, RET/PTC, NTKR, PAX8/PPARy) e il radiologo per la valutazione mediante TC o RMN, dell'estensione della tiroide e del radiologo interventista che insieme all'endocrinologo effettuerà la procedura di termoablazione del nodulo tiroideo, quando indicato. Per la valutazione dei pro-oncogeni in caso di esame citologico TIR 3A si possono utilizzare i codici: 1) 91.36.1 0 Conservazione campioni DNA/RNA (stoccaggio in criovials) 40,54 €; 2) 91.30.3_2 x 12 Tipizzazione genomica (estrazione, amplificazione e sequenziamento) (procedura: pirosequenziatore): 56,81 x 12 = 681,72€.

Visita Endocrinologica (CUR- allegato 1)

La visita specialistica endocrinologica si esegue per valutare nel complesso la persona ed orientare il successivo percorso clinico-diagnostico terapeutico. La durata può variare da 15 a 45 minuti, con una media di 30 minuti e prevede l'anamnesi completa della persona (familiare, personale e patologica) ed un accurato esame clinico con particolare attenzione alla valutazione dei segni e sintomi di ipo e ipertiroidismo e della orbitopatia tiroidea. Si eseguirà l'esame obiettivo con la palpazione della regione anteriore del collo per il riscontro di patologia nodulare tiroidea e/o gozzo. Al termine della visita si proporrà il programma



DG POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 11 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

diagnostico clinico e terapeutico. I casi clinici di maggior interesse ed associati a sospetto o a patologia tumorale tiroidea saranno discussi collegialmente 1, 2 o più volte al mese.

All'esame obiettivo sarà importante rivelare la palpabilità dei noduli, ed in caso la consistenza e la mobilità rispetto alle strutture anatomiche circostanti, la palpabilità dei linfonodi latero-cervicali, presenza di raucedine, disfagia o altra sintomatologia della regione anteriore del collo. L'esame clinico sarà completato con la valutazione della tiroide con ecografia e/o ecocolordoppler della tiroide con o senza valutazione elastosonografica del nodulo tiroideo

Si eseguiranno esami ematochimici quali il dosaggio del TSH, FT3 e FT4, eventualmente si utilizzerà la metodica del TSH 'reflex' quando indicato, con la quale si doseranno i valori ematici degli ormoni tiroidei liberi fT3 e fT4, solamente quando i valori ematici del TSH saranno alterati. Si valuterà eventualmente il dosaggio degli autoanticorpi contro la tireoglobulina, la tireoperossidasi e/o il recettore del TSH, il dosaggio della calcitonina, del CEA ed eventualmente della tireoglobulina. In presenza di patologia nodulare e sospetto di tumore midollare si valuteranno anche le concentrazioni di calcitonina nell'aspirato per l'esame citologico del nodulo tiroideo sospetto, ottenuto con l'agoaspirazione, l'obiettivo è quello d'effettuare una diagnosi precoce di tumore midollare tiroideo. Si potranno programmare presso il DAY-Hospital endocrinologico, dei test di stimolazione della calcitonina tiroidea anche con calcio gluconato, se si riscontrassero dei valori ematici aumentati di calcitonina. Il rilievo di valori di calcitonina dopo test da stimolo >90 pg/ml per le donne e > 130 mg/ml per gli uomini sono da considerarsi patologici (Doyle P, Düren C, Nerlich K, et al. Potency and tolerance of calcitonin stimulation with high-dose calcium versus pentagastrin in normal adults. J Clin Endocrinol Metab 2009, 94: 2970-4), mentre con valori basali di calcitonina > di 100 pg/ml la diagnosi di carcinoma midollare tiroideo è quasi certa.

L'ecografia-ecocolordoppler della tiroide, che sarà eseguita in associazione alla visita endocrinologica, è l'esame principale per la diagnosi e la caratterizzazione dei noduli tiroidei e, in particolare per la valutazione del rischio di malignità. Nello specifico l'ecografia tiroidea consente di valutare e classificare i noduli come alto/medio/basso/bassissimo rischio di cancro secondo i criteri sotto riportati:

a) Indicazioni per la valutazione con Ecografia-Ecocolordoppler del Nodulo Tiroideo: **CATEGORIE EU-TIRADS**

La classificazione Europea TIRADS (EU-TIRADS - European Thyroid Association) prevede le seguenti categorie:

EU-TIRADS 1: assenza di noduli tiroidei utilizzando la metodica ecografica.

EU-TIRADS 2: il rischio di malignità è molto basso. I noduli sono classificati come cistici e spongiformi. Non è indicato l'agoaspirato, se non per finalità terapeutiche in caso di sintomi compressivi.

PTV

PDTA Patologia Tiroidea

DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 12 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

EU-TIRADS 3: noduli a basso rischio di malignità (2-4%). I noduli possono essere isoecogeni o iperecogeni, con forma ovalare, margini definiti, privi di caratteristiche di rischio. In questa classe si consiglia l'esecuzione dell'agoaspirato se le dimensioni superano i 2 cm.

EU-TIRADS 4: noduli con rischio intermedio di malignità (6-17%). Le caratteristiche ecografiche che li caratterizzano sono la lieve ipoecogenicità la forma ovalare e i margini regolari. È indicato l'esame con agoaspirato quando le dimensioni superano i 15 mm. Si consiglia valutazione elastosonografica.

EU-TIRADS 5: noduli con rischio di malignità alto (26-87%), definibili in questa classe per la presenza di almeno una delle seguenti caratteristiche ecografiche: 1) ipoecogenicità marcata; 2) forma più alta che larga; 3) margini irregolari; 4) presenti microcalcificazioni, differentemente le macrocalcificazioni, con cono d'ombra posteriore, non sono elementi di rischio aumentato. I noduli di questa classe hanno indicazione a esame agoaspirato se le dimensioni superano 1 cm. Se i noduli sono sub-centimetrici è indicata la sorveglianza attiva, ripetere ecografia o ecocolordoppler ogni tre mesi. In caso di primo esame citologico con esito di benignità è consigliabile ripetere l'agoaspirato entro 3 mesi per escludere eventuali falsi negativi. Si consiglia anche la valutazione con l'elastosonografia.

b) Agoaspirato tiroideo ed esame citologico

In presenza di noduli tiroidei che presentano caratteristiche ecografiche di sospetto, secondo le indicazioni soprariportate, sarà necessario avviare il paziente ad agoaspirato tiroideo ed esame citologico. L'esame, eseguito in regime ambulatoriale presso gli ambulatori della UOC di Endocrinologia e Diabetologia o UOC Attività Ambulatoriale - D.H. - PAC - PDTA medici, sarà condotto con metodica eco-guidata o assistita e può prevedere l'esecuzione con uno o due operatori. L'esame avrà una durata media compresa tra i 15 e i 30 minuti a paziente, per le necessarie procedure di preparazione ed informazione del paziente circa le modalità dell'esame e successiva firma del consenso informato, per l'esecuzione dell'esame durante il quale potranno essere eseguiti uno o più campionamenti citologici, per la preparazione dei campioni da inviare all'Anatomia Patologica e l'assistenza al paziente al termine della procedura. Il prelievo citologico tiroideo è minimamente invasivo e, quando è eseguito da operatori esperti, risulta ben tollerato dal paziente e pertanto, ha un basso rischio di complicanze. Queste consistono principalmente nel dolore a livello del sito di prelievo, ematomi profondi ed ecchimosi superficiali, mentre rarissimo è il riscontro di emorragie tiroidee.

I campioni sono fissati in liquido di fissativo ThinPrep al fine di eseguire presso il servizio di Anatomia Patologica un esame citologico su strato sottile. L'esame citologico riveste una fondamentale importanza per le decisioni sull'iter diagnostico-terapeutico del paziente. La vigente classificazione SIAPEC-IAP del 2014 attualmente in vigore in Italia, similmente alla classificazione di Bethesda aggiornata nel 2017, seppur con qualche differenza, prevede la classificazione in 6 categorie diagnostiche: TIR 1/TIR 1 C non



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 13 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

diagnostico/nodulo cistico, TIR 2 benigno, TIR 3A lesione indeterminata a basso rischio (rischio di malignità atteso <10%), TIR 3B lesione indeterminata ad alto rischio (rischio di malignità atteso 15-30%), TIR 4 e TIR 5 (Nardi F, Basolo F, Crescenzi A et al. (2014) Italian Consensus for the classification and reporting of thyroid cytology. J Endocrinol Invest). Affinché un campione possa essere riconosciuto come diagnostico devono essere valutabili almeno 6 aggregati composti da 10 o più tireociti. Se il campione è composto solo da tireociti singoli o in aggregati con meno di 10 cellule il preparato viene classificato come TIR1.

Recentemente sono stati introdotti nella pratica clinica, seppur non hanno ancora grande diffusione, test molecolari in grado di ricercare mutazioni/riarrangiamenti all'interno di pannelli di geni o alterazioni dell'espressione genica (Pashke R, Cantara S, Crescenzi A et al. European Thyroid Association Guidelines regarding Thyroid Nodule Molecular Fine-Needle Aspiration Cytology Diagnostics Eur Thyroid J 2017;6:115–129). Questi test, suddivisi in test di rule-in e test di rule-out, sono utili nella diagnostica delle lesioni a citologia indeterminata, in particolare lesioni a basso rischio – TIR 3A, nella stratificazione delle lesioni da avviare alla chirurgia.

c) Classificazione Italiana 2014 della Citologia Tiroidea

(http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/LG/2017_LGAIOM_Tiroide.pdf)

Consensus Statement AIT, AME, SIE & SIAPEC-IAP for the Classification and Reporting of Thyroid Cytol

Codice	Categoria	Rischio atteso di malignità (%)	Azione clinica suggerita
TIR1	Non diagnostico	Non definito	Ripetere FNA con guida ecografica dopo almeno 1 mese
TIR1C	Non diagnostico cistico	Basso, variabile in base al quadro clinico	Valutare nel contesto clinico eventualmente ripetere FNA
TIR2	Non maligno/benigno	< 3	Follow up
TIR3A	Lesione indeterminata a basso rischio	< 10	Ripetere FNA/ follow up
TIR3B	Lesione indeterminata ad alto rischio	15-30	Exeresi chirurgica
TIR4	Sospetto di malignità	60-80	Exeresi chirurgica con eventuale esame intraoperatorio



DG POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 14 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

TIR5	Maligno	95	Exeresi chirurgica
			Approfondimento diagnostico
			in casi selezionati

d) Scintigrafia Tiroidea

La scintigrafia tiroidea è l'esame strumentale che può fornire indicazioni sulle caratteristiche funzionali della tiroide o di una sua parte, valuta la capacità della tiroide e dei noduli tiroidei di captare iodio. Si può eseguire somministrando lodio o Tecnezio radioattivo; per questioni di radioprotezione dei pazienti il ricorso alla scintigrafia con Iodio 131 è sempre più ristretto a pochi casi (come il gozzo retrosternale citato più avanti), preferendo quella con Tecnezio99m. Si consiglia di eseguire la scintigrafia prima di un eventuale trattamento tireostatico o, in caso con un intervallo massimo di 5 giorni dall'inizio della terapia, nei tempi e nei modi più opportuni secondo il giudizio del Medico Nucleare. I noduli, possono essere definiti "freddi" alla scintigrafia quando non hanno la capacità di captare il tracciante radioattivo oppure "caldi", se captano una quantità di tracciante radioattivo superiore rispetto al restante parenchima tiroideo. I noduli definiti "isocaptanti" cioè che non si distinguono dalla captazione del restante parenchima ghiandolare sono accomunati ai noduli "freddi". Occorre tenere presente che il potere risolutivo della scintigrafia è di circa 1 cm per cui non è opportuno effettuare la valutazione funzionale di noduli subcentimetrici.

I noduli "caldi" sono iperattivi e spesso sono associati a un quadro di ipertiroidismo (adenoma tossico) e sono quasi sempre benigni. Si stima invece che solo il 5-10% dei noduli freddi siano maligni.

INDICAZIONI:

- Sospetto di adenoma tiroideo nei casi di nodo tiroideo singolo o gozzo plurinodulare, con valori di TSH inferiori ovvero ai limiti inferiori della norma, per valutare l'autonomia funzionale;
- Gozzo tiroideo con sospetto impegno retrosternale;
- Sospetto di presenza di tessuto tiroideo ectopico (sublinguale, tireoglosso, intratoracico);
- In presenza di noduli follicolari per identificare l'adenoma follicolare funzionante;
- per distinguere le tireotossicosi ad alta captazione da quelle a bassa captazione (tiroiditi, saturazione iodica);
- valutazione pre-trattamento terapeutico con I¹³¹;
- Identificare noduli tiroidei freddi 'non captanti', nei casi di patologia tiroidea multinodulare con sospetto di nodulo non benigno.

CONTROINDICAZIONI:

- gravidanza;



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 15 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

- allattamento al seno (eventuale sospensione temporanea se l'esame è ritenuto indispensabile).

In presenza di gozzo tiroideo con noduli di grandi dimensioni (> 4 cm) o di sospetto di invasione dei tessuti vicini, un ulteriore approfondimento diagnostico può essere ottenuto con l'esecuzione della TC o risonanza magnetica del collo e, eventualmente, del torace, quando necessario, che è consigliata La finalità è quella di valutare i rapporti del nodulo e della tiroide con le altre strutture del collo e del torace e, lo stato dei linfonodi del collo.

e) Indicazioni per la terapia radiometabolica del nodulo tiroideo

I noduli tiroidei "caldi" hanno indicazione al trattamento radiometabolico con Iodio¹³¹ nei seguenti casi:

- 1. Nodulo "tossico" cioè che si è svincolato completamente dal controllo ipofisario e porta ad un quadro di "tossicosi" cioè di iperproduzione di ormoni tiroidei (TSH "bloccato" cioè molto al di sotto dei limiti inferiori dei valori di riferimento; FT3 e FT4 superiori alla norma);
- Nodulo iperfunzionante ma non ancora in fase tossica (TSH "bloccato" ma frazioni libere nella norma); tale indicazione va posta come azione "preventiva", soprattutto se ci sono comorbidità in ambito cardiaco, come per esempio pregressi episodi di fibrillazione atriale oppure una condizione di cardiopatia ischemica;

Nel caso in cui il nodulo tossico sia molto voluminoso (tra i 4 e i 5 cm) e provochi problemi compressivi sulla trachea e/o esofago l'opportunità della terapia radiometabolica va discussa con il chirurgo in quanto ci sono due problematiche: il modesto effetto sulla riduzione volumetrica del nodulo, che per i voluminosi adenomi si aggira intorno al 30% e l'effetto "paradosso" sul volume del nodulo nel mese successivo alla terapia per fenomeni flogistici, con un aumento volumetrico e non riduzione che poi si verifica più tardivamente.

f) Chirurgia della tiroide

In tutti i pazienti con diagnosi di carcinoma tiroideo deve essere condotta una accurata stadiazione preoperatoria mediante ecografia del collo, con la finalità di definire il trattamento chirurgico più appropriato. Nei pazienti con sospetto/evidenza di malattia localmente avanzata è necessario un approfondimento mediante esame TC o RM per pianificare la strategia chirurgica più idonea.

Secondo la Consensus italiana del 2018, la quasi totalità delle lesioni nodulari con risultato TIR 4 e TIR 5 all'esame citologico, devono essere avviate all'intervento chirurgico e l'estensione dell'intervento chirurgico dipende da differenti fattori. Nei casi in cui i carcinomi tiroidei hanno dimensioni > 4 cm, o con un evidente estensione extratiroidea, o con metastasi linfonodali si raccomanda un intervento di tiroidectomia totale con

) Jun PTV

PDTA Patologia Tiroidea

DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 16 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

linfoadenectomia o svuotamento linfonodale delle catene laterali del collo. In caso di neoplasie con dimensioni tra 1 e 4 cm, in assenza di evidente interessamento linfonodale o estensione extratiroidea e di patologia nodulare a carico del lobo controlaterale, l'intervento chirurgico iniziale può essere la tiroidectomia totale raccomandato, o l'istmo-lobectomia, in base anche alla volontà del paziente, con la possibilità qualora indicata dall'endocrinologo e dal medico di medicina nucleare di eseguire, successivamente all'intervento, la terapia radiometabolica con I¹³¹.

Solo una piccola parte di pazienti, perlopiù anziani ad elevato rischio operatorio e in caso di microcarcinomi papillari in assenza di evidenza di estensione extratiroidea, può essere sottoposta a uno stretto follow-up o a procedura di termoablazione del nodulo tiroideo. La termoablazione del nodulo tiroideo è raccomandata anche in caso di patologia nodulare tiroidea benigna con o senza gozzo, in cui il paziente rifiuta l'intervento chirurgico.

In caso di citologico indeterminato ad alto rischio (TIR 3B), il comportamento raccomandato è quello di avviare il paziente all'intervento chirurgico, che consiste, ove realizzabile in base alle caratteristiche cliniche e alla volontà del paziente, o nella tiroidectomia totale, raccomandata, o nell'intervento di lobectomia (con valutazione dell'esame istologico estemporaneo intraoperatorio per ridurre il rischio di reinterventi in caso di diagnosi tumorale). Una piccola quota di pazienti con caratteristiche ecografiche favorevoli, può essere indirizzata ad uno stretto follow-up ecografico. La ripetizione dell'agoaspirato non è generalmente consigliata poiché non fornisce elementi aggiuntivi utili alla gestione del paziente. Nei pazienti con diagnosi citologica indeterminata a basso rischio (TIR 3A), la raccomandazione è quella di ripetere l'agoaspirato tiroideo. L'atteggiamento è in genere conservativo, a meno che non siano presenti caratteristiche ecografiche di sospetto che depongano per elevato rischio di malignità della lesione. In questi casi sono d'ausilio, sebbene non trovano ancora ampia diffusione, i test molecolari (ricerca di mutazioni/riarrangiamenti all'interno di pannelli genici – ricerca di alterazioni dell'espressione genica).

Nel periodo post-operatorio vengono rimossi i drenaggi, si valuta l'ipocalcemia ed eventuali episodi di tetania subclinica, e si esegue il dosaggio del PTH (paratormone), della calcemia e della fosforemia: in presenza di ipoparatiroidismo e ipocalcemia si inizia la terapia adeguata a controllare la sintomatologia. Infine, quando indicato, si esegue la laringoscopia. In caso di riscontro di una ferita in ordine ed in assenza o risoluzione di eventuali complicanze (emorragia ecc.) si programma la dimissione, informando il paziente sullo stile di vita che deve avere nel periodo post-dismissione. Dopo circa 7 giorni dalla dimissione, il paziente esegue un controllo presso l'ambulatorio chirurgico, per il controllo della ferita chirurgica e la formazione per la gestione della ferita stessa, infine si lasceranno i contatti per segnalare eventuali problematiche inerenti alla cicatrizzazione della ferita o eventuali inestetismi.



DG POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 17 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

La prima visita di controllo endocrinologica post-chirurgica deve essere effettuata entro 7-10 giorni (anche come consulenza) per impostare la terapia sostitutiva ormonale, controllare l'eventuale presenza di complicanze mediche (es: ipocalcemia) e programmare gli esami da effettuare per il prossimo controllo endocrinologico, da effettuare dopo 30-40 giorni dall'intervento chirurgico.

Entro 30-40 giorni dall'intervento chirurgico tutti i pazienti sono convocati per il ritiro del REFERTO ISTOLOGICO tiroideo che sarà portato e discusso nella successiva visita di controllo Endocrinologica.

Successivamente, entro 35-45 giorni il paziente esegue una visita di controllo endocrinologica, dove viene programmato un appropriato programma diagnostico e, controllata ed eventualmente ottimizzata la terapia ormonale sostitutiva soppressiva, per inibire la produzione del TSH.

Lo specialista endocrinologo o nei casi più complessi, il team multidisciplinare con riunione collegiale, decideranno, in base al quadro clinico e alla stadiazione del tumore tiroideo, il trattamento con terapia radiometabolica con I¹³¹ per la siderazione di eventuali residui o ripetizioni. Lo specialista endocrinologo potrà decidere nel monitoraggio post-chirurgico della patologia tiroidea tumorale di effettuare una scintigrafia total-body con I131 o Tecnezio99m in Medicina Nucleare. L'indicazione clinica di questa indagine è il controllo a 6-8 mesi di distanza dalla terapia radiometabolica con I¹³¹ per la conferma dell'assenza di malattia ed è giustificata dai livelli aumentati di Tg (tireoglobulina) e/o Ab anti-Tg (anticorpi anti Tg) e il sospetto di eventuale recidiva o localizzazioni secondarie.

g) Valutazione post-operatoria e follow-up

I carcinomi tiroidei differenziati rappresentano la grande maggioranza dei cancri tiroidei e presentano in genere ottima prognosi: circa il 90% dei pazienti guarisce dopo il trattamento iniziale (chirurgico ± terapia soppressiva radiometabolica con I¹³¹). Una minoranza di casi, stimabile tra il 5-20%, va incontro a recidiva di malattia/sviluppo di metastasi loco-regionali in corso di follow-up, mentre circa il 5-10% dei pazienti può sviluppare metastasi a distanza con notevole peggioramento della prognosi (il 60-70% di questi pazienti diventa refrattario al trattamento con radioiodio).

La stadiazione dei tumori tiroidei prevede l'utilizzo di sistemi complementari per la stratificazione del rischio che consentono di stimare la prognosi della malattia e indirizzare i pazienti verso i trattamenti più congrui. I sistemi utilizzati in fase post-chirurgica, tra cui il più utilizzato è il TNM (attualmente in vigore I'VIII ed. 2018) dell'AJCC (American Joint Committee on Cancer) (Tuttle RM, Haugen B & Perrier ND 2017a Updated American Joint Committee on cancer/tumor-node-metastasis staging system for differentiated and anaplastic thyroid cancer (eighth edition): what changed and why? Thyroid 27 751-756. https://doi.org/10.1089/thy.2017.0102) che consente di predire il rischio di mortalità tumore-specifico in considerazione di parametri legati al paziente (età, sesso) e dati forniti dall'esame istologico (dimensioni,



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 18 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

multifocalità, invasività ecc.), forniscono un'immagine statica della malattia e vengono integrati con il sistema di stratificazione dinamica del rischio iniziale di persistenza/recidiva di malattia proposto dalle linee guida dell'American Thyroid Association (ATA) del 2015 e ulteriormente rivisto dalla Consensus delle 2018 (https://www.aiom.it/wpdel scientifiche italiane società content/uploads/2018/10/2017 LG AIOM Tiroide.pdf), che suddivide i pazienti in 3 classi di rischio (basso/intermedio/alto) in base alle quali avviare o meno il paziente alla terapia radiometabolica. I pazienti vengono così indirizzati in un follow-up dinamico, che prevede una ri-stratificazione del rischio di recidiva nel corso delle visite successive, andando a valutare, di volta in volta, la risposta al trattamento iniziale, alla luce dei dati provenienti dalla scintigrafia post-dose ablativa con I¹³¹, dei livelli ematici di tireoglobulina (basali o stimolati), dell'ecografia del collo e di eventuali altre indagini strumentali nei casi più complessi (TC o PET-TC con ¹⁸F-FDG), da parte di un team multidisciplinare di endocrinologi, anatomopatologi, chirurghi, medici nucleari, radiologi e radioterapisti esperti di patologia neoplastica tiroidea.

Si propone un follow-up iniziale (1-3 mesi) dall'intervento di tiroidectomia per la valutazione clinica: 1) pazienti a basso rischio o rischio intermedio sono sottoposti a tiroidectomia totale o lobectomia/lobectomia + istmectomia e non effettuano terapia radiometabolica con I¹³¹, comunque i seguenti esami sono richiesti: Tg, ab anti-Tg, TSH, Ecografia o ecocolordoppler del collo, eventuale scintigrafia total-body (WBS) diagnostico sulla base di valori post-intervento di Tg; 2) pazienti con rischio intermedio-alto di recidiva/persistenza di malattia vengono inviati alla Medicina Nucleare per il trattamento radiometabolico con I¹³¹ per la siderazione di eventuali residui o ripetizioni e vengono eseguiti gli esami diagnostici come sopra riportati come per i pazienti a basso rischio.

Successivamente, dopo 6-12 mesi dall'intervento chirurgico con o senza terapia radio-metabolica, si controlla la presenza di eventuali recidive con i seguenti esami quali: la valutazione (basale o eventualmente dinamica) dei marcatori tumorali come la Tg , il dosaggio degli Ab anti-Tg; l'ecografia e/o ecocolordoppler del collo, eventualmente integrata con scintigrafia diagnostica con I¹³¹ e, nei pazienti classificati ad alto rischio di recidiva/persistenza, si possono utilizzare le metodiche della radiologia tradizionale (TC, RMN) e della medicina-nucleare (scintigrafia diagnostica con I¹³¹, PET-TC con ¹⁸FDG), per la valutazione della malattia morfologicamente evidente, recidiva. Se i controlli clinico-diagnostici danno esito negativo, quindi senza la presenza di recidiva di patologia tumorale tiroidea il controllo, come sopra riportato, deve essere effettuato una volta all'anno per dieci anni.

In tutte le fasi dello screening post-operatorio si valuta la funzionalità tiroidea e la terapia sostitutiva ormonale deve essere mirata ad ottenere con valori di TSH negli intervalli specificati dalle Linee Guida sopramenzionate, a seconda della fase del follow-up e del rischio di recidiva/risposta al trattamento iniziale $(0.5-2.5 \,\mu\text{U/ml}; \, 0.1-0.5 \,\mu\text{U/ml}; \, <0.1 \,\mu\text{U/ml})$.





DG POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 19 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Il trattamento delle forme tumorali avanzante, refrattarie al radio-iodio (lesioni non captanti o progressione di malattia nonostante captazione del radio-iodio) si avvale di tecniche locali chirurgiche e radioterapiche e, nei casi con elevato carico tumorale, della terapia sistemica con inibitori multi-chinasici, quali sorafenib e lenvatinib, gravati però da importanti effetti collaterali (Fugazzola L, Elisei R, Fuhrer D et al. 2019 European Thyroid Association guidelines for the treatment and follow-up of advanced radioiodinerefractory thyroid cancer. Eur Thyroid J 2019, 8: 227-45). La UOC di Endocrinologia e Diabetologia è attualmente autorizzata al trattamento chemioterapico di III livello per la patologia nodulare tiroidea con lenvatinib.

h) Valutazione otorinolaringoiatrica (ORL) - nel percorso chirurgico tiroideo

VALUTAZIONE PREOPERATORIA ORL IN PAZIENTE DA SOTTOPORRE AD INTERVENTO DI **TIROIDECTOMIA**

Dal punto di visto Otorinolaringoiatrico nel paziente da sottoporre ad intervento di tiroidectomia, deve essere necessariamente studiata attentamente l'anamnesi prossima e remota, così da valutare precedenti disfunzioni nella deglutizione e nella fonazione, che possono causate da un possibile deficit motorio delle corde vocali vere. L'innervazione sia sensitiva che motoria della laringe è data da due rami del nervo vago, che sono i nervi laringei superiori ed inferiori, quest'ultimi definiti anche come nervi ricorrenti.

Il nervo laringeo ricorrente si occupa principalmente dell'azione motoria dei muscoli intrinseci della laringe (ad eccezione del muscolo cricotiroideo) e della sensibilità del piano sottoglotico.

Il nervo laringeo superiore al contrario ha un'azione prevalentemente sensitiva, provvedendo alla sensibilità del piano glottico e sottoglottico; inoltre controlla l'unico muscolo escluso dal nervo laringeo ricorrente, ossia il muscolo cricotiroideo, che ha come funzione quella di modulare l'intensità della fonazione e partecipa inoltre nei movimenti della deglutizione.

Per tale motivo è necessaria, per una corretta valutazione pre-operatoria, l'esecuzione di una fibrolaringoscopia con studio della motilità cordale così da poter escludere la presenza di deficit pregressi compensati delle corde vocali vere.

VALUTAZIONE INTRAOPERATORIA

Secondo linee guida si consiglia il monitoraggio intraoperatorio dei nervi ricorrenti (IONM - Intraoperative neurophysiological monitoring) così da ridurre i rischi di possibili danni durante l'intervento chirurgico. Ad oggi il metodo maggiormente standardizzato risulta essere l'utilizzo di elettrodi posizionati all'interno del tubo endotracheale a contatto con la mucosa delle corde vocali, che rivelano dei movimenti di quest'ultime qualora venisse stimolato il nervo laringeo ricorrente.

GESTIONE POST-OPERATORIA



DG POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 20 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Nella gestione immediata post-operatoria è consigliabile escludere eventuali complicanze e disturbi della deglutizione o della fonazione tramite un attento esame obiettivo ed una valutazione fibrolaringoscopica.

Qualora nel post-operatorio non si dovesse riscontrare alcun deficit nella motilità delle corde vocali il caso potrà essere ritenuto concluso; al contrario si potrebbe riscontrare un deficit cordale completo o parziale, e, soprattutto, mono o bilaterale. Nel caso di danno ai nervi ricorrenti con conseguente disfunzione motoria, la prima valutazione da eseguire deve essere rivolta alla gestione delle vie aeree.

Qualora lo spazio aereo non fosse sufficiente o in presenza di insufficienza respiratoria, quadro clinico che si manifesta soprattutto in caso di paralisi bilaterale delle corde vocali, è necessario sottoporre il paziente ad intervento chirurgico di tracheotomia, così da mantenere pervie le vie aeree. In un secondo tempo si potrà valutare l'indicazione chirurgica ad una cordectomia laser posteriore che permetterebbe la rimozione della tracheotomia conservando una qualità di voce accettabile.

Nel caso contrario di un deficit parziale o monolaterale delle corde vocali, se lo spazio aereo risulta essere sufficiente, si può suggerire un intervento chirurgico in un secondo momento tramite rinforzo, medializzazione oppure reinnervazione.

PTV

PDTA Patologia Tiroidea

DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 21 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Matrice dei ruoli delle responsabilità

Attività Diagnostica	Infermiere Ambulatoriale	Medico Endocrinologo	Medico di laboratorio	Medico radiologo	Anatomia Patologica	Medico Medicina Nucleare	Medico Chirurgo / Otorinolaringoiatria
Ambulatorio Endocrinologico	R	С					
Visita Endocrinologica	. 1	R					
Esami di Laboratorio	С	С	R				
Ecografia Ecocolordoppler	С			R		-	
Ecografia Ecocolordoppler	С	R				1	
Visita di Controllo Endocrinologico	С	R					
FNA Ecoguidato	С	R		С	I		
TC o RMN	С	I		R			
Medicina Nucleare	I	С				R	
Intervento Chirurgico	С	I		С			R
Terapia Medica	С	R	С			С	C
Visita Medicina Nucleare		I				R	
Trattamento Medicina	I	С				R	Ī



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 22 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Nucleare							
Visita Chirurgica		I					R
Ricovero e Intervento Chirurgico		С	-				R
Lettura esame Citologico e Istologico	I	С			R		C
Ambulatorio Chirurgico	С	С					R
Follow-up Endocrinologia	С	R			I	I	I
Gruppo di Lavoro	С	R	С	С	С	C	С

R = responsabile C = coinvolto

I= informato



DG POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 23 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Principali riferimenti normativi

- Decreti del Commissario ad Acta Decreto del Commissario ad Acta 25 giugno 2020, n. U00081 Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021.
- Determinazione 18 dicembre 2020, n. G15691 Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità.
- Linee guida sui Tumori della Tiroide 2017 aggiornati 2019 Associazione Italiana di Oncologia Medica (https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/10/2017_LG_AIOM_Tiroide.pdf)
- F Pacini, F Basolo, R Bellantone et al. "Italian consensus on diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer: joint statements of six Italian societies" J Endocrinol Invest 2018 Jul;41(7):849-876.
- Gharib H, Papini E, Garber JR Et Al, ; AACE/ACE/AME Task Force On Thyroid Nodules. America Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi "Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 UPDATE. Endocr Pract. 2016 May;22(5):622-39.
- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2016, 26: 1-133.
- Tuttle RM, Haugen B & Perrier ND 2017a Updated American Joint Committee on cancer/tumornode-metastasis staging system for differentiated and anaplastic thyroid cancer (eighth edition): what changed and why? Thyroid 27 751-756.
- Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF et al "European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS" Eur Thyroid J 2017 Sep; 6(5):225-237.

Archiviazione e diffusione

La politica aziendale finalizzata alla dematerializzazione dei documenti e la disponibilità degli stessi in formato digitalizzato su portale permette l'implementazione e la diffusione della presente procedura.

Tale procedura è consultabile da tutti gli operatori sanitari e amministrativi tramite la consultazione del sito intranet nella sezione della Direzione Sanitaria.

Inoltre la procedura è inviata tramite mail, alle segreterie dipartimentale per la diffusione ai Responsabili di UOC, UOSD e Programmi a progetto.



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 24 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Prestazioni principali previste - Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili - Versione aggiornata 2020.

- 1. 06.11.1 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 60,76€ AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE
- 06.11.1 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE codice CUR 06.11.1_2, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 60,76€ AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE
- 06.11.1 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE LOBO DX, codice CUR 06.11.1_3, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 60,76€ AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE - LOBO DX
- 4. 06.11.1 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE LOBO SX, codice CUR 06.11.1_4, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 60,76€ AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE - LOBO SX
- 5. 06.11.1 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE REGIONE ISTMICA, Codice CUR 06.11.1_5 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 60,76€ AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE REGIONE ISTMICA
- 6. 06.11.2 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE. Codice CUR: 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 86,10€, AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE
- 7. 06.11.2 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE, Codice CUR 06.11.2_2, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 86,10€ AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE
- 06.11.2 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO DX 3 06.11.2_3, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 86,10€, AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO DX
- 06.11.2 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO SX, Codice CUR 06.11.2_4, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 86,10€, AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO SX
- 10. 06.11.2 BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE REGIONE ISTMICA, Codice CUR 06.11.2_5, 19 (Endocrinologia), 09 (Chirurgia Generale), 69 (Radiologia), 86,10€, AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE REGIONE ISTMICA

Mu



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 25 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

- 11. 87.03.7 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale] Codice CUR 87.03.7_2, 69 (Radiologia), 120,42€, TC DEL COLLO
- 12. 87.03.7 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale] C LARINGE, Codice CUR 87.03.7_6, 69 (Radiologia), 120,42€, TC LARINGE
- 13. 87.03.8 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale] TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale], 69 (Radiologia), 120,42€, TC COLLO SENZA-CON MDC
- 14. 87.03.8 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale] TC LARINGE SENZA E CON MDC, Codice CUR 87.03.8_8, 69 (Radiologia), 120,42€, TC LARINGE SENZA E CON MDC
- 15. 87.03.8 TC VASI EPIAORTICI SENZA E CON MDC, Codice CUR 87.03.8_969 (Radiologia), 120,42€, TC VASI EPIAORTICI SENZA E CON MDC.
- 16. 88.71.4 ECO DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E COLLO, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€ DIAGNOSTICA ECO CAPO E COLLO
- 17. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO, Codie CUR 88.71.4_2, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€, ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO
- 18. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi ECOGRAFIA COLLO PER LINFONODI, Codice CUR 88.71.4_3, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€, ECOGRAFIA COLLO PER LINFONODI
- 19. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI 4 88.71.4_4, 69 (Radiologia), 61 (Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€, ECOGRAFIA TIROIDEPARATIROIDI
- 20. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi ECOCOLORDOPPLER TIROIDEPARATIROIDE, Codice CUR 88.71.4_5, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Radiologia), 28,41€, ECOCOLORDOPPLER TIROIDE-PARATIROIDE
- 21. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI 6 88.71.4_6, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€, ECOGRAFIA GHIANDOLA SALIVARI
- 22. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi ECOGRAFIA COLLO 7 88.71.4_7, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia) 28,41€ ECOGRAFIA COLLO
- 23. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi ECOGRAFIA DELLE PAROTIDI, Codice CUR 88.71.4_8, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€, ECOGRAFIA DELLE PAROTIDI



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 26 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

- 24. 88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi, ECOGRAFIA TIROIDE, Codice CUR 88.71.4_9, 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€, ECOGRAFIA TIROIDE
- 25. 88.71.4 ECOCOLORDOPPLER TIROIDE-PARATIROIDE, Codice CUR 88.71.4_5 69 (Radiologia), 61(Medicina nucleare), 19 (Endocrinologia), 28,41€, ECOCOLORDOPPLER TIROIDE PARATIROIDE
- 26. 91.48.1 ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea ES. ISTOCITOPATOLOGICO: DA AGOBIOPSIA TIROIDEA, Codice CUR 91.48.1_0, compresa eventuale tipizzazione immunoistochimica e/o revisione vetrini 46,48€ ES. ISTOCITOPATOLOGICO: DA AGOBIOPSIA TIROIDEA
- 27. 92.01.1 CAPTAZIONE TIROIDEA CAPTAZIONE TIROIDEA, codice CUR 92.01.1_0, 61 (Medicina nucleare), 44,98€, CAPTAZIONE TIROIDEA.
- 28. 92.01.2 SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, codice CUR 92.01.2_0, 61 (Medicina nucleare) 46,12€, SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE
- 29. 92.01.3 SCINTIGRAFIA TIROIDEA SCINTIGRAFIA TIROIDEA, Codice CUR 92.01.3_0, 61 (Medicina nucleare) 33,36€, SCINTIGRAFIA TIROIDEA
- 30. 92.01.4 SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI OSITIVI SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON NDICATORI POSITIVI, Codice CUR 92.01.4_0, 61 (Medicina nucleare), 179,73€, SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI.

26 Jun



DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 27 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

ICD9

Gozzo 240, 240.0, 240.9, tireotossicosi 242, gozzo adenomatoso, 241.9, gozzo cistico 241.9, gozzo multinodulare 241.1, gozzo tossico 242.2, gozzo nodulare 242.9, gozzo multinodulare 241, malattie tiroidee 242.9, neoplasie tiroidee 161.3, 197.3, 231, 212.1, 235.6, 239.1, tumore della tiroide 193, cisti della tiroide 246.2, disfunzione della tiroide 648.1, anomalie di altre ghiandole endocrine 759.2.

Disturbi della ghiandola tiroidea 240 – 246: 240.9, 241.0, 241.1, 241.9, 242.0, 242.00, 242.01, 242.1, 241.0, 242.11, 242.2, 242.20, 242.21, 242.3, 242.4, 242.8, 242.80, 242.9, 242.90, 242.91, 244, 244.0, 244.1, 244.2, 244.3, 244.8, 244.9, 245, 245.1, 245.2, 245.3, 245.4, 245.8, 245.9, 246.0, 246.1, 246.2, 246.8, 246.9

Jan 1

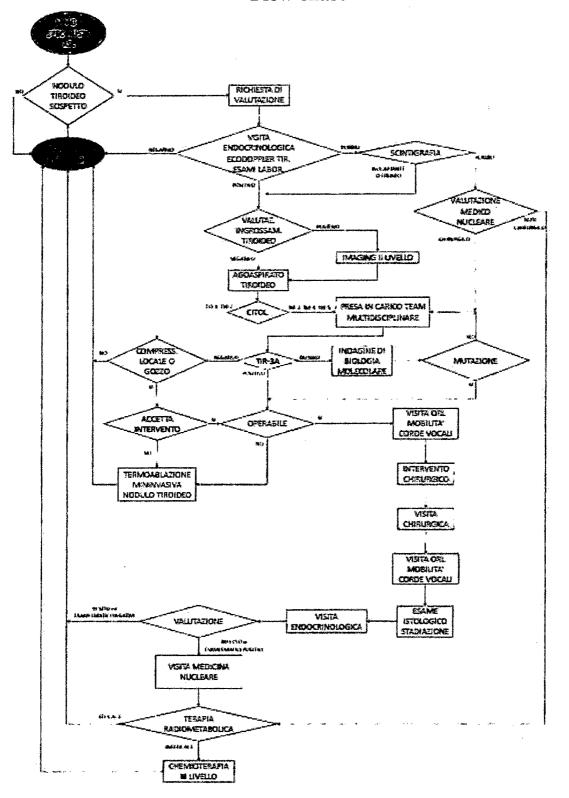
PTV

PDTA Patologia Tiroidea

DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 28 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Flow chart





DG_POS-PT Rev.1 17/02/2022 Pagina 29 di 29

DG DIREZIONE GENERALE -

Indicatori

Il calcolo degli indicatori sarà a cura del Responsabile del PDTA secondo i tempi indicati

Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Modalità di rilievo	Target	Responsabile
Tempo lista di attesa	Numero giorni di attesa tra diagnosi e intervento chirurgico	Si	ADT	<15 giorni	DS
Valutare appropriatezza citologico	Numero Pz con citologico positivo/totale agoaspirati	Si	Risultati del citologico	80%	DS
Tempi di attesa Anatomia Patologica	Numero giorni di attesa del referto citologico	SI	Modulab	<=10 giorni	DS
Esito	Numero di pazienti operati con citologico positivo/ totale citologici positivi	Si	Risultati citologici e SDO	80%	DS

N. PREST.	, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>			T	2	, LO	80	N			. 2	2		;	(A)	H		
Ī					×					×		×		÷	٠			
ORA_FINE	12.30	•		14.30	15.30	18.00	13.00	15.00		15.30	16.30	10.00		11.00	12.30	9.30		
ORA_INIZIO	00.6			14.00	14.30	15.30	9.00	14.00		15.00	15.30	00.6		10.00	11.00	9.00		e.
99	ICUN			ION	ICN	NOI	MART	MERC				VOID		:		VEN		
DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ECOCOLORDOPPLER TIROIDE-PARATIROIDE	VISITA ENDOCRIN DI CONTROLLO PRIMA VISITA	ENDOCRINOLOGICA	*	*	**	AGOASPIR/AGOBIOPSIA PERCUT DELLA TIROIDE	ECOCOLORDOPPLER TIROIDE-PARATIROIDE	VISTA ENDOCKIN DI CONTROLLO PRIMA VISTA ENDOCR	:		PRIMA VISITA ENDOCR ECOCOLORDOPPLER	TIROIDE-PARATIROIDE VISITA ENDOCRIN DI CONTROLLO	***	* *	ECOCOLORDOPPLER	VISITA ENDOCRIN DI	CONTROLLO PRIMA VISITA ENDOCR
C.U.R.	88.71.45	89.01_18	89.7_18				06.11.1_2	88.71.4_5	89.01_18			89.7_18	89.01_18 88.71.4_5			89.01_18	88.71.4_5	89.01_18 89.7_18
O ENDOCRINOLOGIA DESCRIZIONE AGENDA	1930*_ENDOCRINOLOGIA ECOCOLORDOPPLER																	
AGENDE 193 MNEM_ AGENDA	ENDO38.1							÷										
ALLEGATO 1 SCHEMA AGENDE 1930 ENDOCRINOLOGIA ID AGENDA DESCRIZIONE AGENDA AGENDA	UEIDPTV00000473									:								

10.30 13.00

9.30 10.30

ALLEGATO 2 AGENDE PERCORSI INTERNI CHIRURGIA

Unità erogante: 0904 CHIRURGIA DELLA TIROIDE

ID unità MNEM_ erogante AGENDA	ID unità MNEM_ erogante AGENDA	DESCRIZIONE AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	66.	GG. ORA_INIZIO ORA_FINE INT	ORA_FINE	INI	N. PREST.NI
		0904 CHIRURGIA DELLA TIROIDE	89.01_9	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO					
306722	0904PDTA		89.7_9	PRIMA VISITA CHIRURGICA	ş	12.10	13.10	**	m
		0904 CHIRURGIA DELLA TIROIDE	89.01_9	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO					
306722	0904PDTA		89.7.9	PRIMA VISITA CHIRURGICA	Ven	11.00	13.00		9

Mn

Unità erogante: 3810_OTORINOLARINGOIATRIA UOC

ID unità	MNEM	GIATOA TIAOIZIGOSTO	=	DESCRIZIONE	9				z
erogante	AGENDA	DESCRIZIONE AGEND	A C.O.R.	PRESTAZIONE	၌ ၁	KA_INIZIO	GG.OKA_INIZIOOKA_FINEINI		PREST.NI
ocooooy/Hadisi		OTORINOLARINGOIATRIA	89.01_39	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO					
	ORL3		89.7_37	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA Îu	lun 12	12:45	13:15		
GEODOLOVICA		3810_OTORINOLARINGOIATRIA	89.01_39	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO					
	ORL3		89.7_37	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA m	mar 13	13:45	14:15		
		OTORINOLARINGOIATRIA	89.01_39	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO					
UEIDPIVOUGUO39	ORL3		89.7_37	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA m	mer 12	12:45	13:15		
UEIDPTV00000039		3810_OTORINOLARINGOIATRIA UOC	89.01_39	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO		:			
	ORL3		89.7_37	PRIMA VISITA	gio 12	12:45	13:15	-2	

ORL3	UEIDPTV00000039	ORL3	3810_OTORINOLARINGOIATRIA JOC JOC	89.7_37	99.01_39 OTORINOLARINGOIATRICA 89.01_39 OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO CONTROLLO AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA LINFONODI CERVICALI SX AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA LINFONODI CERVICALI DX	ven 13	13:30 Prestazioni in	-14:00	8	
		ORL3				<u>re</u>	ccettazione			

Mu

ALLEGATO 3	3 SCHEN	ALLEGATO 3 SCHEMA AGENDE 2603	-	ATEROSLEROSI ECOCOLOR DOPPLER	OPP	LER			
ID AGENDA	MNEM_ AGENDA	DESCRIZIONE AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	.99	ORA_INIZIO	ORA_FINE	F	N. PREST.NI
UEIDPTV00000090	AT1.8	2603_ATEROSCLEROSI ECOCOLO- DOPPLERTIROIDE	06.11.1_2 06.11.1_3 06.11.1_4 06.11.1_5 06.11.2_3 06.11.2_4	AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE - LOBO DX AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE - LOBO SX AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE - REGIONE ISTMICA AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO DX AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO DX AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO SX AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO SX AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - LOBO SX AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE - REGIONE ISTMICA	LUCA	9.00	9.30	:	-
•	100			* *	N N	9.30	10.00	i	3
				**	LUN	11.30	13.00		3
			88.71.4_5 89.7_18	ECOCOLORDOPPLER TIROIDE- PARATIROIDE PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	MER	11.00	11.30		-
				**	MER	11.30	12.00		1
			88.71.4_5 89.7_18 89.01_18	ECOCOLORDOPPLER TIROIDE- PARATIROIDE PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO	MER	12.00	12.30	-	£
					MER	13.30	15.00		3



DIREZIONE AMMINISTRATIVA UOC AFFARI GENERALI

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che in data 27 04 12 la deliberazione n. 407 del 18.04. 202
in formato pdf conforme all'originale agli atti d'ufficio, è pubblicata all'Albo Pretorio on line sul
sito web istituzionale del PTV www.ptvonline.it ai sensi dell'art. 31 L.R. Lazio 45/1996, come
previsto dall'art. 32 L. 69/2009 e dall'art. 12 L.R. Lazio 1/2011, per rimanervi affissa 15 giorni
consecutivi. E' resa inoltre disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori dei conti.
DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI
(DR. FRANCESCO GOSL)
Visto, l'incaricato della pubblicazione Ale Company della pubblicazione
DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALL'ORGINALE
La presente deliberazione si compone di n pagine e di n allegati ed è conforme all'originale conservato agli atti dell'Ufficio.
Roma,

DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI
(DR. FRANCESCO COSI)



