

Il Documento Tecnico per i Tumori Oligo-Metastatici (TOM)

Edizione 2025



Premessa

Ruolo dei PDTA TOM

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) dedicato ai tumori oligo-metastatici (TOM) riveste un ruolo importante nell'ottimizzazione della gestione clinica di questa condizione, implementando un approccio personalizzato e multidisciplinare attraverso l'operato dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM). I TOM richiedono una gestione specifica volta a controllare la malattia tramite approcci multidisciplinari che includono trattamenti sistemici (differenziati in molti casi dalla malattia poli-metastatica classica), interventi chirurgici e/o terapie loco-regionali mirate, o talvolta la sola sorveglianza attiva. Il PDTA relativo ai TOM è essenziale per fornire agli operatori sanitari un quadro chiaro e aggiornato sulle migliori pratiche cliniche, garantendo percorsi diagnostici e terapeutici uniformi e di alta qualità per i pazienti affetti da TOM, i quali possono essere soggetti a terapie molto eterogenee. La strutturazione del PDTA, inoltre, fornisce un linguaggio comune e un quadro di riferimento per i professionisti che operano nei GOM specifici per ciascuna patologia. Il PDTA relativo ai TOM agevola il riconoscimento precoce della malattia oligo-metastatica e semplifica la valutazione delle opzioni di trattamento radicale. In un contesto in cui l'incidenza dei TOM "indotti" sta aumentando grazie ai progressi nei trattamenti sistemici, il PDTA si configura come uno strumento essenziale per adattare le pratiche cliniche alle nuove sfide e alle opportunità terapeutiche emergenti, grazie al suo approccio evolutivo basato su un costante aggiornamento e confronto tra esperti.

TUMORI OLIGO-METASTATICI (TOM)

Premessa

Questi Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) relativi ai tumori oligo-metastatici (TOM) sono stati redatti in conformità all'evidenza scientifica derivata dai principali studi clinici, sia retrospettivi che prospettici, e in base alle linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO, ASCO, NCCN). Tali PDTA saranno soggetti a periodici aggiornamenti al fine di garantirne il rispetto dell'evoluzione delle conoscenze, nonché la coerenza con le linee guida nazionali ed internazionali riguardanti la patologia in esame.

Biologia ed epidemiologia dei TOM

La diffusione metastatica a organi distanti come polmoni, fegato, osso e cervello dal tumore primario è la principale causa di morte nei pazienti oncologici. Il numero, le dimensioni delle lesioni tumorali e il coinvolgimento dei linfonodi loco-regionali sono metodi ben consolidati per misurare il livello di diffusione del cancro, e guidano i sistemi di stadiazione clinica per il cancro. Il carico iniziale del tumore può variare nella pratica clinica nel contesto della malattia metastatica, tipicamente la malattia in IV stadio nei più comuni metodi di stadiazione dei tumori solidi non ematologici. Alcuni pazienti si presentano alla diagnosi con un quadro clinico coinvolgente siti multipli ("malattia poli-metastatica") e un decorso evolutivo piuttosto rapido, mentre altri hanno un corso più indolente della malattia e con coinvolgimento di un numero inferiore di siti ("malattia oligo-metastatica", in questa trattazione tumori oligo-metastatici, TOM).

Negli ultimi anni lo studio dei TOM ha guadagnato sempre più attenzione poiché è emerso che essi non sono semplicemente uno stato temporaneo o intermedio tra una malattia localizzata a basso carico e una diffusa, ma piuttosto una malattia distinta con caratteristiche biologiche e molecolari specifiche. In altre parole, è sempre più evidente che la bassa "virulenza metastatica" dei TOM può riflettere stati specifici e dinamici della biologia del tumore e/o delle relazioni con l'ospite. Il processo complesso e a più fasi che giustifica l'acquisizione di un fenotipo maligno completo (dal tumore primario a uno sempre più aggressivo e poli-metastatico) può essere diviso in numerose caratteristiche biologiche, come l'instabilità epi/genomica, la transizione epiteliale-mesenchimale, la proliferazione, l'invasività, l'interazione con linfociti e l'ambiente tumorale, la sopravvivenza in transito delle cellule tumorali, l'*homing* specifico agli organi, la neoangiogenesi, e così via. Tuttavia, l'acquisizione di proprietà complete per ciascun fenomeno non può essere identificata

dicotomicamente (instabilità genomica: sì/no; EMT: sì/no; proliferazione: sì/no, ecc.), poiché plausibilmente funzionano in modo continuo. Le cellule oligo-metastatiche hanno una capacità inferiore in una o più di queste caratteristiche rispetto alle cellule poli-metastatiche. Pertanto, l'origine delle oligo-metastasi potrebbe dipendere da una potenza metastatica ridotta (cioè "virulenza metastatica" scarsamente valutabile). A questo si aggiungono anche le caratteristiche dell'ospite che può avere una maggiore capacità ed efficienza di riconoscere le cellule tumorali attraverso il suo sistema immunitario ed eliminarle. Una conseguenza interessante di queste considerazioni è che i sistemi di stadiazione clinica dovrebbero differenziare le forme di cancro oligo-metastatico e idealmente includere caratteristiche cliniche e molecolari specifiche.

L'incidenza dei TOM varia a seconda del tipo di tumore. In passato si ipotizzava che alcuni tumori, come l'adenocarcinoma pancreatico e il cancro polmonare a piccole cellule, non si manifestassero mai con un comportamento oligo-metastatico. In realtà, fino ad oggi, uno stato oligo-metastatico è stato riportato in tutti i tipi di cancro. L'incidenza dei TOM varia notevolmente tra i diversi tipi di cancro, oscillando dall'estremamente raro (come nel SCLC dove sono descritti solo alcuni casi) al 10-40% nell'epatocarcinoma. La **Tabella 1** presenta l'incidenza dei TOM per ciascun tipo di cancro.

Tabella 1. Incidenza dei TOM nei dieci più comuni cancri.

Tipo di tumore	Incidenza (% sui casi metastatici)
Polmone (NSCLC)	5
Polmone (SCLC)	Estremamente raro
Mammella	5–20
Colonretto	10–15
Stomaco	5
Epatocarcinoma	10–40
Prostata	10–30
Pancreas	5
Ovaia	5–15
Esofago	5
Cervice	5–15

NSCLC: non-small cell lung cancer; SCLC: small cell lung cancer.

Definizione di TOM

Studi precedenti hanno adottato un approccio pragmatico e quantitativo per definire le lesioni oligo-metastatiche. In particolare, ci si riferisce a una malattia oligo-metastatica quando si verificano da 1 a 3 lesioni metastatiche per organo, con una dimensione totale massima inferiore a 7 cm e nessuna lesione che superi i 25 mm di diametro. Pur adottando in questi PDTA questa definizione, per una trattazione più completa, si potrebbe considerare una definizione presente in letteratura ma più restrittiva, che stabilisce un limite massimo di 5 lesioni totali e una dimensione totale massima di 5 cm. Non è errato riferirsi a questa definizione.

Inoltre, la definizione di malattia oligo-metastatica dovrebbe tener conto del "tasso di crescita metastatica", che è generalmente più lento nelle oligo-metastasi. Tuttavia, quantificare questo tasso risulta difficile, e gli algoritmi proposti finora sono poco pratici o quasi del tutto inapplicabili nella pratica clinica. D'altra parte, diversi autori suggeriscono che i TOM possano essere definiti come neoplasie metastatiche suscettibili di interventi locali terapeutici curativi o radicali, come chirurgia o radioterapia, su tutte le lesioni metastatiche, indipendentemente dal numero e/o volume delle stesse. Tuttavia, questa definizione, sebbene intuitiva, si presta certamente a una maggiore eterogeneità metodologica, poiché può essere influenzata dalla variazione di competenze diagnostiche e terapeutiche riscontrate nel mondo reale. Inoltre, nella pratica clinica, potrebbe verificarsi che il trattamento radicale di una singola lesione metastatica (oligo-metastasi) possa essere difficoltoso o addirittura non fattibile.

È importante notare che l'identificazione della malattia oligo-metastatica spesso avviene in modo retrospettivo, poiché molti pazienti sottoposti a trattamenti radicali per le oligo-metastasi sviluppano malattie poli-metastatiche aggressive entro un anno, mentre altri non manifestano mai progressione della malattia (vero TOM). Pertanto, è essenziale definire la malattia oligo-metastatica in modo multidimensionale, integrando i dati quantitativi sul carico tumorale con quelli morfo-funzionali per valutare la possibilità di trattamento radicale.

Un recente studio congiunto di ASTRO/ESTRO (American Society for Radiation Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology) ha fornito definizioni chiare e pratiche per le varie situazioni cliniche di TOM alle quali si riferiscono questi PDTA. È cruciale conoscere e comprendere queste definizioni non solo per la terminologia scientifica, ma anche perché sono il linguaggio comune all'interno di un contesto multidisciplinare del GOM per inquadrare all'inizio i pazienti affetti da TOM.

La classificazione e la nomenclatura dei TOM consistono in:

TOM“genuino” o"de novo": è considerato il fenotipo più puro di malattia oligo-metastatica, quando il cancro non ha precedenti di malattia polimetastatica. È utile distinguere tra oligo-metastasi sincroneo metacrone, che si riferiscono alla diagnosi fatta entro o dopo 6 mesi dalla diagnosi del cancro primario, rispettivamente.

TOM indotto: il cancro poli-metastatico è diventato limitato a un piccolo numero di siti metastatici (malattia oligo-metastatica) a seguito di un trattamento sistemico e/o locoregionale.

TOM ripetuto: le oligo-metastasi si ripresentano dopo una precedente diagnosi e trattamento per TOM.

Oligo-ricorrenza: oligo-metastasi che si ripresentano dopo il trattamento iniziale durante un periodo senza trattamento.

Ripetuto e indotto possono essere associati a diverse dinamiche di *imaging* (vale a dire, oligo-ricorrenza ripetuta vs. oligo-ricorrenza indotta; entrambe indicano nuove lesioni oligo-metastatiche da TOM o da malattia polimetastatica, rispettivamente):

Oligo-progressione: TOM che progredisce durante un trattamento attivo.

Oligo-persistenza: TOM persiste dopo un trattamento iniziale.

Dal punto di vista sia formale che sostanziale, la vera malattia oligo-metastatica, indipendentemente dal tumore primitivo di origine, tende a evolvere per molti anni con un quadro di oligo-persistenza dopo il trattamento e oligo-ricorrenza durante il follow-up. Meno frequente è la oligo-progressione.

Infine, è importante notare che l'incidenza dei TOM "indotti" sta aumentando in tutti i tipi di cancro, a mano a mano che i trattamenti sistemici, come farmaci biologici, immunoterapie e approcci integrati, migliorano. Questo rappresenta un nuovo scenario clinico derivante dagli effetti dei miglioramenti nei trattamenti iniziali per i cancro poli-metastatici.

Percorso diagnostico per pazienti con TOM

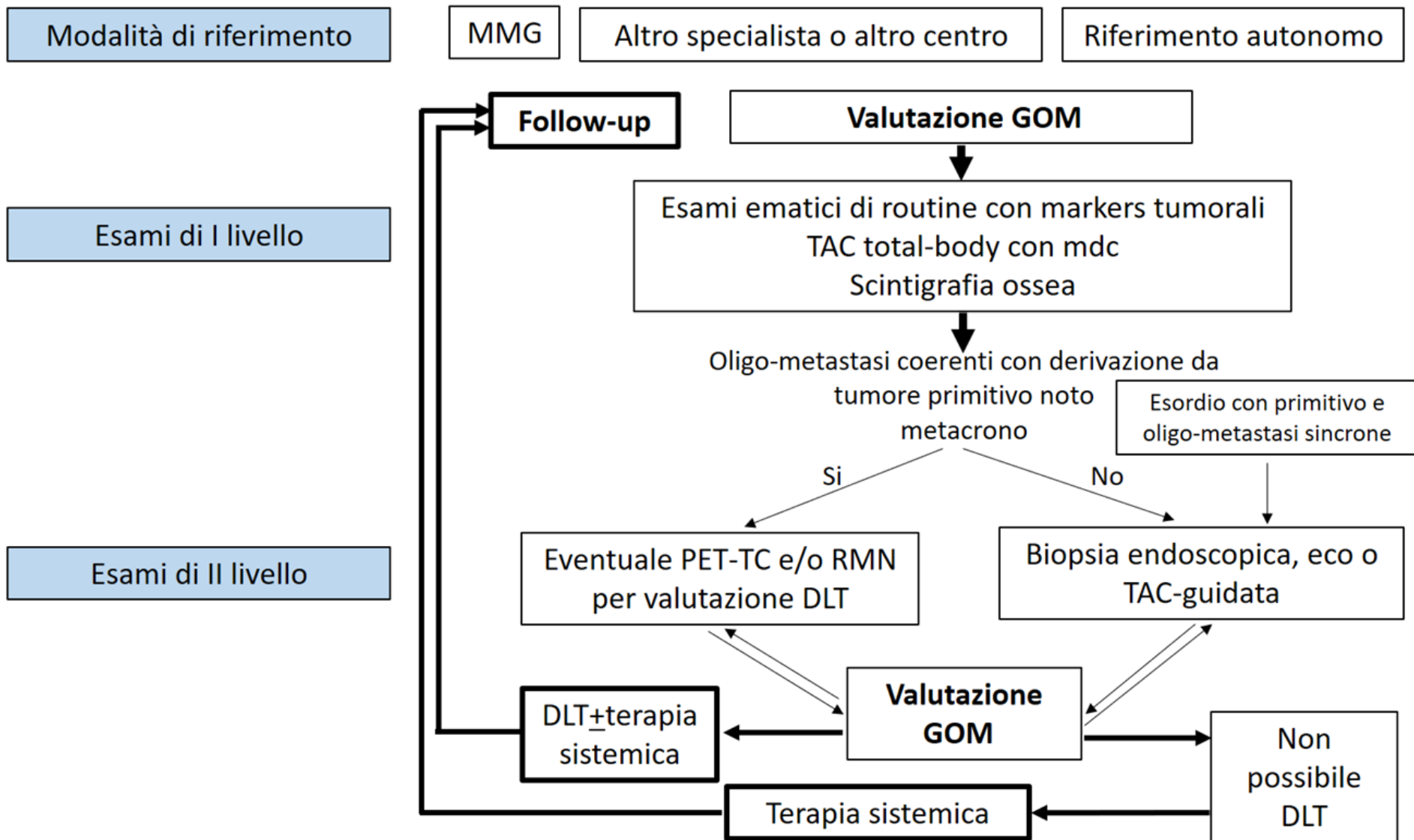
Il paziente effettuerà la prima visita necessaria all'inquadramento generale entro 7 giorni dalla prenotazione. Un infermiere (Case Manager) del GOM, in collaborazione con possibili altre figure professionali (vd. **Tabella 1**) si occuperà di effettuare le prenotazioni di visite ed esami radiologici, nonché d'indirizzare il paziente, su indicazione del GOM, presso le strutture della Rete Oncologica Regionale più vicine al domicilio del paziente. Il work-up diagnostico per TMO, in conformità con le linee guida di ESMO (European Society for Medical Oncology) e EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), è comune a quello della malattia poli-metastatica. Esso inizia tipicamente con una

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). Nell'inquadramento della malattia oligometastatica, l'effettuazione di una scintigrafia ossea può essere importante a seconda del contesto clinico (tumori della prostata, della mammella e del polmone) e delle caratteristiche cliniche del paziente (presenza di dolore osseo). Il processo d'inquadramento prevede, fin dall'inizio, una pianificazione di indagini di I e II livello commisurate con le aspettative prognostiche e le caratteristiche cliniche peculiari di ciascun paziente. Pertanto la flow-chart in **figura 1** va intesa a scopo esemplificativo. Dopo le indagini di primo livello, il paziente sarà indirizzato ad esami tesi agli opportuni prelievi cito/istologici di II livello se la diagnosi non è già stata effettuata o se il GOM ritenga opportuno ripetere un prelievo. E' opportuno sottolineare che sin dall'inizio, dalla fase stadiativa, il paziente effettuerà una valutazione Radioterapica e Radiologica Interventistica onde valutare, anche in concerto con i Chirurghi Epatobiliari e Toracici, la possibilità di procedere a “*definitive local therapies*” (DLT). La TAC fornisce una valutazione dettagliata della presenza di metastasi e delle caratteristiche delle lesioni, consentendo una visualizzazione anatomica accurata. Successivamente, la Risonanza Magnetica (RM) può essere indicata in determinate situazioni, come ad esempio quando è necessaria una maggiore precisione nella valutazione delle lesioni in regioni anatomiche specifiche (encefalo, peritoneo, tessuti molli) o quando la TAC non fornisce informazioni sufficienti. La Positron Emission Tomography (PET) può essere utilizzata in aggiunta o come complemento alla TAC, specialmente quando si necessita di una valutazione metabolica più approfondita (lesioni ossee o polmonari trattate con radioterapia stereotassica) o come indagine di stadiazione prima di procedere con DLT (**Tabella 2**). Nel corso delle procedure chirurgiche saranno effettuati prelievi bioptici. In tal caso, la presenza dell'anatomopatologo sarà fondamentale per ottimizzare e selezionare il tessuto e ridurre al minimo la necessità di ricorrere ad altri prelievi.

Tabella 2. Esami di stadiazione per i TOM.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
TAC Total-body con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea	Appropriata
PET-TAC total-body con FDG	Appropriata in casi selezionati
RMN	Appropriata in casi selezionati

Figura 1. Gestione dei tumori oligo-metastatici (TOM). DLT: *definitive local therapies*;
GOM: Gruppo Oncologico Multidisciplinare; MMG: Medico di Medicina Generale.



Percorso terapeutico nei TOM

I TOM rappresentano un modello clinico che necessita di un approccio personalizzato e multidisciplinare alle terapie (**Figura 2**), enfatizzando l'importante contributo dei GOM.

Infatti, indipendentemente dall'origine del tumore primario, l'approccio terapeutico alle lesioni oligo-metastatiche tende a rendere il paziente privo di malattia attraverso interventi chirurgici e/o tecniche loco-regionali meno invasive, come la radioterapia. L'intervento chirurgico può essere curativo in determinate situazioni cliniche, come le metastasi polmonari da sarcomi dei tessuti molli, osteosarcomi e carcinomi renali, o le metastasi epatiche da carcinoma del colon-retto, anche in presenza di metastasi multiple. Ovviamente, in questo contesto le tecniche chirurgiche vanno adattate e scelte di caso in caso. Nei pazienti con TOM, interventi chirurgici e terapie locali definitive (DLT) reiterate mostrano un impatto prognostico e una probabilità di cura analoga a quella di un intervento chirurgico iniziale. I migliori risultati prognostici si ottengono quando è coinvolto un solo organo; tuttavia, la disponibilità di tecniche chirurgiche mini-invasive, compresi approcci assistiti da robot e laparoscopici, ha ampliato la frazione di pazienti che possono beneficiare della rimozione di lesioni oligo-metastatiche, compresi pazienti più anziani o con diverse comorbidità. Tuttavia, a causa della complessità di alcuni scenari clinici, come il coinvolgimento cerebrale, osseo, linfonodale, o peritoneale limitato, è necessaria una valutazione e discussione personalizzate e multidisciplinari per determinare l'approccio chirurgico più appropriato.

Il razionale del trattamento della malattia oligo-metastatica si basa sul concetto che l'utilizzo di trattamenti locali ablativi sui siti metastatici (*metastases directed therapy*: MDT) sia in grado di ritardare la progressione di malattia o anche evitare la comparsa di nuove localizzazioni di malattia. In questo tipo di approccio un ruolo preponderante è svolto dalla radioterapia stereotassica ablativa (SABR), innovativa tecnica radioterapica non invasiva che permette di erogare un'elevata dose di radiazioni sul volume tumorale con alta conformità di dose, riducendo al minimo la dose ai tessuti sani circostanti.

Negli ultimi 5 anni, oltre numerosi studi retrospettivi, sono stati pubblicati studi randomizzati sulla malattia oligo-metastatica, che hanno evidenziato un significativo vantaggio di sopravvivenza con l'utilizzo della MDT in neoplasie metastatiche di differente derivazione istologica (prevalgono in queste casistiche miste tumori della mammella, colon, polmone e prostata) nei confronti del trattamento standard esclusivo (basato principalmente sull'utilizzo di chemioterapia sistemica). Inoltre, nei pazienti con recidiva oligo-metastatica da adenocarcinoma della prostata, la MDT dilaziona di 8 mesi l'inizio della terapia di deprivazione androgenica, rispetto alla sola sorveglianza. Altro *setting* clinico interessante

nel quale la SABR ha mostrato efficacia, è la malattia oligo-residua dopo trattamento sistemico nel cancro del polmone. In questo caso il razionale della MDT è quello di evitare che cloni farmaco-resistenti selezionati dalla terapia sistemica progrediscono sviluppando nuovi foci di malattia. Questo approccio si dimostra superiore in associazione alla chemioterapia di mantenimento rispetto al solo mantenimento. Riguardo alla tollerabilità, è evidente da meta-analisi che la SABR è poco tossica sia in termini di tossicità acute che tardive. Nel 2015 inoltre un database prospettico, multicentrico, nazionale volto a valutare l'efficacia della SABR in pazienti affetti da oligo-metastasi extracraniche da tumori solidi, pubblicato sulla prestigiosa rivista *Lancet Oncology*, ha rilevato su un campione di 1422 pazienti un tasso di sopravvivenza a 1 e 2 anni del 92.3% e 79.2%, rispettivamente. Attualmente in ambito nazionale, la radioterapia stereotassica è inserita tra i livelli essenziali di assistenza ed è rimborsata dal Sistema Sanitario Nazionale (Gazzetta ufficiale del 18 Marzo 2017, allegato 4D, nota 101). Pertanto, sulla base delle evidenze disponibili, del vantaggio di sopravvivenza, della buona tollerabilità e del favorevole rapporto costo/beneficio, la SABR nel trattamento delle oligo-metastasi da tumori solidi dovrebbe essere considerata ed offerta ai pazienti oligo-metastatici ed inclusa nella valutazione multidisciplinare.

Il suo impiego inoltre rappresenta un valore aggiunto nell'era dell'immunoterapia, visto che numerosi dati rilevano come sia in grado di aumentare l'espressione del complesso maggiore di istocompatibilità (MHC) di classe I, migliori l'ingresso delle cellule presentanti l'antigene (APC) nelle masse tumorali, attivi le cellule T citotossiche (CTL) attraverso un aumento della generazione di peptidi intracellulari e la secrezione di citochine (Interleuchina-2 e Interferone-gamma), tutti fenomeni che sono alla base di una "immunità indotta dalla radiazione" ("Radiation Induced Immunity").

Trattamenti alternativi alla SABR includono la radiofrequenza, l'ablazione a microonde, la chemioembolizzazione transarteriosa, la chemioembolizzazione con microsferine rilascianti farmaci, la radioembolizzazione transarteriosa, e l'elettroporazione reversibile con bleomicina. La proposta e la scelta della DLT dipende dalla condizione medica del paziente, dall'organo coinvolto, dalla posizione del tumore, dall'esperienza del centro e dal consenso multidisciplinare. Queste DLT possono essere reiterate nei pazienti con TOM e possono ottenere un controllo della malattia comparabile alle resezioni chirurgiche.

Dal punto di vista prognostico, la principale caratteristica clinica dei pazienti oligo-metastatici è che, anche con trattamenti loco-regionali, la loro sopravvivenza mediana è più del doppio rispetto ai pazienti poli-metastatici. In alcuni casi, i TOM progrediscono lentamente, influenzando la funzione degli organi principali (oligo-progression) solo in fasi

molto tardive. In questi pazienti, trattamenti loco-regionali e trattamenti sistemici depotenziati possono essere somministrati in modo intermittente e ragionevolmente prolungato fino alle fasi avanzate della malattia. In altri pazienti, si sviluppa una malattia poli-metastatica aggressiva ("progressione poli-metastatica"), che richiede un approccio classico basato principalmente sulla somministrazione di terapie sistemiche. È interessante notare che alcuni studi identificano il tempo mediano di conversione poli-metastatica (tPMC) come uno dei criteri per identificare la vera malattia oligo-metastatica. Dal punto di vista clinico e pragmatico, una progressione poli-metastatica entro 1 anno da una DLT indica che quel tumore presentava un fenotipo poli-metastatico *ab initio*.

La domanda pratica e più importante dal punto di vista clinico è: le DLT possono essere considerate un'opzione terapeutica standard nei TOM?

Purtroppo, mentre le DLT, in particolare la SRT, sono ampiamente utilizzate nella pratica clinica per gestire i TOM, le prove randomizzate a supporto del loro impiego sono limitate. La gran parte degli studi sono eterogenei, retrospettivi e su piccola scala. Tuttavia i loro risultati sono tutti nella stessa direzione: l'applicazione della SRT è fattibile e associata a sopravvivenza prolungata rispetto a controlli storici o alla terapia standard sistemica esclusiva.

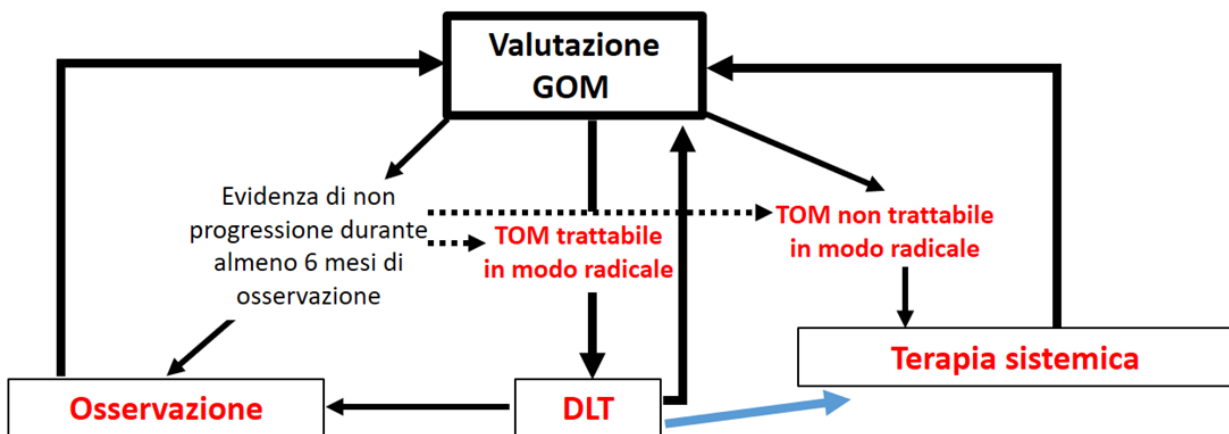


Figura 2. Percorso terapeutico dei TOM. DLT: *definitive local therapies*; GOM: Gruppo Oncologico Multidisciplinare. La freccia azzurra evidenzia un elevato grado di incertezza riguardo a questo flusso, e la decisione sulla somministrazione di terapia sistemica dopo una DLT dovrebbe essere valutata caso per caso, come descritto nel testo.

Ruolo della radiologia interventistica nelle metastasi ossee vertebrali

Purtroppo, è ben noto che il numero di pazienti oncologici è in costante aumento, con circa il 70% di essi con istotipi di derivazione soprattutto polmonare, mammaria e prostatica, che svilupperanno metastasi, principalmente a livello osseo, con una frequenza maggiore nella regione vertebrale dorso-lombare. Il trattamento del dolore derivante da metastasi vertebrali richiede un approccio multidisciplinare. Nel corso degli anni, i trattamenti percutanei delle metastasi vertebrali, come la radiofrequenza e la vertebroplastica, hanno guadagnato sempre più importanza e diffusione a livello globale.

L'obiettivo di questi interventi è fornire un rapido sollievo dal dolore vertebrale, controllare la crescita neoplastica, mantenere la stabilità vertebrale e migliorare la qualità della vita. La classificazione dell'instabilità oncologica vertebrale, basata sullo SPINE INSTABILITY NEOPLASTIC SCORE, aiuta a prioritizzare clinicamente il problema, suddividendo i pazienti in 3 gruppi: stabili, probabilmente instabili e instabili.

Solo il 13% dei pazienti con neoplasie primitive sviluppa una singola metastasi vertebrale, limitando le possibilità di un intervento chirurgico curativo, che rimane un'opzione assoluta nei casi di compressione midollo-radicolare. Questo scenario clinico è più comune nei pazienti con malattia oligo-metastatica, dove le metastasi ossee, sebbene meno frequenti, mantengono un comportamento clinico e biologico più indolente.

Negli Stati Uniti, il National Cancer Comprehensive Network nel 2022 ha raccomandato la radioterapia dopo il trattamento percutaneo vertebrale con cementoplastica (vertebroplastica) e radiofrequenza nei pazienti oncologici con lesioni vertebrali secondarie. Numerosi studi hanno dimostrato che l'associazione di radiofrequenza, vertebroplastica e radioterapia è più efficace nel sollievo dal dolore e nel controllo tumorale rispetto alla sola radioterapia nel trattamento delle metastasi ossee, in particolare quelle vertebrali.

Aggiornamento sulle evidenze nel trattamento delle oligometastasi da tumori solidi

Sulla base delle evidenze emerse nell'ultimo anno, non sono stati identificati cambiamenti sostanziali nelle raccomandazioni terapeutiche per le oligo-metastasi da tumori solidi. Il ruolo della metastasi-directed therapy (MDT) rimane confermato principalmente in casi selezionati dopo discussione multidisciplinare, con la SBRT che si conferma come valida alternativa alla chirurgia soprattutto per sedi a rischio o inoperabili. Alcuni aggiornamenti più specifici sull'aggiunta della SBRT, emergono in tumori selezionati. Nei tumori del pancreas, il trial multicentrico EXTEND ha dimostrato come l'aggiunta di MDT alla terapia sistemica migliori significativamente la progression-free survival (10.3 vs 2.5 mesi; HR 0.43) senza incrementare eventi avversi gravi, suggerendo un possibile ruolo della risposta

immunitaria indotta dalla MDT. Questi dati confermano la fattibilità di approcci combinati in pazienti selezionati [Ludmir et al., *J Clin Oncol* 2024;42:3795–3805; doi: 10.1200/JCO.24.00081.]. Nel carcinoma prostatico, il trial RADIOSA ha mostrato che nei pazienti con oligometastasi metacrone ormono-sensibili, la combinazione di SBRT e breve ADT migliora la sopravvivenza libera da progressione clinica rispetto alla SBRT da sola (32.2 vs 15.1 mesi; HR 0.43), pur mantenendo una tossicità accettabile. In alternativa, pazienti accuratamente selezionati possono beneficiare anche di SBRT isolata, ritardando l’inizio dell’ADT [Marvaso et al. *Lancet Oncol* 2025;26:300-311. doi: 10.1016/S1470-2045(24)00730-7.]. Il follow-up a 5 anni del trial TRANSFORM conferma che la SBRT ritarda significativamente l’escalation terapeutica senza eventi avversi gravi sia nei pazienti hormone-naïve che pre-trattati [See et al. *Int J Cancer*. 2024;155:1248-1256. doi: 10.1002/ijc.35052]. Nei tumori della mammella, uno studio prospettico non randomizzati in 64 pazienti con cancro della mammella controllato da terapia sistemica (stabile o in risposta) con SBRT su metastasi polmonari ed epatiche ha ottenuto ottimi tassi di *local control* (1–3 anni LC: 94.9–91%), con un impatto favorevole sulla sopravvivenza globale e sulla qualità di vita, confermando la sicurezza dell’approccio ablativo in pazienti selezionati [Franceschini et al., *Radiother Oncol* 2024;195:110240. doi: 10.1016/j.radonc.2024.110240.]. Nel carcinoma ovarico, il trial multicentrico MITO-RT3/RAD ha documentato tassi di risposta completa del 55.9% sulle lesioni parenchimali oligo-metastatiche in pazienti pre-trattate, con un elevato clinical benefit (96%) e minima tossicità, sostenendo l’uso di SBRT come alternativa non invasiva alla resezione chirurgica in sedi ad alto rischio [Macchia et al. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2025;121:693-702. doi: 10.1016/j.ijrobp.2024.09.036.]. Nelle neoplasie del testa-collo (HNSCC), il trial OMET indica che la SBRT isolata in pazienti con oligometastasi produce una sopravvivenza comparabile rispetto a chemo-SBRT (chemio: schedula “EXTREME”, fluoro uracile, cisplatino e cetuximab), ma con significativamente minore deterioramento della qualità di vita e ridotta tossicità. Questo supporta la SBRT come alternativa ragionevole in pazienti selezionati [Thariat et al. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2025;121:1194-1206. doi: 10.1016/j.ijrobp.2024.11.084.]. Infine, nell’HCC, uno studio di fase II ha mostrato che la SBRT su oligometastasi ottiene eccellente controllo locale (91.1% a 2 anni) e miglioramento della sopravvivenza, senza peggiorare la qualità di vita, con tossicità limitata. I pazienti con malattia oligo-metastatica tardiva e livelli di alfa-fetoproteina più bassi hanno ottenuto migliori risultati [Choi et al. *J Hepatol*. 2024;81:84-92. doi: 10.1016/j.jhep.2024.03.003.].

In sintesi, la SBRT rimane il principale strumento non invasivo per il trattamento delle oligo-metastasi, con evidenze emergenti sempre più forti di beneficio clinico e

immunologico in contesti selezionati. Nessuna nuova terapia sistemica o approccio integrato ha al momento modificato le linee guida generali oltre quanto sopra descritto, ma i dati maturi nei tumori della mammella, pancreas, prostata, HCC e testa-collo contribuiscono a rafforzare l'evidenza scientifica dell'approccio ablativo in pazienti attentamente selezionati.

Tempistiche delle DLT e dei trattamenti sistemici

Le tempistiche della chirurgia e di altre forme di DLT sono argomenti ampiamente dibattuti. I pazienti che sviluppano nuove oligo-metastasi entro 1 anno dalla chirurgia non dovrebbero essere raccomandati per interventi chirurgici ripetuti, ma dovrebbero essere considerati per altre forme di DLT. Inoltre, mancano studi randomizzati che possano stabilire eventuali differenze di sopravvivenza o chiarire il ruolo delle terapie adiuvanti dopo la chirurgia e/o altre DLT nei TOM. Per colmare questa lacuna, sono essenziali studi randomizzati o osservazionali metodologicamente corretti. Da un punto di vista pratico, si considerano diversi fattori che guidano la decisione sulla terapia sistemica, come la sensibilità del tipo di neoplasia, la forza dell'evidenza in merito ai trattamenti adiuvanti, l'intensità e la durata della risposta a un trattamento precedente, il tempo alla progressione, i sintomi associati, l'aspettativa di tollerabilità dei trattamenti sistemici successivi, i bisogni e le aspettative dei pazienti, l'età e le comorbidità. Questi elementi sono tutti termini di interlocuzione dei GOM.

Sebbene la comunità scientifica consideri i TOM come potenzialmente suscettibili a trattamenti "meno intensivi", al momento non sono disponibili studi randomizzati su tali approcci. Questo è un argomento dibattuto non solo dal punto di vista metodologico, ma anche da quello pratico. Nel contesto attuale, non è chiaro se il miglior braccio di controllo debba essere rappresentato dall'osservazione, indicata per i TOM a crescita lenta senza evidenza di progressione entro almeno 6 mesi (**Figura 2**), oppure dal trattamento sistemico standard. Tuttavia, data l'assenza di biomarcatori specifici ed inequivocabili per l'identificazione dei TOM, la decisione dovrebbe essere presa in modo multidisciplinare e multidimensionale (GOM).

Approccio agli esami molecolari nei TOM

Nonostante il considerevole incremento delle conoscenze sulle caratteristiche genetiche e molecolari che determinano lo sviluppo delle neoplasie e l'identificazione delle mutazioni *driver* che offrono opportunità di intervento terapeutico, non esistono determinanti molecolari tipici dei tumori oligo-metastatici. La valutazione delle alterazioni *driver* sarà condotta conformemente alle linee guida internazionali e nazionali, utilizzando pannelli di *next generation sequencing*

(NGS) che coprano tutte le principali mutazioni *driver* per le quali siano disponibili agenti a bersaglio molecolare specifici per ciascun TOM.

Stadiazione dei TOM

Ad integrazione di questi percorsi diagnostico-terapeutici, si specifica che la stadiazione dei TOM, salvo l'inclusione di stadiazioni che considerino anche caratteristiche morfo-funzionali, sarà effettuata principalmente in accordo con le stadiazioni TNM utilizzate per ciascun tipo di tumore (<https://www.uicc.org/what-we-do/sharing-knowledge/tnm>).

Raccomandazioni sulle vaccinazioni nei pazienti con TOM

I pazienti con TOM sono generalmente pazienti lungo-sopravvissuti sottoposti a trattamenti reiterati, comprese multiple linee di DLT. Nel contesto delle vaccinazioni in pazienti oncologici oligo-metastatici, è importante considerare alcuni vantaggi associati a questa pratica. In particolare, due fattori fondamentali (il primo generale, il secondo specifico) condizionano in questo contesto una raccomandazione a valutare le vaccinazioni:

1. Il mantenimento di una buona qualità di vita, prevenendo infezioni che possono avere conseguenze deleterie a lungo termine;
2. Il mantenimento di uno stato di salute ottimale, favorendo la risposta e il re-challenge delle terapie. I pazienti "immunizzati" sono più resistenti alle infezioni e meglio preparati ad affrontare i trattamenti.

Quanto ai vaccini consigliati per i pazienti con TOM, in accordo alle raccomandazioni di linee guida nazionali (AIOM), tenendo conto della tipologia di tumore e delle terapie in corso, si consigliano:

- V
vaccinazioni annuali contro l'influenza, considerando l'aumentato rischio generale di complicanze nel paziente oncologico.
- V
vaccinazioni anti-pneumococciche, considerando il rischio di polmonite nei pazienti oncologici e in pazienti che spesso sono stati sottoposti a SRT polmonare., le vaccinazioni contro *Streptococcus pneumoniae* sono consigliate.
- V
vaccinazioni anti-epatite B. E' raccomandata, e se non già effettuata secondo il piano nazionale standard, andrebbe effettuata nei pazienti con TOM.
- V
vaccinazioni contro il COVID-19, considerando la variabilità genetica del virus

SARS-CoV-2, la vaccinazione annuale contro il COVID-19 è fortemente raccomandata per ridurre il rischio di gravi complicanze nei pazienti oncologici.

•

accinazioni anti-zoster. La vaccinazione contro l'Herpes Zoster dovrebbe essere presa in considerazione per prevenire la riattivazione del virus.

V

È essenziale tenere presente che le decisioni specifiche su queste vaccinazioni dovrebbero essere prese in accordo col paziente, considerando la sua situazione clinica, e le linee guida nazionali. In merito ai dettagli relativi al tipo di preparazione vaccinale e al piano terapeutico (dosi, modi, tempi) rinviamo anche alle schede tecniche relative a ciascun vaccino e ai PDTA regionali specifici “LA TERAPIA VACCINALE NEI PAZIENTI ONCOLOGICI”.

Follow-up post-DLT

Qualora la patologia risultasse idonea per l'asportazione chirurgica o il trattamento radicale mediante altra DLT, sia essa seguito o meno da terapie adiuvanti sistemiche, al termine del percorso terapeutico, il paziente sarà indirizzato verso un programma di follow-up.

Tale follow-up prevede una serie di approcci, tra cui la visita medica, esami ematici di routine con marcatori specifici in base al tipo di neoplasia, ecografia addominale e TAC del torace senza mezzo di contrasto alternati a visite mediche, esami ematici periodici con marcatori specifici e TAC total-body con mezzo di contrasto ogni 3 mesi nei primi due anni. In assenza di oligo-ricorrenza e, di conseguenza, di nuovi trattamenti, il paziente sarà sottoposto a esami ematici di routine con marcatori specifici e TAC total-body con mezzo di contrasto ogni 6 mesi fino al completamento del quinto anno. Successivamente, i pazienti proseguiranno con visite di follow-up annuali, comprendenti esami ematici di routine con marcatori specifici e TAC total-body con mezzo di contrasto, fino a raggiungere il decimo anno. Gli esami di screening oncologico consueti saranno gestiti dai Medici di Medicina Generale (MMG). In caso di recidiva, il paziente sarà rivalutato dal GOM al fine di proporre un nuovo percorso diagnostico-terapeutico.

Infertilità e sessualità

Come indicato nelle linee guida nazionali dell'AIOM, attualmente, una condizione di lungo-sopravvivenza (> 5 anni dalla diagnosi di malattia metastatica) può essere raggiunta da una significativa percentuale di pazienti affetti da diverse neoplasie, tra cui quelle del colon-retto, del testicolo, della mammella, del rene, della prostata, della cervice, della tiroide, etc. Tale condizione di lungo-sopravvivenza nella fase metastatica è generalmente caratteristica dei TOM. Risulta evidente, quindi, che in questo contesto, gli effetti collaterali a lungo termine delle terapie ricevono particolare attenzione (malattie cardiovascolari e renali, sindrome metabolica, disfunzioni gonadiche, conseguenze psico-sociali, secondi tumori, ecc.). Il monitoraggio e la prevenzione di tali specifiche complicanze a lungo termine dovrebbero costituire parte integrante del follow-up di questi pazienti e dovrebbero essere adattati ai trattamenti ricevuti durante la malattia.

Pertanto, nei pazienti radicalizzati con TOM e con ragionevoli probabilità di guarigione, aspettativa di prole, e per i quali si prevedono terapie post-DLT con potenziale induzione di infertilità, è necessaria una valutazione dell'oncofertilità da parte di centri autorizzati. Tuttavia, è opportuno sottolineare che la ricerca di prole dovrebbe essere scoraggiata fino a 2 anni dalla sospensione di eventuali chemioterapie.

Le conseguenze della diagnosi, dei trattamenti e del follow-up nei pazienti con TOM possono avere un impatto significativo sulla Qualità della Vita (QoL), sui livelli di distress psicologico, sul funzionamento sessuale, sul vissuto emotivo legato all'esperienza sessuale soggettiva, sulla fertilità e sulla vita di coppia. Gli aspetti legati alla sessualità, in particolare, sono strettamente correlati con la qualità della vita correlata al cancro, con la compliance ai trattamenti e con i livelli di distress. La sofferenza psicologica associata all'esperienza della malattia oncologica, considerando anche la possibilità di "attesa" nei pazienti con TOM (ossia, osservazione senza trattamento attivo), può assumere un ruolo significativo nella vita quotidiana e nelle relazioni, generando disturbi come ansia e depressione. Nella gestione globale dei pazienti con TOM, è quindi essenziale valutare anche questi aspetti, pianificando valutazioni specifiche e interventi psicologici. Il monitoraggio e il supporto dovrebbero estendersi anche ai partner dei pazienti, al fine di garantire un funzionamento individuale e relazionale ottimale. Se il partner svolge un ruolo di sostegno emotivo per il paziente, entrambi richiedono cure e attenzioni. Lo stesso principio può applicarsi ai genitori dei pazienti, specialmente nei casi di pazienti molto giovani.

FOLLOW UP

DT Tumori oligometastatici

follow up dei pazienti metastatici dopo DLT

*Localizzazione	Esame clinico	**Imaging	Markers tumorali
Epatica	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi due anni Ogni 6 mesi dal II al V anno Ogni anno dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> ***TC torace/addome con mdc ogni 3 mesi per i primi due anni A seguire TC torace/addome con mdc ogni 6 mesi dal II al V anno Ogni anno dopo il V anno <p>****In pazienti selezionati TC torace HR senza mdc ed eco addome possono rappresentare un'opzione alternativa</p>	Se alla diagnosi elevati seguono lo stesso timing dell'esame clinico
Polmonare	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi due anni Ogni 6 mesi dal II al V anno Ogni anno dopo il V anno 	<p>Alternati nei primi due anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> TC torace/addome con mdc ogni 6 mesi per i primi due anni TC torace HR senza mdc ed eco addome ogni 6 mesi per i primi due anni Dal II anno in poi TC torace/addome con mdc ogni 6 mesi dal II al V anno TC torace/addome con mdc ogni anno dopo il V anno 	Se alla diagnosi elevati seguono lo stesso timing dell'esame clinico

Questo documento si basa su un livello di evidenza di categoria 2B in accordo a AIOM, ESMO, NCCN

*In presenza di localizzazioni multi-organo (o di scenari più complessi come il coinvolgimento cerebrale, osseo, linfonodale, o peritoneale limitato) si applica il follow-up relativo alla localizzazione epatica

**L'integrazione dell'encefalo nella TC è basata sulla valutazione del rischio di localizzazione cerebrale

***Imaging di diverso livello (RMN, PET/TC) sono indicati in base ai risultati degli esami radiologici

****Allergici al mezzo di contrasto o in cui, secondo parere del radiologo, l'ecografia addominale garantisce un'adeguata sensibilità diagnostica

AIOM: Associazione Italiana di Oncologia Medica; DLT: Definitive Local Therapy; ESMO: European Society for Medical Oncology; NCCN: National Comprehensive Cancer Network

Procedura generale di funzionamento dei GOM

Le attività del GOM

Le attività del GOM si basano sul principio della multidisciplinarietà ovvero quella di prevedere fin dall'inizio del percorso assistenziale il coinvolgimento di tutte le figure professionali competenti per quella patologia. In tal modo è possibile attuare una piena sinergia tra gli operatori, volta a definire in modo coordinato ed in un tempo unico il percorso ottimale per ogni singolo paziente.

I casi vengono discussi dai gruppi multidisciplinari in maniera sistematica e calendarizzata, al fine di delineare la miglior strategia terapeutica e le fasi della sua attuazione, alla luce dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA) più aggiornati (DD n 626 del 29/09/2023 della Regione Campania).

I pazienti che vengono discussi sono coloro che hanno una neoplasia con prima diagnosi o con sospetto diagnostico o che necessitano di ulteriori valutazioni nel corso dell'iter terapeutico in caso di recidiva.

I GOM creano percorsi dedicati per i pazienti GOM che necessitano di valutazione diagnostica al fine di scegliere in breve tempo la miglior indicazione diagnostica-terapeutica.

I GOM sono aziendali o interaziendali

Primo contatto e presa in carico del paziente

Come definito per tutta la Rete Oncologica regionale, nel sospetto clinico di patologia oncologica, i pazienti afferriranno perché indirizzati dal proprio medico di Medicina Generale (MMG), da un medico di I livello di un centro oncologico di II livello [Centro Oncologico Regionale Polispecialistico (CORP) o Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico Universitario o a carattere Scientifico (CORPUS)] o medico dell'ASL.

La visita sarà svolta entro sette giorni, Il case manager prenota la visita e avvisa il paziente. Sarà cura del GOM indirizzare il paziente alla fase di percorso diagnostico-terapeutico appropriata, in base alla tipologia di neoplasia ed alla stadiazione.

La riunione multidisciplinare

La riunione multidisciplinare del GOM avviene in maniera sistematica (una volta a settimana o ogni quindici giorni) e calendarizzata (sempre la stessa ora e giorno della settimana) dal case manager, prima per definire il percorso diagnostico e poi per decidere la terapia.

Comunicazione al paziente

Il case manager avvisa e spiega le modalità per le visite e gli eventuali esami diagnostici richiesti dal GOM, informa il paziente della data visita post-GOM ove il medico comunica l'indicazione diagnostica-terapeutica decisa dal GOM e consegna il verbale.

Il verbale del GOM è composto dall'anagrafica, patologie concomitanti, terapie in corso ed anamnesi oncologica del paziente compilati dal case-manager o dal medico proponente. Durante il GOM vengono segnalati nel referto le valutazioni, l'indicazione e il programma. Una volta completato il referto con l'effettiva indicazione terapeutica, viene stampato e firmato dal coordinatore o da un componente del GOM e dal case-manager . Il case manager dopo la conclusione carica il referto sulla piattaforma della Rete Oncologica Campana per renderli disponibili per i MMG e medici invianti

Chiusura scheda - piattaforma ROC

La scheda della Rete Oncologica Campana di ogni paziente deve essere chiusa con l'indicazione finale del GOM che è possibile scegliere tra i diversi tipi di completamento presenti in piattaforma ROC. Il case manager ha il ruolo di chiuderla e di compilare gli indicatori richiesti.

Aperta la schermata e selezionata la voce "chiusura" il case manager procede alla compilazione degli indicatori richiesti.

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

Fine stadiazione: si inserisce la data di esami diagnostici richiesti dal GOM, se non sono stati richiesti esami la data della fine stadiazione corrisponde alla data della visita GOM.

Intervento chirurgico: è necessario compilarla solo con i pazienti con indicazione a chirurgia con la data dell'intervento.

Data completamento: è la data dell'ultima visita GOM dove è stata decisa l'indicazione terapeutica.

Tipi di completamento: bisogna selezionare l'indicazione data tra i campi della piattaforma. Tipi di completamento sono: Follow-up, Chemio, Radio, Chemio-Radio, Ormonoterapia, Immunoterapia, Target therapy, Chirurgia, Sorveglianza clinico-strumentale, Indicazione al percorso oncogenetico, Non indicazione al percorso oncogenetico, Terapia radiorecettoriale (PRRT) e Ormonoterapia/Radioterapia.

Data di inizio terapia: la data in cui i pazienti inizia il trattamento

Data decesso: la data del decesso del paziente avvenuta prima dell'indicazione del GOM.

Deviazioni rispetto alle Linee Guida: il GOM da indicazione che differisce dalle normali linee guida (es. per età avanzata, comorbilità ecc)

Fuori Rete Regionale: il paziente vuole essere seguito extra-regione

Aggiornamento scheda chiusa in piattaforma ROC

All'interno della piattaforma ROC è stata implementata una funzionalità che consente di inserire una scheda GOM aggiornata successivamente alla chiusura della scheda iniziale, che contiene la prima indicazione del GOM. Questa nuova possibilità ha l'obiettivo di completare e perfezionare l'iter terapeutico del paziente, garantendo una gestione più dettagliata e continua del percorso di cura.

Ricerca Scheda Chiusa

Effettuato l'accesso alla piattaforma ROC, è necessario cercare il paziente tra le schede chiuse. Per farlo, occorre aprire la sezione "Chiuse", che contiene l'elenco di tutti i pazienti che hanno completato il percorso GOM e per i quali è stata indicata ed effettuata la prima decisione terapeutica/assistenziale.

Una volta aperta la lista delle schede dei pazienti chiusi, si può procedere con la ricerca del paziente. Per una ricerca più rapida ed efficace, si consiglia di utilizzare il Codice ROC o il Codice Fiscale.

Inserimento scheda aggiornata

Dopo aver individuato il paziente, si accede alla sua scheda e si apre la sezione “Allegato”.

Una volta aperta la sezione, selezionare "ALTRO" come Tipo di allegato e inserire "Aggiornamento verbale GOM" nella Descrizione. Successivamente, caricare il file in formato PDF, inviarlo e l'aggiornamento verrà archiviato nella piattaforma ROC.

Continuità territoriale, Attivazione ADI

Per accompagnare le dimissioni dei pazienti (potenziali pazienti bed blocker che, per motivi di fragilità fisica e/o sociale, rallentano e bloccano la dimissione ospedaliera) verso la presa in carico presso i servizi e setting di cure intermedie ad hoc per ciascun caso, la regione Campania ha attivato la piattaforma SINFONIA- Centrale Operativa Territoriale (COT) (<https://cot.soresa.it/>). I professionisti dei GOM possono inviare una segnalazione per un proprio assistito tramite la piattaforma COT; tale segnalazione verrà presa in carico e gestita da parte della struttura/servizio ricevente.

Per tutti i pazienti non ricoverati, Il case manager del GOM su indicazione medica può richiedere l’attivazione della continuità territoriale e dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) tramite la piattaforma ROC utilizzando la scheda servizi. Tale richiesta può avvenire sia per pazienti ancora in trattamento oncologico che per paziente non più in cura

In accordo con le sette ASL è stata inserita un’unica scheda dei servizi, che include le informazioni cliniche del paziente e le prestazioni richieste, così da facilitare e migliorare la presa in carico del Territorio.

In piattaforma c’è anche la possibilità di richiedere la fornitura di ausili (letto articolato, materasso antidecubito, cough assist, ventilazione meccanica a lungo termine deambulatore e comunicatore) e di inviare una richiesta per l’attivazione di Hospice. Ai fini della richiesta è obbligatorio allegare la relazione clinica del GOM e compilare in modo completo la scheda di seguito riportata in modalità informatizzata.

Tramite la piattaforma il GOM richiedente ha la possibilità di verificare la effettiva avvenuta presa in carico dal Territorio. Il MMG inviante al GOM riceverà informativa attraverso la stessa piattaforma.

Servizi

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico

- Paziente
- Organi di rete
- Checklist Ingresso
- Allegati
- Servizi territoriali
- Chiusura
- Stampa

Indirizzo diverso da residenza

* Data presunta dimissione

* Relazione Servizi Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico

Il paziente ha effettuato tampone COVID-19 nelle 72 h precedenti?

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19?

I conviventi sono stati vaccinati?

Altre infezioni in atto?

Se si, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

Chirurgia	<input type="checkbox"/>	Chemioterapia endovenosa	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Terapia oncologica orale	<input type="checkbox"/>	Ormonoterapia	<input type="checkbox"/>	Nessuno	<input type="checkbox"/>

Aspettativa di vita (presunta)

< 10 giorni < 3 mesi 3- 6 mesi > 6 mesi

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	<input type="checkbox"/>	Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia	<input type="checkbox"/>
Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica	<input type="checkbox"/>	Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es cuore polmonare cronico, insufficienza renale	<input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	Accidenti vascolari cerebrali	<input type="checkbox"/>
Diabete Mellito	<input type="checkbox"/>	Malattie endocrine	<input type="checkbox"/>
Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>	Malattie epato-biliari	<input type="checkbox"/>
Malattie osteo-articolari	<input type="checkbox"/>	Malattie gastrointestinali	<input type="checkbox"/>
Parkinsonismi	<input type="checkbox"/>	Depressione	<input type="checkbox"/>
Deficit sensoriali	<input type="checkbox"/>		
		Vasculopatie periferiche	<input type="checkbox"/>
		Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>
		Malattie renali	<input type="checkbox"/>
		Malnutrizione	<input type="checkbox"/>
		Anemia	<input type="checkbox"/>

Sintomi principali (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)

Agitazione	<input type="checkbox"/>	Angoscia	<input type="checkbox"/>	Anoressia	<input type="checkbox"/>
Ansia	<input type="checkbox"/>	Astenia/Fatica	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>
Confusione	<input type="checkbox"/>	Delirium	<input type="checkbox"/>	Depressione	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	Disfagia	<input type="checkbox"/>	Dispepsia	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/>	Edemi	<input type="checkbox"/>	Emorragia	<input type="checkbox"/>
Febbre	<input type="checkbox"/>	Insomnia	<input type="checkbox"/>	Mucosite	<input type="checkbox"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	Xerostomia	<input type="checkbox"/>	Stipsi	<input type="checkbox"/>
Sudorazione	<input type="checkbox"/>	Tosse	<input type="checkbox"/>	Tremori/Miclonie	<input type="checkbox"/>
Vertigini	<input type="checkbox"/>	Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/>		

Altre Problematiche

Alcolismo	<input type="checkbox"/>	Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/>	Problemi psichiatrici	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

INDICE DI KARNOFSKY

Indice di Karnofsky

SCALA ECOG

0 - Asintomatico (completamente attivo, in grado di svolgere tutte le attività)

1 - Sintomatico ma completamente ambulatoriale (limitato in attività fisicamente faticose ma ambulatoriale e in grado di eseguire lavori di natura leggera o sedentaria. Ad esempio lavori domestici leggeri, lavori d'ufficio)

2 - Sintomatico, < 50% a letto durante il giorno (Deambulante e capace di prendersi cura di sé, ma incapace di svolgere qualsiasi attività lavorativa. Fino a circa il 50% delle ore di veglia)

3 - Sintomatico, > 50% a letto, ma non relegato (Capace solo di cura di sé limitata, limitato al letto o alla sedia 50% o più delle ore di veglia)

4 - Relegato a letto (completamente disabilitato. Non è possibile eseguire alcuna cura personale. Totalmente limitato al letto o alla sedia)

5 - Morte

ATTIVITA' ASSISTENZIALI RICHIESTE

Nutrizione artificiale

Ossigenoterapia

Gestione accessi venosi già posizionati

Gestione Stomie

Gestione incontinenza

Gestione

Gestione catetere vescicale

Gestione drenaggi

Gestione lesione da pressione

Medicazioni

Terapia Trasfusionale

Gestione terapia del dolore

Sedazione palliativa

Necessità di riabilitazione

Assistenza infermieristica

Assistenza oncologica domiciliare

Supporto Psicologo

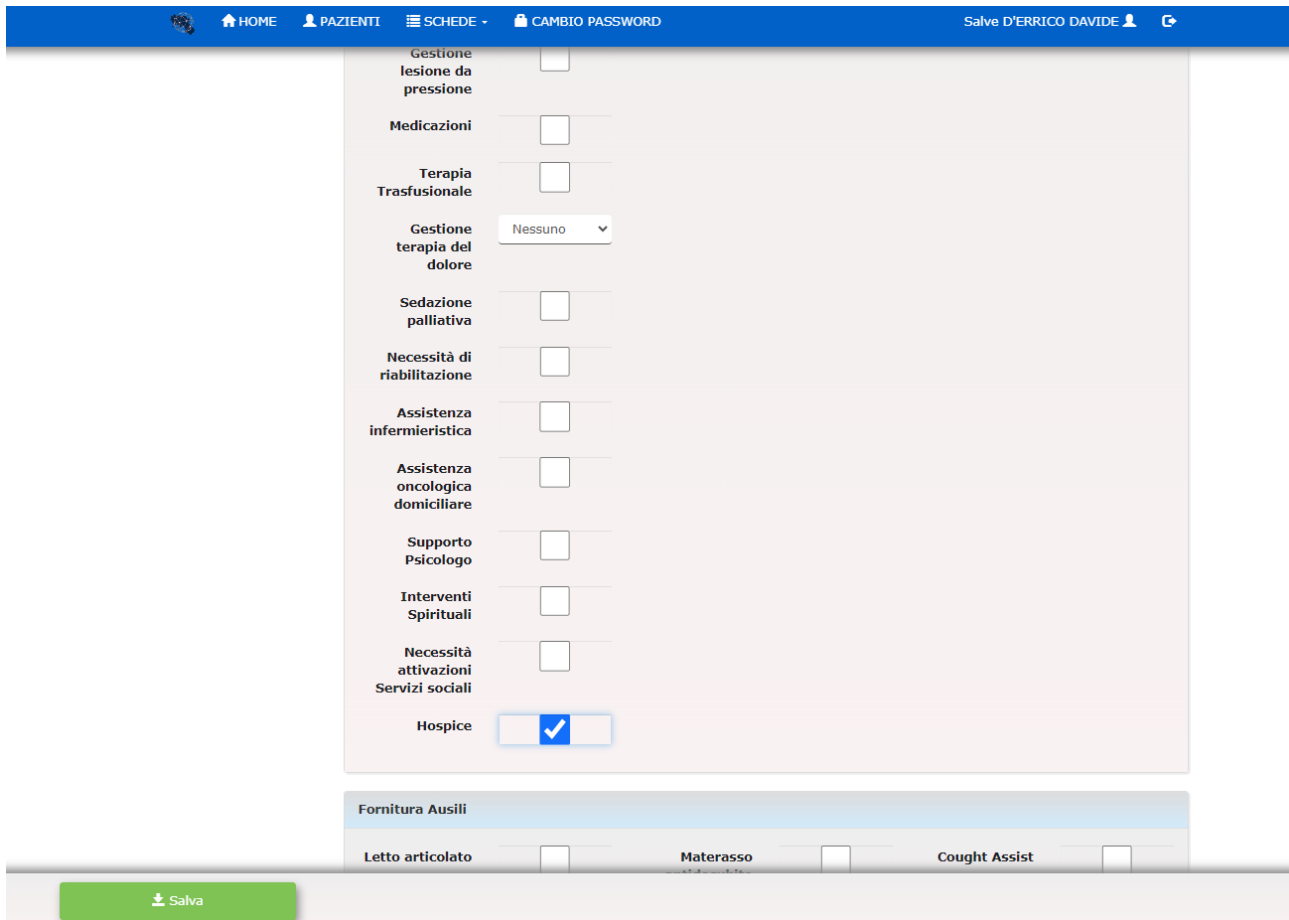
Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

Fornitura Ausili

Letto articolato Materasso antidecubito Cought Assist

Ventilazione meccanica a lungo termine Deambulatore Comunicatore



HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Gestione lesione da pressione
 Medicazioni
 Terapia Trasfusionale
 Gestione terapia del dolore
 Sedazione palliativa
 Necessità di riabilitazione
 Assistenza infermieristica
 Assistenza oncologica domiciliare
 Supporto Psicologo
 Interventi Spirituali
 Necessità attivazioni Servizi sociali
 Hospice

Fornitura Ausili
 Letto articolato Materasso Cought Assist

Salva

Rete Cardioncologica (CardioROC)

Nella piattaforma ROC è stato attivato il servizio di valutazione cardiologica per i pazienti oncologici a grave rischio cardiologico.

La rete di cardiologi ha ricevuto le credenziali ROC per accedere al nuovo servizio di valutazione. La richiesta di consulenza cardiologica può essere inoltrata dal medico oncologo o case manager del GOM di interesse tramite la compilazione di una scheda (**Figura 5**). Possono essere segnalati solo i pazienti con importanti fattori di rischio cardiovascolare o precedenti eventi cardiovascolari che possono condizionare la scelta del trattamento oncologico.

Il cardiologo prenderà in carico la scheda del paziente GOM entro sette giorni dalla segnalazione e procederà al consulto cardiologico, compilando la specifica scheda di presa in carico e allegando la propria relazione (**Figura 6**).

Precedenti cardiologici noti	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Se si specificare:				
<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infarto miocardico-cardiopatia ischemica
<input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante periferica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iperensione polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo venoso
<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale e altre aritmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Allungamento del tratto QT		
<input checked="" type="checkbox"/> Altro	<input type="text" value="Insufficienza valvolare mitralica di grado 1"/>			
Il paziente assume terapia cardiologica	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Terapia oncologica attuale:				
<input type="checkbox"/> Chirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chemioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Farmaci a bersaglio molecolare
Radioterapia su campo cardiaco:				
<input type="checkbox"/> Attuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nessuna
Trattamenti antineoplastici precedenti:	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Comorbidità				
<input type="checkbox"/> CKD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> Epatopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia		
<input checked="" type="checkbox"/> Altro	<input type="text" value="gozzo tiroideo"/>			

Figura

Consulenza cardiologica per paziente complesso

Anamnesi generale

* Allegato Referto [Scarica documento](#)

Fattori di rischio cardiovascolare

Diabete	<input type="checkbox"/>	IperensioneArteriosa	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	Fumo	<input type="checkbox"/>
Obesita	<input type="checkbox"/>	Familiarita	<input type="checkbox"/>				
Pressione Arteriosa:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	mm/Hg			

Precedenti eventi cardiovascolari

Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/>	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	Infarto miocardico-cardiopatía ischemica	<input type="checkbox"/>	Arteriopatía obliterante periferica	<input type="checkbox"/>
Iperensione polmonare	<input type="checkbox"/>	Tromboembolismo venoso	<input type="checkbox"/>	Fibrillazione atriale e altre aritmie	<input type="checkbox"/>	Allungamento del tratto QT	<input type="checkbox"/>

Comorbidità

CKD	<input type="checkbox"/>	BPCO	<input type="checkbox"/>	Diabete	<input type="checkbox"/>	Epatopatía	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

Anamnesi farmacologica prossima e remota

Terapia oncologica attuale

Antracicline	<input type="checkbox"/>	Fluoropirimidine	<input type="checkbox"/>	Composti del platino	<input type="checkbox"/>	Agenti alchilanti	<input type="checkbox"/>
Taxani	<input type="checkbox"/>	Inibitori HER 2	<input type="checkbox"/>	Inibitori VEGF	<input type="checkbox"/>	Inibitori BCR-ABL	<input type="checkbox"/>
Inibitori del proteasoma	<input type="checkbox"/>	Inibitori del checkpoint immunitario	<input type="checkbox"/>	Ormonoterapia	<input type="checkbox"/>	Inibitori di BRAF	<input type="checkbox"/>
Inibitori di ALK	<input type="checkbox"/>	Inibitori HDAC	<input type="checkbox"/>	Inibitori della tirosin-chinasi di Bruton	<input type="checkbox"/>	Immunoterapia CAR-T	<input type="checkbox"/>
TKIs	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
Scrivere i nomi dei farmaci:	<input type="text"/>						

Figura 6

Valutazione per Trial Clinico

Tra gli obiettivi della Rete Oncologica Campana c'è quello di favorire l'inserimento dei pazienti in studi clinici e promuovere in modo sinergico la ricerca e innovazione in campo oncologico e per questo motivo che la piattaforma è stato inserito altro servizio: ***Trial Clinico***.

I pazienti che devono essere valutati per una terapia sperimentale, avendo dato consenso a questa valutazione, vengono inviati da qualsiasi Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) ai GOM degli altri centri per la stessa patologia per essere valutati per una terapia sperimentale (incluso studi clinici di fase I). La richiesta giunge contemporaneamente a tutti gli altri GOM della patologia e ai centri di fase 1 aggiunti nel sistema. I GOM e i centri di fase 1 potranno prendere in carico la richiesta per valutare i criteri per l'arruolamento. Questa fase non dovrà superare i 5 giorni. Se il paziente non è arruolabile per i criteri di inclusione la richiesta viene rimessa in rete per eventuali altri protocolli di altri GOM utilizzando il tasto rimetti in rete.

La richiesta del GOM avviene con la compilazione di una scheda di segnalazione ed allegando il verbale del GOM.

Nella scheda i campi richiesti sono:

- **Il n° linee di trattamento precedenti**
- **Le condizioni cliniche del paziente (performance status ECOG)**
- **Eventuali comorbidità**
- **Candidabile ad una terapia standard. (il case manager che lo prende in carico per l'eventuale trial, nel caso di impossibilità ad arruolarlo, rinvia il paziente al centro di provenienza.**
- **Metastasi cerebrali**
- **Disponibile NGS (se è già noto lo stato di MSI e/o altri "target")**

Il case manager riceverà la segnalazione in piattaforma e con il medico responsabile del protocollo sperimentale prende in carico il paziente ed organizza una prima visita entro 5 giorni per iniziare eventuale screening per il protocollo, o in caso contrario rimetterà in rete la richiesta.

I Centri di Fase I sono: A.O.U. Federico II, I.N.T. Fondazione G. Pascale e A.O.U. Vanvitelli

HOME PAZIENTI SCHEDA - CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Trial clinico

Chiusura

Stampa

N° linee di trattamento precedenti

Le condizioni cliniche del paziente

Performance status ECOG

Eventuali comorbidità

Candidabile ad una terapia standard

Metastasi cerebrali

Disponibile NGS

MSI e/o altri Target

➤ Invia

Valutazione nutrizionale e psico-oncologica

La presa in carico dei GOM deve avvenire in maniera olistica includendo anche l'aspetto psico-sociale e nutrizionale. La piattaforma ROC dà la possibilità di inserire nella sezione "allegati" la relazione nutrizionale e psicologica a testimonianza del percorso di screening previsto dai due PDTA specifici.

HOME PAZIENTI SCHEDA CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Scheda / Chiusura / Scheda / Servizi / Test oncogenomici / Trattamento / Rete cardiologica / Allegati

Allegati

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Chiusura

Stampa

Tipo Allegato

Descrizione

File Nessun file selezionato

Allegati

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico

- Paziente
- Organi di rete
- Checklist ingresso
- Allegati
- Servizi territoriali
- Chiusura
- Stampa

Tipo Allegato

Descrizione

File Nessun file selezionato

CICERO

All'interno della piattaforma ROC è stato implementato un nuovo modulo dedicato alla gestione della messaggistica tra gli utenti. Questo strumento è stato progettato per semplificare e velocizzare lo scambio di informazioni relative a specifiche pratiche, garantendo una comunicazione chiara, organizzata e facilmente accessibile.

Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

- Scambiare messaggi in tempo reale relativi a una pratica specifica.
- Tenere traccia dello storico delle conversazioni, facilitando il recupero di informazioni precedenti in ogni momento.
- Ricevere notifiche via email contemporaneamente all'invio del messaggio, assicurando che nessuna comunicazione importante venga trascurata.

Questa funzionalità è stata introdotta con l'obiettivo di rendere più efficace la collaborazione tra gli utilizzatori della piattaforma, eliminando la necessità di strumenti esterni per la comunicazione e centralizzando tutte le informazioni in un unico luogo.

Nel corso di questa guida, esploreremo il funzionamento del modulo, le sue caratteristiche principali e come utilizzarlo al meglio per migliorare la gestione delle pratiche all'interno di ROC.

Per l'invio di un messaggio è possibile cliccare sull'icona della busta dal menu schede come riportato di seguito:



Regione Campania Salve [nome] [profilo]

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

Schede

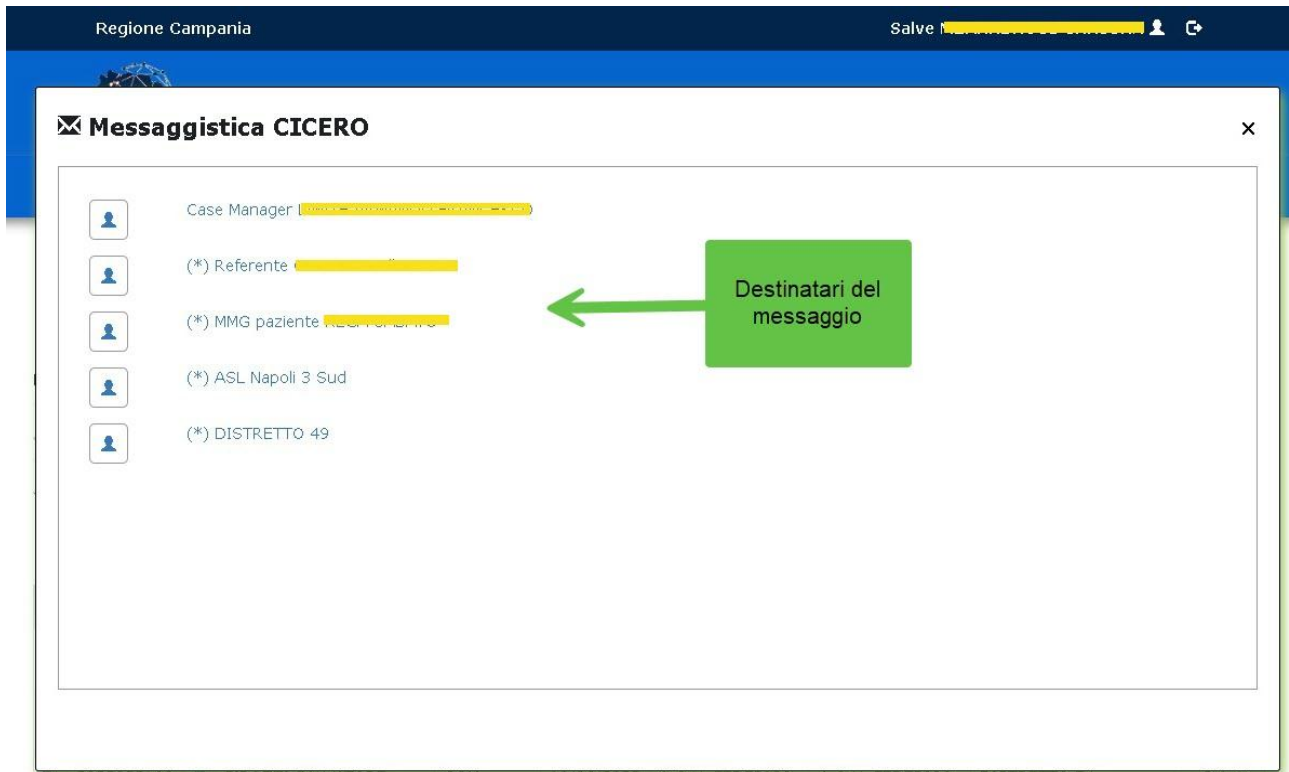
Ricerca scheda

N. Scheda: Cognome: Codice Fiscale: Dal: Al:

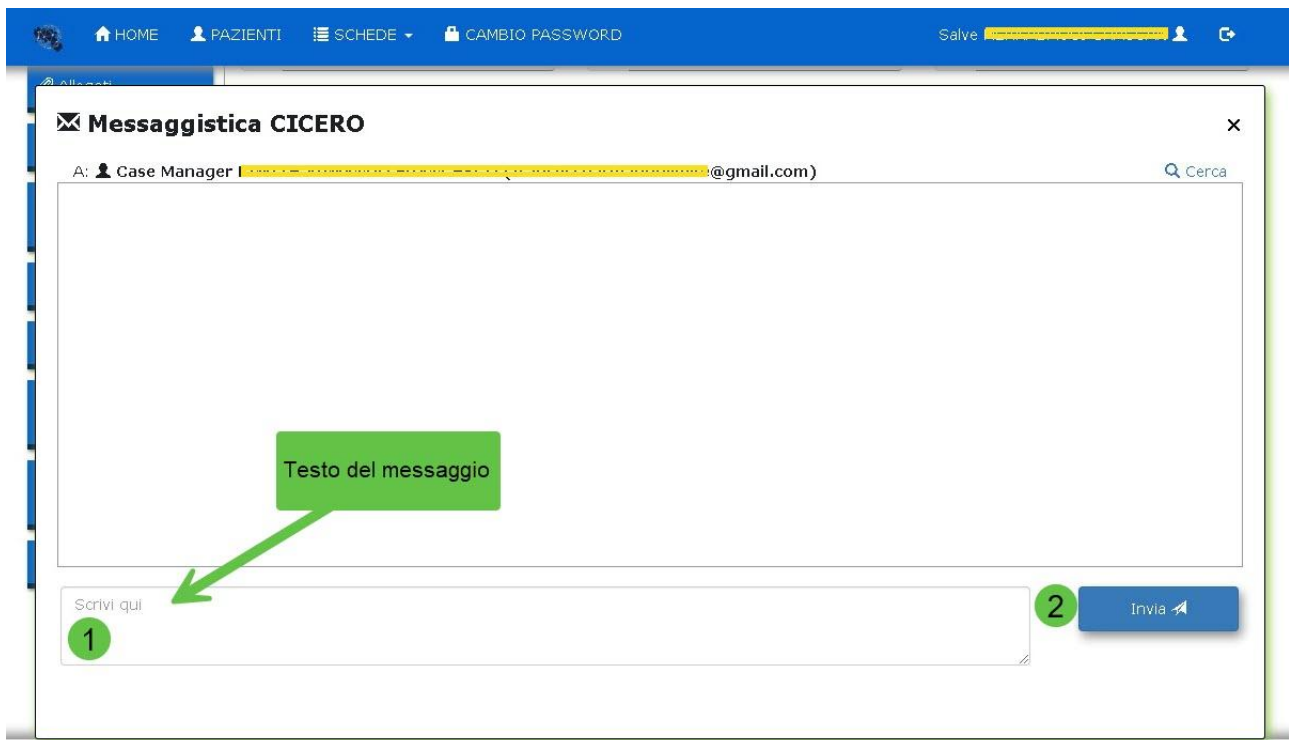
Chiusa Servizi Segnalatore A.O.U. FEDERIC GOM Epatok

N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
<input type="checkbox"/> 2022028112	<input checked="" type="checkbox"/>  [redacted] Messaggistica CICERO	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa
<input type="checkbox"/> 2022028111	<input checked="" type="checkbox"/> [redacted]	GOM Epatok	10/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 43	Chiusa
<input type="checkbox"/> 2022028100	<input checked="" type="checkbox"/> PROZZI SALVATORE	GOM	10/06/2022	A.O.U. FEDERICO	A.O.U. FEDERICO	DISTRETTO 54	Chiusa

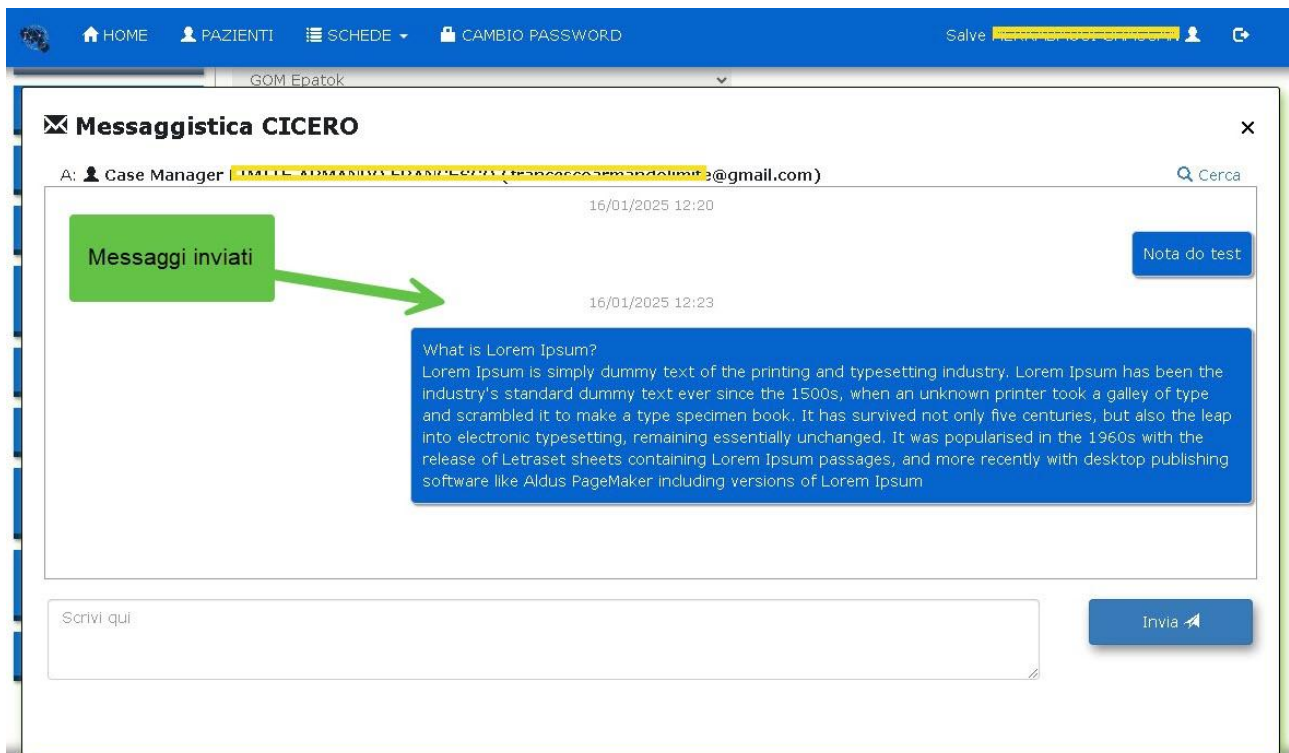
In questo modo si invia una richiesta per la pratica relativa agli attori coinvolti nel processo. Di seguito la maschera che mostra i destinatari del messaggio.



Selezionato il destinatario si apre la maschera per comporre il testo del messaggio.



Esempio di messaggi inviati.



I messaggi inviati arrivano sulla dashboard della Piattaforma con l'icona della busta e l'evidenza del numero di messaggi da leggere. Il colore dell'icona indica col: **Rosso** = da leggere; **Blu** = letta

Regione Campania Salve |  

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD   **Messaggio da leggere**

Messaggistica CICERO

Dashboard

 In attesa 	 Rimessa in rete 	 In carico 
 Servizi Inseriti 	 Servizi Richiesti 	 Servizi Accettati 
 Trasferito 	 Chiuse 	 Trial Clinico chiuso 

Oppure è possibile vedere la busta della messaggistica nell'elenco delle schede:

Regione Campania Salve 

ROC Rete Oncologica Campana

[HOME](#)
[PAZIENTI](#)
[SCHEDE](#)
[CAMBIO PASSWORD](#)

Schede

Schede

Ricerca scheda

N. Scheda

Status

Codice Fiscale

A.O.U. FEDERICC

Dal

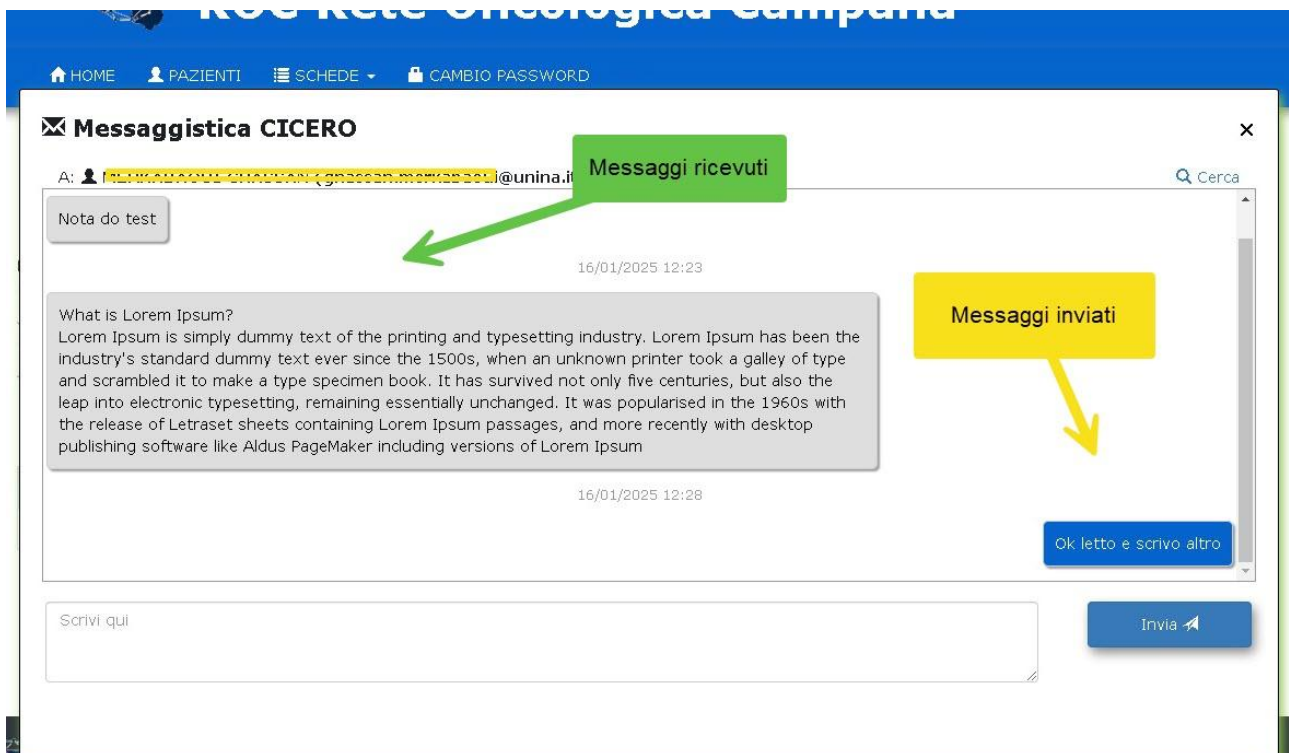
Gom

L'icona della busta indica con il colore:
rosso = da leggere
blu = letta

N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
 2022028112	  Visualizza Messaggi CICERO da Leggere	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa

Esempio di messaggi ricevuti.

Da questa maschera è possibile rispondere al messaggio ricevuto componendo la cronologia degli invii e delle ricezioni.



Esenzione 048

Nella piattaforma ROC (Rete Oncologica Campania) è stata introdotta una nuova funzionalità per semplificare il processo di richiesta dell'esenzione 048, dedicata alle persone affette da patologie oncologiche. Grazie a questa innovazione, l'assistito non è più obbligato a consegnare a mano la richiesta di esenzione in forma cartacea, evitando così ulteriori aggravii e risparmiando tempo prezioso.

Il percorso digitale può essere attivato sia dai "Richiedenti" che dai Medici di Medicina Generale (MMG). I "Richiedenti" (specialisti medici del centro della rete) possono utilizzare la piattaforma per patologie gestite dalla ROC, mentre gli MMG possono attivare la procedura anche per patologie non trattate dalla rete oncologica. In ogni caso il MMG dovrà inserire una certificazione rilasciata da un medico specialista che attesti la patologia dell'assistito. Questa integrazione garantisce un processo più snello e accessibile, migliorando il supporto per i pazienti.

ATTENZIONE: La presente guida è rivolta prevalentemente ai Richiedenti, per i Medici MMG vedi **“Guida per i Medici MMG”**

Inserimento Richiesta esenzione E048

Per inserire una richiesta di esenzione si deve selezionare l’assistito dal menu **“Pazienti”** come mostrato in figura seguente.



Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

ROC Rete Oncologica Campana

HOME **PAZIENTI** SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Dashboard

Selezionare il menu Pazienti

In attesa 37	Rimessa in rete 5	In carico 3227
Servizi Inseriti 129	Servizi Richiesti 20	Servizi Accettati 2227
Trasferito 59	Chiuse 8688	Rete Cardioncologica chiusa 6
Trial Clinico chiuso 13	Test Colangiocarcinoma inviato a Laboratorio 8	Esenzioni inviate 2

Usando il filtro è possibile cercare l'assistito come mostrato di seguito. Si consiglia di usare il Codice Fiscale per tale ricerca.

Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE  

 **ROC Rete Oncologica Campania**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Esenzione / Pazienti

Nuova segnalazione

Ricerca paziente

Cognome Nome Data Nascita Localita' Nascita 

Dati Filtro di Ricerca **Inserire il Codice Fiscale dell'Assistito**

1 2

Cognome	Nome	Data Nascita	Codice Fiscale	Localita' Nascita
				MADDALONI

Nella maschera dell'assistito è disponibile il Bottone “**Esenzione**”.

Paziente

Cliccare il Bottone
Esenzione

Crea Nuova Scheda	Servizi	Esenzione	Consenso		
Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>	Sesso	M
Data Nascita	<input type="text"/>	Localita' Nascita	MADDALONI	Provincia Nascita	CE
Codice Fiscale	<input type="text"/>			Data Decesso	<input type="text"/>
Localita'	MADDALONI	Provincia	CE	CAP	81024
Indirizzo	<input type="text"/>				
ASL	ASL Caserta	Distretto	DISTRETTO 13		
Email	<input type="text"/>				
MMG Cognome	GUIDA	MMG Nome	<input type="text"/>	MMG codice fiscale	<input type="text"/>
MMG Telefono	<input type="text"/>				
ID tessera sanitaria	<input type="text"/>			Data scadenza tessera	11/02/2027

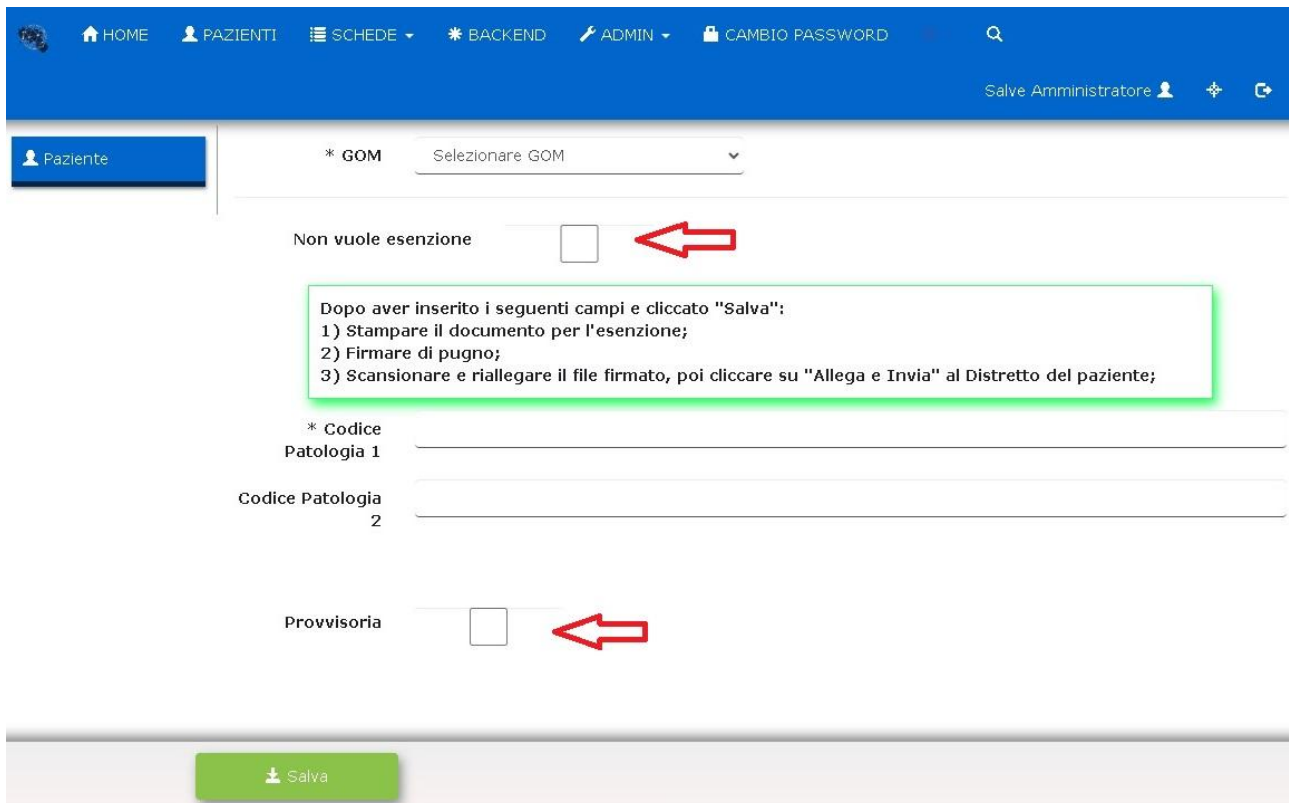
Nota: E' possibile richiedere l'Esenzione anche dalla scheda dell'Assistito.



The screenshot displays the user interface of the Rete Oncologica Campania system. At the top, a blue navigation bar contains the following elements: a globe icon, 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE' with a dropdown arrow, 'CAMBIO PASSWORD', and a 'Salve' button with a yellow highlight. On the left side, a vertical menu of blue buttons includes: 'Paziente', 'Organi di rete', 'Checklist ingresso', 'Allegati', 'Servizi territoriali', 'Rete cardioncologica', 'Trial clinico', 'Chiusura', 'Esenzione 048' (highlighted with a yellow box and an arrow), and 'Stampa'. The main content area is divided into several sections: 'Scelta GOM ingresso' with a dropdown menu set to 'GOM Polmone'; 'Case Manager' with a list of entries; 'Centro segnalatore' with a dropdown menu set to 'A.O. DEI COLLI'; and 'Centro destinazione' with a dropdown menu set to 'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI'. A yellow callout box with the text 'Richiesta Esenzione' points to the 'Esenzione 048' menu item. At the bottom of the main content area, the word 'Dettaglio' is written in large blue font.

Rifiuto Esenzione.

Nella maschera dell'esenzione è possibile biffare "Non vuole esenzione". In questo caso c'è un rifiuto da parte dell'assistito, pertanto, il sistema propone l'apposito modulo da scaricare e far firmare per la rinuncia. E' possibile anche indicare una richiesta provvisoria.



HOME PAZIENTI SCHEDE BACKEND ADMIN CAMBIO PASSWORD

Salve Amministratore

Paziente

* GOM

Non vuole esenzione

Dopo aver inserito i seguenti campi e cliccato "Salva":
1) Stampare il documento per l'esenzione;
2) Firmare di pugno;
3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

* Codice Patologia 1

Codice Patologia 2

Provvisoria

Salva



MODULO DI RIFIUTO RICHIESTA ESENZIONE 048

La Sig.ra **DE ROSI ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e
residente a **VIALE (CE) VIALE (CE) (81014)**

Codice Fiscale **DE R A 888888888888888888**

Rifiuta l'esenzione per la patologia 048:

L'Assistito/a

Richiesta Esenzione.

Per richiedere esenzione va selezionato obbligatoriamente il GOM dalla lista a tendina e successivamente il codice patologia ICD-9.

E' possibile eventualmente aggiungere una seconda patologia solo descrittiva.

Selezionare GOM

- GOM Vesicica
- GOM Carcinoma dello Stomaco
- GOM Cervice
- GOM Colangiocarcinoma
- GOM Colon
- GOM Cutanei non Melanoma
- GOM Endometrio
- GOM Epatok
- GOM Eredo Familiare
- GOM Esofago
- GOM Mammella
- GOM Melanoma Coroidale
- GOM Melanoma Cutaneo e delle Mucose
- GOM Mesotelioma
- GOM Vesicica

Scegliere il GOM

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED] E-mail

Paziente

* GOM

Dopo aver inserito i seguenti campi e cliccato "Salva":

- 1) Stampare il documento per l'esenzione;
- 2) Firmare di pugno;
- 3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

* Codice Patologia 1 Carcinomi in situ della vescica

Codice Patologia 2

Salva

Esenzione 048

nome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ente

* GOM

Dopo aver inserito i seguenti campi e cliccato su "Salva":
 1) Stampare il documento per l'esenzione;
 2) Firmare di pugno;
 3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

Selezionare la Patologia dalla tendina. Sono riportati i codici ICD-9

* Codice Patologia 1

Codice Patologia 2

- Carcinomi in situ della vescica (2337)
- Tumori benigni della vescica (2233)
- Tumori di comportamento incerto della vescica (2367)
- Tumori di natura non specificata della vescica (2394)
- Tumori maligni del collo vescicale (1885)
- Tumori maligni del trigono vescicale (1880)
- Tumori maligni della cupola vescicale (1881)

 Salva

Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

A questo punto è necessario:

1. Scaricare e firmare il certificato cliccando sul pulsante 'Stampa Esenzione da Firmare'.
2. Allegare il certificato firmato.
3. Inviarlo sulla piattaforma.

Nota: In alternativa è possibile firmare il certificato digitalmente apponendo il timbro elettronico, per evitare la scansione del documento.

Nell'immagine seguente sono illustrati i vari passaggi richiesti.

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Paziente

* GOM

Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione

1) Stampare "Esenzione da Firmare";
2) Firmare di pugno;
3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

Stampa Esenzione da Firmare 1

* Allegato Firmato Nessun file selezionato 2

Allega il file Firmato

Invia file

3 Allega e Invia

Modello per la richiesta.

Di seguito il certificato redatto in automatico dalla piattaforma.

Attenzione: Il certificato deve essere firmato dal Medico MMG / Specialista.

In alternativa può essere firmato digitalmente; evitando così la scansione per l'invio.



MODULO DI RICHIESTA ESENZIONE 048

Si certifica ai sensi di quanto previsto dal D. M. n. 329 del 28.5.1999, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di Assistenza Sanitaria alle seguenti patologie, che:

La Sig.ra **DE BALDI ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a ALIFE (CE) **VIA ROMANA 215 (S1011)**
Codice Fiscale **DEBANNI78830129830**

GOM: GOM Cervice

E affetto da:

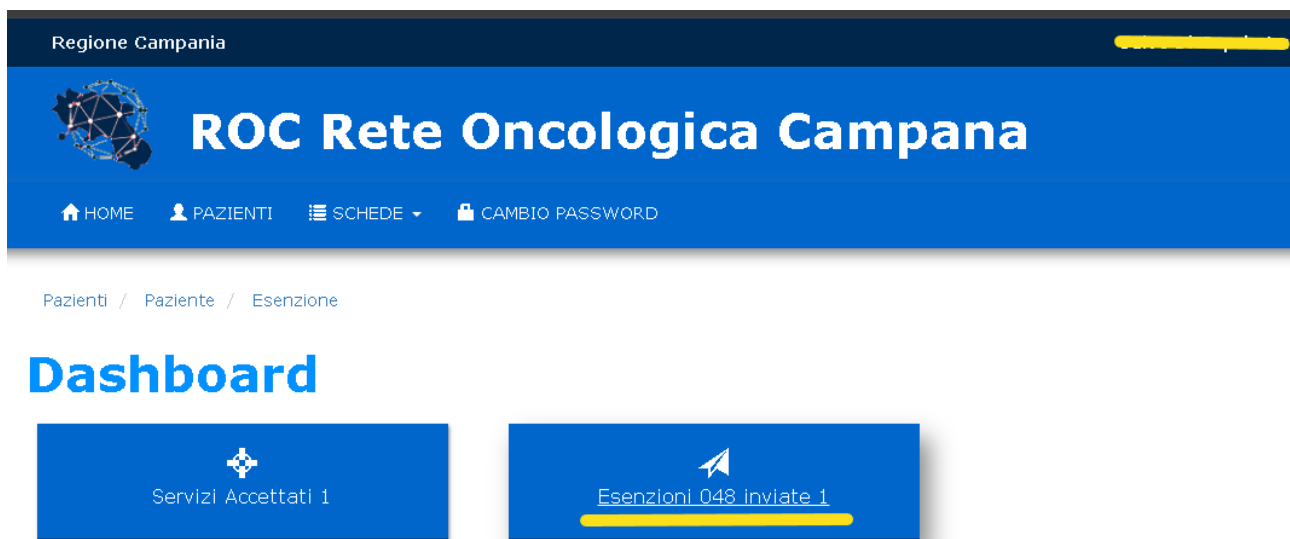
CODICE PATOLOGIA *1: Altri tumori benigni della cervice uterina (2190)

Napoli, li **07/02/2024**


Il Medico Specialista

Nella Dashboard è presente il pulsante “**Esenzioni 048**”, che mostra il numero totale di esenzioni inviate.

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni con la colonna “**Status**”.



Regione Campania

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

Gestione Richieste Rifiutate

Dalla Dashboard è presente un widget che da evidenza delle richieste di esenzione rifiutate.



Le operazioni da svolgere per la cancellazione della richiesta rifiutata sono:

- A. Selezionare La richiesta rifiutata;
 - 1. Cliccare il bottone Modifica;
 - 2. Cliccare il bottone Elimina

In questo modo si ritorna nuovamente al punto di inserire nuova richiesta di esenzione 048.

Regione Campania Salve 

ROC Rete Oncologica Campana

[HOME](#)
[PAZIENTI](#)
[SCHEDE](#)
[CAMBIO PASSWORD](#)

Esenzione

Esenzione 048

Ricerca scheda


Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Rifiutata

Paziente	Codice fiscale	Data Inserita	Data Inviata	Data Accettata	Status	Motivo Rifiuto
<input checked="" type="checkbox"/>			10/09/2024		Rifiutata	Documento NON valido




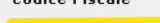




Elenco delle richieste rifiutate (yellow callout pointing to the search filters)

Motivazione (yellow callout pointing to the 'Motivo Rifiuto' column)

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve 

Esenzione

Esenzione 048

Cognome 	Nome 	Data di nascita 	Codice Fiscale 	Telefono 	E-mail 
Distretto DISTRETTO 15	Medico di base 	Telefono medico 			

Paziente





* GOM

* Allegato Firmato

Motivo rifiuto

Dettaglio

10/09/2024 Inserita

 DI CAPRIO LUIGI  3333333  dicaprio@luigi.it 

1

Cliccare il bottone modifica (yellow callout pointing to the 'Modifica' button)

Esenzione

Esenzione 048

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Distretto	Medico di base	Telefono medico			
DISTRETTO 15	_____	_____			

Paziente

* GOM

- 1) Stampare "Esenzione da Firmare";
- 2) Firmare di pugno;
- 3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

Stampa Esenzione da Firmare

* Allegato Firmato Nessun file selezionato

Eliminare la richiesta rifiutata

Allega e Invia

2

Elimina

Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)

Ai “Richiedenti” verrà inviata un'e-mail automatica dal sistema, che notificherà l'avvenuta accettazione o il rifiuto dell'esenzione.


Ai Medici di Medicina Generale (MMG) sarà inoltrata un'e-mail automatica dal sistema, solo se l'esito dell'esenzione è stato approvato.

Verifica Richiesta esenzione E048

Nella Dashboard è presente il pulsante “**Esenzioni 048**”, che mostra il numero totale di esenzioni inviate dai **Richiedenti**.

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.

Regione Campania



ROC Rete Oncologica Campania

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

Dalla maschera delle esenzioni è possibile visualizzare l'elenco delle certificazioni inviate con l'indicazione della colonna **"Status"**, da qui è possibile utilizzare il filtro per cercare l'assistito oppure gestire quelli presenti.

Regione Campania



ROC Rete Oncologica Campania

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Inviata

Cerca

Paziente	Codice fiscale	Data Inserita	Data Inviata	Data Accettata	Status	Motivo Rifiuto
 		05/09/2024	05/09/2024		Inviata	

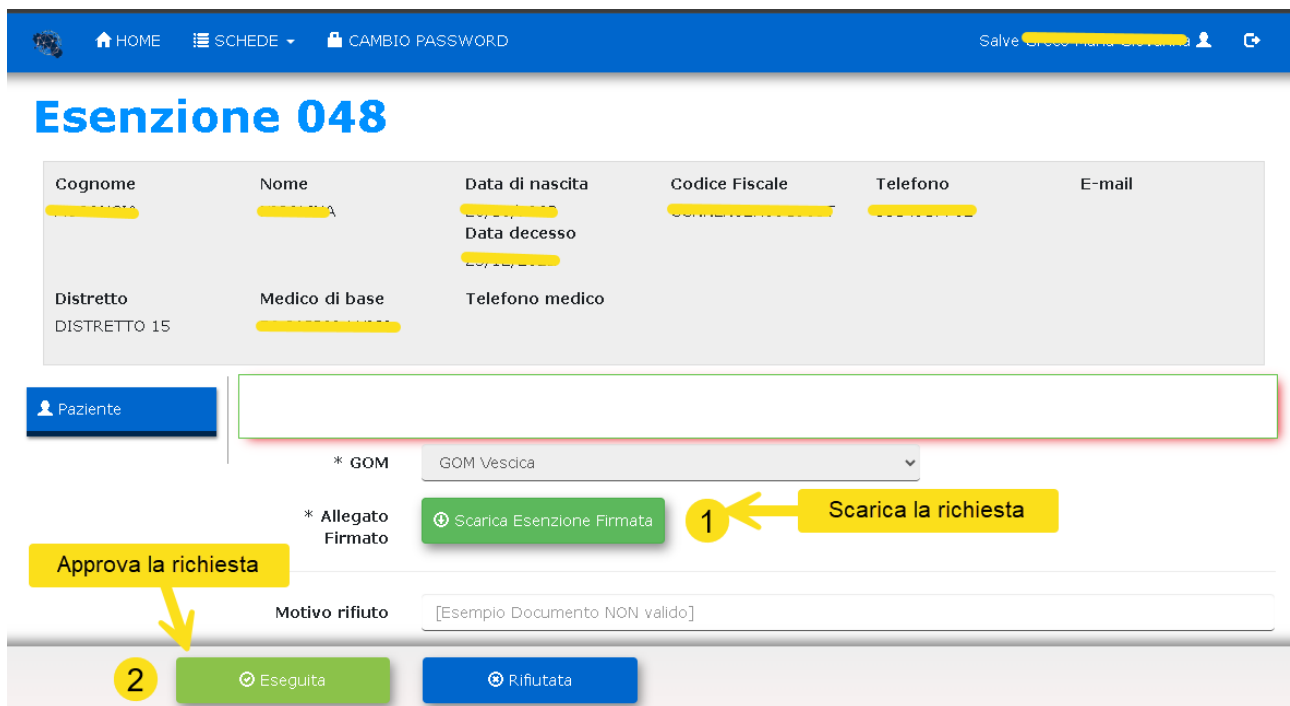
Filtro di Ricerca

Elenco richieste

Selezionato l'assistito la maschera mostra il pulsante per scaricare il certificato di esenzione firmato dal medico specialista.

Nell'immagine seguente il pulsante è indicato dallo step 1.

Verificata la richiesta di esenzione bisogna approvarla cliccando il bottone **“Eseguita”** step2



Esenzione 048

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
		Data decesso			
Distretto	Medico di base	Telefono medico			
DISTRETTO 15					

Paziente

* GOM: GOM Vesdica



* Allegato Firmato: Scarica Esenzione Firmata (1) Scarica la richiesta

Motivo rifiuto: [Esempio Documento NON valido]

Approva la richiesta (2) Eseguita Rifiutata


Rifiuto richiesta di esenzione

Se per qualche motivo la richiesta non può essere accolta è possibile rifiutare la richiesta inserendo una motivazione, come mostrato di seguito:

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve  

Esenzione 048


Cognome [REDACTED]	Nome [REDACTED]	Data di nascita [REDACTED] Data decesso [REDACTED]	Codice Fiscale [REDACTED]	Telefono [REDACTED]	E-mail
Distretto DISTRETTO 15	Medico di base [REDACTED]	Telefono medico			

 Paziente

* GOM

* Allegato Firmato

Motivo rifiuto



Il rifiuto dell'esenzione viene riportato nell'elenco con la motivazione ad evidenza degli operatori che hanno fatto richiesta.

Pertanto è possibile inoltrare nuova richiesta di esenzione.

Modulo terapia del dolore

Nella continua evoluzione della piattaforma ROC, è stato recentemente implementato un nuovo modulo dedicato alla richiesta di consulenza per la terapia del dolore. Questo strumento innovativo ai loro medici di richiedere facilmente una consulenza algologica per i pazienti GOM direttamente tramite la piattaforma, semplificando l'accesso a un supporto clinico personalizzato.

La gestione efficace del dolore, sia cronico che acuto, rappresenta una componente essenziale per migliorare il benessere e la qualità della vita dei pazienti. Attraverso questo nuovo modulo, è possibile ricevere indicazioni tempestive e mirate da esperti della terapia del dolore, garantendo così un percorso di cura più coordinato e centrato sulle esigenze individuali.

Questo servizio offre ai pazienti un canale diretto per comunicare le proprie necessità, facilitando un'assistenza più rapida e adeguata, senza complicazioni o lunghe attese. La piattaforma ROC si conferma così uno strumento sempre più completo e al servizio della salute, mettendo il paziente al centro del percorso di cura.

All'interno della piattaforma **ROC** è stato implementato il nuovo modulo dedicato alla gestione della Terapia del Dolore. Il modulo consente agli utenti di:

- **Richiedere la Terapia del Dolore.**
- **Trattare o meno l'assistito.**

Questa funzionalità è stata introdotta con l'obiettivo di rendere più efficace la collaborazione tra gli utilizzatori della piattaforma, eliminando la necessità di strumenti esterni per la comunicazione e centralizzando tutte le informazioni in un unico luogo.

Nel corso di questa guida, esploreremo il funzionamento del modulo, le sue caratteristiche principali e come utilizzarlo al meglio per migliorare la gestione delle pratiche all'interno di ROC.

Eleggibilità al trattamento

Il modulo di richiesta consulenza per la terapia del dolore è rivolto ai pazienti oncologici attualmente in carico ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM).

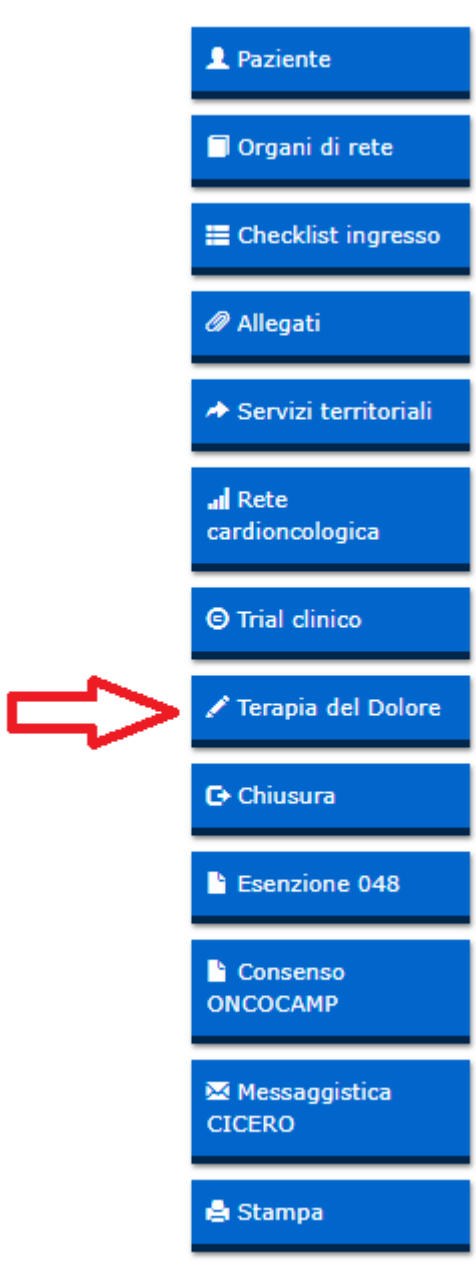
Possono accedere a questo servizio:

- Pazienti con diagnosi di neoplasia che presentano dolore acuto o cronico correlato alla patologia oncologica o alle terapie in corso;
- Pazienti seguiti all'interno del percorso multidisciplinare dei GOM, che necessitano di un supporto specialistico per la gestione del dolore;
- Pazienti per i quali il medico referente ritenga opportuno richiedere una consulenza specifica per ottimizzare il trattamento del dolore, migliorando la qualità di vita.

L'accesso al modulo è garantito esclusivamente per pazienti inseriti nei GOM, con l'obiettivo di assicurare un approccio integrato e coordinato tra specialisti oncologi e terapisti del dolore.

Richiesta della Terapia del Dolore

Per inserire in piattaforma la richiesta della Terapia bisogna entrare nella scheda dell'assistito e dalle funzioni messe a disposizione cliccare il bottone relativo.












Compilare la scheda inserendo tutti i dati richiesti.

La scheda è progettata per facilitare l'inserimento delle informazioni. Alcune specifiche verranno visualizzate in base alle scelte effettuate.

Terapia del Dolore

Cognome CECCARIELLO	Nome FORNARO	Data di nascita 06/03/1950	Codice Fiscale CNRFRN50C000E239H	Telefono 347334637/327022430	E-mail
N. Scheda 0005443404	Data segnalazione 28/07/2005	Stato Napoli	Distretto 02B/027000055	Medico di base ARCOANGELO MARINO	Telefono medico


-  Paziente
-  Organi di rete
-  Checklist ingresso
-  Allegati
-  Servizi territoriali
-  Terapia del Dolore
-  Chiusura
-  Esenzione 048
-  Stampa

Caratteristiche del dolore

Data rilievo

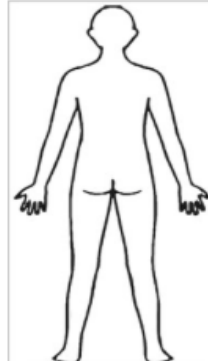
Dove (Selezionare la parte del corpo)

Anteriore



[Modifica Anteriore](#)

Posteriore



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

- sempre presente
- a riposo è lieve o assente
- cambia con la deambulazione/movimenti o in alcune posizioni
- cambia con i pasti
- è prevalente nelle ore serali/notturne
- è prevalente al mattino

Intensità media del dolore NRS

Allegato storia clinica Nessun file selezionato

Centro di destinazione

Salva

Invia

N.B. è obbligatorio allegare la storia clinica del paziente in pdf.

Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta.**

Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.

Gestione Immagine

In questa scheda è possibile tracciare su un corpo umano le zone del dolore da trattare.

E' possibile utilizzare il relativo bottone di modifica **Anteriore** o **Posteriore** per aprire una finestra dove poter tracciare, con il mouse, una crocetta sulla zona interessata come mostrato di seguito.

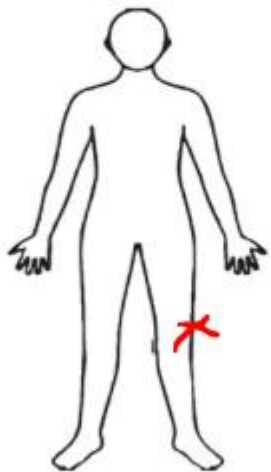
Caratteristiche del dolore

Data rilievo

Dove
(Selezionare la parte del corpo)

Anteriore Posteriore

Modifica Immagine



Pulisci Annulla Salva

Il dolore è

Da quando è iniziato il dolore:
Intensità

Il dolore è presente tutti i giorni

Su questa finestra sono presenti tre bottoni **Pulisci**, **Annulla**, **Salva** per le relative azioni che si possono compiere.

Di seguito una specifica dei bottoni:

- ✓ **Pulisci** – cancella tutte le zone segnate;
- ✓ **Annulla** – chiude la finestra senza apportare modifiche;
- ✓ **Salva** – salva le modifiche e chiude la finestra;

Presenza in Carico della Richiesta

Sulla dashboard vengono visualizzate, tramite i widget, le richieste pervenute.



A questo punto bisogna cliccare sul bottone relativo per visualizzare le richieste pervenute.

Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

La Maschera dedicata al trattamento mostra due bottoni uno è la richiesta fatta “**Caratteristiche del Dolore**” l'altra è inerente la visita “**Visita Algologica**”. C'è da dire che nella visita il medico si ritrova tutti i dati inseriti per la richiesta che rimangono storicizzati mentre i dati per la visita possono essere modificati.

La figura seguente mostra la maschera per la visita algologica con tutti i dati da compilare.

Visita Algologica

- [Paziente](#)
- [Organi di rete](#)
- [Allegati](#)
- [Servizi territoriali](#)
- [Terapia del Dolore](#)
- [Chiusura](#)
- [Esenzione 048](#)
- [Stampa](#)

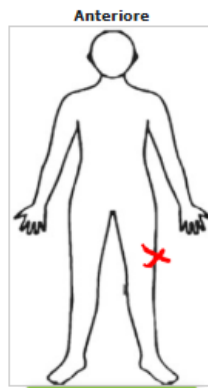
Caratteristiche del Dolore

Visita Algologica

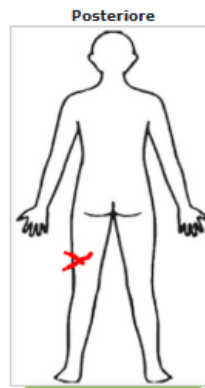
Visita Algologica

Data rilievo

Dove
(Selezionare la parte del corpo)



Modifica Anteriore



Modifica Posteriore

Il dolore è

Da quanto tempo

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

sempre presente

a riposo è lieve o assente

cambia con la deambulazione/movimenti o in alcune posizioni

cambia con i pasti

è prevalente nelle ore serali/notturne

è prevalente al mattino

Intensità media del dolore NRS

Presenza di picchi BTcP

- Qualità del dolore
- opprimente
 - lacinante
 - crampiforme
 - urente
 - pulsante
 - a scossa elettrica
 - altro (specificare)

Se "altro" specificare

- Interferenze con attività quotidiane
- umore
 - deambulazione
 - sonno
 - lavoro
 - relazioni sociali
 - autosufficienza
 - percorso diagnostico/terapeutico

Conclusione

Dolore da causa neoplastica Seleziona ▼

Dolore da causa NON neoplastica Seleziona ▼

- Tipo di dolore
- nocicettivo
 - neuropatico

Terapie Farmacologiche

[+ Aggiungi Farmaco](#)

Uso Terapia	Farmaco	Formulazione	Via di somministraz.	N. somministraz. giornaliera	Posologia	Sospesa	Chi ha sospeso	Motivo
-------------	---------	--------------	----------------------	------------------------------	-----------	---------	----------------	--------

**Terapie
interventistiche**

- anestesia loco-regionale
- infiltrazione con cortisonico
- neuromodulazione elettrica transcutanea
- neuromodulazione elettrica percutanea
- radiofrequenza ablativa
- radiofrequenza pulsata
- crionalgnesia
- cifo/ vertebroplastica
- alcolizzazione
- pompa intratecale
- neurostimolatore midollare
- neurostimolatore gangliare
- altro (specificare)

Se "altro"
specificare

Note

Ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) nei GOM

Un ruolo cardine nella Rete Oncologica Campana è rivestito dai Medici di Medicina Generale MMG, indispensabili in tutto il percorso del paziente, sia in fase di prevenzione primaria ed adesione a programmi di screening sia nella fase di follow-up, riabilitazione e reinserimento sociale del paziente, al fine di ottenere una reale continuità assistenziale.

Tutti i MMG possono entrare a far parte della Rete Oncologica Campana (ROC) e ottenere le credenziali di accesso alla piattaforma ROC.

Una volta ottenute le credenziali, essi potranno segnalare nuovi casi ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) della Rete.

I MMG possono segnalare tutti i cittadini con condizione fortemente suggestiva di patologia oncologica, i cittadini positivi a indagini di screening o i cittadini con diagnosi già accertata di tumore per indagini prescritte sul territorio. In questo modo, si crea un percorso facilitato che contribuisce a limitare decisamente il ritardo diagnostico e a indirizzare i pazienti verso i centri di riferimento.

La presa in carico del paziente viene eseguita dal case manager entro sette giorni dalla segnalazione, ma il MMG può comunque sempre verificare l'avvenuta presa in carico di un proprio assistito attraverso la piattaforma ROC.

I MMG, se lo richiedono, possono prendere parte a una riunione GOM ove viene discusso il loro paziente. La partecipazione del MMG potrebbe talora rilevarsi fondamentale nel fornire ulteriori informazioni e dati anamnestici e nel determinare un confronto con tutte le figure professionali coinvolte nel GOM.

Qualora, però, il MMG non partecipi alla riunione multidisciplinare, può accedere tramite la piattaforma ROC, al verbale del GOM di un paziente segnalato da loro, venendo, pertanto, a conoscenza del percorso diagnostico-terapeutico che un proprio assistito dovrà intraprendere.

La piattaforma ROC consente al case manager di attivare su indicazione medica l'assistenza domiciliare integrata (ADI). I servizi richiesti vengono presi in carico dall'ASL e dal Distretto

di afferenza del paziente. I MMG possono verificare a questo punto l'avvenuto presa in carico di un loro assistito da parte del territorio.

Il case manager nella Rete Oncologica Campana

Nell'ambito della Rete Oncologica Campana, il ruolo del case manager è cruciale per garantire un'assistenza continua e coordinata ai pazienti oncologici. Il case manager agisce come figura centrale nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, assicurando che ogni paziente riceva cure personalizzate e tempestive, riducendo le frammentazioni e migliorando l'efficienza del sistema sanitario. Il case manager è un professionista che coordina uno o più casi clinici a lui affidati. Esistono diversi profili professionali che ricoprono questo ruolo, ma dal 2023 tutti i nuovi case manager devono essere infermieri con specifica formazione e competenza.

I case manager nella Rete Oncologica Campana svolgono una serie di attività fondamentali per il supporto ai pazienti oncologici, facilitando la comunicazione fra i vari specialisti coinvolti nel percorso di cura del paziente e assicurando che tutte le informazioni cliniche siano condivise tempestivamente tra i membri del gruppo oncologico multidisciplinare (GOM).

Sono il portale di accesso per le richieste di presa in carico che vengono inviate, tramite la piattaforma ROC, dal territorio, dai Medici di Medicina Generale (MMG) e da altri specialisti in possesso delle credenziali ROC. Insieme ai medici, i case manager attivano la continuità territoriale o altri servizi offerti dalla piattaforma, garantendo così un percorso di cura integrato e personalizzato per ogni paziente. Il case manager si occupa della programmazione di esami richiesti dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM), della gestione riunioni multidisciplinare e della verifica della completezza delle schede relative ai pazienti da discutere.

Il case manager rappresenta un punto di riferimento essenziale per i pazienti oncologici e le loro famiglie, garantendo un percorso di cura integrato e personalizzato.

L'implementazione efficace dei case manager nella Rete Oncologica Campana, con un carico di lavoro stimato di un case manager ogni 150 pazienti discussi annualmente, non solo migliora la qualità dell'assistenza, ma contribuisce anche a ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie, riducendo i tempi di attesa e migliorando gli esiti clinici.

Corsi annuali di aggiornamento per i case manager sono tenuti annualmente dalla Rete Oncologica

Procedura generale per i Tumori rari.

In aggiunta alle procedure standard contemplate in ogni PDTA, per i pazienti affetti da tumore raro è necessario implementare le seguenti fasi:

Presenza in carico dei pazienti affetti da tumore raro

La presa in carico dei pazienti affetti da tumore raro avviene ad opera dei Centri User, ossia di strutture proposte a livello regionale ed attualmente in attesa di endorsement da parte dell'AGENAS, identificate nell'ambito dei CORP e CORPUS della ROC, quali Istituzioni Sanitarie dotate di requisiti di elevata competenza ed esperienza per il trattamento dei tumori rari e che operino in stretta relazione con il Centro Regionale di Coordinamento per i Tumori Rari (C.R.C.T.R.). Il CRCTR ha la funzione cardine di costituire il "nodo di riferimento" e di integrazione a livello regionale tra la Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) ed il network europeo ERN-EURACAN (European Reference Networks – European network for Rare Adult solid Cancer) dedicato ai tumori rari solidi dell'adulto.

Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici tra Centro User e CRCTR

In ottemperanza alle norme stabilite dal Ministero della Salute nell'ambito della organizzazione della RNTR, ogni Centro User della Regione Campania condivide con il CRCTR il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da tumore raro al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati.

Registrazione dei casi ed organizzazione delle attività di teleconsulto

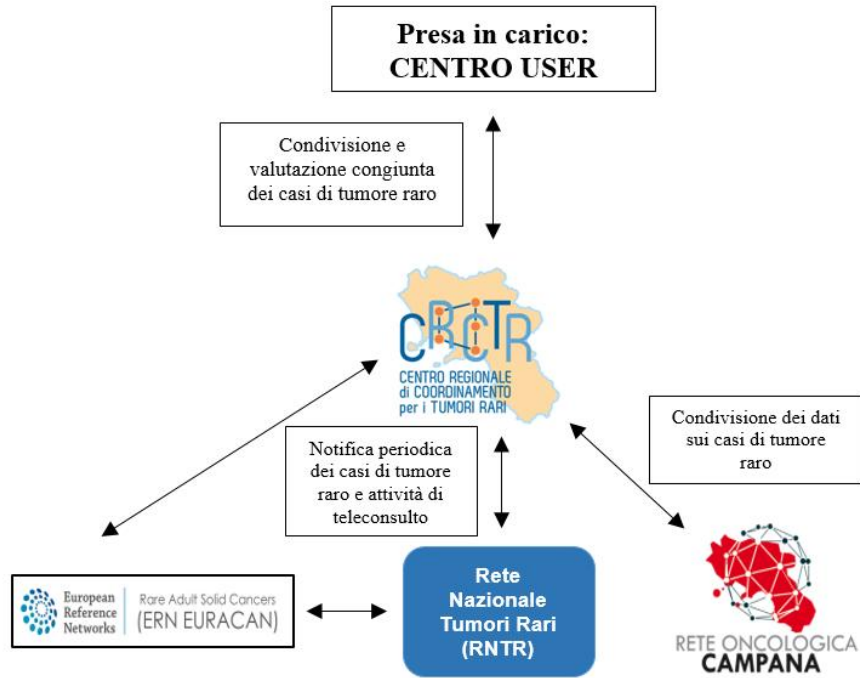
In ottemperanza alla Normativa Ministeriale ed al Decreto di Istituzione del Centro di Coordinamento Regionale (DCA N. 90 del 31/10/2019), il CRCTR ha il compito di:

Verificare che le attività di presa in carico e gestione clinica dei pazienti affetti da tumore raro siano coerenti con le progettualità della ROC e con le norme della RNTR, e garantire ai pazienti un accesso tempestivo ai migliori trattamenti e la continuità di cure pre- e post-ospedaliere.

Rappresentare il nodo di comunicazione operativa tra le Istituzioni della ROC, la RNTR ed il Network ERN-EURACAN, al fine di organizzare le attività di teleconsulto, a livello regionale, nazionale e, laddove venga ritenuto necessario, a livello europeo.

Effettuare un censimento sistematico con notifica periodica alla RNTR di tutti i casi di tumore raro presi in carico a livello regionale ed una verifica delle attività svolte in relazione alle normative ministeriali.

A tal fine saranno disponibili piattaforme digitali per la registrazione dei casi che possano interfacciarsi ed integrarsi con la piattaforma digitale della ROC.



Tempi di presa in carico

I tempi indicati di seguito per il percorso del paziente sono da intendere come riferimenti teorici, suscettibili di modifiche in relazione alle caratteristiche cliniche del paziente e alla complessità diagnostica e all’offering delle Aziende della Rete Oncologica e dell’intero sistema regionale. Sono di seguito indicati al fine di monitorare i percorsi e di identificare eventuali azioni di miglioramento

La prima visita del GOM sarà effettuata entro 7 giorni.

Il GOM si riunirà una volta a settimana.

Entro 21 giorni dalla visita del GOM saranno completate la stadiazione del tumore e l’effettuazione della biopsia, qualora non effettuate presso altro centro.

Il referto bioptico sarà disponibile entro 10 giorni.

Un eventuale intervento chirurgico o altra DLT, in caso di malattia resecabile, dovrà avvenire entro 30 giorni dalla valutazione dei criteri.

Il referto istologico post-chirurgico dovrà essere emesso entro 15 giorni.

L’inizio di una eventuale chemioterapia per malattia non trattabile con DLT dovrà avvenire entro 15 giorni dalla diagnosi cito/istologica; in caso di terapia adiuvante entro 60 giorni da DLT.

Il Case Manager si occuperà di “calendarizzare” le scadenze e prenotare gli tutti gli esami radiologici.

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	A. Ottaiano, F. Ciardiello, M. Di Napoli, G. Nasti, P. Delrio, F. Izzo, M. De Laurentiis, A. Morabito, V. Granata, S. Rossetti, R. Tambaro, V. Ravo, S. Falivene, V. Borzillo, R. Di Franco, R. Bianco, C. Gridelli, M. Muto, F. Riccardi, G. Leo, G. DI Lorenzo
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL Sandro Pignata, IRCCS Fondazione G Pascale Ferdinando Riccardi, A.O.R.N. Cardarelli Vincenzo Montesarchio A.O.R.N. Dei Colli Cesare Gridelli, A.O.R.N. Moscati Antonio Grimaldi, A.O.R.N. Rummo San Pio Michele Orditura, A.O.R.N. S. Anna S. Sebastiano Fortunato Ciardiello, A.O.U. Luigi Vanvitelli Stefano Pepe, A.O.U. Ruggi Bruno Daniele, Ospedale del Mare Roberto Bianco, A.O.U. Federico II Gaetano Facchini, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli Bruno Marra e Rodolfo Cangiano, ASL Caserta Filomena Sibilio, ASL Napoli 2 Nord Gino Leo, ASL Napoli 3 Sud Annarita Roscigno, ASL Salerno Rosanna Ortolani, ASL Napoli 1 Centro Elena Fossi, ASL Benevento Tania Losanno, ASL Avellino
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche a cura:	M. Fusco: Registri Tumori Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM (R.Bianco), CIPOMO (A.M Grimaldi), SIMG (G.Piccinocchi)
Farmacisti revisori	Piera Maiolino, Teresa Tramontano (IRCCS Pascale)

Percorsi suggeriti dalle Associazioni Pazienti aderenti a FAVO Campania da sviluppare nella ROC prima della prossima revisione annuale del PDTA TOM



Consentire nelle sedute dei GOM, ove richiesto la partecipazione del paziente (o suo Tutore) e del MMG

Realizzare opuscoli informativi (cartella informativa-narrativa digitale) sul percorso di cura dei pazienti.

L'opuscolo dovrebbe essere disponibile sul sito della R.O.C.

gli opuscoli dovrebbero includere una sezione informativa generale (A) ed una sezione personalizzata (B), si fatta.

A:

- Flowchart di processo generale ROC e percorso clinico
- Illustrazione della diagnostica e dei trattamenti terapeutici
- Criteri di accesso ai percorsi di Sostegno psicologico/psicoterapeutico
- Procedura di accesso/contatto da remoto al Case Manager
- Elenco delle associazioni convenzionate che offrono servizi di ospitalità/sostegno per caregiver/pazienti.

Affidare alle associazioni di volontariato oncologico convenzionate, la formazione dei pazienti all'uso consapevole delle Piattaforme Digitali Sanitarie Regionali

Definire i criteri di accesso e le mansioni, delle associazioni di volontariato oncologico, presso gli Enti sanitari accreditati nella R.O.C., tenendo conto dei bisogni reali dell'utenza e di quanto previsto dalle norme vigenti

Definire i criteri di accesso e le mansioni, delle associazioni di volontariato oncologico, presso gli Enti sanitari accreditati nella R.O.C., tenendo conto dei bisogni reali dell'utenza e di quanto previsto dalle norme vigenti

Si raccomanda di aggiornare ed omogeneizzare per tutti i PDTA, la mappatura geografica degli enti sanitari accreditati, ivi inclusi tumori rari/pediatrici.

Alla luce della Legge regionale 16 ottobre 2025, n. 30.:

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

Si chiede l'istituzione di un board professionisti/associazioni di pazienti, per la stesura di un PDTA dedicato e la definizione dei processi e percorsi formativi.

Includere nelle schede pazienti che accedono alla ROC informazioni sulla professione al fine di identificare cause professionali di tumore raccogliendo informazioni dal paziente e dal medico curante

I diritti del malato oncologico e dei caregiver

Il link di seguito permette di accedere al libretto contenente le informazioni necessarie per conoscere e tutelare i diritti del malato di cancro e del caregiver. Grazie a queste pagine il paziente oncologico ed il caregiver avranno a disposizione una panoramica generale su tutte le tutele più importanti dal punto di vista assistenziale, previdenziale e lavorativo, su quali sono i requisiti per ottenerle e su come richiederle.

<https://www.aimac.it/libretti-tumore/diritti-malato-cancro>