

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
per l'epatocarcinoma**

Edizione 2025



Introduzione e Razionale

L'epatocarcinoma (HCC) rappresenta una delle principali cause di morte per neoplasia a livello mondiale ed è in costante aumento anche in Italia, dove si colloca tra le prime cinque neoplasie per incidenza nei pazienti con epatopatia cronica. La sua insorgenza è strettamente legata a condizioni sottostanti come cirrosi epatica, epatite B e C cronica, e più recentemente alla diffusione della malattia epatica metabolica associata a steatosi (MASLD).

L'HCC si configura oggi come una malattia eterogenea e complessa, la cui gestione richiede l'integrazione di competenze epatologiche, oncologiche, chirurgiche, radiologiche e trapiantologiche. La medicina di precisione e l'innovazione terapeutica, in particolare l'arrivo di terapie sistemiche target e immunoterapiche, hanno modificato significativamente l'approccio clinico, rendendo essenziale una valutazione multidisciplinare precoce e continuativa.

In questo contesto, i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) si configurano come strumenti fondamentali per garantire omogeneità nella presa in carico, appropriatezza delle scelte terapeutiche, e equità di accesso alle cure più avanzate su tutto il territorio regionale.

Alla luce dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche e dei trattamenti disponibili, si propone l'aggiornamento del presente PDTA secondo una logica di rete clinico-organizzativa, in armonia con le linee guida nazionali e internazionali, e con l'obiettivo di costruire un modello di cura orientato alla centralità del paziente, alla valutazione personalizzata del rischio e alla continuità assistenziale lungo tutte le fasi della malattia.

Il presente PDTA è stato condiviso con i rappresentanti dei CORP/CORPUS.

In particolare attraverso il PDTA ci si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi:

- a) Fornire un percorso di riferimento unico per il paziente con epatocarcinoma.
- b) Ottimizzare i tempi di diagnosi e di trattamento.
- c) Semplificare le procedure e ridurre i disagi per il paziente.
- d) Fornire un'assistenza di elevata qualità sia per la diagnosi che per la terapia, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate.
- e) Implementare sistemi informatici comuni di raccolta dei dati, fruibili dai professionisti ospedalieri che operano lungo il percorso.
- f) Integrare le diverse competenze specialistiche che concorrono alla gestione del paziente con epatocarcinoma (che spesso per storia naturale è in carico allo specialista epatologo) assicurando la multidisciplinarietà e la disponibilità al dialogo tra operatori ospedalieri ed il medico di medicina generale.
- g) Garantire la migliore assistenza al paziente ed alla famiglia in tutte le fasi della malattia.

h) Ridurre la mobilità passiva ed incentivare la mobilità attiva.

Per una corretta applicazione del PDTA è necessaria la partecipazione in piena collaborazione di tutte le professionalità coinvolte in tale percorso e, con la redazione dello stesso PDTA, s'intende fornire un riferimento operativo a tutte le figure professionali che si occupano del paziente affetto da epatocarcinoma. In particolare s'intende organizzare la presa in carico del paziente nella sua globalità ed accompagnarlo in ogni fase del percorso diagnostico, stadiativo e terapeutico, garantendogli la continuità assistenziale necessaria per il raggiungimento della migliore cura.

Ruolo operativo del GOM HCC nel percorso clinico-assistenziale

Il **Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM)** dedicato all'epatocarcinoma è lo **strumento operativo centrale** per garantire un percorso di cura personalizzato, efficace e coerente con le linee guida.

Il GOM deve essere **formalmente costituito** e **attivo** in tutte le fasi del percorso del paziente con HCC.

Fasi del percorso in cui il GOM deve essere attivato

- Alla **diagnosi**: per definire il trattamento iniziale e l'eventuale percorso di profilazione molecolare o invio al centro trapianti
- Dopo ogni **trattamento** (ablativo, chirurgico, TACE, terapia sistemica): per valutare la risposta e decidere i passi successivi
- In caso di **ricidiva** o **progressione di malattia**
- In caso di **tossicità grave** o **peggioramento delle condizioni generali**
- Per valutare l'**eleggibilità a studi clinici** o a terapie sperimentali

Modalità operative

- Il GOM deve riunirsi con cadenza **almeno settimanale** (o su convocazione rapida nei casi urgenti)
- Le decisioni devono essere **documentate** nel fascicolo elettronico del paziente e nella modulistica regionale prevista
- Il paziente deve essere **informato** delle decisioni assunte e dei percorsi proposti

Ruolo strategico

- Il GOM rappresenta il punto di raccordo tra la **rete epatologica**, la **rete oncologica**, e la **rete trapiantologica** regionale
- Ha la responsabilità di garantire **appropriatezza clinica**, **equità di accesso** e monitoraggio dell'**efficacia del PDTA**

In **Tabella 1** sono riportate le figure professionali e le Unità Operative deputate all'Accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza nell'ambito del GOM Epatocarcinoma.

ACCOGLIENZA	Case Manager	Identificato nell'Ambito del GOM
	Medico	Medico specialista di una delle unità afferenti al GOM
		Servizio civile
		Associazioni volontariato
PRESA IN CARICO (Core Team)	Oncologi	UOC Oncologia Medica
	Chirurgo epatico	UOC Chirurgia
	Chirurgo dei Trapianti	Centro Trapianto di riferimento, vedi nota
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
ASSISTENZA (Extended Team)	Oncologi Medici	UOC Oncologia Medica
	Epatologi	Vedi nota ¹
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
	Gastroenterologi	UOC Gastroenterologia
	Patologi clinici	UOC Patologia clinica
	Biologi Molecolari	UOC Biologia Molecolare
	Anatomopatologi	UOC Anatomia Patologica
	Radiologi	UOC Radiodiagnostica
		UO Radiologia interventistica
	Medici Nucleari	UO Medicina Nucleare
	Medici del dolore	UO Terapie Palliative
	Cardiologi	UO Cardiologia
	Psicologi	UO Psicologia
	Nutrizionisti	UO Nutrizione
Personale infermieristico		
Farmacisti	UO Farmacia	
Personale Infermieristico e/o Tecnici di laboratorio medico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)	

¹ Poiché non esiste una specializzazione in epatologia, il clinico specialista delle malattie del fegato può, in Istituzioni diverse, essere uno specialista in Gastroenterologia, Medicina Interna o Malattie Infettive. Pertanto, all'atto della costituzione del GOM Epatocarcinoma si provvederà ad individuare l'Unità Operativa (o le Unità Operative) di riferimento per le patologie del fegato nella specifica Istituzione sede del GOM.

EPATOCARCINOMA

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio¹

L'epatocarcinoma mostra un rapporto di incidenza maschi/femmine di 2/1, con età mediana alla diagnosi superiore ai 65 anni. Oltre il 70% dei casi di tumori primitivi del fegato è riconducibile a fattori di rischio noti, in primis collegati alla prevalenza dell'infezione da virus dell'epatite B (HBV) e C (HCV) che disegna con notevole precisione anche le differenze territoriali di incidenza in ambito nazionale, con un gradiente Sud-Nord atipico rispetto alla maggior parte delle neoplasie, caratterizzate invece da un gradiente Nord/Sud. In ambito nazionale il ruolo delle infezioni virali si sta progressivamente riducendo, e continuerà a ridursi nei prossimi decenni, in conseguenza sia delle campagne di vaccinazione contro l'epatite B nei nati dal 1978 in poi, che per i trattamenti antivirali attivati sull'intero territorio nazionale contro l'HCV. Nelle aree del Nord Italia circa un terzo dei tumori del fegato è attribuibile all'abuso di bevande alcoliche. Negli ultimi anni è in progressivo aumento la percentuale di pazienti con epatocarcinoma senza infezione da virus epatotropi, che è passata dal 22% nel periodo 2000/2004 al 31% nel periodo 2010/2014. L'identificazione dell'infezione cronica da epatite C e B quale uno dei principali fattori di rischio per epatocarcinoma, fa della regione Campania, dove è nota una elevata prevalenza da infezione cronica da epatite C e B, un'area ad elevata incidenza di carcinoma epatocellulare. La distribuzione dei tassi di incidenza all'interno della regione Campania, in evidente correlazione con i fattori di rischio da virus sopra indicati, evidenzia tassi più alti nelle aree geografiche afferenti alle AA.SS.LL. Napoli 2 nord e Napoli 3 sud (aree a maggiore prevalenza di infezioni da virus C e B) rispetto alle altre aree regionali. Fattori di rischio con un trend inverso rispetto al rischio da virus, e quindi destinati ad assumere un ruolo determinante nei prossimi decenni nell'insorgenza dell'epatocarcinoma, sono rappresentati dall'obesità (specie se complicata da presenza di diabete), dalla steato-epatite non alcolica, anche in

¹ I numeri del cancro in Italia 2024 – AIOM -AIRTUM, *Intermedia Editore*

assenza di infezione virale, ed in generale dalle malattie su base dismetabolica. Ulteriori fattori di rischio sono rappresentati, specie in Asia orientale e nell’Africa sub sahariana, dalle aflatoossine assunte con l’alimentazione, specialmente in caso di co-infezione da HBV, dall’emocromatosi e dal deficit di α -1-antitripsina.

Incidenza

L’epatocarcinoma, nei maschi, insieme al tumore polmonare ed a quello vescicale, è uno dei tre tumori che presentano tassi di incidenza in Campania più alti rispetto all’Italia. La stima al 2022 dei nuovi casi di epatocarcinoma in Europa² è di un ASR di 19,5 per 100.000 nei maschi e 7,2 per 100.000 nelle donne con un numero di casi atteso di 62.124 (42.060 uomini e 20.064 donne). In Italia³ gli equivalenti dati stimati al 2025 indicano un ASR di 20,1 per 100.000 nei maschi e 7,1 per 100.000 donne con una stima dei casi attesi nel 2025 di 9.660 (6.730 uomini e 2.930 donne). La stima, invece, in Campania⁴ al 2025 indica un ASR di incidenza di 24,8 per 100.000 negli uomini e 10,0 per 100.000 nelle donne, con un numero di nuovi casi attesi di 1.053 (708 uomini e 345 donne).

Il trend temporale in Italia⁵, per il periodo 2008/2017 nei maschi + femmine, è in decremento con una APC (Annual Percent Change) di -8,8 statisticamente significativa. Anche in Campania⁴ si conferma questo trend in decremento in entrambi i generi con APC, nel periodo 2010/2019, rispettivamente di -3,5 nei maschi e di -3,9 nelle donne, entrambi statisticamente significative.

Mortalità

La stima al 2022 dei decessi per epatocarcinoma in Europa² è di un ASR di mortalità di 17,2 per 100.000 nei maschi e 6,3 per 100.000 nelle donne con un numero di decessi stimati di 54.165 (36.406 uomini e 17.759 donne). In Italia¹ per il 2022 sono stati stimati 9.000 decessi per eptocarcinomi (6.300 uomini e 3.300 donne). La stima in Campania⁴ al 2025 indica un ASR di mortalità di 20,0 per 100.000 negli uomini e 8,0 per 100.000 nelle donne.

L’andamento temporale dei tassi di mortalità in Italia⁵, per il periodo 2008/2017 nei maschi + femmine, evidenzia un decremento con una APC (Annual Percent Change) di -6,8 statisticamente significativa. Anche in Campania⁴, nel periodo 2010/2019 si osserva un trend di mortalità in marcato decremento sia per i maschi che per le femmine con APC rispettivamente di -4,6 e -5,0 entrambi statisticamente significative.

² JRC-ENCR: ECIS - European Cancer Information System (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

<https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

³ Estimates of cancer incidence to 2025 in Italy – Airtum – in press Cancer epidemiology 2025

⁴ Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

<http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/registro-regionale-tumori>

⁵ Progress and north-south disparity in cancer control in Italy: a joint analysis of incidence, mortality and survival time trends by geographical area – Airtum – in press Cancer epidemiology 2025

Sopravvivenza

Benchè in miglioramento significativo negli ultimi anni l'epatocarcinoma continua ad avere una prognosi severa; la sopravvivenza netta in Italia⁶ per epatocarcinoma a 5 anni dalla diagnosi è pari al 25,6% nei maschi e 24,96% nelle femmine.

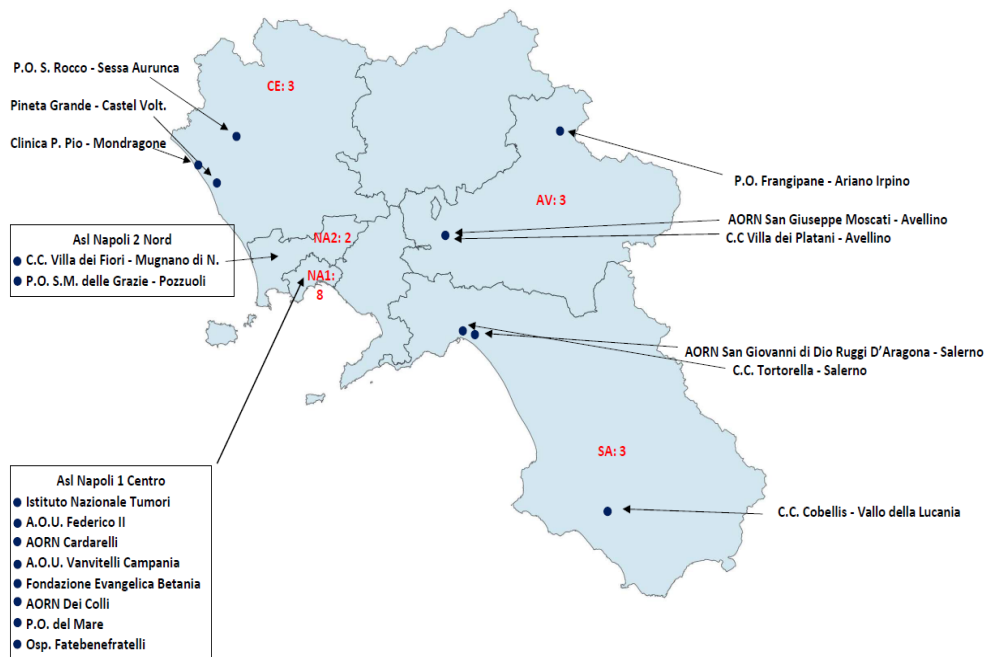
Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

I dati AGENAS 2024⁷ evidenziano che nell'anno 2023 sono stati trattati chirurgicamente per tumore del fegato 558 pazienti residenti in Campania; di questi 398 (71,3% della casistica) sono stati trattati in 32 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 160 (28,7% della casistica) sono stati trattati in strutture extraregionali distribuite su 13 diverse regioni. Tale mobilità passiva, ancorchè tutt'ora significativa, ha subito una riduzione di poco meno di 10 punti percentuali rispetto al periodo pre-COVID in cui era attestata, per il triennio 2017/2019, al 37,6%.

La Rete Oncologica Regionale tutt'ora riconosce 19 strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori del fegato⁸.

Si riporta di seguito la mappa regionale riferita alla distribuzione delle strutture abilitate alla chirurgia dei tumori epatici sul territorio regionale

RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore del Fegato – Trattamenti Chirurgici Strutture regionali abilitate ad entrare in rete in osservazione triennale 2022/2024: Nr 19



⁶ Cancer survival in Italian patients diagnosed between 2008 and 2017 - Airtum – in press - Cancer Epidemiology 2025

⁷ Ministero della Salute – Agenas - <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=23>

⁸ Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania DGRC 477 del 04/11/2021; DGRC 272 del 07/06/2022

La mappa è in fase di revisione in base alla valutazione annuale del Decreto n.477 del 4 novembre 2021 attuato con Delibera 272 del 7.6.2022. Gli aggiornamenti della mappa saranno pubblicati sul sito della Rete Oncologica Campana (<https://www.reteoncologicacampana.it/>)

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Sorveglianza del soggetto a rischio di Epatocarcinoma
- Percorso diagnostico per pazienti con sospetto di Epatocarcinoma
- Percorso stadiativo/terapeutico per pazienti con Epatocarcinoma accertato
- Follow-up per pazienti con pregresso Epatocarcinoma

SORVEGLIANZA ATTIVA DEL SOGGETTO A RISCHIO DI EPATOCARCINOMA

La **sorveglianza attiva** dei soggetti a rischio di epatocarcinoma rappresenta uno degli strumenti più efficaci per garantire una diagnosi precoce e l'accesso a terapie potenzialmente curative. La sorveglianza per epatocarcinoma è giustificata nelle categorie in cui l'incidenza di neoplasia risulta superiore all'1,5%/anno.

I pazienti a rischio di epatocarcinoma che devono essere sottoposti a sorveglianza sono indicati nella Tabella 2.

Tabella 2. Pazienti a rischio di epatocarcinoma da sottoporre a sorveglianza

Categorie di Pazienti a Rischio di Epatocarcinoma da Sottoporre a Sorveglianza
Pazienti cirrotici in stadio Child-Pugh A e B o con fibrosi avanzata (\geq F3)
Pazienti cirrotici in stadio Child-Pugh C in attesa di trapianto
Pazienti con epatite cronica HBV, anche dopo negativizzazione della viremia con terapia antivirale
Pazienti con epatite cronica HCV e fibrosi avanzata (\geq F3) anche con risposta virologica sostenuta
Pazienti con steatosi epatica associata a disfunzione metabolica (MASLD) e fibrosi avanzata (\geq F3)

Il programma di sorveglianza prevede l'esecuzione di:

- **Ecografia addominale ogni 6 mesi**, come esame di primo livello
- **Dosaggio dell'alfa-fetoproteina (AFP)**, da considerare come complemento in casi selezionati

Per i noduli <10 mm rilevati all'imaging, si raccomanda **sorveglianza intensiva** con controllo ecografico ogni 3 mesi e l'esecuzione di imaging diagnostico con mezzo di contrasto solo in caso di aumento dimensionale con raggiungimento o superamento di 10 mm.

Le lesioni < 10 mm che rimangono stabili ai controlli ecografici trimestrali dopo 12 mesi dovrebbero ritornare alla normale sorveglianza semestrale.

Per lesioni ≥ 10 mm, si attiva il percorso diagnostico secondo criteri radiologici e clinici codificati (Figura 1).

La sorveglianza deve essere **effettuata da operatori esperti**, idealmente in centri con esperienza epatologica, per aumentare la sensibilità diagnostica dell'ecografia. Nei casi con imaging inconclusivo, si raccomanda l'invio a **centri di riferimento regionali** per l'approfondimento mediante TC o RM con mezzo di contrasto epatobiliare, e per eventuale **discussione multidisciplinare (GOM)**.

È fondamentale identificare i **criteri di esclusione** dalla sorveglianza (es. cirrosi in stadio terminale, aspettativa di vita limitata per comorbidità maggiori), per evitare trattamenti inappropriati e ottimizzare le risorse sanitarie.

Infine, si raccomanda l'implementazione di **sistemi informatici di richiamo e registrazione**, per garantire l'aderenza dei pazienti e il monitoraggio dei tassi di sorveglianza nella popolazione target.

Politica di Richiamo in caso di Nodulo Sospetto

Pertanto, in caso di riscontro di un nodulo di diametro ≥ 10 mm, il paziente va sottoposto a TC o a RM con mezzo di contrasto e il nodulo andrebbe classificato secondo i criteri LI-RADS. In ogni caso il comportamento contrastografico tipico (wash-in globale arterioso e wash-out venoso/tardivo) consente di porre la diagnosi di Epatocarcinoma ed il paziente sarà inviato al Case Manager designato dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) responsabile della presa in carico, presso un Centro Oncologico Regionale Polispecialistico (CORP) o Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico Universitario o a carattere Scientifico (CORPUS)] per la gestione del caso (Figura 1).

Qualora le tecniche di imaging – utilizzando la strategia sequenziale - non siano conclusive, il paziente deve essere sottoposto a biopsia epatica. Se l'esame istologico conferma la diagnosi di Epatocarcinoma il paziente verrà inviato al GOM di riferimento. In caso di negatività dell'esame istologico, la biopsia può essere ripetuta oppure va programmato un controllo a tre mesi con la metodica di imaging che ha evidenziato il nodulo (Figura 1).

L'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS) può essere utilizzata per la diagnosi di Epatocarcinoma per noduli > 10 mm, ma deve comunque essere associata ad una metodica di imaging maggiore (TC o RM con mezzo di contrasto) per la stadiazione della neoplasia.

Nel caso di riscontro ecografico di un nodulo < 10 mm si consiglia l'intensificazione della sorveglianza come summenzionata.

Diagnosi e Stadiazione

L'approccio diagnostico dell'epatocarcinoma (HCC) deve fondarsi su criteri **radiologici e laboratoristici consolidati**, in linea con le più recenti linee guida internazionali (EASL, LI-RADS). È fondamentale che la diagnosi sia **precoce e accurata**, in modo da indirizzare tempestivamente i pazienti verso trattamenti curativi o palliativi.

Diagnosi radiologica

- Nei pazienti con **cirrosi epatica o altro rischio noto**, la diagnosi di HCC può essere posta **senza biopsia** se l'imaging (TC o RM con mezzo di contrasto dinamico) mostra un pattern tipico: **wash-in arterioso e wash-out portale o tardivo**.
- L'utilizzo di **mezzi di contrasto epatobiliari (es. Gd-EOB-DTPA)** migliora la sensibilità diagnostica nei noduli <2 cm e può essere impiegato in centri esperti.
- Si raccomanda l'uso della classificazione **LI-RADS** per uniformare la refertazione radiologica, con particolare attenzione ai casi LI-RADS 4 e 5.

Indicazioni alla biopsia

- In caso di imaging inconclusivo o discordante, è indicata la **biopsia epatica** su nodulo.
- La biopsia deve essere **eseguita in centri ad alta esperienza**, in sicurezza, con finalità diagnostica e, in casi selezionati, anche per **profilazione molecolare**.

Ruolo del GOM nella diagnosi

- I casi con noduli indeterminati, pattern atipico o imaging non conclusivo devono essere discussi in sede di **Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM)**.
- Il GOM può decidere ulteriori approfondimenti diagnostici, una biopsia o l'avvio del follow-up ravvicinato.

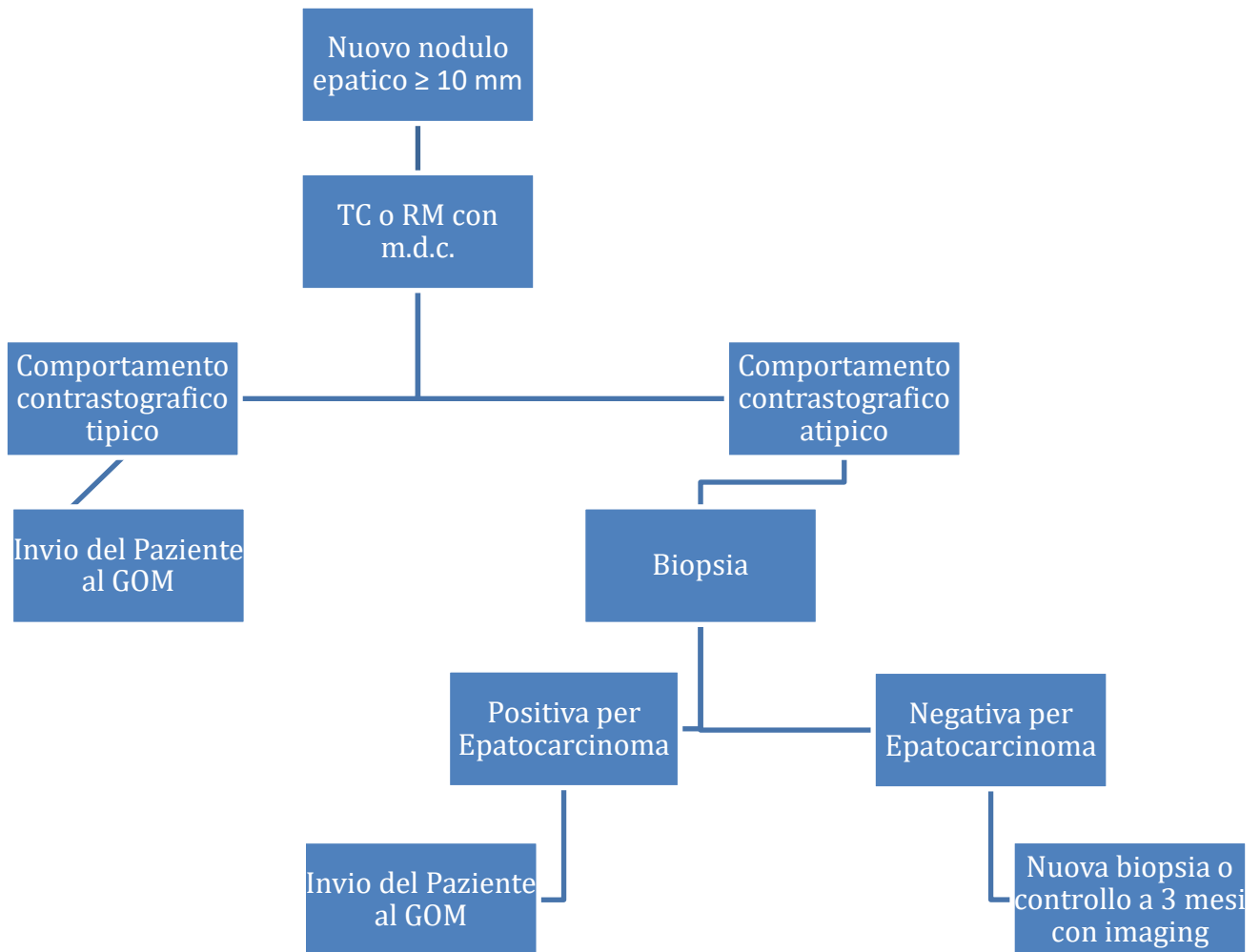
Stadiazione

- La stadiazione deve tenere conto di:
 - Performance status (PS)
 - Stato della funzione epatica (Child-Pugh)
 - Numero e dimensioni delle lesioni
 - Invasione vascolare o extraepatica

Valutazioni complementari

- È utile effettuare:
 - Dosaggio dell'**AFP**
 - Esami di laboratorio (emocromo, funzionalità epatica, renale e coagulativa)
 - Esame cardiologico in vista di trattamenti potenzialmente epatotossici o sistemici
 - Valutazione dell'ipertensione portale

Fig.1 Percorso della sorveglianza dei pazienti a rischio di EPATOCARCINOMA appartenenti alle categorie a rischio indicate nella Tabella 2. I pazienti che non rientrano in queste categorie devono essere sottoposti a biopsia.



PERCORSO DIAGNOSTICO PER PAZIENTI CON SOSPETTO EPATOCARCINOMA

Donne e uomini di almeno 18 anni, con noduli epatici sospetti per epatocarcinoma evidenziati **al di fuori di un programma di sorveglianza** potranno afferire autonomamente od opportunamente indirizzati dal proprio medico di Medicina Generale (MMG) o altro medico specialista di riferimento al GOM Epatocarcinoma. Il percorso diagnostico è quello riportato in Figura 1 nel caso di soggetti che rientrano nelle categorie a rischio elencate nella Tabella 2. In coloro che non rientrano nelle suddette categorie, la diagnosi di epatocarcinoma non può essere radiologica ma solo istologica attraverso la biopsia epatica.

La biopsia epatica dovrebbe essere eseguita con un ago di calibro 18 o 19G di tipo Menghini modificati o in casi particolari con aghi trancianti automatici. L'impiego di aghi di calibro inferiore (20-21G), pur associato a un minor rischio di complicanze, ha una resa diagnostica inferiore. Nei casi più dubbi alle tecniche di immagine, oltre al campionamento del nodulo si raccomanda anche una biopsia del parenchima epatico esterno al nodulo.

PERCORSO STADIATIVO/PROGNOSTICO DEI PAZIENTI CON EPATOCARCINOMA ACCERTATO

I pazienti con diagnosi di epatocarcinoma dovranno afferire autonomamente od opportunamente indirizzati dal proprio MMG o altro medico specialista di riferimento presso un CORP o CORPUS per la stadiazione e la terapia da parte del GOM specifico per l'epatocarcinoma. Compito del GOM sarà quello di definire il percorso stadiativo e terapeutico-assistenziale nelle varie fasi di malattia e di coordinare le diverse figure professionali che si faranno carico del paziente affetto da epatocarcinoma per i propri ambiti di competenza specialistica. In particolare il GOM consentirà la pianificazione del trattamento ottimale per ciascun paziente mediante:

- Un'accurata stadiazione del tumore.
- L'accesso al trattamento più appropriato per lo stadio dell'epatocarcinoma.

La presa in carico del paziente da parte del *core-team* del GOM (oncologo medico, epatologo, chirurgo) avverrà entro 7 giorni dalla prenotazione mediante l'infermiere Case Manager. Quest'ultimo si occuperà anche della prenotazione degli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione (Figura 2), conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico sulla base dello stadio della neoplasia. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della presa in carico del paziente. Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici almeno una volta a settimana. Nel caso di diagnosi accertata di epatocarcinoma il paziente sarà

sottoposto ad anamnesi, esame obiettivo, esami ematochimici di routine, dosaggio dell'AFP e alla TAC torace-addome-pelvi con mezzo di contrasto. Nel caso non sia stata eseguita nell'anno precedente occorrerà effettuare anche una esofagogastroduodenoscopia per la valutazione del rischio emorragico associato all'ipertensione portale (varici esofagee, gastropatia ipertensiva, ecc.). Si raccomanda che il paziente candidato a un trattamento potenzialmente curativo (chirurgia resettiva, trapianto o terapia ablativa percutanea) sia sottoposto a una RMN epatica con m.d.c. epatospecifico per una precisa stadiazione epatica della neoplasia.

La ^{18}F -FDG PET/TC **NON** deve essere utilizzata per la diagnosi o la stadiazione dell'epatocarcinoma. Dati preliminari suggeriscono che la ^{18}F -colina PET/TC abbia una maggiore sensibilità e in alcuni casi possa modificare lo stadio di malattia alla diagnosi. Il suo ruolo nella gestione dell'HCC è tuttora oggetto di valutazione.

Le procedure stadiative dovranno essere completate entro 2 settimane dalla diagnosi di certezza radiologica o istologica e, qualora una diagnosi di certezza non fosse disponibile al momento della prima visita, entro 4 settimane dalla presa in carico del paziente.

Prima di qualsiasi trattamento si deve procedere alla valutazione prognostica del paziente. Il sistema di stadiazione TNM utilizzato per la maggior parte dei tumori solidi nel caso dell'epatocarcinoma non consente una efficace valutazione prognostica in quanto non tiene conto della ridotta funzione epatica presente nella maggior parte dei pazienti. Pertanto, nel caso di epatocarcinoma insorto su cirrosi epatica bisogna utilizzare un sistema prognostico che tiene conto sia dell'estensione della neoplasia sia della riserva funzionale epatica, che può essere valutata con la classificazione di Child-Pugh (Tabella 3) e MELD (<http://www.livercancer.eu/calculators.html>) e che deve essere strettamente monitorata dall'epatologo.

I sistemi prognostici CLIP (Tabella 4) e BCLC (Figura 3) sono i più utilizzati. Il sistema BCLC fornisce anche una indicazione terapeutica per ciascuno stadio. Tuttavia, si tratta di indicazioni spesso controverse e non vincolanti, che si discostano spesso dalla pratica clinica, da altre linee guida internazionali e in alcuni casi anche in conflitto con evidenze di numerosi studi anche italiani.

Il GOM dovrà valutare l'opportunità di un counseling psicologico e la necessità di un supporto nutrizionale.

La Tabella 5 indica quali esami di stadiazione dell'epatocarcinoma sono appropriati.

Tabella 3. Classificazione di Child-Pugh

Parametro	1 Punto	2 Punti	3 Punti
Bilirubina Totale (mg/dl)	< 2	2-3	> 3
Albumina sierica (g/dl)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
INR	< 1,7	1,71-2,30	> 2,30
Ascite	Assente	Lieve	Da moderata a grave
Encefalopatia epatica	Assente	Grado I-II (trattabile)	Grado III-IV (refrattaria)

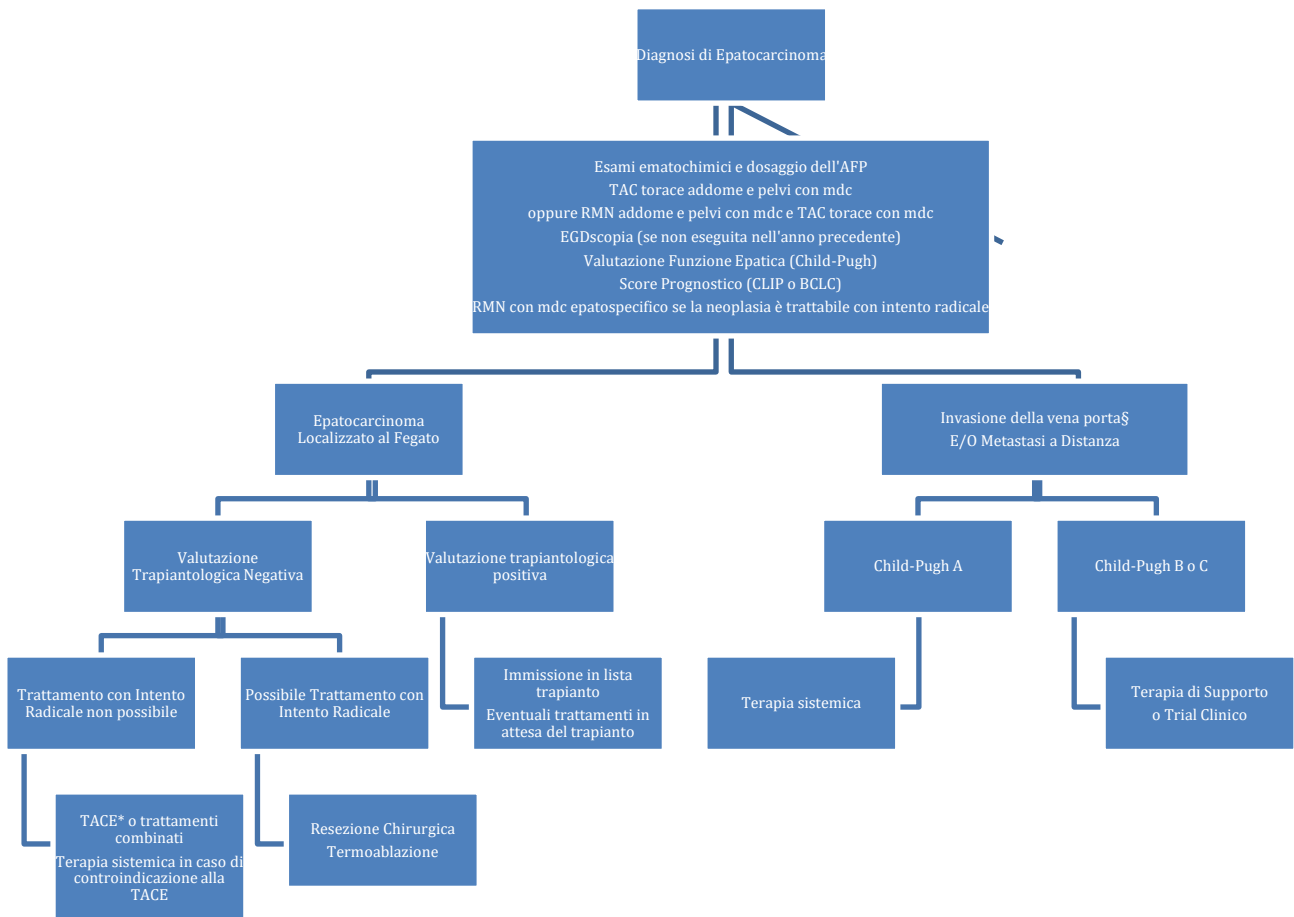
Punteggio complessivo	Classe
5-6	A
7-9	B
10-15	C

Tabella 4. CLIP score

Parametro	0 Punti	1 Punto	2 Punti
Classe di Child-Pugh	A	B	C
Morfologia del tumore	Uninodulare ed estensione <= 50%	Multinodulare ed estensione <= 50%	Massiva O estensione > 50%
AFP (ng/dl)	< 400	>= 400	
Trombosi della vena porta	Assente	Presente	

Punteggio complessivo	Sopravvivenza mediana (mesi)
0	42,5
1	32,0
2	16,5
3	4,5
4	2,5
5-6	1

Figura 2. Percorso stadiativo/prognostico e terapeutico per pazienti con epatocarcinoma.



§ Casi selezionati di epatocarcinoma con invasione della vena porta di 1 e 2 grado possono essere considerati per la resezione chirurgica dopo discussione multidisciplinare (vedi paragrafo Pazienti con Epatocarcinoma Singolo).

*TACE: Chemoembolizzazione

Figura 3. BCLC

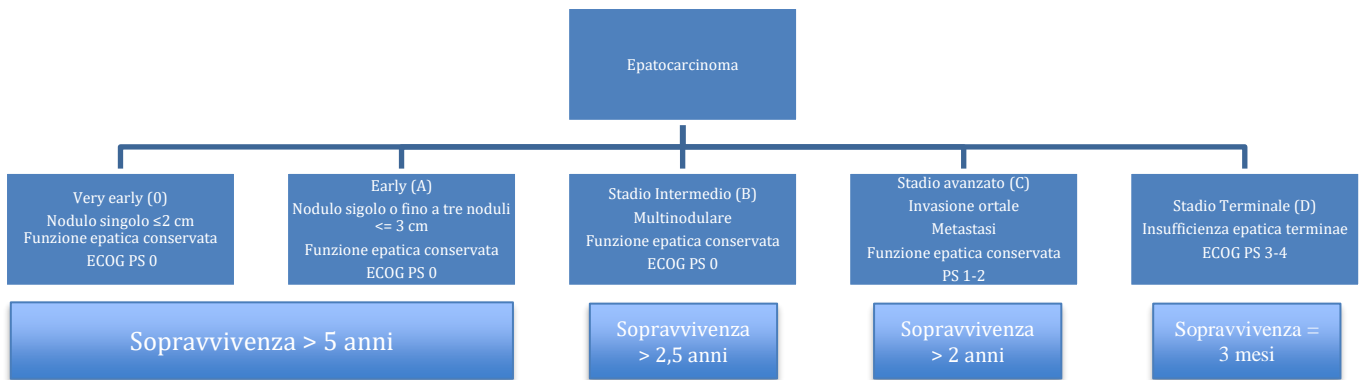


Tabella 5. Esami di stadiazione per l'epatocarcinoma

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
TAC torace, addome e pelvi con e senza mdc	Appropriata
TAC cranio o RM encefalo con m.d.c.	Appropriata in casi selezionati
RM del fegato con mdc epatospecifico	Appropriata in casi selezionati
Scintigrafia ossea	Appropriata in casi selezionati
¹⁸ F-FDG PET total-body	Non appropriata

PERCORSO TERAPEUTICO

In base alla stadiazione e alla prognosi, verrà definito dal GOM il piano di trattamento per il singolo paziente.

La resezione epatica rappresenta il trattamento di scelta per i pazienti con epatocarcinoma su fegato non cirrotico. Qualora la resezione epatica non sia possibile si seguiranno le indicazioni per il trattamento dell'epatocarcinoma su fegato cirrotico.

Indicazioni e percorso per il trapianto di fegato nei pazienti con HCC

Il trapianto di fegato rappresenta una terapia potenzialmente curativa per pazienti con epatocarcinoma (HCC) in stadio iniziale e con epatopatia scompensata, ed è raccomandato nei pazienti con malattia entro criteri ben definiti, oppure nei quali si è ottenuto un downstaging. La presenza di un chirurgo o di un clinico coinvolti nei trapianti di fegato è fondamentale nell'ambito del gom.

Trattamenti bridge

- Nei pazienti in lista d'attesa per trapianto, allo scopo di contenere la progressione tumorale in attesa dell'organo e mantenere il paziente trapiantabile, è possibile l'impiego di terapie bridge come:
 - TACE
 - Ablazione percutanea
 - Resezione chirurgica (in centri selezionati)
 - TARE (Transarterial Radioembolization)

Downstaging

- E' necessario precisare che NON è raccomandato ricorrere a trattamenti non indicati per lo stadio dell'epatocarcinoma al solo scopo di ottenere un downstaging della neoplasia ai fini di un trattamento locoregionale o del trapianto, in quanto i dati disponibili non indicano che questa strategia migliori l'outcome della popolazione di pazienti ai quali viene applicata. In particolare, la TARE non trova indicazione nel contesto del downstaging ai fini del trapianto di fegato, in quanto non sono disponibili evidenze sufficienti a supportarne l'efficacia in questo setting.

Con questa premessa, tutti i pazienti sottoposti a trattamenti/terapie indicati per il loro stadio dell'epatocarcinoma che ottengono una risposta obiettiva DEVONO essere rivalutati in ambito GOM al fine di considerare un diverso trattamento, compreso il trapianto di fegato.

Timing del referral

- Il paziente con HCC ritenuto potenzialmente trapiantabile deve essere preso in carico precocemente dal centro trapianti, idealmente entro 30 giorni dalla diagnosi.
- La valutazione multidisciplinare (incluso il trapiantologo) è cruciale per stabilire la strategia pre-lista e la priorità.

Rete trapiantologica e continuità assistenziale

- Si raccomanda di stabilire connessioni strutturate tra i GOM e il Centro Trapianti.
- È essenziale definire ruoli, flussi, tempi e responsabilità lungo tutto il percorso pre-, peri- e post-trapianto, in raccordo con la rete epatologica e oncologica regionale.

Il trapianto di fegato è il trattamento ideale per i pazienti con epatocarcinoma su cirrosi in quanto esso cura sia il tumore sia la cirrosi. Secondo il concetto di “gerarchia terapeutica” il trapianto di fegato rappresenta la terapia che offre il maggior “transplant benefit” dallo stadio 0 fino allo stadio B2 e per lo stadio D secondo la classificazione BCLC (Figura 3). Tuttavia, la scarsità dei donatori e controindicazioni specifiche (età avanzata, comorbilità) limitano la sua applicazione.

L’invasione vascolare neoplastica o le metastasi sono controindicazioni assolute al trapianto.

Si raccomanda che per i pazienti in età trapiantologica che rientrano nelle categorie sopra indicate la strategia terapeutica sia precocemente condivisa con il Centro Trapianti.

Pazienti con epatocarcinoma singolo (Figura 4)

Tutti i pazienti con epatocarcinoma singolo e funzionalità epatica conservata dovrebbero essere considerati per un trattamento curativo (trapianto di fegato, resezione chirurgica o ablazione).

Per l’epatocarcinoma ≤ 2 cm la termoablazione percutanea va considerata il trattamento di prima linea. Se il nodulo non è identificabile ecograficamente possono essere usate tecniche di fusione di Imaging TC/Eco che facilitano la identificazione della lesione da avvicinare per via percutanea; in alternativa e in caso di controindicazioni legate alla sede, l’ablazione in laparoscopia o la resezione sono i trattamenti di scelta.

Inoltre, la presenza di un nodulo esofitico, in stretto rapporto con visceri, ilo epatico, parete addominale o a ridosso della colecisti, nonché la presenza eventuale di fluido ascitico rappresentano una controindicazione al trattamento percutaneo. In tal caso dovrà essere valutato l’approccio mininvasivo e, nel caso di una prossimità all’ilo epatico e alle vie biliari (confluenza di primo e secondo livello) occorre valutare le possibilità di praticare l’elettroporazione..

Per l’epatocarcinoma di 2,1-3 cm la scelta tra chirurgia e termoablazione andrà fatta caso per caso nell’ambito del GOM, tenendo presente che la resezione offre maggiori prospettive di radicalità.

Per gli epatocarcinomi > 3 cm la resezione epatica è il trattamento di prima scelta. In caso di controindicazioni alla chirurgia, nell’ambito del GOM si potranno prendere in considerazione trattamenti alternativi, da selezionare in base alla sede e alle dimensioni della neoplasia.

Il risultato dei trattamenti ablativi va valutato con imaging con m.d.c. (TC o RMN) dopo circa 30 giorni dal trattamento. E’ possibile un secondo approccio ablativo percutaneo in caso di necrosi parziale o piccoli residui attivi dopo la prima procedura, anche considerando tecniche intravascolari come TACE), previa discussione in ambito GOM.

I pazienti con epatocarcinoma singolo, in classe Child-Pugh A, bilirubina < 2 mg/dl e senza ipertensione portale clinicamente significativa sono candidati ideali alla resezione epatica. Tuttavia,

la presenza di caratteristiche al di fuori di questi criteri non rappresenta una controindicazione assoluta alla chirurgia resettiva, la cui valutazione dovrà tenere conto del rapporto rischio (scompenso epatico e morte) /beneficio (massima radicalità) e delle alternative terapeutiche. In generale, l'indicazione alla resezione epatica dei pazienti cirrotici con EPATOCARCINOMA deve basarsi su una valutazione globale del paziente che includa Performance Status, comorbidità, funzionalità epatica, numero e sede delle lesioni ed estensione della resezione prevista per una radicalità chirurgica. Per la sua notevole complessità, questa valutazione multidisciplinare deve essere effettuata all'interno del GOM.

La resezione epatica anatomica (segmentectomia, subsegmentectomia, bisegmentectomia) è da preferire quando possibile.

L'approccio mininvasivo (laparoscopico o robotico) si associa a un minor rischio di scompenso epatico postoperatorio. L'approccio mininvasivo alla resezione di epatocarcinomi < 5 cm di diametro a carico dei segmenti 2-6 è un'alternativa sicura al tradizionale approccio laparotomico. In centri dedicati alla chirurgia epatica vengono riportati risultati sicuri ed efficaci anche per epatocarcinomi di diametro superiore e localizzati in segmenti epatici posteriori (4a-7-8). Infine, l'approccio mininvasivo consente la resezione anche di pazienti selezionati con cirrosi epatica Child-Pugh B. In tal caso, se presente ipertensione portale, è utile valutare i gradienti pressori per indirizzarsi sulla percentuale di decurtazione del parenchima e del residuo epatico.

Il paziente potenzialmente resecabile dovrebbe essere sottoposto a uno dei test che ne affinano la valutazione (es.: punteggio MELD, calcolo volume residuo dopo resezione, test di ritenzione del verde indocianina, scintigrafia epatobiliare) che verrà scelto dal centro di chirurgia epatica in base alle disponibilità e all'esperienza acquisita.

L'invasione vascolare del tronco portale e della biforcazione portale è una controindicazione alla chirurgia epatica. La chirurgia dell'epatocarcinoma con invasione vascolare confinata ai rami portali segmentali, settoriali o subsegmentari o alle radici delle vene sovraepatiche (senza estensione alla vena cava inferiore) è raccomandata dalle linee guida multisocietarie italiane, se è prevedibile un risultato radicale. La raccomandazione si basa su un vantaggio di sopravvivenza conferito dalla chirurgia rispetto alla terapia sistemica. Tuttavia, occorre tenere presente che la raccomandazione si basa solo su studi osservazionali e sul confronto indiretto con il sorafenib, che oggi non rappresenta più lo standard per la terapia di prima linea, essendo stato soppiantato da terapie sistemiche maggiormente attive ed efficaci.

In caso di non radicalità dei trattamenti chirurgico o locoregionale, la strategia terapeutica andrà riconsiderata nell'ambito del GOM e il paziente andrà riallocato alla migliore terapia possibile, compresa la terapia sistemica e le tecniche locoregionali associate.

Nei pazienti con cirrosi compensata e HCC tecnicamente candidabili (per dimensione e numero delle lesioni) a trattamento chirurgico, ma da essi esclusi per altre controindicazioni, e non tecnicamente candidabili alla terapia ablativa, le linee guida multisocietarie italiane raccomandano la radioterapia stereotassica. Il volume totale epatico irradiato con una dose ≥ 30 Gy deve essere $\leq 60\%$.^[1] Occorre tenere tuttavia presente che sono pochi i centri sul territorio nazionale che hanno l'esperienza necessaria ad effettuare questo tipo di trattamento e che è richiesto il posizionamento di fiducials per eseguire un corretto centraggio radioterapico.

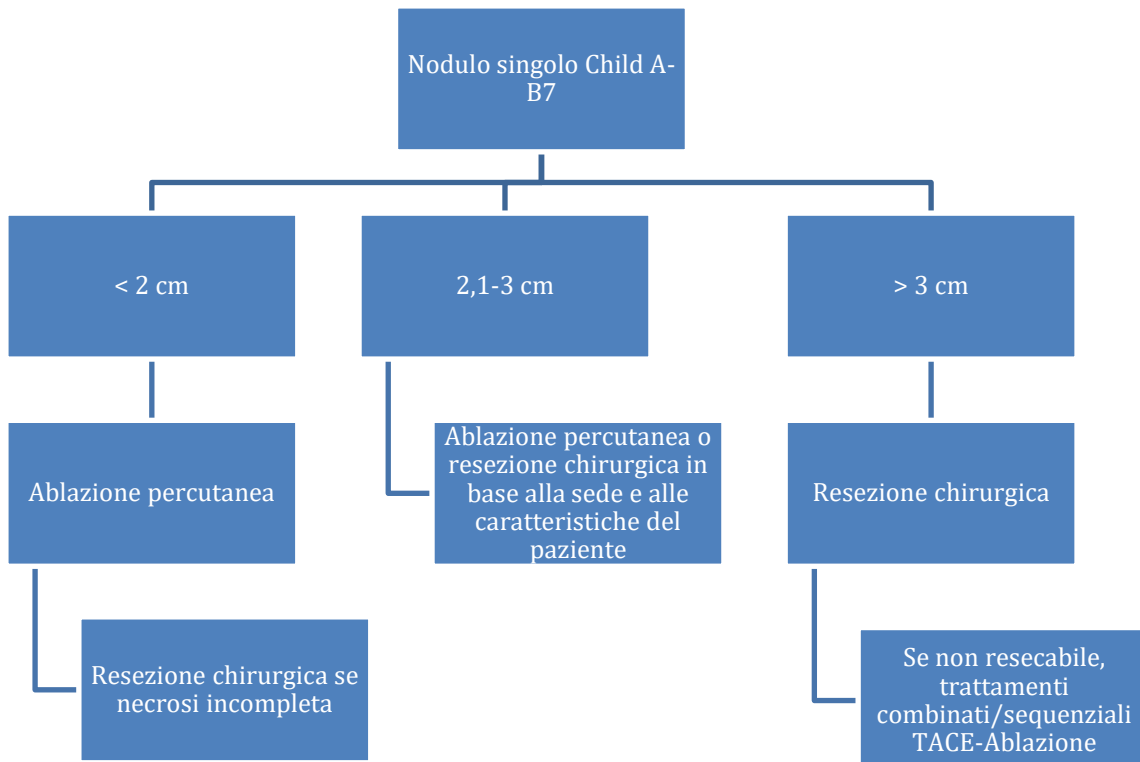
Epatocarcinoma oligonodulare

Per convenzione si intende la presenza fino a 3 noduli. La fattibilità dell'intervento è condizionata dalla estensione della resezione e del volume epatico residuo.

Terapia adiuvante

La terapia adiuvante, locoregionale transarteriosa o sistemica, **NON** è raccomandata dopo trattamento apparentemente radicale dell'epatocarcinoma.

Figura 4. Trattamento dell'epatocarcinoma singolo nel paziente non trapiantabile.



Trattamento dell'epatocarcinoma localizzato al fegato senza possibilità di radicalità. (Figura 5)

Trattamenti locoregionali: indicazioni e gestione personalizzata

Il trattamento locoregionale dell'epatocarcinoma (HCC) rappresenta una componente centrale nella gestione dei pazienti con malattia in stadio iniziale o intermedio secondo la classificazione BCLC. Le decisioni terapeutiche devono essere **personalizzate** e definite nell'ambito del **GOM**, in base a caratteristiche tumorali, funzionalità epatica e condizioni generali del paziente.

Resezione epatica

- Indicata nei pazienti con singola lesione, funzione epatica conservata (Child-Pugh A), assenza di ipertensione portale clinicamente significativa ed ECOG 0. La resezione può essere proposta anche in caso di tumori multipli selezionati, in centri ad alta specializzazione. Si raccomanda l'approccio mininvasivo in quanto si associa a una minore incidenza di scompenso post-operatorio nel paziente cirrotico.
- È consigliabile una valutazione preoperatoria con volumetria epatica e studio della riserva funzionale (es. ICG test, scores dinamici).

Ablazione percutanea

- Tecniche ablativie (radiofrequenza o microonde) sono indicate nei pazienti con ≤ 3 lesioni di diametro ≤ 3 cm, in sedi accessibili.
- Nei pazienti non candidabili alla resezione, l'ablazione rappresenta un'opzione potenzialmente curativa.
- Il trattamento deve essere eseguito in strutture dotate di imaging dedicato e personale esperto.

TACE (chemoembolizzazione transarteriosa)

- Indicata nei pazienti in stadio BCLC B (intermedio), con funzione epatica mantenuta e assenza di trombosi portale. Il candidato ideale è il paziente in classe A di Child-Pugh e con PS = 0, ma è possibile eseguire questi trattamenti anche in pazienti in classe B7 di Child-Pugh e PS = 1. Le controindicazioni ai trattamenti intrarteriosi sono riportate nella Tabella 6.
- La strategia deve essere "on-demand" e personalizzata sulla risposta alla prima sessione.
- Dopo 2 cicli senza risposta radiologica o con tossicità epatica clinicamente significativa, è raccomandata la rivalutazione in GOM per eventuale **switch a terapia sistemica**.
- I trattamenti intrarteriosi dovrebbero essere sempre eseguiti con tecnica selettiva o superselettiva.

TARE (Transarterial Radioembolization)

Secondo le Linee Guida Intersocietarie AISF-AIOM 2023, la TARE non ha dimostrato superiorità rispetto alla chemioembolizzazione transarteriosa (TACE) in termini di sopravvivenza globale nei pazienti con epatocarcinoma. Per questo motivo, non rappresenta una terapia di prima linea in alternativa alla TACE.

La TARE trova indicazione in pazienti selezionati con buona funzionalità epatica (Child-Pugh A), performance status conservato (ECOG 0-1), e:

- controindicazione clinica o anatomica alla TACE;
- fallimento o mancata risposta alla TACE;
- presenza di estensione tumorale segmentaria o lobare, con anatomia vascolare favorevole;
- assenza di invasione portale estesa o di metastasi extraepatiche.
- L'indicazione al trattamento con TARE viene discussa in ambito multidisciplinare all'interno del GOM HCC, tenendo conto di fattori tecnici, clinici e prognostici.

Radioterapia stereotassica e altre tecnologie

- La radioterapia ablativa può essere considerata nei pazienti non eleggibili ad ablazione o TACE, in particolare per lesioni in sedi critiche.
- Richiede disponibilità di tecnologie avanzate e collaborazione interdisciplinare (radioterapista, epatologo, radiologo).

Valutazione della risposta

- È essenziale utilizzare i criteri **mRECIST** per valutare l'efficacia dei trattamenti locoregionali, integrando imaging multiparametrico e marcatori sierici (es. AFP). La risposta alla TACE, per esempio, deve essere valutata con TC o RM con mdc a circa un mese dal trattamento con i criteri mRECIST per ogni lesione trattata. Dopo TACE convenzionale andrebbe preferita la RM per la valutazione degli esiti a causa degli artefatti generati dal lipiodol. Il trattamento con TACE si considera fallito se la lesione trattata non mostra una risposta oggettiva, secondo i criteri mRECIST, dopo due trattamenti o una risposta completa dopo tre trattamenti. Anche la comparsa di invasione vascolare neoplastica o di metastasi indicano il fallimento della TACE.
- Le risposte parziali/stabili devono essere rivalutate per prosecuzione, mentre le non risposte devono orientare a cambio di strategia.

Tabella 6. Controindicazioni alla TACE

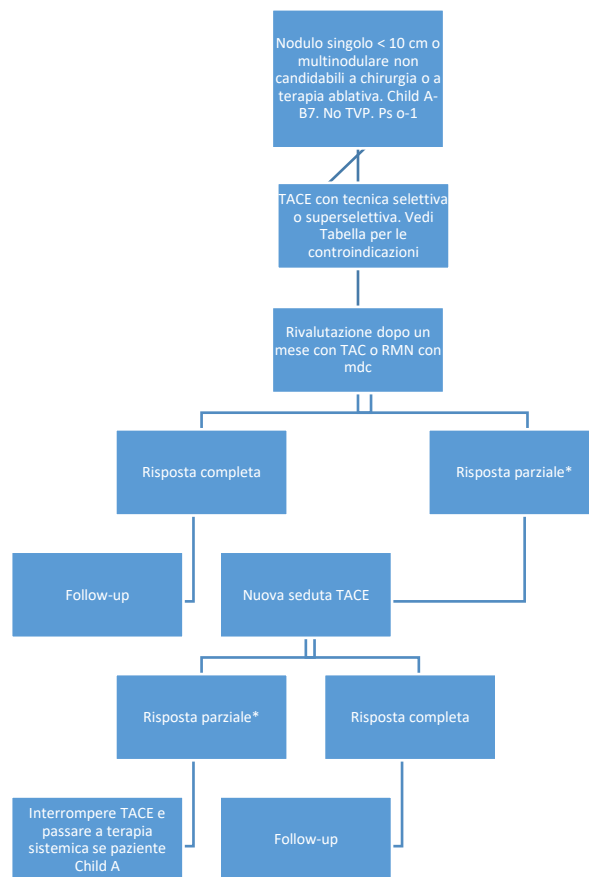
ASSOLUTE	RELATIVE
Cirrosi epatica in classe Child-Pugh B \geq 8 con <ul style="list-style-type: none"> - Ascite clinicamente evidente o che non regredisce con terapia medica - Bilirubina > 3 mg/dl - PS > 1 - Encefalopatia clinicamente manifesta - Sindrome epatorenale o creatinina > 2 mg/dl o clearance della creatinina < 30 ml/min - Coinvolgimento neoplastico del fegato > 50% - Trombosi portale 	Dimensioni > 10 cm Varici esofagee ad alto rischio di sanguinamento non in trattamento profilattico Gravi comorbidità

Trattamento combinato locoregionale (ablazione + TACE)

E' considerata "terapia di combinazione" solo la strategia terapeutica che prevede sin dall'inizio l'applicazione delle due procedure (entro le 72 ore) come un'unica e complessiva strategia di cura. Sebbene la terapia di combinazione ablazione+TACE sia oggi utilizzata in pratica clinica in situazioni particolari, sulla base degli unici due studi utilizzabili le linee guida multisocietarie italiane non raccomandano il trattamento combinato di ablazione+TACE rispetto alla sola ablazione per singoli HCC di dimensioni comprese tra 3,1 e 5 cm, non resecabili.

La combinazione ablazione+TACE può essere considerata in casi selezionati dopo discussione multidisciplinare.

Figura 5. Trattamento dell'epatocarcinoma localizzato al fegato non trattabile con intento radicale



* Valutare l'opzione trapianto in caso di significativo downstaging dopo TACE

Terapia dell'epatocarcinoma in stadio avanzato

Terapia Sistemica: gestione clinica e multidisciplinare

La terapia sistemica rappresenta una delle principali strategie di trattamento per i pazienti con epatocarcinoma (HCC) in stadio avanzato (BCLC C) o in stadio intermedio (BCLC B) non candidabili o refrattari a trattamenti locoregionali.

Criteri di eleggibilità alla terapia sistemica

- Funzione epatica conservata (Child-Pugh A)
- Performance status ECOG 0–1
- Assenza di sanguinamenti gastrointestinali recenti
- Assenza di infezioni attive non controllate o condizioni di rischio immunologico elevato

T Trattamenti attualmente approvati e rimborsati

- Prima linea:
 - Atezolizumab + Bevacizumab
 - Durvalumab + Tremelimumab
 - Sorafenib
 - Lenvatinib
- Seconda linea (dopo progressione o intolleranza):
 - Regorafenib (pazienti precedentemente tolleranti a sorafenib)
 - Cabozantinib

La scelta della prima linea si basa su:

- Profilo clinico e funzionale del paziente
- Controindicazioni all'immunoterapia o anti-VEGF
- Esperienza del centro e valutazione multidisciplinare

Monitoraggio clinico durante terapia sistemica

- Visite di follow-up ogni 3–4 settimane per:
 - Esame obiettivo
 - Esami ematochimici: funzionalità epatica, renale, emocromo, INR, AFP
 - Valutazione delle tossicità e del PS
- Imaging (TC o RM) ogni 8–12 settimane per valutare la risposta secondo mRECIST

Gestione degli eventi avversi

- Le principali tossicità da inibitori tirosin-chinasici (TKI) includono ipertensione, sindrome mano-piede, diarrea, perdita di peso.
- Gli eventi avversi da immunoterapia possono includere epatiti autoimmuni, coliti, endocrinopatie: richiedono identificazione precoce e, se necessario, sospensione o immunosoppressione (es. cortisonici).
- Il trattamento deve essere temporaneamente sospeso in caso di:
 - Ascite refrattaria
 - Encefalopatia
 - Peggioramento significativo della bilirubina o albumina

In questi casi si raccomanda una rivalutazione epatologica e multidisciplinare, con possibilità di ripresa terapeutica una volta risolta la tossicità.

Trattamenti concomitanti e supporto clinico

- Trattamento antivirale per HBV (analoghi attivi) se HBV-DNA > 500 UI/ml
- Valutazione per trattamento HCV, in particolare in pazienti in lista trapianto
- Gestione della MASLD: dieta, attività fisica, controllo glicemico
- Impiego di beta-bloccanti selettivi in caso di varici esofagee non trattate

Ruolo del GOM e personalizzazione del trattamento

- Ogni decisione terapeutica deve essere presa in sede di GOM HCC, con epatologo, oncologo, radiologo e, ove necessario, farmacista ospedaliero.
- Il concetto di treatment stage migration permette l'estensione della terapia sistemica anche a pazienti BCLC B non più eleggibili per trattamenti locoregionali.
- In caso di risposta parziale e tollerabilità, è possibile proseguire il trattamento sistemico fino a progressione o comparsa di tossicità significativa.

Il paziente con epatocarcinoma in stadio avanzato (presenza di trombosi vascolare neoplastica e/o metastasi) con buona funzione epatica (Child-Pugh A) e performance status (PS) 1-2 è candidato alla terapia sistemica che sarà gestita in ambito multidisciplinare (GOM) e disposta dai Centri Prescrittori individuati a livello regionale. Sulla base del sistema di stadiazione BCLC, i trattamenti sistemici si applicano anche allo stadio intermedio (B), Child-Pugh A, con PS > 0 ovvero PS 1-2; allo stadio B con PS 0 che ha fallito il trattamento con TACE e/o allo stadio B ove, per estensione della malattia, si ritiene che essa non sia utile.

- La schedula immunoterapia – terapia antiangiogenetica (atezolizumab 1200 mg flat dose e bevacizumab 15 mg/Kg ogni 3 settimane) è, da giugno 2022, lo standard terapeutico per i pazienti affetti da epatocarcinoma avanzato o non resecabile, non sottoposti a precedente terapia sistemica a

meno che abbiamo controindicazioni, legate a patologie concomitanti, per l'immunoterapia o per l'antiangiogenetico. La combinazione ha definito un nuovo paradigma della gestione dell'epatocarcinoma, aprendo definitivamente ed efficacemente la strada dell'immunoterapia a questo tipo di tumore, avendo dimostrato, nello studio di fase III IMbrave 150, di essere superiore al sorafenib in termini di sopravvivenza globale, sopravvivenza libera da malattia, tasso di risposte e mantenimento della qualità della vita.

Anche i pazienti con epatocarcinoma avanzato ad alto rischio (trombosi portale, coinvolgimento epatico > 50%, invasione della via biliare) si sono giovati della combinazione.

Il trattamento è risultato ben tollerato; gli eventi avversi più frequenti sono stati ipertensione, fatigue, proteinuria, sanguinamenti. E' necessaria un'attenta selezione dei pazienti da candidare alla terapia combinata. In particolare è indispensabile una preventiva (non oltre un anno prima dell'inizio del trattamento) valutazione (ed eventuale trattamento) dell'ipertensione portale con una endoscopia del tratto digestivo superiore.

- I risultati aggiornati dello studio di Fase III HIMALAYA hanno mostrato che la combinazione di sola immunoterapia, durvalumab (anti PDL1, 1500 mg flat dose G1 ogni 4 settimane) associato ad una singola dose di tremelimumab (anti-CTLA4, 300 mg il giorno 1 del I° ciclo), ha prodotto un beneficio di sopravvivenza globale (OS) clinicamente significativo e sostenuto a cinque anni nel trattamento dei pazienti con carcinoma epatocellulare non resecabile non trattati con precedente terapia sistemica e non eleggibili a un trattamento locoregionale. Al follow-up a quattro anni, i dati recenti mostrano che una singola dose priming di tremelimumab associata a durvalumab, il cosiddetto regime STRIDE (Single Tremelimumab Regular Interval Durvalumab), ha ridotto il rischio di morte del 24% rispetto a sorafenib. In base alle stime, il 19,6% dei pazienti trattati con il regime STRIDE è vivo a quattro anni rispetto al 9,4% di quelli trattati con sorafenib. Il profilo di sicurezza del regime STRIDE è risultato coerente con i profili già noti di ogni farmaco e non sono stati osservati nuovi segnali di sicurezza al follow-up prolungato. Il tasso di risposte è risultato superiore con il regime STRIDE rispetto a sorafenib. Non sono state osservate differenze significative per la PFS tra i bracci di trattamento.

- L'efficacia di sorafenib, alla dose di 400 mg due volte al giorno continuativamente, è stata dimostrata in due studi di fase 3 randomizzati verso placebo, lo studio SHARP, nei paesi occidentali, e lo studio Asia-Pacific, in Asia.

- Lenvatinib è stato approvato sulla base dei risultati dello studio REFLECT, un trial di non inferiorità versus sorafenib. Il trattamento con lenvatinib si è dimostrato non inferiore in termini di OS (overall survival) rispetto a sorafenib ma significativamente superiore per gli endpoints secondari, ORR (objective response rate), TTP (time to progression) e PFS (progression free survival). Lo studio

ha arruolato pazienti non eleggibili per alcun trattamento loco-regionale (già alla diagnosi oppure dopo fallimento di eventuali precedenti trattamenti), con una buona funzionalità epatica (Child-Pugh A). I pazienti con coinvolgimento epatico >50%, chiaro coinvolgimento del dotto epatico o del tronco comune della vena porta erano però esclusi. Inoltre, il 70% dei pazienti arruolati era asiatico. I pazienti sono stati randomizzati a ricevere lenvatinib 12 mg al giorno per peso corporeo ≥ 60 kg o lenvatinib 8 mg al giorno per peso corporeo <60 kg nel gruppo lenvatinib rispetto a sorafenib alla dose standard di 400 mg due volte al giorno, in cicli di 28 giorni, fino a progressione di malattia o insorgenza di tossicità inaccettabile.

Gli eventi avversi più comunemente riportati per sorafenib e lenvatinib sono stati ipertensione, diarrea, anoressia, perdita di peso, astenia, tossicità cutanea (eritrodissiestesia palmoplantare) e proteinuria. Lenvatinib ha però dimostrato rispetto a sorafenib una minor percentuale di tossicità cutanea ed una maggiore percentuale di ipertensione arteriosa.

E' da sottolineare che l'insorgenza di eventi avversi quali ipertensione, diarrea, proteinuria, ipotiroidismo e disfonia per lenvatinib ed eventi avversi dermatologici nei primi due mesi di trattamento per sorafenib correla con una miglior prognosi. E' quindi importante la loro corretta gestione evitando l'interruzione definitiva della terapia, peraltro necessaria solo in una minoranza di pazienti, in caso di tossicità severa e inaccettabile, a favore di una modulazione del dosaggio al fine di garantire la somministrazione, nel singolo paziente, della dose tollerata.

Per la seconda linea, tutti gli studi positivi sono stati condotti dopo sorafenib; pertanto, per i pazienti con HCC avanzato che progrediscono durante il trattamento con le combinazioni atezolizumab-bevacizumab o durvalumab-tremelimumab o che manifestino intolleranza-tossicità ad esse, ancora candidabili a trattamento sistemico per buon performance status e Child-Pugh A, è indicato il trattamento con sorafenib o la valutazione nell'ambito di studi clinici di seconda linea. Similmente i pazienti che ricevono lenvatinib in prima linea, in seconda linea riceveranno sorafenib.

I pazienti in progressione dopo terapia di prima linea con sorafenib e non intolleranti al sorafenib stesso possono essere candidati, a discrezione della valutazione del GOM HCC, a terapia di seconda linea con regorafenib oppure con cabozantinib, come dimostrato dagli studi registrativi rispettivamente RESORCE e CELESTIAL. Il cabozantinib, inoltre, può essere somministrato, oltre che in seconda, anche in terza linea (dopo sorafenib-regorafenib; dopo lenvatinib-sorafenib; dopo atezolizumab-bevacizumab/sorafenib).

Tuttavia, in CELESTIAL, in un'analisi esploratoria per sottogruppo selezionato di pazienti che aveva ricevuto cabozantinib come terapia di pura seconda linea, è stato osservato un ulteriore vantaggio, in sopravvivenza mediana verso placebo, rispetto al suo utilizzo in terza linea.

E' da considerare che, come con sorafenib, anche per regorafenib e cabozantinib, è stata osservata una correlazione tra eventi avversi e prognosi. In particolare, l'insorgenza di eventi avversi dermatologici di qualsiasi grado per i due farmaci o di ipertensione arteriosa di grado 3 o superiore per cabozantinib, correla con una migliore prognosi. La efficacia dei farmaci è stata confermata, inoltre, anche in pazienti con elevati valori basali di AFP. Tale marcatore, pertanto, è risultato avere un valore prognostico negativo ma non predittivo di efficacia dei due trattamenti.

Per i pazienti non cirrotici affetti da HCC in fase avanzata e non suscettibili di trattamenti locoregionali la terapia sistemica segue le stesse indicazioni riportate per il paziente cirrotico con funzione epatica ben conservata (Child-Pugh A).

Trattamento della recidiva e gestione del paziente non rispondente

La gestione del paziente con epatocarcinoma che recidiva dopo trattamento curativo o che non risponde ai trattamenti locoregionali o sistemici richiede una rivalutazione tempestiva e coordinata in sede di Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM).

Recidiva dopo trattamento curativo

- I pazienti sottoposti a resezione epatica o ablazione possono presentare recidiva locale o intraepatica a distanza.
- In caso di recidiva unica e funzione epatica conservata, si può proporre:
 - Nuova ablazione
 - Resezione (se tecnicamente fattibile)
 - TACE o altra tecnica loco-regionale
- Se non candidabili a terapia locoregionale, devono essere rivalutati per terapia sistemica.

Progressione dopo TACE

- I pazienti in stadio BCLC B che non rispondono a due cicli di TACE (secondo mRECIST) o che sviluppano tossicità epatica significativa devono essere considerati TACE-refrattari.
- In tali casi si raccomanda uno switch precoce alla terapia sistemica, senza ritardare la transizione.

Progressione durante terapia sistemica

- I pazienti che progrediscono in prima linea devono essere valutati per la seconda linea terapeutica se in buone condizioni generali (ECOG 0–1, Child-Pugh A).
- È opportuno effettuare un reassessment completo clinico, laboratoristico e radiologico, per:
 - Confermare la progressione radiologica
 - Escludere tossicità non gestibile

- Verificare l'idoneità ad altri trattamenti sistemici

Rivalutazione multidisciplinare e nuove opzioni

- Tutti i pazienti non più candidabili a trattamenti standard devono essere discussi in GOM per:
 - Possibile inclusione in studi clinici attivi
 - Valutazione di terapie sperimentali
 - Eventuale profilazione molecolare per accesso a MTB

Profilazione genomica e accesso al Molecular Tumor Board (MTB)

Con l'avanzamento delle conoscenze genomiche, anche nell'epatocarcinoma (HCC) si aprono prospettive per una **gestione personalizzata** attraverso la **profilazione molecolare** dei tumori e l'accesso a **Molecular Tumor Board (MTB)**.

Sebbene le opzioni terapeutiche target approvate per l'HCC siano attualmente limitate, l'identificazione di **alterazioni genomiche specifiche** può aprire l'accesso a **studi clinici** o a **programmi di uso compassionevole**.

CONCLUSIONI

In sintesi, al termine del percorso stadiativo dei pazienti con epatocarcinoma accertato si procederà alla:

- Comunicazione al paziente inerente la diagnosi e la prognosi della malattia;
- Proposta delle opzioni e degli obiettivi del trattamento, che potrà basarsi su una o più delle seguenti opzioni terapeutiche: trapianto di fegato, resezione epatica, ablazione percutanea, chemoembolizzazione, radioembolizzazione, terapia sistemica, radioterapia, terapia di supporto;
- Pianificazione di consulti specialistici, qualora non già effettuati, nell'ambito dell'approccio multidisciplinare alla patologia.
- Illustrazione delle modalità di esecuzione e degli effetti collaterali possibili dei trattamenti e modalità per la prevenzione ed il trattamento degli stessi;
- Acquisizione del consenso informato al trattamento;
- Programmazione degli appuntamenti successivi;
- Invio di una relazione di sintesi al Medico di Medicina Generale.

FOLLOW-UP PER PAZIENTI CON PREGRESSO EPATOCARCINOMA

Più del 50% dei pazienti sottoposti a resezione di epatocarcinoma e circa l'80% dei pazienti sottoposti ad ablazione percutanea recidiva entro 5 anni dal trattamento. La diagnosi precoce della recidiva consente ulteriori trattamenti che possono portare a sopravvivenze prolungate.

Sebbene non vi siano studi che hanno valutato il miglior programma di follow-up dopo un trattamento apparentemente radicale dell'epatocarcinoma, si consigliano per i primi due anni controlli con una frequenza trimestrale, alternando l'ecografia alla TC o alla RM con mdc. Dopo due anni liberi da recidiva, l'intervallo di sorveglianza può diventare semestrale. Si raccomanda almeno semestralmente una TC TORACE/ADDOME/PELVI con mdc multifasica con particolare attenzione anche alla finestra ossea per il possibile coinvolgimento metastatico osseo.

SCHEMA DI FOLLOW-UP POST-TRATTAMENTO PER HCC

	Esami ematochimici e Alfafetoproteina	Ecografia addome	CEUS (ecografia con contrasto ev)	TC addome con mdc o RM addome con mdc	TC torace con mdc
Pazienti sottoposti a trattamento radicale (trapianto, chirurgia o termoablazione)	Ogni 3 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi *	Ogni 6 mesi per pazienti in risposta completa (a distanza di 3 mesi dal precedente esame TC o RM addome)	In casi selezionati può essere un'alternativa ad altri accertamenti contrastografici per la valutazione del fegato e un'utile integrazione all'ecografia semestrale	A 30 giorni dal trattamento per valutazione della risposta; successivamente ogni 6 mesi per pazienti in risposta completa	Ogni 6 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento
TACE o TARE	Ogni 3 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi*	-	In casi selezionati può essere un'alternativa ad altri accertamenti contrastografici per la valutazione del fegato	A 30 giorni dal trattamento per valutazione della risposta; ogni 3 mesi per pazienti in risposta completa nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi	Ogni 3 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi

* Il dosaggio della AFP risulta utile soprattutto nel follow-up di pazienti che hanno un valore pre-trattamento elevato.

PDTA Epatocarcinoma-Follow up

	Esami ematochimici e Alfafetoproteina	Ecografia addome	CEUS (ecografia con contrasto ev)	TC addome con mdc o RM addome con mdc	TC torace con mdc
Pazienti sottoposti a trattamento radicale (trapianto, chirurgia o termoablazione)	Ogni 3 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi *	Ogni 6 mesi per pazienti in risposta completa (a distanza di 3 mesi dal precedente esame TC o RM addome)	In casi selezionati può essere un'alternativa ad altri accertamenti contrastografici per la valutazione del fegato e un'utile integrazione all'ecografia semestrale	A 30 giorni dal trattamento per valutazione della risposta; successivamente ogni 6 mesi per pazienti in risposta completa	Ogni 6 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento
TACE o TARE	Ogni 3 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi*	-	In casi selezionati può essere un'alternativa ad altri accertamenti contrastografici per la valutazione del fegato	A 30 giorni dal trattamento per valutazione della risposta; ogni 3 mesi per pazienti in risposta completa nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi	Ogni 3 mesi per pazienti in follow-up in risposta completa al trattamento nei primi 2 anni; successivamente ogni 6 mesi

* Il dosaggio della AFP risulta utile soprattutto nel follow-up di pazienti che hanno un valore pre-trattamento elevato.

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 afferiranno 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)

Cardiopatologia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	<input type="checkbox"/>	Cardiopatologia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia	<input type="checkbox"/>
Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatologia organica ed ischemica	<input type="checkbox"/>	Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es cuore polmonare cronico, insufficienza renale	<input type="checkbox"/>
Iperensione 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/Mioclone	<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

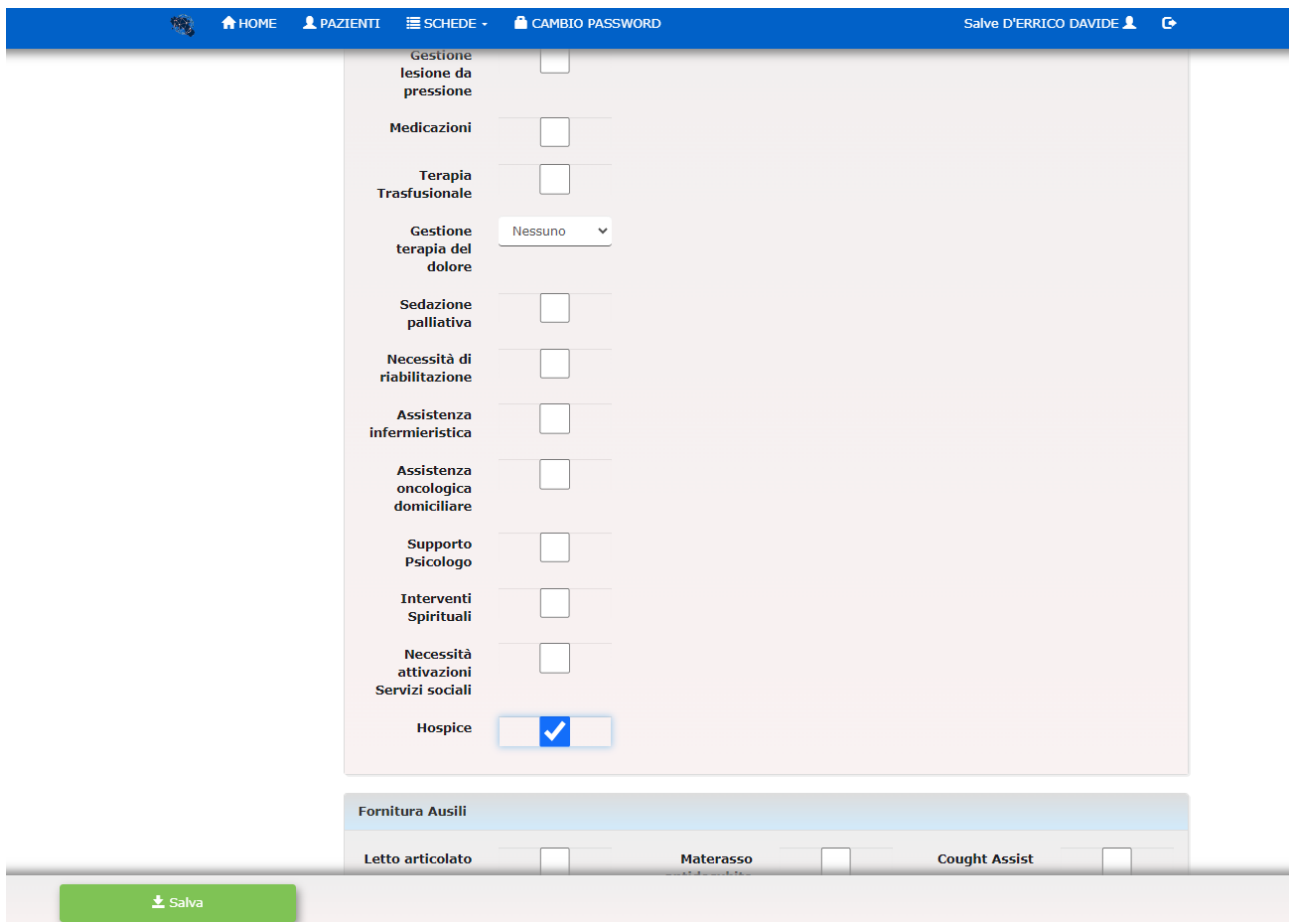
Interventi Spirituali

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 Nessuno ▾

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 No

Se si specificare:

<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca	<input checked="" type="checkbox"/> Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Infarto miocardico-cardiopatia ischemica
<input type="checkbox"/> Arteriopatia 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 checked="" type="checkbox"/> Altro	<input type="text" value="Insufficienza valvolare mitralica di grado 1"/>	

Il paziente assume terapia cardiologica Si No

Terapia oncologica attuale:

<input type="checkbox"/> Chirurgia	<input type="checkbox"/> Chemioterapia	<input type="checkbox"/> Farmaci a bersaglio molecolare
------------------------------------	--	---

Radioterapia su campo cardiaco:

<input type="checkbox"/> Attuale	<input type="checkbox"/> Pregressa	<input type="checkbox"/> Nessuna
----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Trattamenti antineoplastici precedenti: Si No

Comorbidità

<input type="checkbox"/> CKD	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> Epatopatia	<input type="checkbox"/> Anemia	
<input checked="" type="checkbox"/> Altro	<input type="text" value="gozzo tiroideo"/>	

Figura 5

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:

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

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 SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Chiusura / Scheda / Servizi / Test oncogenomici / Mal clinico / 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: NUTRIZIONE

Descrizione:

File: Nessun file selezionato

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Chiusura / Scheda / Servizi / Test oncogenomici / Mal clinico / 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: PSICOLOGIA

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.

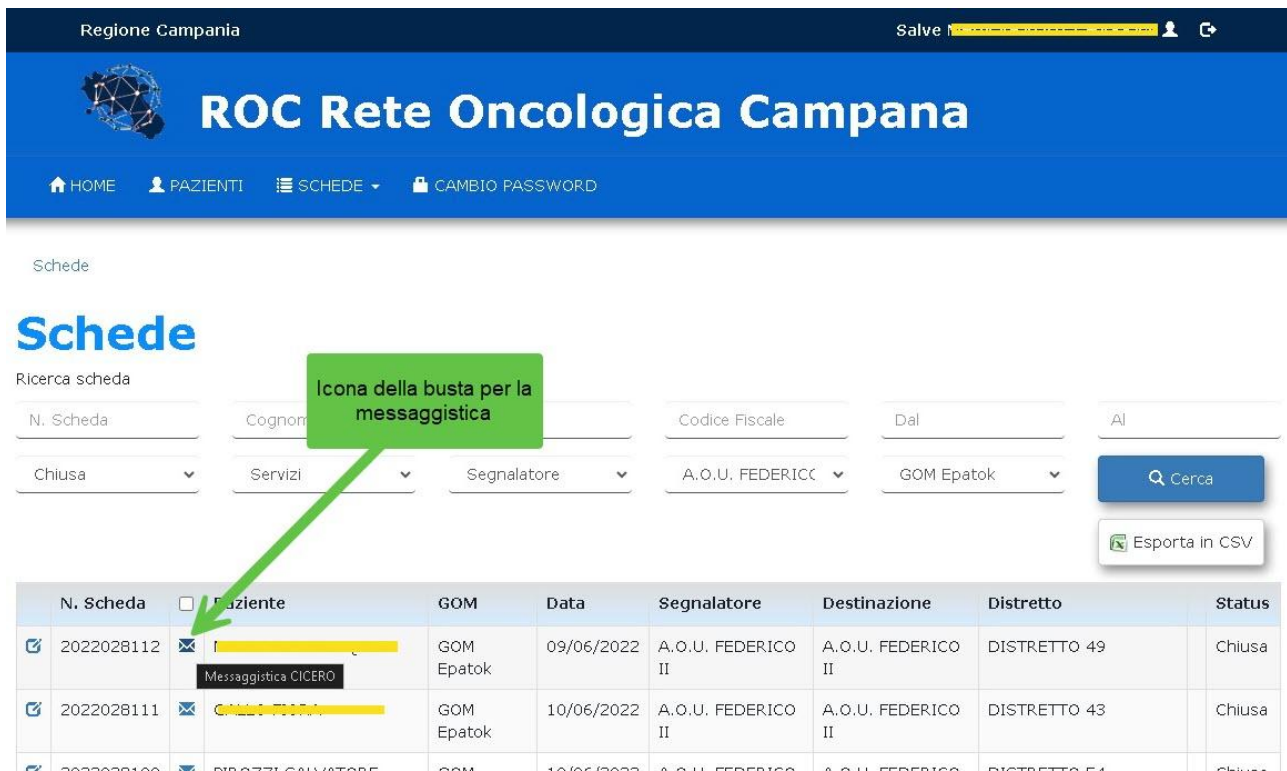
Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

- 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 [redacted] [user icon] [refresh icon]

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

Schede

Ricerca scheda

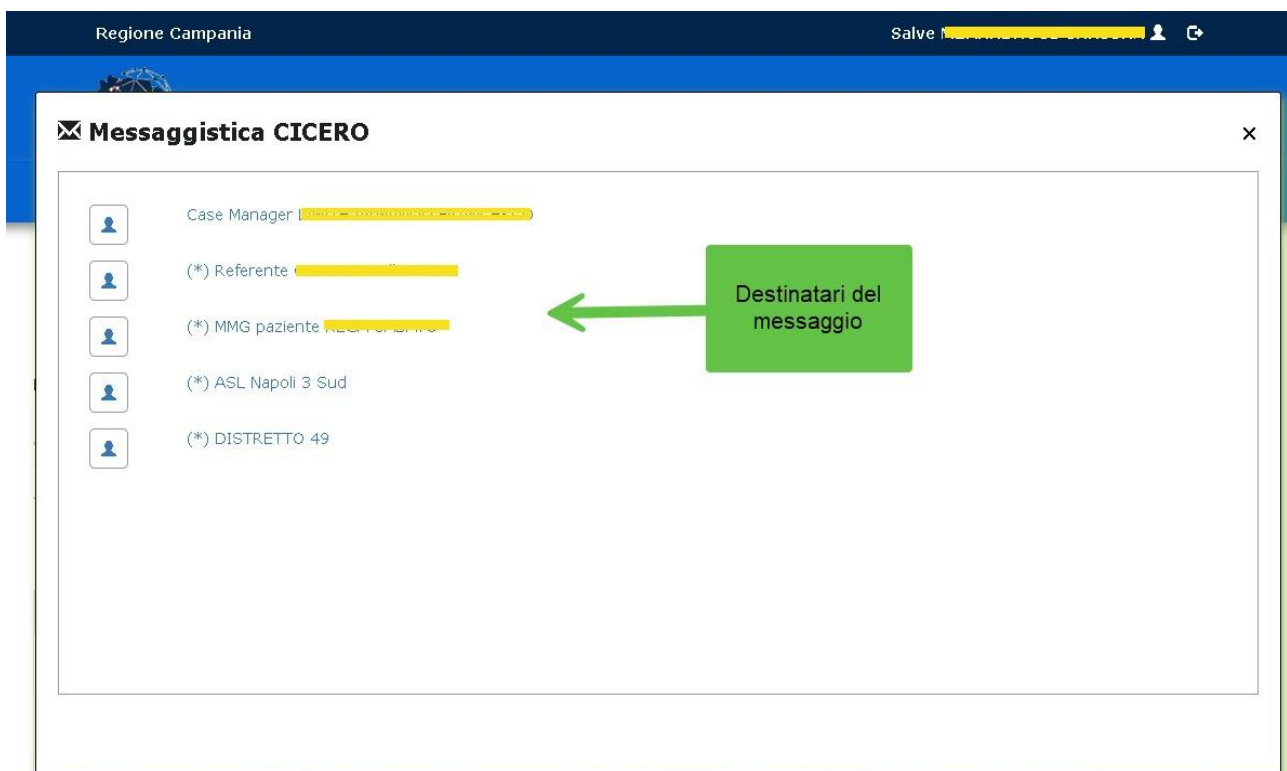
N. Scheda: [input] Cognome: [input] Codice Fiscale: [input] Dal: [input] Al: [input]

Chiusa [v] Servizi [v] Segnalatore [v] A.O.U. FEDERICCO [v] GOM Epatok [v] Cerca

Esporta in CSV

N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
2022028112	[redacted] Messaggistica CICERO	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa
2022028111	[redacted]	GOM Epatok	10/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 43	Chiusa
2022028100	PROZZI CALVATORE	GOM	10/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	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.

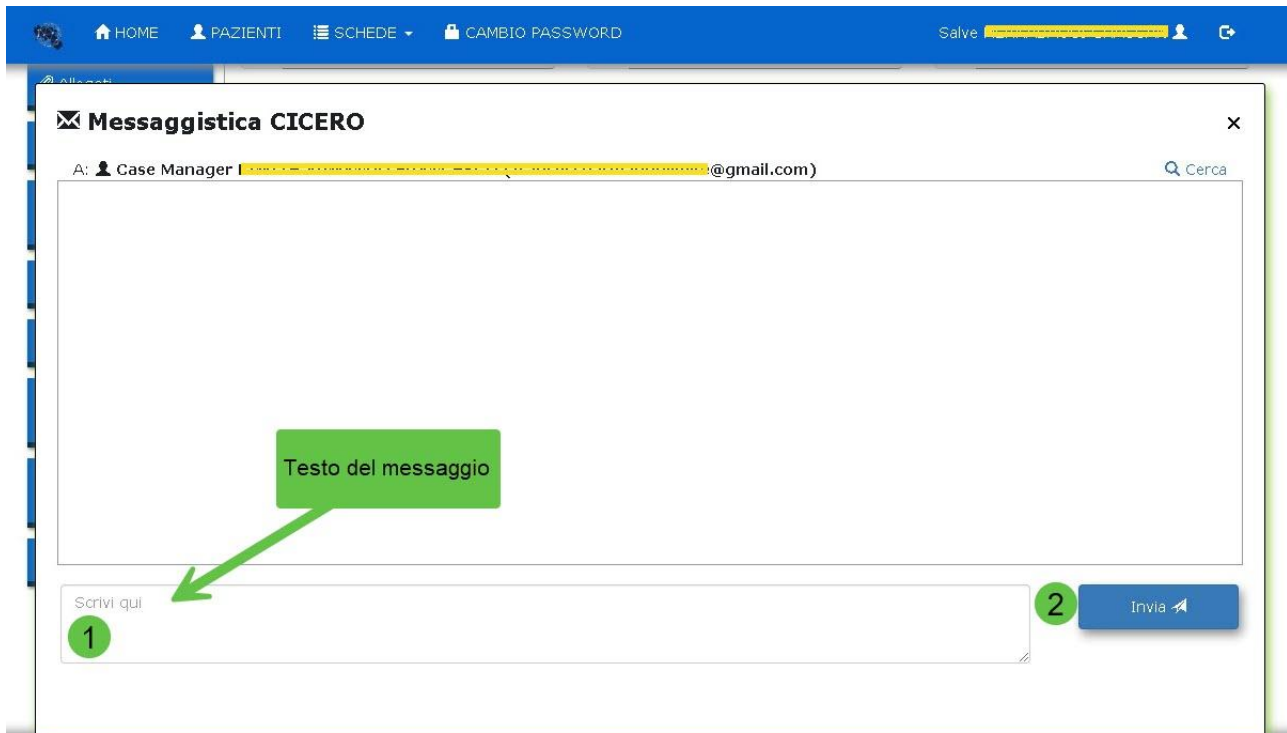


Regione Campania Salve [redacted] [user icon] [refresh icon]

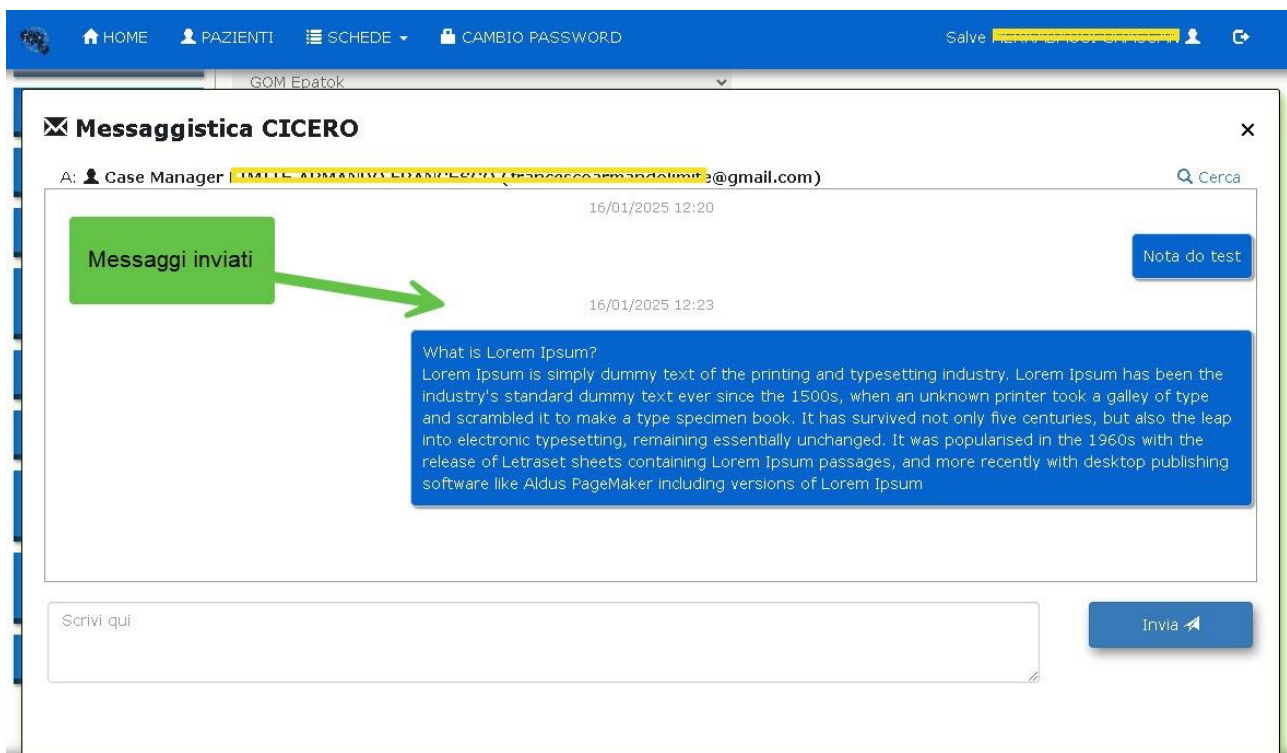
Messaggistica CICERO

- [person icon] Case Manager [redacted]
- [person icon] (*) Referente [redacted]
- [person icon] (*) MMG paziente [redacted]
- [person icon] (*) ASL Napoli 3 Sud
- [person icon] (*) DISTRETTO 49

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 ✉ 1 Messaggio da leggere

Messaggistica CICERO

Dashboard

 In attesa 1	 Rimessa in rete 1	 In carico 1
 Servizi Inseriti 1	 Servizi Richiesti 1	 Servizi Accettati 1
 Trasferito 1	 Chiuse 1	 Trial Clinico chiuso 1

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 Codice Fiscale Dal Al

Status A.O.U. FEDERICC Gom Cerca

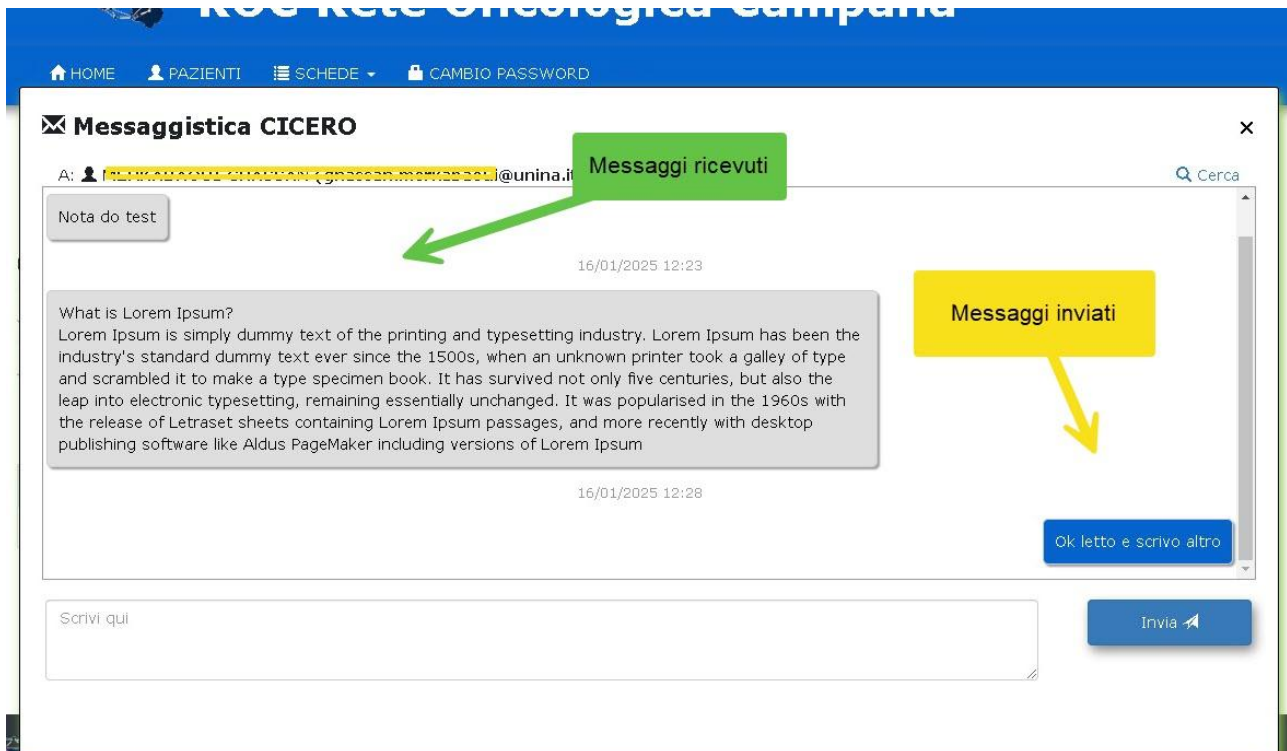
Esporta in CSV

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

N. Scheda	<input checked="" type="checkbox"/>	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	Codice Fiscale	Localita' Nascita
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	MADDALONI

Note: A green box labeled 'Dati Filtro di Ricerca' points to the search filters. A yellow box labeled 'Inserire il Codice Fiscale dell'Assistito' points to the search input field with a '1' above it. A '2' above the 'Cerca' button indicates the next step.

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

Salve D'ERRICO DAVIDE

Paziente

[Crea Nuova Scheda](#)
[Servizi](#)
[Esenzione](#)
[Consenso](#)

Nome	Cognome	Sesso	M
Data Nascita	Localita' Nascita	Provincia Nascita	CE
Codice Fiscale		Data Decesso	[redacted]
Localita'	Provincia	CAP	81024
Indirizzo			
ASL	Distretto		DISTRETTO 13
Email	Telefono		[redacted]
MMG Cognome	MMG Nome	MMG codice fiscale	[redacted]
MMG Telefono	E-mail		[redacted]
ID tessera sanitaria	Data scadenza tessera		11/02/2027

Note: A yellow box highlights the 'Esenzione' button with an arrow pointing to it from a yellow callout box labeled 'Cliccare il Bottone Esenzione'.

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 home icon, 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE' with a dropdown arrow, 'CAMBIO PASSWORD', and a 'Salva' button with a yellow highlight. On the left side, a vertical menu lists several options: '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 showing 'GOM Polmone'; 'Case Manager' with a list of entries; 'Centro segnalatore' with a dropdown menu showing 'A.O. DEI COLLI'; 'Centro destinazione' with a dropdown menu showing 'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI'; and a 'Richiesta Esenzione' button. At the bottom of the main content area, the word 'Dettaglio' is displayed in a 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.



MODULO DI RIFIUTO RICHIESTA ESENZIONE 048

La Sig.ra **CE EALSI ANTONELLA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a **CE (CE) VIA ROMA 218 (SUD)**
Codice Fiscale **CEANNT88000100000**

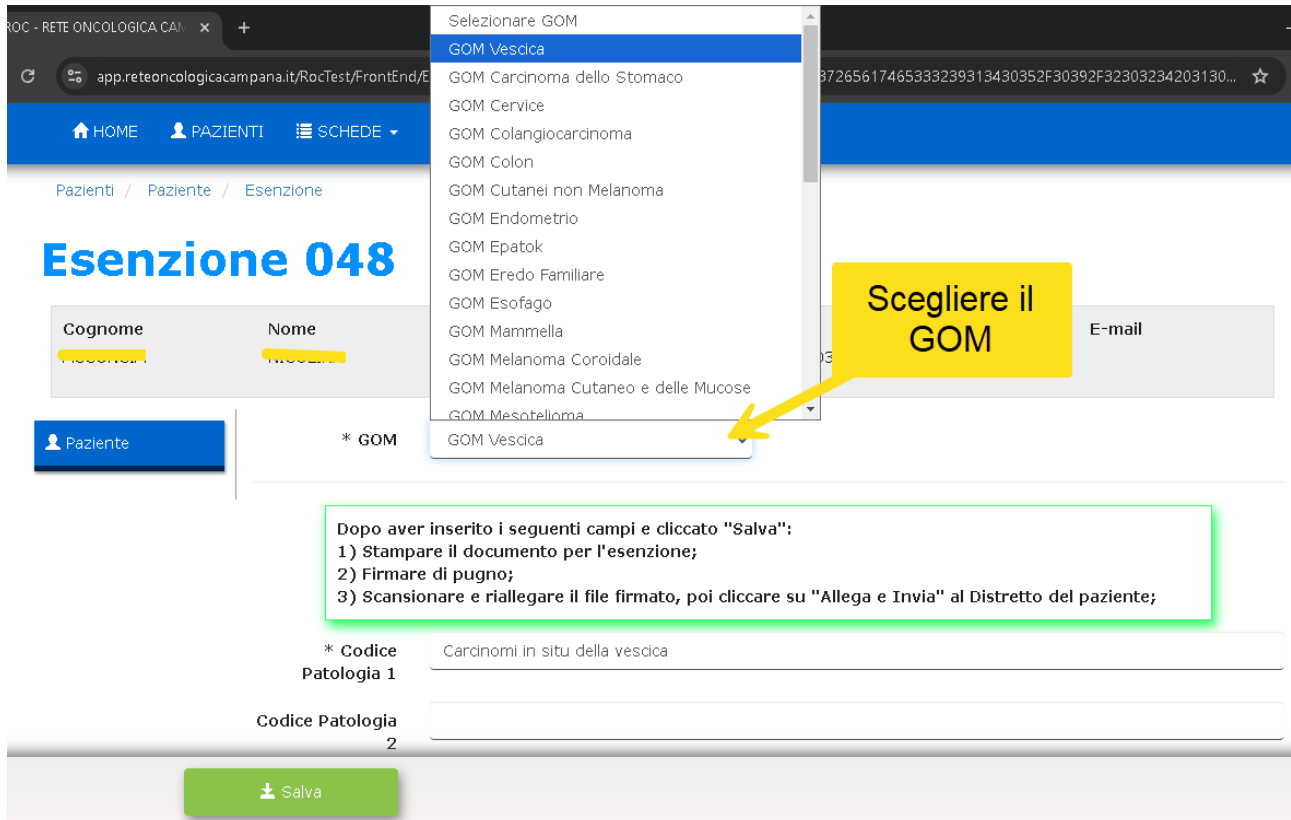
Rifiuta l'esenzione per la patologia 048:

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 Vesica
- GOM Carcinoma dello Stomaco
- GOM Service
- GOM Colangiocardinoma
- 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 Vesica

Scegliere il 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

enzione 048

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

* GOM GOM Vesica

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

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 Vesd

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

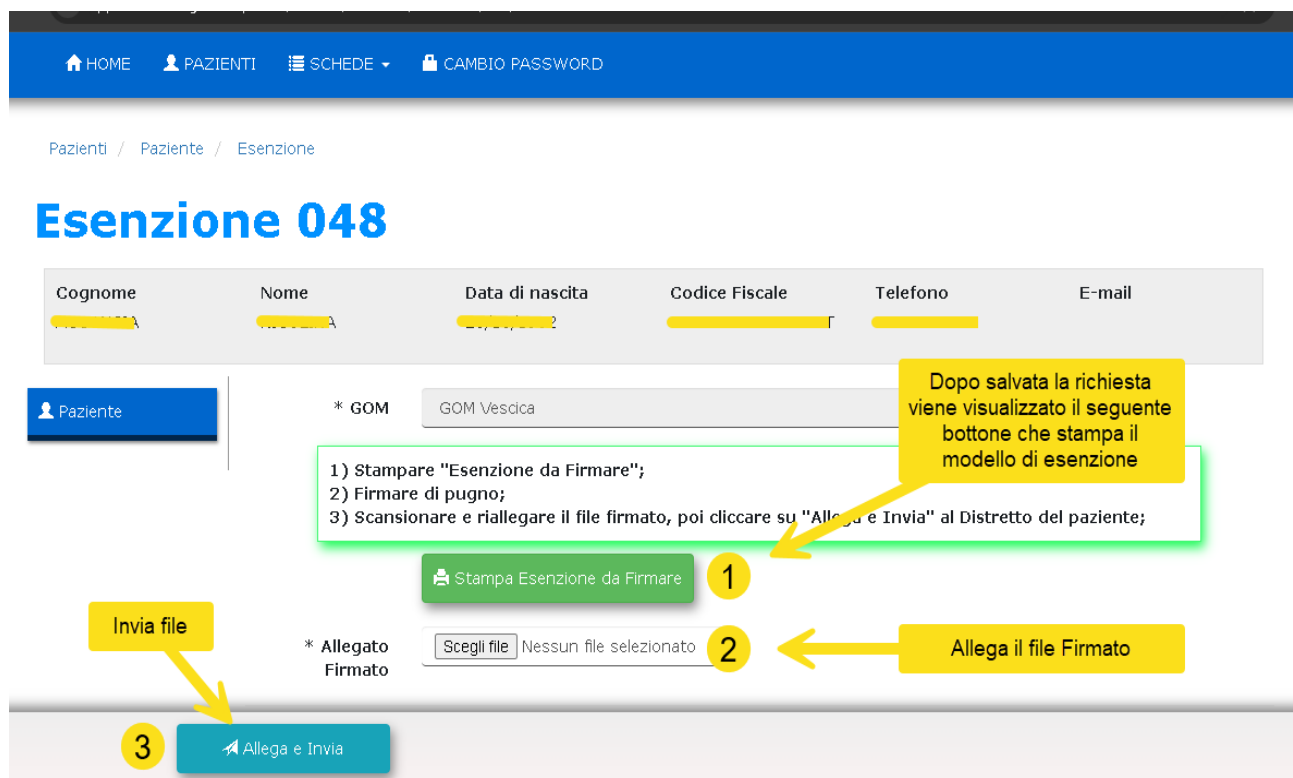
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

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.



The screenshot shows a web interface for patient exemption. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD'. Below it, the breadcrumb 'Pazienti / Paziente / Esenzione' is visible. The main heading is 'Esenzione 048'. A form contains fields for 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail', all of which are filled with redacted information. A 'Paziente' button is on the left. The form includes a section for '* GOM' with a dropdown menu set to 'GOM Vesicica'. Below this, a green-bordered box contains the following instructions:

- 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;

Numbered callouts and arrows indicate the steps: '1' points to the 'Stampa Esenzione da Firmare' button; '2' points to the 'Scegli file' button in the '* Allegato Firmato' section, with a callout 'Allega il file Firmato'; '3' points to the 'Allega e Invia' button at the bottom, with a callout 'Invia file'. A yellow callout box at the top right states: 'Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione'.

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 SANCIS ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a ALIFE (CE) **VIAREGGIO (SA)**
Codice Fiscale **DESMNT8808010000**

GOM: GOM Cervice

E affetto da:

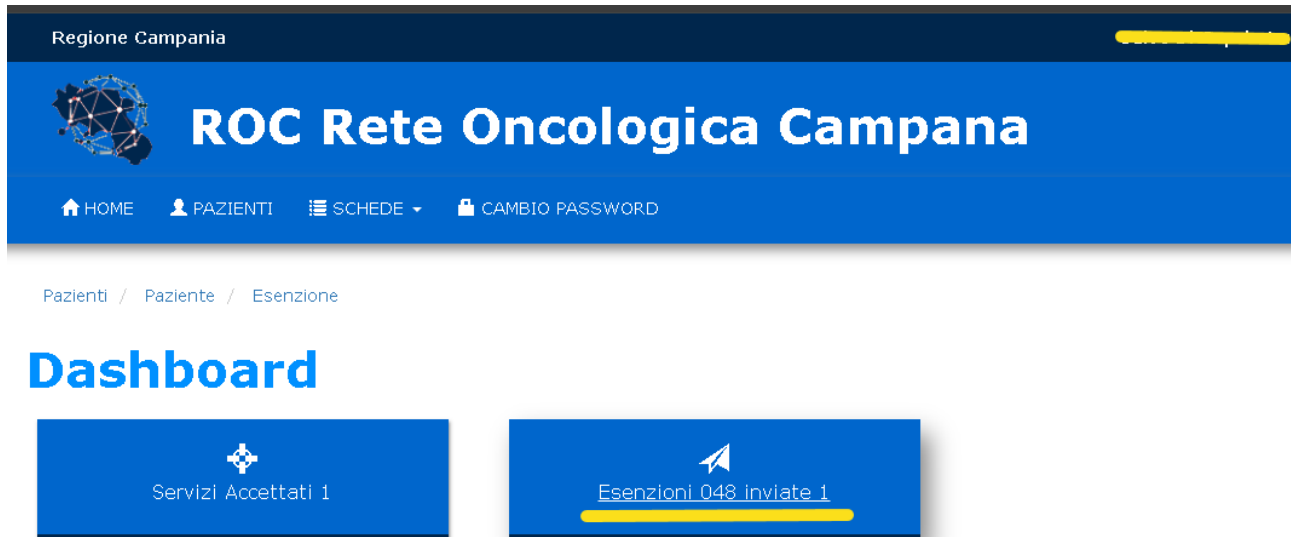
CODICE PATOLOGIA *1: Altri tumori benigni della cervice uterina (2190)

Napoli, li **07/03/2024**

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.



Regione Campania Salve 

ROC Rete Oncologica Campania

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Dashboard

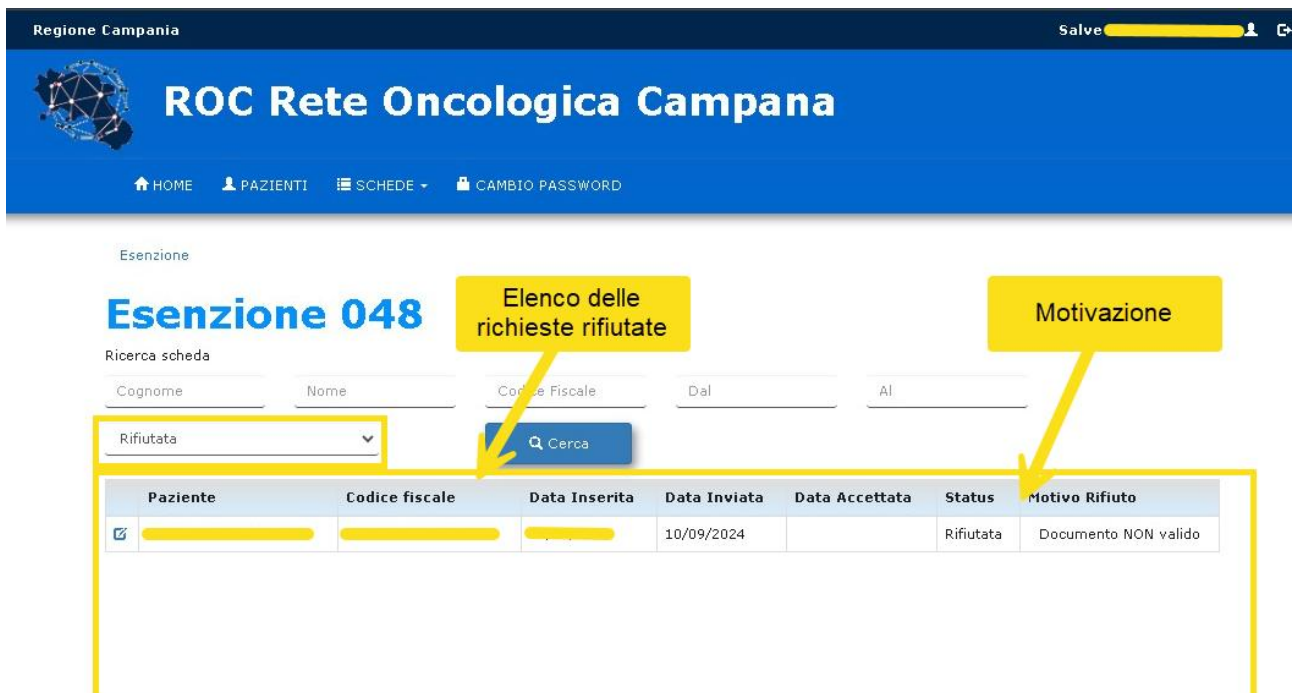
Esenzioni 048 rifiutate 1


Evidenza delle richieste 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 Campania

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

Motivazione

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM GOM Cervice

* Allegato Firmato [Scarica Esenzione Firmata](#)

Motivo rifiuto Documento NON valido

Cliccare il
bottonne modifica

Dettaglio

10/09/2024 Inserita

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

1 [← Modifica](#)

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM GOM Cervice

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 [Scegli file](#) Nessun file selezionato

Eliminare la
richiesta rifiutata

[Allega e Invia](#)

2 [Elimina](#)

Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)

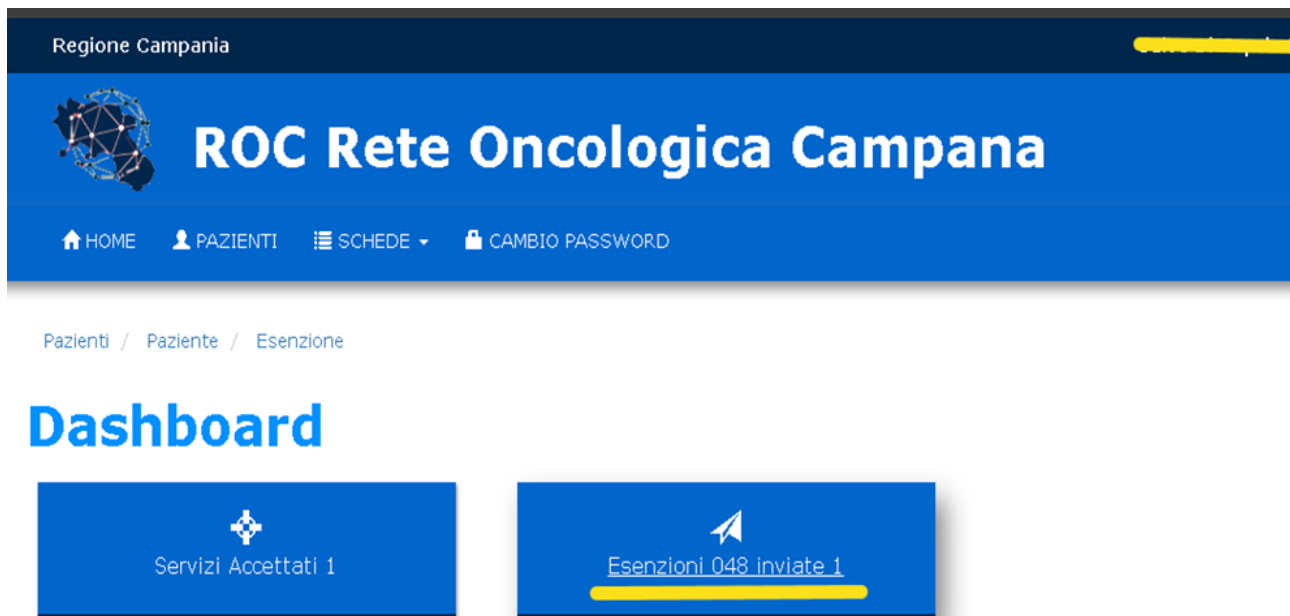
Ai “Richiedenti” verrà inviata un'e-mail automatica dal sistema, che notificherà l'avvenuta accettazione o il rifiuto dell'esenzione.

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 Campana**

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

Salve [nome] [cognome]

ROC Rete Oncologica Campana

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
[id]	[codice]	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

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve [nome] [cognome]

Esenzione 048

Cognome Nome Data di nascita Codice Fiscale Telefono E-mail

Data di nascita Data decesso

Distretto Medico di base Telefono medico

DISTRETTO 15

Paziente

* GOM GOM Vesdica

* Allegato Firmato Scarica Esenzione Firmata

1 Scarica la richiesta

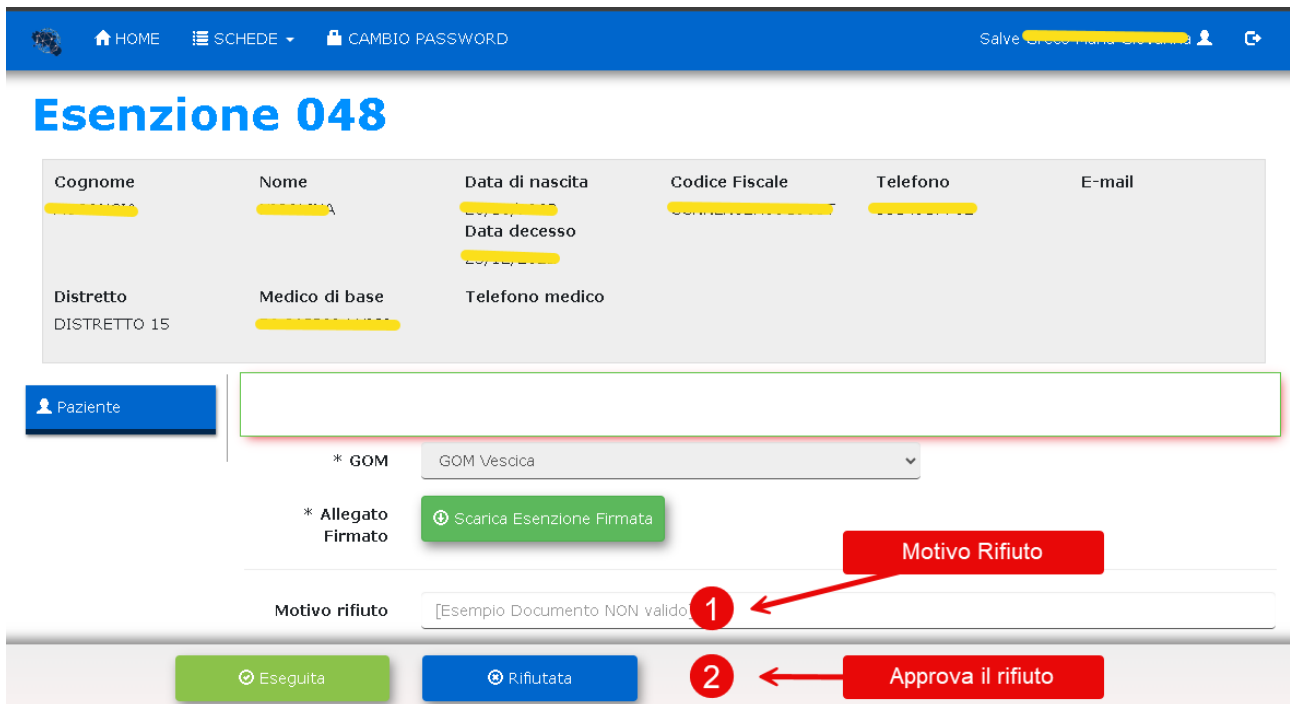
Approva la richiesta

Motivo rifiuto [Esempio Documento NON valido]

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:



Esenzione 048

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

Paziente

* GOM: GOM Vesica

* Allegato Firmato: Scarica Esenzione Firmata

Motivo rifiuto: [Esempio Documento NON valido] **1** ← **Motivo Rifiuto**

Eseguita | **Rifutata** | **Approva il rifiuto** **2** ← **Approva il 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:

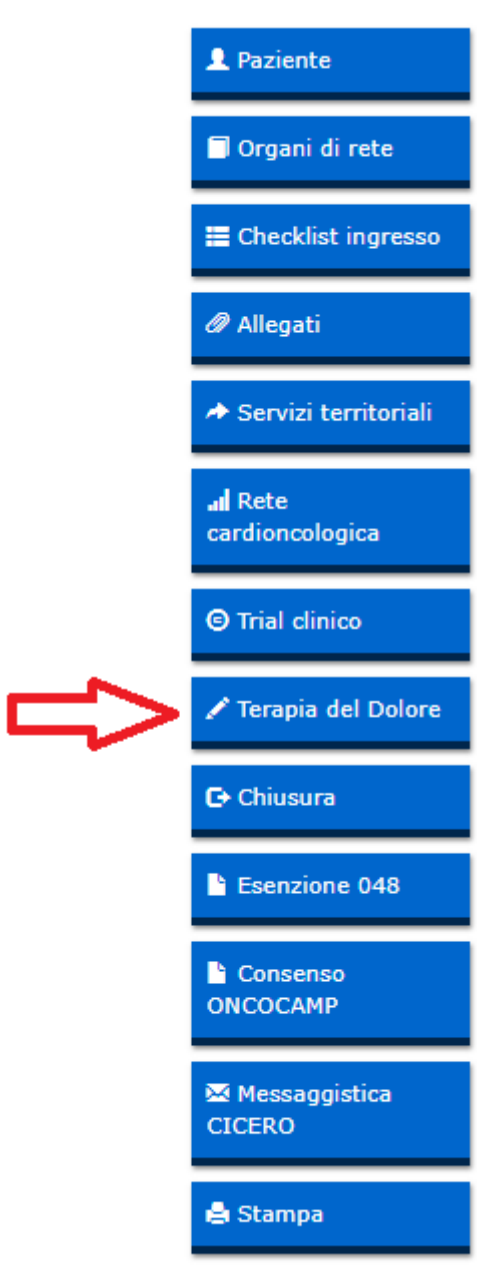
- Pazienti con diagnosi di neoplasia che presentano dolore acuto o cronico correlato alla patologia oncologica o alle terapie in corso;
- Pazienti seguiti all'interno del percorso multidisciplinare dei GOM, che necessitano di un supporto specialistico per la gestione del dolore;

- 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

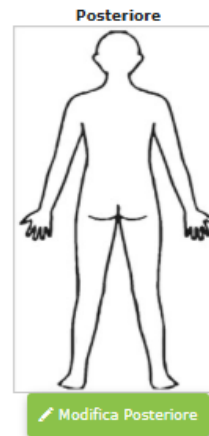
Cognome XXXXXXXXXX	Nome XXXXXXXXXX	Data di nascita 00/00/1999	Codice Fiscale XXXXXXXXXX	Telefono 347334037/327012430	E-mail
N. Scheda XXXXXXXXXX	Data segnalazione 20/02/2020	Stato XXXXXXXXXX	Distretto XXXXXXXXXX	Medico di base XXXXXXXXXX	Telefono medico

-  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)



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.

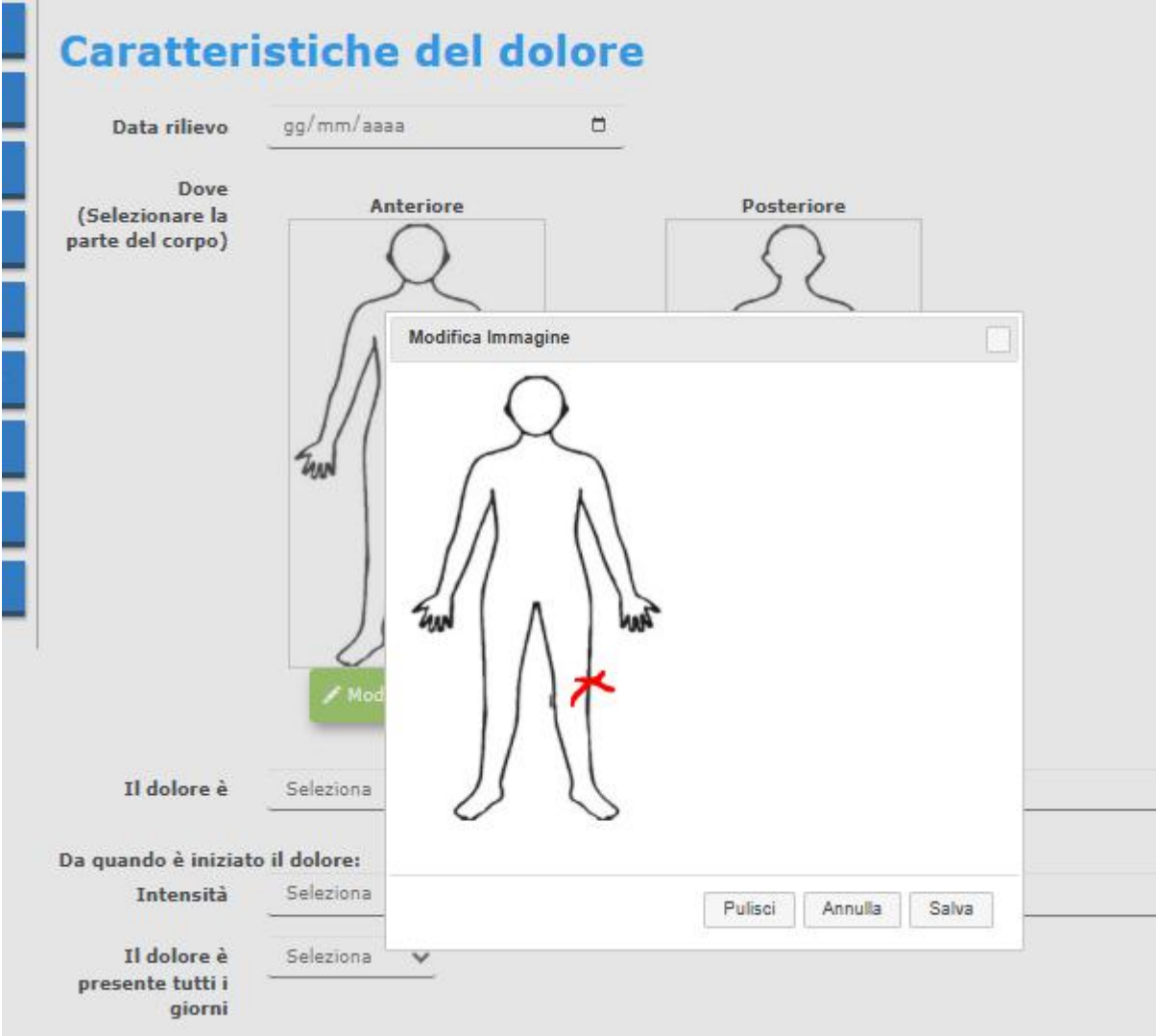
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta.**

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.



The screenshot displays a web form titled "Caratteristiche del dolore". At the top, there is a date field labeled "Data rilievo" with the placeholder "gg/mm/aaaa". Below this, a section labeled "Dove (Selezionare la parte del corpo)" offers two options: "Anteriore" and "Posteriore", each with a corresponding human silhouette. A "Modifica Immagine" window is open, showing a full-body silhouette with a red cross on the lower right leg. The form also includes several dropdown menus: "Il dolore è" (with a "Seleziona" button), "Da quando è iniziato il dolore:" (with an "Intensità" dropdown and a "Seleziona" button), and "Il dolore è presente tutti i giorni" (with a "Seleziona" button). At the bottom of the "Modifica Immagine" window, there are three buttons: "Pulisci", "Annulla", and "Salva".

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;

Preso 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

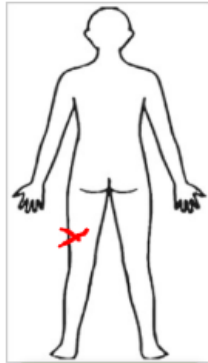
Data rilievo 

Dove
(Selezionare la parte del corpo)

Anteriore



Posteriore



Il dolore è

Da quanto tempo

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:

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
 - lancinante
 - 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
-------------	---------	--------------	----------------------	------------------------------	-----------	---------	----------------	--------

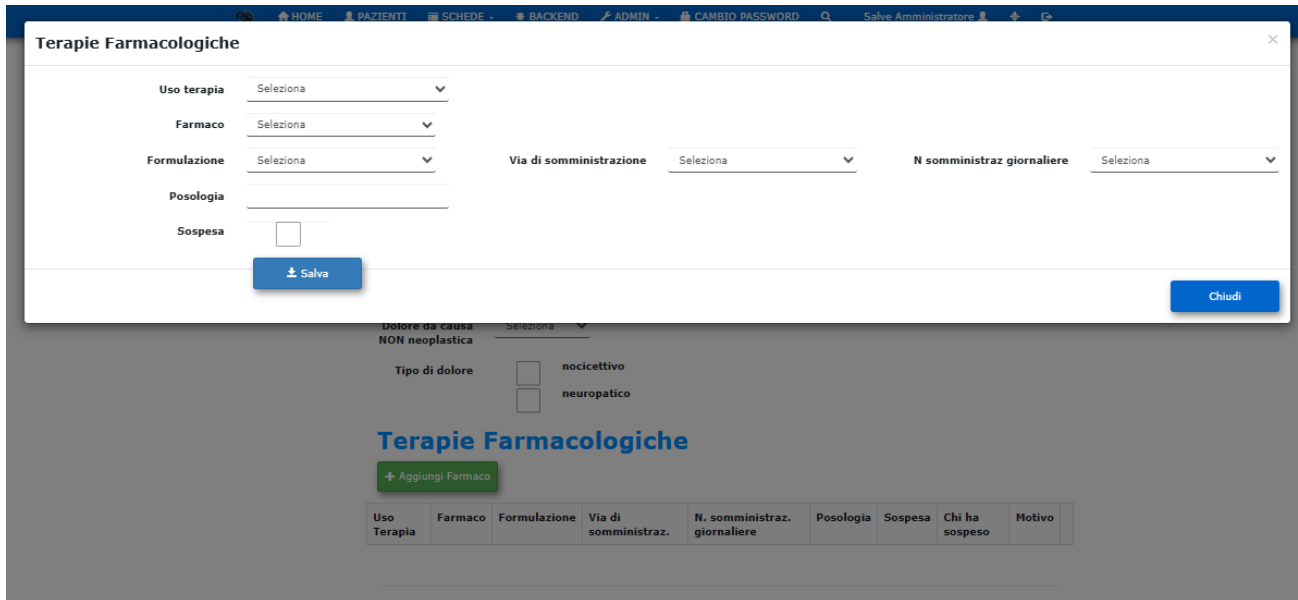
- Terapie interventistiche
- anestesia loco-regionale
 - infiltrazione con cortisonico
 - neuromodulazione elettrica transcutanea
 - neuromodulazione elettrica percutanea
 - radiofrequenza ablativa
 - radiofrequenza pulsata
 - crionanalgesia
 - cifo/ vertebroplastica
 - alcolizzazione
 - pompa intratecale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

Se "altro" specificare

Note

Terapie Farmacologiche

Per aggiungere terapie farmacologiche utilizzare, nella relativa sezione, il bottone “**Aggiungi Farmaco**” che visualizzerà la maschera di dettaglio per acquisire i dati necessari della terapia, come mostrato di seguito nell’immagine:



Terapie Farmacologiche

Uso terapia:

Farmaco:

Formulazione:

Via di somministrazione:

N somministraz giornaliere:

Posologia:

Sospesa:

Dolore da causa NON neoplastica

Tipo di dolore: nocicettivo neuropatico

Terapie Farmacologiche

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

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 appartenenza 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

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	B Daniele, P. Federico, E. Claar, G.Vennarecci, F.Fiore, R Troisi, M Gaetano, G Di Costanzo, F Brangi, P. Sarno
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	M. Fusco: Registro Tumori Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM (R.Bianco), CIPOMO (C. Savastano), SIMG (G.Piccinocchi)
Farmacisti revisori	Ersilia Lupoli, Teresa Marzano

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



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), s'è 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 di cancro e del 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>

BIBLIOGRAFIA

- 1) Gordan JD et al. Systemic Therapy for Advanced Hepatocellular Carcinoma: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol* 2024; 42:1830-1850
- 2) Raccomandazioni multisocietarie italiane per la gestione clinica del paziente con epatocarcinoma. <http://www.aiom.it/professionisti/documenti-scientifici/position-paper/raccomandazioni-multisocietarie-italiane-per-la-gestione-clinica-del-paziente-con-epatocarcinoma/1,3168,1>,
- 3) EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*. 2025;82(2):315-374.
- 4) Singal AG, Llovet JM. AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2023; 78:1922-1965
- 5) Vogel A et al. Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Onc* 2025; 36:491-506
- 7) Reig M et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. *J Hep* 2022; 76:681-693
- 8) Linee guida intersocietarie epatocarcinoma. Sistema Nazionale Linee Guida. 20 febbraio 2023. https://www.iss.it/documents/20126/8404074/LG97_AISF-AIOM_Epatocarcinoma