

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)  
Del Melanoma Cutaneo e delle Mucose**

**Edizione 2025**



In tabella sono riportate le figure professionali ed Unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UO) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza nell'ambito del **GOM** melanoma.

<b>ACCOGLIENZA</b>	<b>Case Manager Medico</b>	<b>Identificato nell'Ambito del GOM Medico specialista di una delle unità afferenti al GOM</b>
	Medico di Medicina Generale	Segnalazione assistito e partecipazione al GOM
		Servizio civile
		Associazioni volontariato
<b>PRESA IN CARICO (Core Team)</b>	Oncologi Medici	UOC Oncologia Medica
	Chirurghi Oncologici	UOC Chirurgia
	Radioterapisti	UOC Radioterapisti
<b>ASSISTENZA (Extended Team)</b>	Oculisti	UOC Oculistica
	Anatomopatologi	UOC Anatomia Patologica
	Dermatologi	UOC Dermatologia
	Radiodiagnostici	UOC Radiodiagnostica
	Medici Nucleari	UOC Medicina Nucleare
	Medici del dolore	UOC Terapie Palliative
	Cardiologi	UO Cardiologia
	Psicologi	UO Psicologia
	Nutrizionisti	UO Nutrizione
	Fisiatri	UO Medicina Riabilitativa
	Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa)	Day Hospital
	Personale infermieristico	Ricovero Ordinario
	Farmacisti	UO Farmacia
	Personale Infermieristico e/o Tecnici di laboratorio medico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)

## MELANOMA DELLA CUTE

### Brevi note epidemiologiche

#### Fattori di rischio

Il rischio di insorgenza del melanoma cutaneo è legato a fattori genetici, fenotipici, ambientali e professionali, sia che essi agiscano in modo separato che associato tra loro. Tra i fattori genetici e fenotipici responsabili del 10-15% dei melanomi cutanei si annoverano il fototipo cutaneo chiaro, il numero totale di nevi e in particolare di nevi displastici, la storia familiare di melanoma per la quale è stata invocata la mutazione ereditaria di un gene oncosoppressore (CDKN2A) e di una lunga serie di alterazioni genetiche determinanti una minor attività dei fattori oncosoppressori legati al gene RB o legati alla produzione di melanina (recettore della melanocortina, alterazioni del gene della tirosinasi). Anche gli stati di immunodeficienza costituiscono un fattore di rischio personale.

Il più importante fattore di rischio ambientale è stato identificato nell'esposizione a raggi UV sia in rapporto alle dosi assorbite, sia al tipo di esposizione (intermittente più che cronica) e anche all'età (a maggior rischio l'età infantile e adolescenziale) con rischio marcatamente maggiore nei casi di sussistenza e interazione di tutti questi fattori.

Tra le sorgenti di raggi UV legate allo sviluppo di melanoma sono da ricordare le fonti artificiali di raggi UV quali lampade e/o lettini per l'abbronzatura, indicati dalla IARC quali cancerogeni per l'uomo (soprattutto al di sotto dei 30 anni di età).

Tra i fattori di rischio professionale sono da ricordare i prodotti chimici usati in agricoltura, associati a sviluppo di melanoma acrale, che si sommano ai rischi di esposizione ad UV degli agricoltori. L'alterazione dello strato di ozono atmosferico ha concorso negli ultimi anni ad un aumento di irradiazione UV ed in prospettiva, si stima che tale fattore potrà assumere sempre più un ruolo maggiore in relazione ai gas dannosi rilasciati in atmosfera.

#### Incidenza

La stima al 2022 dei nuovi casi di Melanoma della cute in Europa<sup>1</sup> è di un ASR di 24,1 per 100.000 nei maschi e 19,5 per 100.000 nelle donne con un numero totale di casi atteso di 101.507 (51.998 maschi e 49.509 donne). In Italia<sup>2</sup> le stime al 2025 sono di un ASR di 29,0 per 100.000 nei maschi e 25,4 per 100.000 nelle donne con un numero di casi atteso di 17.770 (9.330 uomini e 8.440 donne).

---

<sup>1</sup> JRC-ENCR: ECIS - European Cancer Information System (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).  
<https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

<sup>2</sup> Estimates of cancer incidence to 2025 in Italy – Airtum – in press Cancer epidemiology 2025

La stima in Campania<sup>3</sup> al 2025, indica un ASR di 25,5 per 100.000 nei maschi e di 21,8 per 100.000 nelle donne con un numero di nuovi casi di 1.378 (723 maschi e 655 femmine).

Il trend temporale in Italia<sup>4</sup>, per il periodo 2008/2017 è in incremento in entrambi i generi, con una APC (Annual Percent Change) di +14,4% nei maschi e +11,9% nelle femmine (entrambi statisticamente significative). Anche in Campania<sup>3</sup>, per il periodo 2010/2019, si osserva questo trend in aumento in entrambi i generi, con una APC di +5,2% nei maschi e +4,6% nelle femmine (entrambi i valori statisticamente significativi).

Nella valutazione dei dati di incidenza del melanoma della cute va considerato, ai fini della programmazione sanitaria, che i casi di incidenza rilevati dai Registri Tumori sono sottostimati in quanto non includono (come da regole internazionali di registrazione) i melanomi in situ ed i melanomi superficiali di piccole dimensioni che vengono asportati e molto spesso non sottoposti ad esame istopatologico.

## **Mortalità**

Come in molti Paesi Occidentali, anche in Italia ed in Campania, a fronte di un aumento notevole dell'incidenza, la mortalità è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo.

La stima al 2022 dei decessi per Melanoma della cute in Europa<sup>1</sup> è di un ASR di mortalità di 4,6 per 100.000 nei maschi e 2,6 per 100.000 nelle donne con un numero totale di decessi stimato di 16.736 (9.663 maschi e 7.073 donne). In Italia<sup>5</sup>, per il 2022, sono stati stimati 14.900 decessi per melanoma della cute (7.000 uomini e 7.900 donne). La stima in Campania<sup>3</sup> al 2025 indica un ASR di mortalità di 3,5 per 100.000 negli uomini e 2,1 per 100.000 nelle donne.

Il trend temporale di mortalità in Italia<sup>4</sup>, per il periodo 2008/2017 maschi + femmine, evidenzia un andamento costante, con APC di +1,9 non statisticamente significativo; in Campania<sup>3</sup>, per il periodo 2010/2019, il trend mostra un andamento costante nei maschi con APC non statisticamente significative, ed in decremento per le donne con APC di -5,3 statisticamente significativa.

---

<sup>3</sup> Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013) - <http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/registro-regionale-tumori>

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> I numeri del cancro in Italia 2024 – AIOM -AIRTUM, *Intermedia Editore*

## Sopravvivenza

La sopravvivenza netta in Italia per melanoma della cute<sup>6</sup> a 5 anni dalla diagnosi, per il periodo di incidenza 2013/2017, è pari all'87,6% nei maschi ed al 89,7% nelle donne.

## Melanoma Cutaneo Familiare e/o Multiplo

Circa il 10% (8-12%) dei pazienti affetti da melanoma presenta almeno un familiare di primo grado affetto da tale patologia; in circa il 20% (15-40%) dei casi familiari è presente almeno una variante patogenetica germinale in geni di suscettibilità al melanoma. **Nel 2% dei casi i geni interessati sono CDKN2A**, che codifica per 2 proteine deputate al controllo del ciclo cellulare: p16 e p14, e CDK4, che altera il sito d'interazione con la proteina p16, con conseguente de-regolazione del ciclo cellulare. La probabilità di riscontrare una variante patogenetica nel gene CDKN2A aumenta in base al numero di soggetti affetti in famiglia (fino al 72% in famiglie con più di 4 soggetti affetti) e in base al numero di melanomi sviluppati per singolo paziente (**fino al 18% in pazienti che hanno sviluppato più di tre melanomi**), per cui anche in caso di melanoma multiplo dovrebbe essere proposto il test genetico per la valutazione dello stato mutazionale di CDKN2A, indipendentemente dalla storia familiare.

Negli ultimi anni, inoltre, in circa il 10% dei casi familiari, sono stati identificati nuovi geni di suscettibilità al melanoma e a sindromi tumorali ad esso correlate (POT1, BAP1, MITF, ACD, TER2IP). L'identificazione di pazienti con variante patogenetica germinale predisponente al melanoma indirizza a percorsi di prevenzione primaria e secondaria. Il counseling oncogenetico, finalizzato al test genetico per sospetta predisposizione ereditaria, andrà pertanto proposto a:

- Pazienti affetti da melanoma cutaneo con storia familiare positiva per melanoma cutaneo (cioè presenza di almeno due membri tra parenti di primo/secondo grado, di cui almeno uno con età di diagnosi entro i 60 anni);
- Pazienti con storia personale di melanoma cutaneo multiplo: diagnosi di almeno 2 melanomi cutanei, di cui la prima entro i 60 anni;
- Pazienti con storia personale/familiare di Melanoma cutaneo e adenocarcinoma pancreatico, melanoma uveale, mesotelioma pleurico o peritoneale, neoplasie renali, melanocitoma con inattivazione di BAP1, per un totale di almeno due diagnosi oncologiche.

---

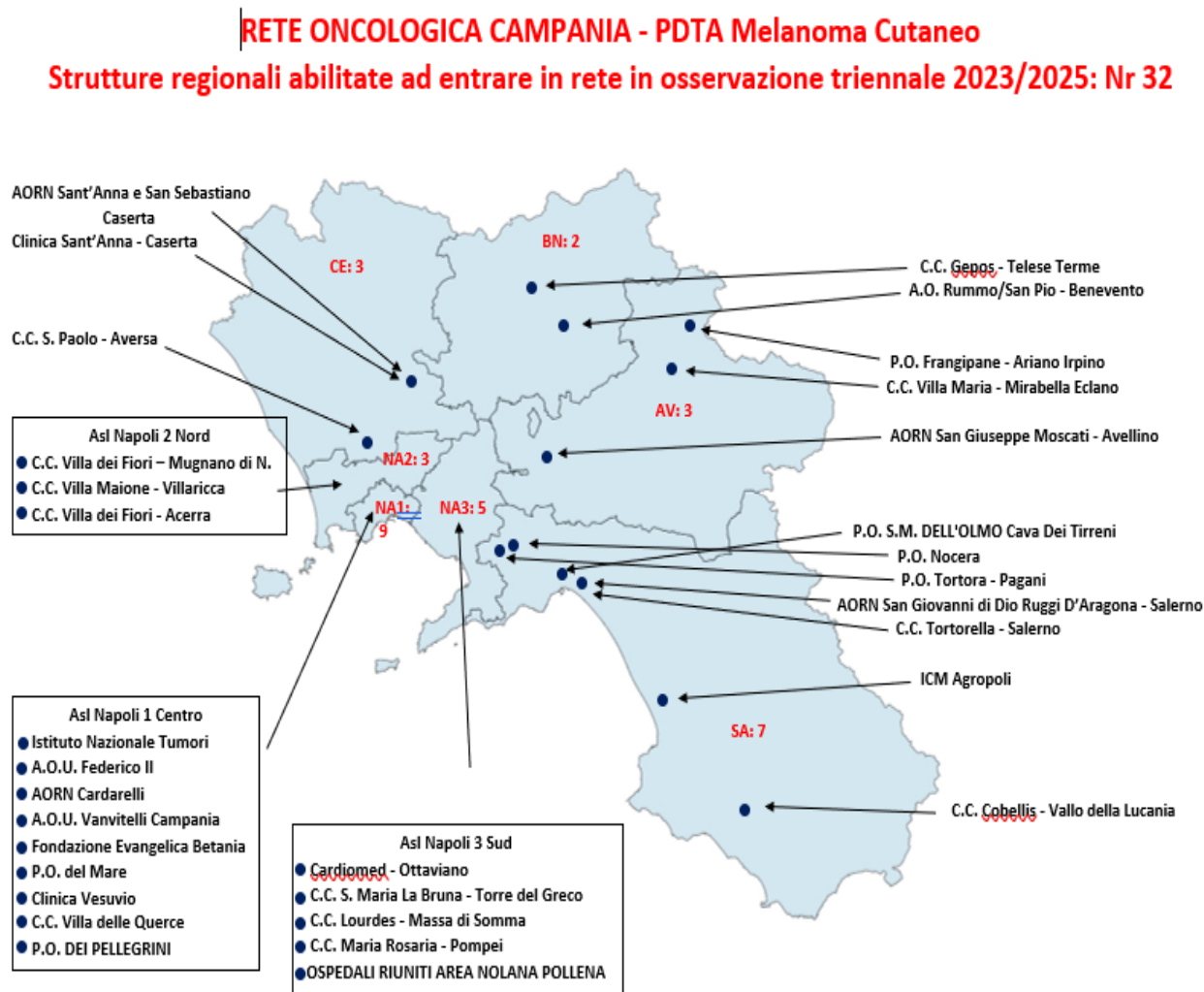
<sup>6</sup> Cancer survival in Italian patients diagnosed between 2008 and 2017 - Airtum – in press Cancer Epidemiology 2025

## Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

La mobilità passiva dei residenti in Campania per chirurgia del melanoma della cute è in assoluto la più bassa tra le neoplasie nell'ambito della Rete Oncologica Regionale; inoltre, la stessa mobilità passiva è continuata a decrescere nel tempo: 6,9% nel periodo pre-Covid (triennio 2017/2019), 6,5% nel 2020, 4,7% nel 2021 e 5,5% nel 2022.

La Rete Oncologica Regionale<sup>7</sup> tutt'ora riconosce 32 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 melanomi della cute.

Si riporta di seguito la mappa regionale riferita all'attuale distribuzione delle strutture abilitate alla chirurgia dei melanomi della cute sul territorio regionale.



<sup>7</sup> Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania – DGRG 477 del 04/11/2021- DGRC 798 del 29/12/2023

**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**

- Percorso per segmentazione nella fase diagnostica iniziale promosso dal MMG
- Percorso terapeutico per persone con neoplasia accertata
- Follow-up post chirurgia

### **PERCORSO PER SEGMENTAZIONE NELLA FASE DIAGNOSTICA INIZIALE**

#### **MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)**

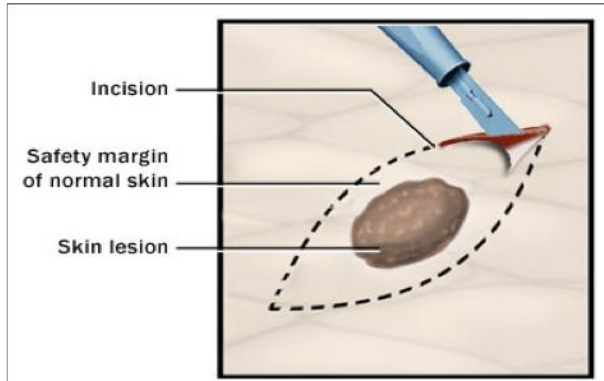
Il Medico di Medicina Generale (MMG) invia il soggetto allo Specialista (Dermatologo); l'invio può avvenire anche da uno specialista che opera all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Indicazioni ad eseguire la visita dermatologica con dermoscopia sono il riscontro di una lesione clinicamente sospetta ed evidenziata con i criteri dell'ABCDE (A=asimmetria, B=bordi irregolari, C=colore disomogeneo, D=dimensioni >6mm, E=evoluzione) oppure la presenza di nevi associata a fattori di rischio (storia personale o familiare di melanoma, nevi multipli, numerosi e/o clinicamente atipici, fototipo chiaro, scottature in età infantile).

#### **FOLLOW-UP DERMATOSCOPICO**

Il follow-up dermatologico con eventuale dermoscopia va eseguito almeno ogni 12 mesi. In generale, le lesioni che dovrebbero essere sottoposte a monitoraggio nel tempo sono quelle solo lievemente atipiche, piane e non rilevate, senza storia di variazioni morfologiche e che non presentano criteri melanoma-specifici. Solo in caso di neoformazioni cutanee prive di caratteristiche dermoscopiche di melanoma o altri tumori cutanei, ma clinicamente fortemente sospette, è possibile effettuare una valutazione diagnostica con tecnica di microscopia a riflettanza confocale. Il follow-up non dovrebbe mai essere eseguito per le lesioni nodulari che presentano caratteri di atipia, data l'impossibilità di escludere con certezza una diagnosi di melanoma nodulare. In questi casi, infatti, è sempre consigliata l'asportazione chirurgica

## BIOPSIA

L'escissione della lesione sospetta deve essere eseguita nelle strutture regionali identificate in modo da assicurare la corretta e appropriata processazione e lettura anatomo-patologica. Preferenzialmente l'escissione deve avere margine di 2 mm di cute sana ed essere estesa al grasso sottocutaneo.



### Tecnica della biopsia escissionale di nevo con atipie.

L'orientamento della losanga deve essere longitudinale a livello degli arti, in modo da prevenire alterazioni del decorso linfatico (biopsia del linfonodo sentinella) ed evitare, al contempo, chiusure complesse al momento della radicalizzazione. L'orientamento deve, invece, essere lungo le linee di forza cutanee a

livello della testa, del collo e del tronco per facilitare l'eventuale radicalizzazione, senza interferire sull'accuratezza della biopsia del linfonodo sentinella.

In caso di lesioni molto voluminose o a sede difficile (volto, letto ungueale) trova indicazione una biopsia incisionale o punch.

L'escissione associata a qualunque tipologia ricostruttiva deve essere, nei limiti del possibile, evitata, poiché potrebbe interferire con un'eventuale indicazione alla biopsia del linfonodo sentinella. In lesioni pigmentate francamente neoplastiche è possibile proporre la biopsia del linfonodo sentinella al momento dell'escissione della lesione primitiva.

### MELTUMP (Melanocytic Tumors of Uncertain Malignant Potential)

Con tale termine viene indicato un gruppo eterogeneo di lesioni melanocitarie principalmente dermiche con caratteristiche morfologiche ambigue, che presentano caratteristiche di atipia, non sufficienti tuttavia a porre una diagnosi certa di malignità<sup>8</sup>. In tale categoria vengono comprese entità come il tumore di Spitz atipico, il nevo penetrante profondo, il nevo blu cellulare atipico. Si tratta di un gruppo di lesioni di difficile interpretazione anche per patologi esperti. Nei casi di maggior complessità può essere indicato l'utilizzo di metodiche di ibridazione in situ fluorescente (FISH) a supporto della diagnosi morfologica e l'acquisizione di un secondo parere. Per queste lesioni

<sup>87</sup> Elder De, Xu X. The approach to the patient with a difficult melanocytic lesion. Pathology 36:428-434, 2004

l'indicazione al tipo di chirurgia da eseguire (allargamento/biopsia linfonodo sentinella) deve essere decisa sulla base della clinica (sede, età del paziente) e dopo discussione del caso con il patologo di riferimento.

### **STADIAZIONE AJCC DEL MELANOMA CUTANEO 2017 8° Edizione**

Nella nuova classificazione AJCC (American Joint Committee on Cancer) del melanoma, lo spessore di Breslow e la presenza o meno di ulcerazione costituiscono i parametri isto-prognostici fondamentali per la definizione del tumore primitivo. Lo spessore secondo Breslow deve essere arrotondato al decimo di millimetro (0,1 mm) più vicino (ad esempio, melanomi di spessore compreso tra 0,75 e 0,84 devono refertati con spessore pari a 0,8 mm oppure melanomi di spessore compreso tra 0,95 mm e 1,04 mm devono essere refertati con spessore pari a 1,0 mm). Tx indica spessore secondo Breslow non valutabile, T0 indica la condizione di non evidenza di un tumore primario (paziente che si presenta con metastasi linfonodali in assenza di melanoma primitivo riconosciuto) mentre Tis indica un melanoma in situ. Non sono più utilizzati i termini “micrometastasi” o “macrometastasi” mentre si fa riferimento a malattia “clinicamente occulta” oppure “documentata clinicamente”. Si sottolinea che il carico di malattia (cosiddetto “tumor burden”) nel linfonodo sentinella non è utilizzato per la sotto-classificazione della categoria N. I satelliti sono definiti come metastasi cutanee e/o sottocutanee riconosciute clinicamente localizzate entro 2 cm dal melanoma primitivo. Le metastasi in transit sono definite come metastasi dermiche e/o sottocutanee clinicamente evidenti poste ad una distanza >2 cm dal melanoma primitivo, nella regione compresa tra il tumore primitivo ed il primo bacino di linfonodi loco-regionali. La classificazione vigente è allegata alla fine del presente PDTA.

La tabella 1 riassume gli esami di stadiazione per il melanoma localizzato.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
Biopsia escissionale	appropriata
Ecografia dei tessuti sottocutanei	appropriata
Ecografia delle stazioni linfonodali	appropriata
Ecografia addome	appropriata
TAC Total-body con e senza mdc	Appropriata in casi selezionati
PET-TAC total-body con FDG	Appropriata in casi selezionati
RMN cerebrale con mdc	Appropriata in casi selezionati

La tabella 2 riassume gli esami di stadiazione per il melanoma localmente avanzato (IIIB-IIID).

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
--------------------	----------------

Ecografia dei tessuti sottocutanei con agoaspirato/FNAB	appropriata
Ecografia delle stazioni linfonodali	appropriata
Ecografia addome	Appropriata in casi selezionati
TAC Total-body con e senza mdc	Appropriata
PET-TAC total-body con FDG	Appropriata in casi selezionati
RMN cerebrale con mdc	Appropriata in casi selezionati
Scintigrafia ossea	Appropriata in casi selezionati

La tabella 3 riassume gli esami di stadiazione per il melanoma metastatico.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
Ecografia dei tessuti sottocutanei con agoaspirato/FNAB	Appropriata in casi selezionati
Ecografia delle stazioni linfonodali	appropriata
Ecografia addome	Appropriata in casi selezionati
TAC Total-body con e senza mdc	Appropriata
PET-TAC total-body con FDG	Appropriata in casi selezionati
RMN cerebrale con mdc	Appropriata in casi selezionati
Scintigrafia ossea	Appropriata in casi selezionati

## **COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI**

È diritto del paziente, una volta ritirato il referto istologico, essere informato sulla relativa diagnosi. Nel contesto del PDTA la comunicazione sulla positività del referto istopatologico per melanoma cutaneo dovrebbe essere effettuata dallo specialista che ha in carico il paziente (dermatologo, chirurgo o oncologo). Il medesimo referente, costituisce il punto d'accesso alla Rete oncologica, e si fa carico della richiesta degli esami di stadiazione per il tumore, oltre che attivare il percorso secondo il PDTA condiviso.

## **PERCORSO TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA ACCERTATA**

### **RADICALIZZAZIONE**

L'intervento di radicalizzazione prevede l'asportazione di cute e sottocute fino al piano fasciale che deve essere preservato se non infiltrato, con margini di escissione diversi a seconda dello spessore del tumore primitivo:

- Melanoma in situ: 0,5 cm
- Melanoma  $\leq 2$  mm: 1 cm
- Melanoma 2,01-4 mm: 2 cm
- Melanoma  $>4$  mm: 2 cm

L'ampiezza di escissione può essere ridotta in sedi particolari (ad esempio volto, orecchio e dita) dove un'exeresi allargata comporterebbe esiti invalidanti da un punto di vista estetico e/o funzionale. Non esistono limiti temporali all'esecuzione dell'intervento di ampliamento, tuttavia sarebbe preferibile effettuarlo nei primi 90 giorni dalla diagnosi della lesione primitiva.

### **BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA**

Indicazione: la biopsia del linfonodo sentinella è altamente raccomandata nei pazienti con lesioni a rischio intermedio (spessore di Breslow 0,8-4 mm) e trova indicazione anche nei melanomi spessi ( $>4$  mm) allo scopo di una più accurata stadiazione e di facilitare il controllo loco-regionale della malattia. Inoltre, la biopsia del linfonodo sentinella può essere presa in considerazione nel melanoma sottile ( $<0.8$  mm) in presenza di fattori isto-prognostici di rischio (ulcerazione o regressione superiore al 75%). In accordo con le linee guida AIOM si raccomanda di riportare nel referto anatomico-patologico la presenza di regressione (in fase intermedia o tardiva) estesa ( $\geq 75\%$ ) in estensione orizzontale, secondo il protocollo proposto dal College of American Pathologists - CAP nel 2017 (29).

- Esame istologico: per la valutazione isto-patologica del linfonodo sentinella si rimanda alle Raccomandazioni IMI-SIAPEC ([www.siapec.it](http://www.siapec.it)).

La biopsia del linfonodo sentinella va eseguita contestualmente all'intervento di radicalizzazione. Prevede l'esecuzione di una linfoscintigrafia pre-operatoria, eseguita la mattina dell'intervento, preferenzialmente associata all'iniezione di un colorante vitale pre-operatorio. L'incisione chirurgica deve essere sempre orientata prevedendo la possibilità di dovere eseguire successivamente lo svuotamento linfonodale. Il reperimento del linfonodo sentinella è reso possibile dall'uso intra-operatorio di una sonda per radioisotopi e dalla visualizzazione del colorante vitale. Devono essere asportati tutti i linfonodi colorati e/o con una radio emittenza superiore al 10% rispetto a quella misurata ex-vivo sul linfonodo più radio emittente tra quelli asportati. L'uso del colorante vitale, che può comportare un effetto "tatuaggio" e raramente reazioni allergiche, è sconsigliato quando il tumore primitivo si presenta in sedi con particolare valore estetico (cuoio capelluto, faccia) e nelle donne in gravidanza. Non esistono limiti temporali all'esecuzione della biopsia del linfonodo sentinella, tuttavia sarebbe preferibile effettuarlo nei primi 90 giorni dalla diagnosi della lesione primitiva.

## **VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (VM)**

Il gruppo multidisciplinare deve essere composto come minimo dalle seguenti professionalità: chirurgo (con esperienza nel trattamento chirurgico del melanoma), radiologo, patologo, oncologo medico, radioterapista e case manager. Il case manager garantisce il rispetto delle tempistiche pianificate/previste nel PDTA in tutte le varie fasi della malattia, ed è punto di riferimento per il paziente. Opzionale la presenza di un dermatologo. Il meeting è il momento in cui avviene la discussione multidisciplinare dei casi clinici riferiti dai diversi centri della ROC, con l'intento di definire la diagnosi e lo stadio della malattia, cui segue la formulazione della strategia terapeutica con indicazioni precise sull'approccio chirurgico, radioterapico, sulle terapie oncologiche sistemiche con valutazione della relativa risposta, sugli eventuali approcci riabilitativi, cure simultanee, di supporto e di follow-up, in rapporto a linee guida condivise. Il team fornisce inoltre secondi pareri su richiesta dei medici curanti.

Gli incontri multidisciplinari settimanali prevedono l'utilizzo di un formato attraverso il quale condividere per via telematica le informazioni essenziali sul paziente, prima della riunione, e le successive decisioni e costituirà il data base di raccolta dati di tutti i pazienti che verranno via via discussi in riunione multidisciplinare. Lo stesso database potrà costituire l'elemento di verifica del numero di pazienti proposti in discussione, delle unità operative di afferenza dei pazienti, delle caratteristiche dei pazienti, delle decisioni prese e dell'eventuale scostamento dalle decisioni stesse nel percorso terapeutico del paziente. Tali informazioni saranno trascritte come esito della discussione multidisciplinare in cartella clinica da parte del medico referente del paziente o del case manager, e comunicate al paziente e al medico curante. Il gruppo multidisciplinare può inoltre avvalersi delle figure professionali, laddove presenti, di nutrizionisti e psico-oncologi dedicati che pianificheranno contatti e visite durante il percorso di presa in carica, con cadenza decisa di volta in volta dagli stessi specialisti.

## **LINFADENECTOMIA RADICALE**

La dissezione linfonodale di completamento, in caso di positività del linfonodo sentinella, non dovrebbe essere presa in considerazione come opzione di prima intenzione. Infatti, alla luce dei risultati di trial randomizzati, la dissezione linfonodale di completamento non modifica la sopravvivenza anche se il rischio di residuo di malattia linfonodale è di circa il 20%. In questi pazienti, in occasione del GOM, si illustrano dettagliatamente le motivazioni per evitare l'ulteriore trattamento chirurgico ed intraprendere l'eventuale terapia adiuvante. L'indicazione chirurgica potrà

essere riconsiderata nel corso dei controlli successivi, nel caso in cui ci sia una recidiva linfonodale, sia in corso di terapia adiuvante, sia successivamente in qualunque momento del follow-up, o in caso di sospensione del trattamento adiuvante per tossicità.

In caso di metastasi ai linfonodi regionali clinicamente evidenti (esame obiettivo/ ecografia/ TAC) e confermate da prelievo citologico (anche se la sede del primitivo è ignota), la linfectomia radicale upfront o dopo terapia neoadiuvante, è indicata in tutti i casi. L'estensione della dissezione è in rapporto alla regione anatomica da esplorare; il numero dei linfonodi esaminati definisce l'adeguatezza della dissezione stessa e la conseguente valutazione patologica. È consigliabile eseguire la dissezione linfonodale con l'uso del dissettore a radiofrequenza, che consenta una evidente riduzione della produzione post-operatoria di siero ed una ridotta permanenza del drenaggio post-operatorio.

### Linfonodale cervicale

In caso di metastasi clinicamente evidenti è indicata l'asportazione dei linfonodi di I-V livello con asportazione della parotide solo se clinicamente coinvolta. Nel caso di metastasi ai linfonodi cervicali dopo biopsia del linfonodo sentinella, la linfadenectomia deve essere selettiva, con l'asportazione dei livelli linfonodali in base alla sede del primitivo, alla sede del linfonodo sentinella e tenendo in considerazione il drenaggio linfatico evidenziato alla linfo-scintigrafia.

Limiti:

- posteriore: margine anteriore del trapezio
- anteriore: linea mediana del collo
- superiore: margine inferiore della mandibola
- inferiore: clavicola

Incisione a Y lungo il corpo dello sternocleidomastoideo, fino all'estremità mediale della clavicola. Dal terzo medio di essa, si diparte una seconda incisione orizzontale, obliqua in alto, fino a 2 cm dalla sinfisi mentoniera; allestimento dei tre lembi cutanei; la dissezione linfonodale inizia a livello dell'estremità inferiore del muscolo sternocleidomastoideo, retratto posteriormente, e procede prossimalmente lungo i grossi vasi del collo, risparmiando la vena giugulare interna ed il nervo accessorio spinale, che decorre sulla superficie profonda del capo superiore del muscolo sternocleidomastoideo; la dissezione prosegue in senso anteriore rimuovendo i linfonodi del triangolo sottomandibolare. Nel caso di melanoma in cui sia indicata la parotidectomia superficiale si completa lo svuotamento con i seguenti tempi chirurgici:

- prolungamento dell'incisione cutanea in regione antitragica
- isolamento del tronco del facciale e creazione del piano di clivaggio tra tessuto parotideo e rami nervosi

- asportazione del lobo superficiale e della parotide

### Linfonodale ascellare

Per l'ascella la linfadenectomia deve comprendere il I, II e III livello linfonodale.

Limiti:

- superiore: muscolo succlavio
- inferiore: nervo toracico lungo, all'ingresso del dentato anteriore
- posteriore: margine anteriore del muscolo grande dorsale
- anteriore: margine laterale del muscolo grande pettorale

Incisione orizzontale della cute dal pilastro ascellare anteriore a quello posteriore. Allestimento dei lembi cutanei fino al piano fasciale, secondo i limiti dello svuotamento. Linfadenectomia del I, II, e III livello in blocco con il muscolo piccolo pettorale, rispettando i nervi toracico lungo e toraco-dorsale.

### Linfonodale inguino-iliaco-otturatorio

Per l'inguine la linfadenectomia prevede l'asportazione dei linfonodi inguinali, iliaci esterni ed otturatorio.

Tempo inguinale

Limiti:

- superiore: fascia del muscolo obliquo esterno
- inferiore: apice del triangolo di Scarpa
- mediale: margine del muscolo adduttore lungo della coscia
- laterale: margine del muscolo sartorio

Incisione della cute a losanga, 5 cm sopra la spina iliaca anteriore-superiore fino all'apice del triangolo di Scarpa, a 10-12 cm dal legamento inguinale. Allestimento dei lembi cutanei fino al piano fasciale. Isolamento, legatura e sezione della vena grande safena al vertice inferiore del triangolo di Scarpa ed alla giunzione safeno-femorale. Legatura e sezione di tutte le collaterali dei vasi femorali, fino ad isolare l'arteria, la vena. Asportazione dei linfonodi superficiali e profondi.

Tempo iliaco-otturatorio

Limiti:

- superiore: biforcazione dell'arteria iliaca comune
- inferiore: linfonodo di Cloquet
- mediale: fossa otturatoria

Sezione del legamento inguinale e della parete muscolare a 3 cm dalla spina iliaca anteriore superiore, per un tratto di circa 10 cm, in verticale. Legatura e sezione dei vasi epigastrici e circonflessi interni. Linfadenectomia iliaca esterna (arteria e vena), a partire dall'incrocio dell'uretere, per via extraperitoneale. Linfadenectomia otturatoria.

Le linfadenectomie per melanoma devono essere sottoposte a controllo di qualità attraverso la verifica puntuale e periodica del numero di linfonodi asportati. Il numero minimo di linfonodi dopo linfadenectomia radicale per melanoma raccomandato per sede è riportato di seguito.

Linfadenectomia Ascellare	Linfadenectomia Cervicale		Linfadenectomia Inguino-iliaco-otturatoria
	≤3 livelli	>4 livelli	
12	7	14	13

Se nel corso dei controlli post-operatori immediati o di follow-up avviene il riscontro di un sospetto o iniziale linfedema degli arti è indicata una visita fisiatrice per definire una eventuale presa in carico riabilitativa.

La presa in carico riabilitativa in presenza di linfedema include una prima fase di diagnosi clinica ed eventualmente strumentale per definirne lo stadio ed escludere l'eventuale presenza di altre complicanze. La fase terapeutica riabilitativa si avvale della conoscenza di norme igienico comportamentali e posturali e di un trattamento riabilitativo specifico che consiste in cicli di 10 sedute di linfo-drenaggio manuale, a cadenza quotidiana, sempre abbinato a bendaggio.

A questo si associa sempre la prescrizione di un tutore elastocompressivo di almeno II classe, da indossare tutto il giorno. I cicli di terapia riabilitativa potranno essere ripetuti ciclicamente ove necessario.

## VALUTAZIONE CITO/ISTOLOGICA E MOLECOLARE

In caso di sospetto linfonodo metastatico è indicato il prelievo citologico sotto guida ecografica. Anche in caso di sospetta recidiva di pregresso melanoma o di sospetta metastasi a distanza, a scopo diagnostico può essere sufficiente una agobiopsia percutanea eco-guidata o TAC-guidata.

In presenza di malattia in stadio III o in stadio IV devono essere eseguite le indagini molecolari necessarie per la pianificazione del trattamento terapeutico. L'analisi mutazionale dei geni B-RAF, N-RAS e C-KIT, deve essere eseguita secondo le raccomandazioni recentemente elaborate dal gruppo lavoro AIOM - SIAPEC-IAP ([www.aiom.it](http://www.aiom.it)). Nei casi di malattia avanzata si raccomanda la valutazione dello stato di PDL1 in considerazione della possibilità terapeutica di combinazione con nivolumab e ipilimumab o nivolumab e relatlimab.

## **TERAPIA MEDICA SETTING ADIUVANTE**

Stadio I (T1a/b e T2a) e Stadio IIA (T2b e T3a): non è consigliato un trattamento adiuvante considerata la sostanziale buona prognosi della malattia.

Stadio IIB-IIC (T3b e T4a-T4b): dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione terapeutica una terapia adiuvante della durata di 12 mesi con pembrolizumab (approvazione EMA e rimborsabilità AIFA in base ai risultati dello studio di Fase 3 KEYNOTE-716, Determina n. 476/2023 della GU Serie Generale n.166 del 18-07-2023) o con Nivolumab (approvazione EMA e rimborsabilità AIFA in base ai risultati dello studio di Fase 3 CHECKMATE 76 K, Determina n. 267/2025 della GU Serie Generale n.69 del 24-03-2025), dopo una discussione dettagliata con il paziente per valutare i pro e i contro dei benefici della terapia e dopo un'attenta valutazione dei fattori clinici, tra cui età, performance status, potenziale riproduttivo, storia personale/familiare di malattie autoimmuni e compliance in caso di insorgenza di tossicità immuno-correlata.

Stadio IIIA-C: dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione terapeutica una terapia adiuvante della durata di 12 mesi (con dabrafenib/trametinib o nivolumab o pembrolizumab in presenza della mutazione del gene BRAF, oppure con nivolumab o pembrolizumab in caso di pazienti con BRAF wild type). Nei pazienti con melanoma in stadio IIIA il trattamento adiuvante deve essere preso in considerazione solo se con metastasi al linfonodo sentinella di almeno 1 mm, dopo un'attenta discussione con il paziente.

Stadio IV resecato NED: dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione terapeutica una terapia adiuvante con nivolumab della durata di 12 mesi.

È stato inoltre recentemente istituito, ai sensi della legge n. 648/1996, il trattamento con Pembrolizumab 200mg, per il trattamento neoadiuvante e a seguire adiuvante (per un anno di terapia) di pazienti adulti con melanoma, resecabile e clinicamente rilevabile, stadi IIB, IIC e IID (Determina n. 73/2025 della GU Serie Generale n.69 del 24-03-2025).

Per tutti gli stadi va valutata come opzione, quando disponibile, la proposta di partecipazione a uno studio clinico controllato.

## **TERAPIA MEDICA SETTING INOPERABILE/METASTATICO**

- Nei pazienti affetti da melanoma inoperabile o metastatico (stadio IIC o IV) in presenza di mutazione

V600 le possibilità terapeutiche sono le seguenti:

- Combinazione di farmaci target inibitori B-RAF e MEK;
  - Combinazione di immunoterapia ipilimumab e nivolumab in caso di metastasi encefaliche asintomatiche o PDL1 < 1%;
  - Combinazione di immunoterapia con nivolumab e relatlimab in caso di espressione di PDL1 < 1%.
  - Mono-immunoterapia con nivolumab o pembrolizumab;
  - Chemioterapia a progressione da farmaci target (BRAF/MEK inibitori) e immunoterapia. Le possibili opzioni di trattamento prevedono l'utilizzo di dacarbazina, temozolomide o fotemustina in monoterapia oppure, in casi selezionati, di regimi polichemioterapici (carboplatino-paclitaxel).
- Nei pazienti affetti da melanoma inoperabile o metastatico (stadio IIIC o IV) in assenza di mutazione V600 le possibilità terapeutiche sono le seguenti:
    - Combinazione di immunoterapia ipilimumab e nivolumab in caso di metastasi encefaliche asintomatiche o PDL1 < 1%;
    - Combinazione di immunoterapia con nivolumab e relatlimab in caso di espressione di PDL1 < 1%.
    - Mono-immunoterapia con nivolumab o pembrolizumab;
    - Chemioterapia a progressione da immunoterapia. Le possibili opzioni di trattamento prevedono l'utilizzo di dacarbazina, temozolomide o fotemustina in monoterapia oppure, in casi selezionati, di regimi polichemioterapici (carboplatino-paclitaxel).

*Va sempre valutata come opzione, quando disponibile, la proposta di partecipazione a uno studio clinico.*

**Dacarbazina**

250 mg/m<sup>2</sup>/die ev g 1-5 ogni 21 giorni

1000 mg/m<sup>2</sup> ev g1 ogni 21 giorni (possibile schema a 850 mg/m<sup>2</sup> ev g1 ogni 21 giorni da considerare in base alle condizioni cliniche del paziente)

**Temozolomide**

Temozolomide 200mg/m<sup>2</sup> die per os g1-5 ogni 28 giorni

<p><b>Fotemustina</b></p> <p>100 mg/m<sup>2</sup> g1 ogni 7 giorni per 3 settimane seguita da pausa di 5 settimane e successivamente 100 mg/m<sup>2</sup> ev g 1 ogni 21 giorni</p>
<p><b>Carboplatino-Paclitaxel</b></p> <p>AUC 6 ev g1 + <b>Paclitaxel</b> 175mg/m<sup>2</sup> g1 ogni 21 giorni</p>
<p><b>Cisplatino</b> 20 mg/m<sup>2</sup>/die ev g 1-4 e 22-25 + <b>Vinblastina</b> 2 mg/m<sup>2</sup>/die ev g 1-4 e 22-25 + <b>Dacarbazina</b> 800/m<sup>2</sup> ev g 1,22 ogni 6 settimane</p>
<p><b>Ipilimumab</b></p> <p>3 mg/kg ev g1 ogni 21 giorni per 4 cicli</p>
<p><b>Nivolumab</b></p> <p>3 mg/Kg ev g1 ogni 14 giorni oppure 240 mg ev g1 ogni 14 giorni oppure 480 mg ev g1 ogni 28 giorni</p>
<p><b>Pembrolizumab</b></p> <p>2 mg/Kg ev g1 ogni 21 giorni oppure 200 mg ev g1 ogni 21 giorni</p>
<p><b>Nivolumab + Ipilimumab</b></p> <p>Nivolumab 1 mg/Kg ev g1 + Ipilimumab 3 mg/kg ev g1 ogni 21 giorni per 4 cicli e successivamente Nivolumab 240 mg ev g1 per primo ciclo, seguito a 3 settimane da Nivolumab 480 mg ogni 21 giorni</p>
<p><b>Nivolumab + Relatlimab</b></p> <p>Nivolumab 480 mg ev g1 + 160 mg g1 ogni 28 giorni</p>
<p><b>Vemurafenib + Cobimetinib</b></p> <p>960 mg x 2/die per os + Cobimetinib 60 mg/die per os gg 1-21 ogni 28 giorni</p>
<p><b>Dabrafenib + Trametinib</b></p> <p>150 mg x2/die per os + Trametinib 2 mg/die per os</p>
<p><b>Encorafenib + Binimetinib</b></p> <p>450 mg/die per os + Binimetinib 45 mg x2/die per os</p>

## TRATTAMENTO DELLE LESIONI IN TRANSITO

### Chirurgia radicale

La chirurgia radicale delle lesioni in transito trova indicazione in caso di un numero limitato di metastasi operabili conservativamente e quando l'intervallo libero da malattia sia sufficientemente

lungo (3-4 mesi). Deve essere eseguita con margini istologicamente negativi. Nei casi di singola lesione cutanea o sottocutanea, può essere presa in considerazione la biopsia del linfonodo sentinella per l'elevata percentuale di metastasi linfonodali occulte (circa nel 50% dei casi).

### **Trattamenti locoregionali**

- L'elettro-chemioterapia trova indicazione nelle metastasi in transito, cutanee o sottocutanee degli arti (come alternativa alla perfusione ipertermica antiblastica in pazienti ad alto rischio chirurgico oppure come completamento dopo perfusione ipertermica antiblastica) e nelle metastasi localizzate e di numero limitato del tronco, capo e collo. Numerosi studi hanno dimostrato la sinergia con l'immunoterapia nel migliorare le risposte complete. L'elettro-chemioterapia è un trattamento che è eseguito in regime di ricovero ordinario in sedazione. Consiste nell'applicazione di un campo elettrico nel nodulo/noduli da trattare attraverso una sonda munita di aghi, seguita dalla somministrazione sistemica o direttamente nella lesione di un farmaco chemioterapico (Bleomicina) che viene assorbito all'interno della cellula neoplastica attraverso il meccanismo dell'elettroporazione. È una metodica con basso profilo di morbilità e ripetibile in più sedute. In presenza di pochi noduli e di piccole dimensioni i tassi di risposta sono superiori al 90%, con risposte complete nella metà dei casi.
- La radioterapia a scopo palliativo trova indicazione in caso di metastasi in transito non eleggibili per altri trattamenti loco-regionali. La Radioterapia è un trattamento eseguito in regime ambulatoriale.

## **TRATTAMENTO DELLE LESIONI METASTATICHE**

### **Chirurgia**

In considerazione dell'efficacia dell'immunoterapia e della terapia a bersaglio molecolare, il trattamento chirurgico delle metastasi viscerali trova indicazione con intento:

- **Curativo:** in casi selezionati con singola lesione metastatica ad un solo organo: singole lesioni polmonari, surrenaliche, spleniche;
- **Completamento:** chirurgia sulla malattia residua nell'ambito di un trattamento integrato;
- **Palliativo:** ad esempio per metastasi gastrointestinali sanguinanti o occludenti.

## **Radioterapia**

La scelta della tipologia di trattamento radiante delle metastasi si basa su diversi fattori:

- Sede, dimensione e numero di metastasi
- Stato della malattia extracranica (in caso di RT per lesioni encefaliche)
- Performance status
- Sintomatologia correlata alle metastasi
- Numero di organi coinvolti

La Radioterapia con intento ablativo o di aumento del controllo locale trova indicazione in caso di:

### - **Lesioni cerebrali**

La radioterapia stereotassica (SRS) dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione nel paziente con metastasi encefaliche con un numero di lesioni  $\leq 4$ , buon performance status (KPS  $\geq 70$ ) e malattia oligometastatica.

La radioterapia stereotassica (SRS) potrebbe essere presa in considerazione come prima opzione nel paziente con metastasi encefaliche con un numero da 5 a 10 e malattia oligometastatica in casi selezionati.

### - **Lesioni polmonari, linfonodali, surrenali, epatiche**

(la scelta di un trattamento stereotassico si basa sui criteri riportati in precedenza e su discussione multidisciplinare)

La Radioterapia con intento palliativo/sintomatico trova indicazione in caso di:

### - **Lesioni cerebrali**

Il trattamento radiante dell'encefalo in toto (WBRT) alla dose di 30 Gy in 10 frazioni o 20 Gy in 5 frazioni, trova indicazione nei pazienti con metastasi cerebrali multiple o interessamento leptomeningeo, per le quali non è indicata la SRS o la resezione chirurgica.

### - **Lesioni ossee**

in presenza di lesioni ossee sintomatiche (soprattutto vertebrali) o a rischio di frattura o con compressione midollare. Potrebbero essere utili schemi di ipofrazionamento usando un'alta dose per frazione ( $> 4$  Gy).

- **Lesioni linfonodali addominali/pelviche/mediastiniche:**

che possono provocare dolore da compressione o stasi linfatica. Potrebbero essere utili schemi di ipofrazionamento usando un'alta dose per frazione (> 4 Gy).

- **Lesioni cutanee-sottocutanee ulcerate sanguinanti**

Potrebbero essere utili schemi di ipofrazionamento usando un'alta dose per frazione (> 4 Gy).

## **VALUTAZIONE CURE SIMULTANEE**

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

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

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

- medico palliativista
- oncologo medico
- psicologo

## **FOLLOW-UP**

**La Tabella 4 riassume gli esami di follow-up per il melanoma in base alla stadiazione AJCC 8° edizione**

Stadio	Controllo clinico	Imaging	Visita dermatologica
<b>Stadio 0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non raccomandata (LG ESMO 2024, LG AIOM 2023)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non raccomandato (LG ESMO 2024, LG AIOM 2023)</li> </ul>	Visita dermatologica annuale o semestrale per lesioni cutanee, anche oltre 10 anni.
<b>Stadio IA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 6 mesi per i primi 5 anni</li> <li>Opzionale: ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opzionale: ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericatrizziale relative alla lesione primitiva in occasione del controllo clinico fino al 5° anno</li> <li>Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati.</li> </ul>	Visita dermatologica annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.
<b>Stadio IB-IIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 6 mesi per i primi 5 anni</li> <li>Ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericatrizziale ogni 6 mesi fino al 5° anno</li> <li>Ecografia addome ogni 12 mesi fino al 5° anno</li> <li>Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati</li> </ul>	Visita dermatologica annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.
<b>Stadio IIB-III operabile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 4 mesi per 2 anni</li> <li>Ogni 6 mesi per i successivi 3 anni</li> <li>Ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TC capo + body con mdc o TC/PET (in questo caso da integrare con TC capo o RMN encefalo con mdc + eventuale eco epatica) ogni 6 per 3 anni;</li> <li>Poi ogni 12 mesi fino al 5° anno</li> <li>Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericatrizziale ad ogni controllo clinico fino al 5° anno</li> <li>Opzionale: Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericatrizziale ad ogni controllo clinico fino al 10° anno</li> <li>Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati</li> </ul>	Visita dermatologica annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.
<b>Stadio III inoperabile-IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 3 mesi per 2 anni</li> <li>Ogni 6 mesi per i successivi 3 anni</li> <li>Ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TC capo + body con mdc o TC/PET (in questo caso da integrare con TC capo o RMN encefalo con mdc + eventuale eco epatica) ogni 3 mesi per 2 anni</li> <li>Poi ogni 6 mesi fino al 5° anno</li> <li>Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericatrizziale ad ogni controllo clinico fino al 5° anno</li> <li>Opzionale: Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericatrizziale ad ogni controllo clinico fino al 10° anno</li> <li>Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati</li> </ul>	Visita dermatologica annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.

## Procedura generale di funzionamento dei GOM

### Le attività del GOM

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

### **Primo contatto e presa in carico del paziente**

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

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

### **La riunione multidisciplinare**

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

### **Comunicazione al paziente**

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

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

### **Chiusura scheda - piattaforma ROC**

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Aggiornamento scheda chiusa in piattaforma ROC**

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

### **Ricerca Scheda Chiusa**

Effettuato l'accesso alla piattaforma ROC, è necessario cercare il paziente tra le schede chiuse. Per farlo, occorre aprire la sezione "Chiuse", che contiene l'elenco di tutti i pazienti che hanno completato il percorso GOM e per i quali è stata indicata ed effettuata la prima decisione terapeutica/assistenziale. Una volta aperta la lista delle schede dei pazienti chiusi, si può procedere con la ricerca del paziente. Per una ricerca più rapida ed efficace, si consiglia di utilizzare il Codice ROC o il Codice Fiscale.

### **Inserimento scheda aggiornata**

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

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

### **Continuità territoriale, Attivazione ADI**

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

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

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

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

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

## Servizi

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

- [Paziente](#)
- [Organi di rete](#)
- [Checklist Ingresso](#)
- [Allegati](#)
- [Servizi territoriali](#)
- [Chiusura](#)
- [Stampa](#)

Indirizzo diverso da residenza

\* Data presunta dimissione

\* Relazione Servizi  Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico

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

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19?

I conviventi sono stati vaccinati?

Altre infezioni in atto?

Se si, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

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

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

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

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

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

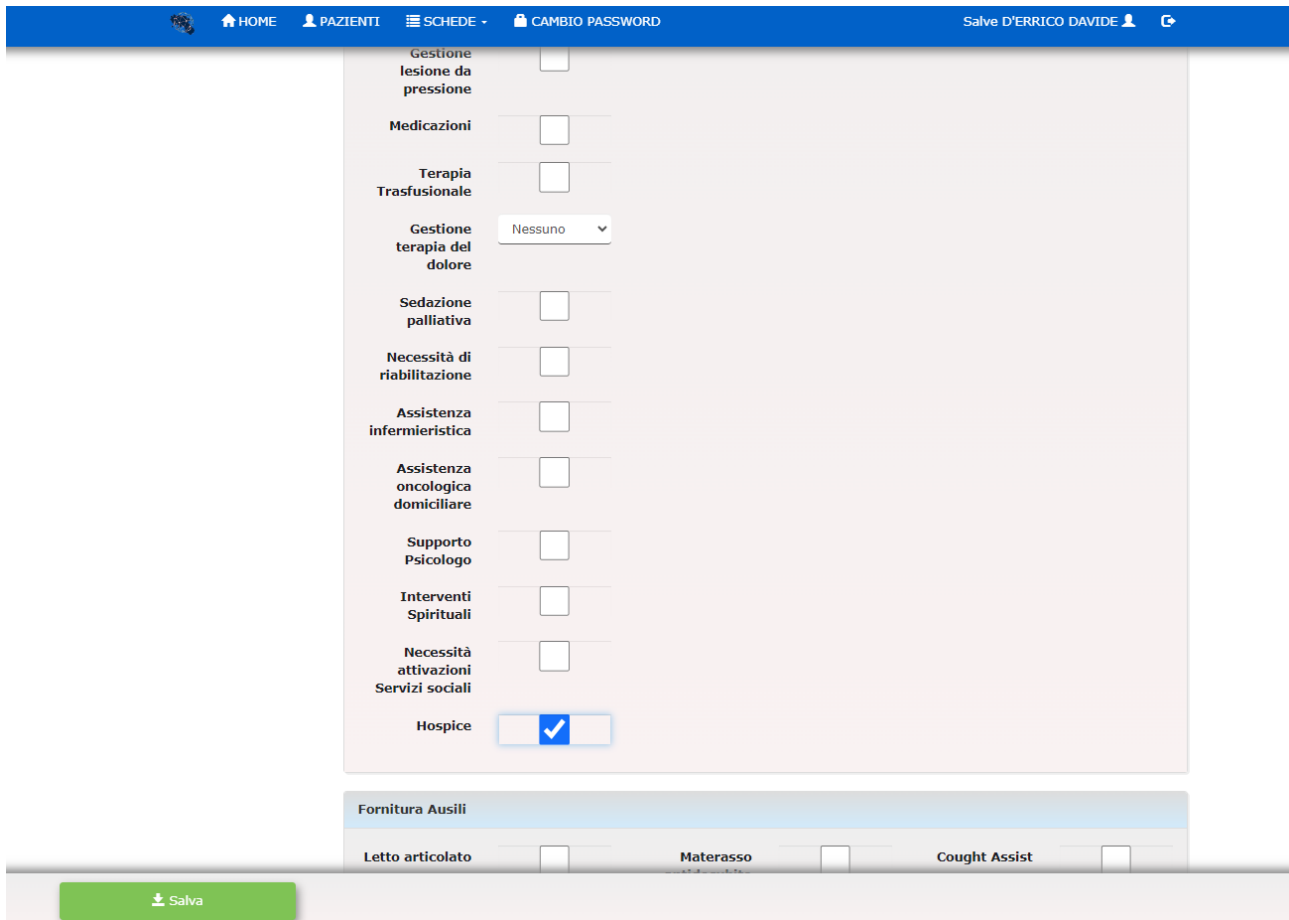
Interventi Spirituali

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"/>	<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Infarto miocardico-cardiopatia ischemica
<input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante periferica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ipertensione polmonare	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo venoso
<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale e altre aritmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Allungamento del tratto QT	
<input checked="" type="checkbox"/> Altro	<input type="text" value="Insufficienza valvolare mitralica di grado 1"/>		

---

Il paziente assume terapia cardiologica      Si       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-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 type="checkbox"/>

---

#### Comorbidità

CKD	<input type="checkbox"/>	BPCO	<input type="checkbox"/>	Diabete	<input type="checkbox"/>	Epatopatia	<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

## 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: Scegli file Nessun file selezionato

Invia

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: Scegli file Nessun file selezionato

Invia

## **CICERO**

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

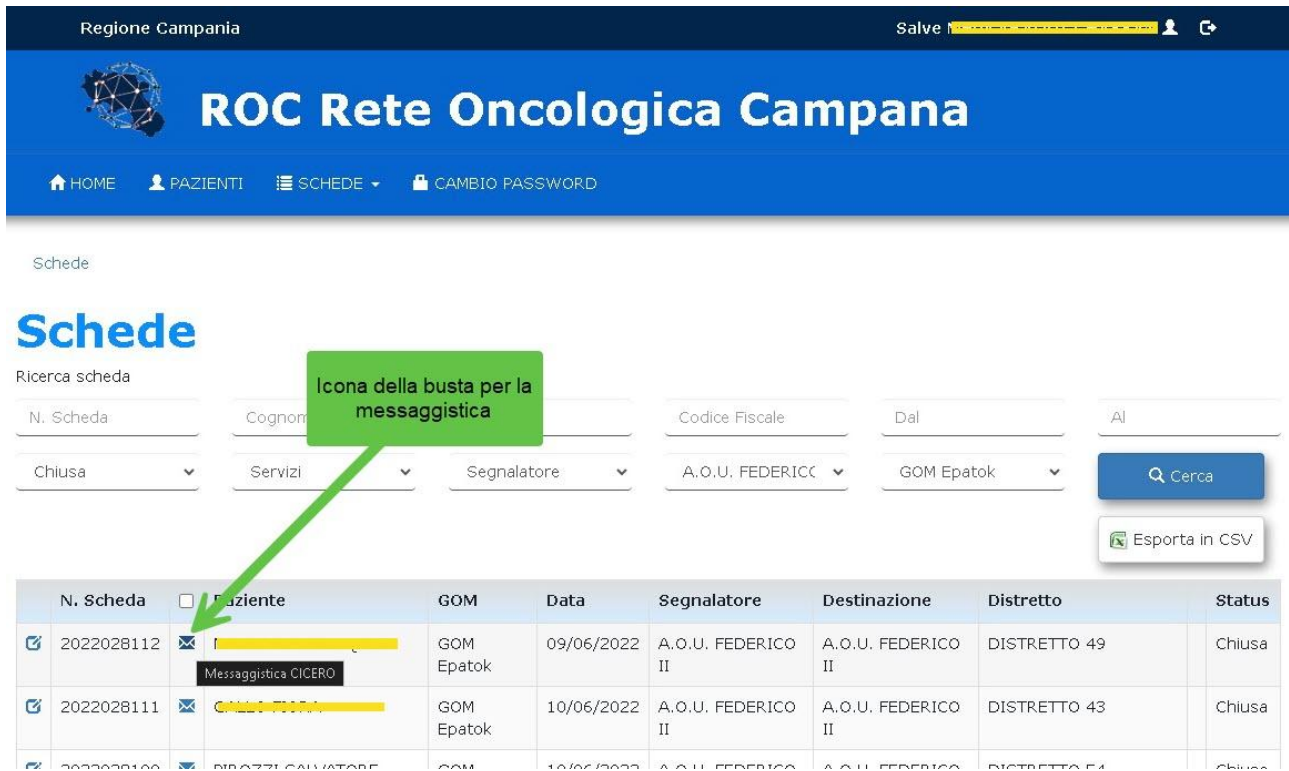
Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

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

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

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

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



Regione Campania Salve [nome] [profilo] [refresh]

## ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

### Schede

Ricerca scheda

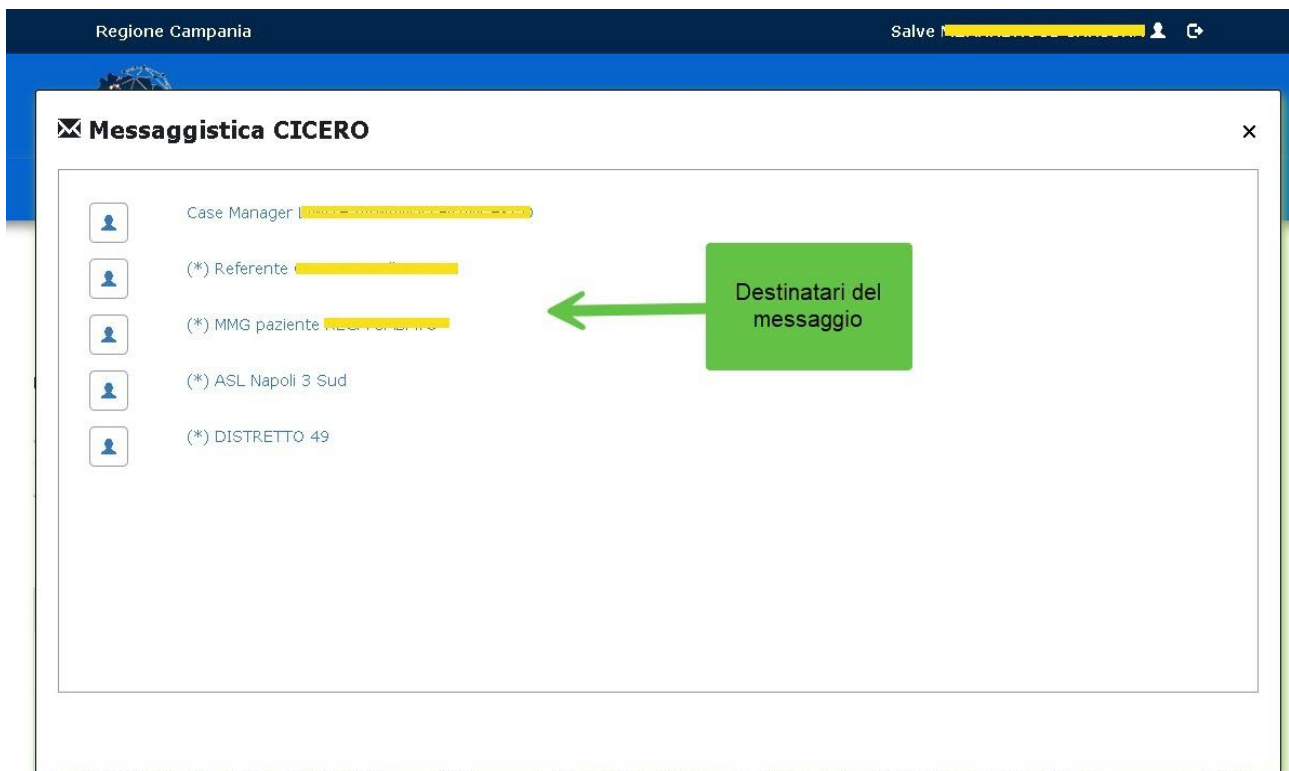
N. Scheda:  Cognome:  Codice Fiscale:  Dal:  Al:

Chiusa Servizi Segnalatore A.O.U. FEDERICCO GOM Epatok Cerca

Esporta in CSV

N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
2022028112	<input checked="" type="checkbox"/> [nome] Messaggistica CICERO	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa
2022028111	<input checked="" type="checkbox"/> [nome]	GOM Epatok	10/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 43	Chiusa
2022028108	<input checked="" type="checkbox"/> [nome]	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.

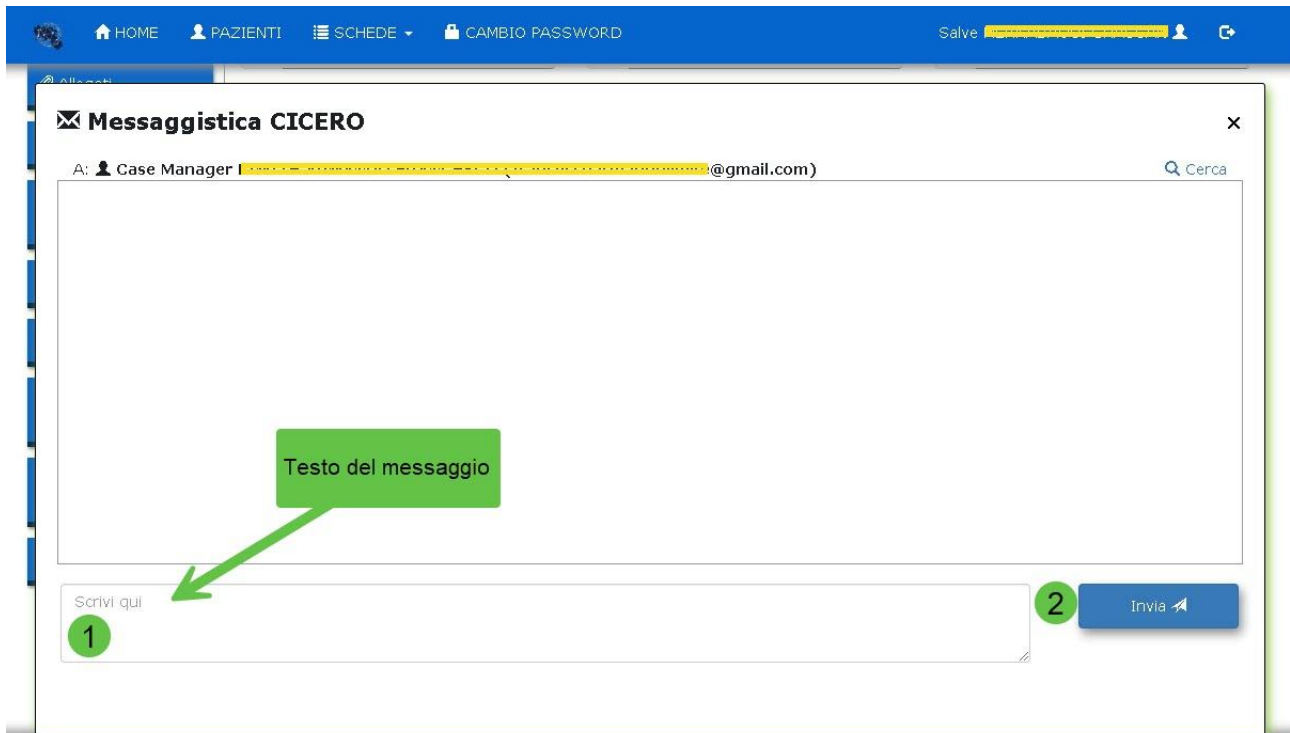


Regione Campania Salve [nome] [profilo] [refresh]

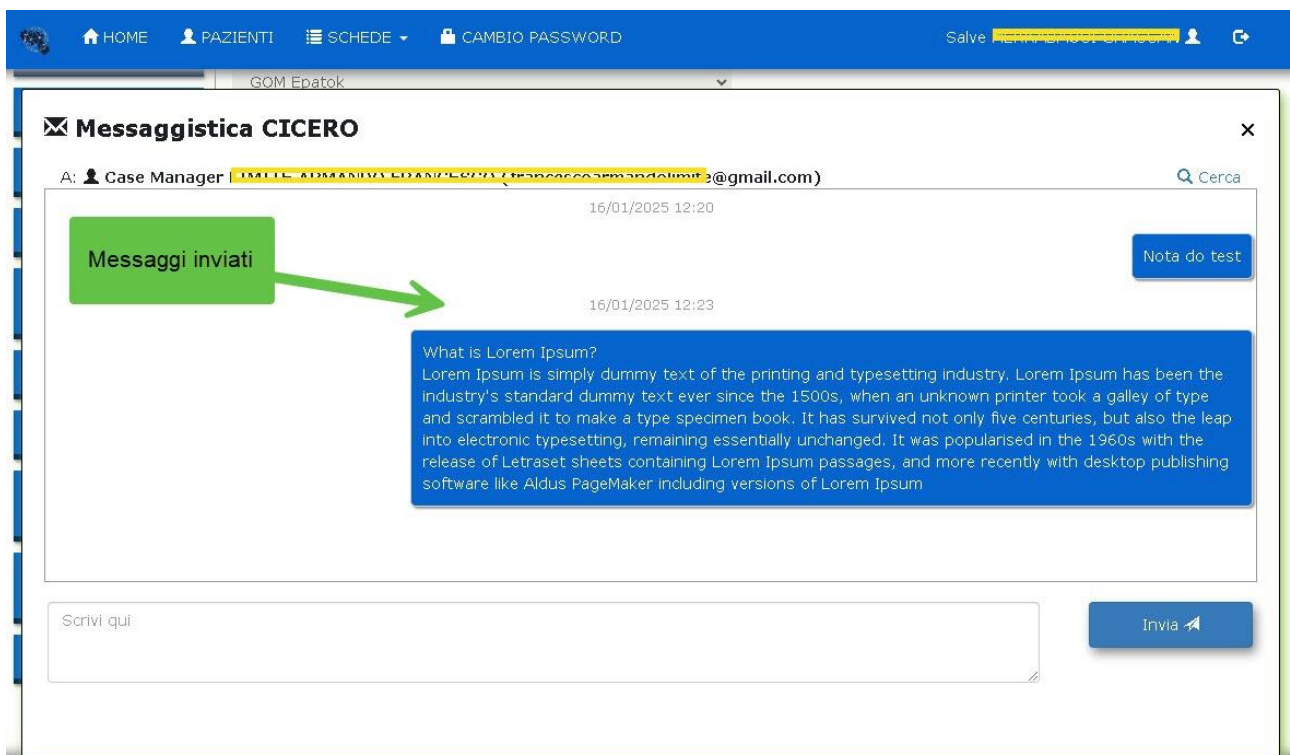
### Messaggistica CICERO

- Case Manager [nome]
- (\*) Referente [nome]
- (\*) MMG paziente [nome]
- (\*) ASL Napoli 3 Sud
- (\*) 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 <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>	 Rimessa in rete <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>	 In carico <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>
 Servizi Inseriti <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>	 Servizi Richiesti <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>	 Servizi Accettati <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>
 Trasferito <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>	 Chiuse <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>	 Trial Clinico chiuso <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">1</span>

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

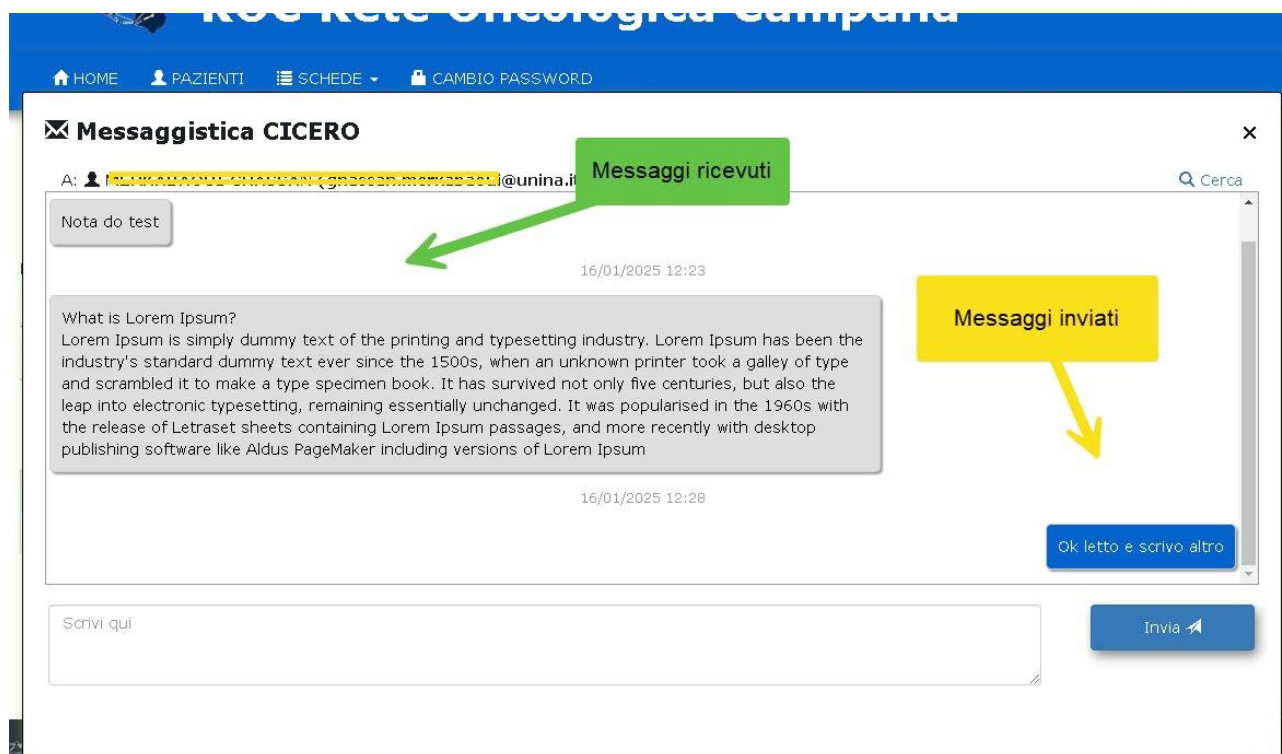
Esporta in CSV

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	 <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Visualizza Messaggi CICERO da Leggere</span>	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
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	MADDALONI

Dati Filtro di Ricerca

Inserire il Codice Fiscale dell'Assistito

1

2

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

Salve D'ERRICO DAVIDE

## Paziente

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Crea Nuova Scheda
Servizi
Esenzione
Consenso

**Nome**

**Data Nascita**

**Codice Fiscale**

**Localita'**

**Indirizzo**

**ASL**

**Email**

**MMG Cognome**

**MMG Telefono**

**ID tessera sanitaria**

**Cognome**

**Localita' Nascita**

**Provincia**

**Provincia Nascita**

**Data Decesso**

**Distretto**

**Telefono**

**MMG Nome**

**E-mail**

**Data scadenza tessera**

**Sesso**

**CAP**

**MMG codice fiscale**

Cliccare il Bottone Esenzione

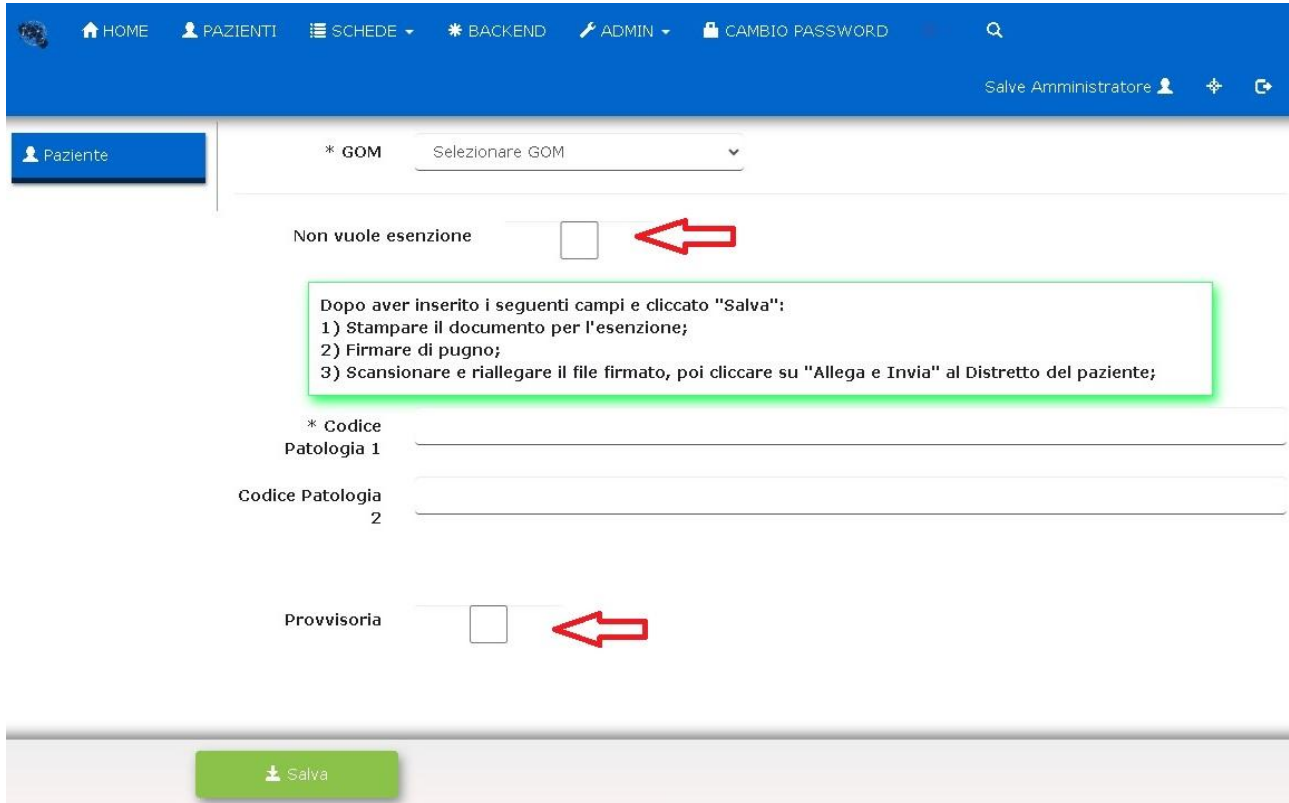
**Nota:** E' possibile richiedere l'Esenzione anche dalla scheda dell'Assistito.



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

## Rifiuto Esenzione.

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



The screenshot shows a web application interface with a blue header containing navigation links: HOME, PAZIENTI, SCHEDE, BACKEND, ADMIN, and CAMBIO PASSWORD. A search icon and the user name 'Salve Amministratore' are also visible. Below the header, there is a sidebar with 'Paziente' selected. The main content area includes a dropdown menu for '\* GOM' with the text 'Selezionare GOM'. Below this, there are two checkboxes: 'Non vuole esenzione' and 'Provvisoria', both with red arrows pointing to them. A green-bordered box contains instructions: '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;'. Below the instructions are input fields for '\* Codice Patologia 1' and 'Codice Patologia 2'. At the bottom of the form is a green 'Salva' button.



### MODULO DI RIFIUTO RICHIESTA ESENZIONE 048

La Sig.ra **CE EOLSI ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a **VIALE (CE) VIA ROMA 218 (SUD)**  
Codice Fiscale **DELMINTE9999429999**

Rifiuta l'esenzione per la patologia 048:

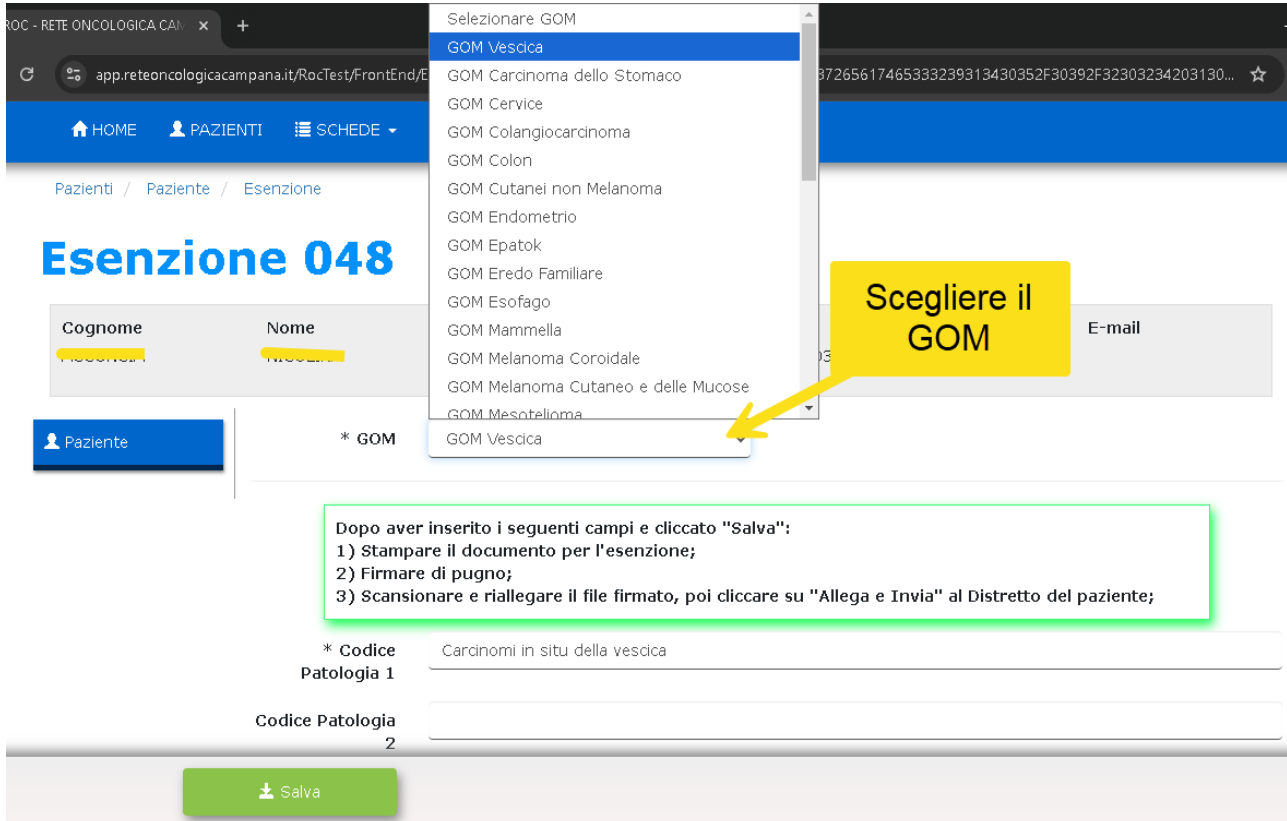
L'Assistito/a

---

## 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 Cervice
- GOM Colangiocarcinoma
- GOM Colon
- GOM Cutanei non Melanoma
- GOM Endometrio
- GOM Epatok
- GOM Eredo Familiare
- GOM Esofago
- GOM Mammella
- GOM Melanoma Coroidale
- GOM Melanoma Cutaneo e delle Mucose
- GOM Mesotelioma
- GOM 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 Vescd

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

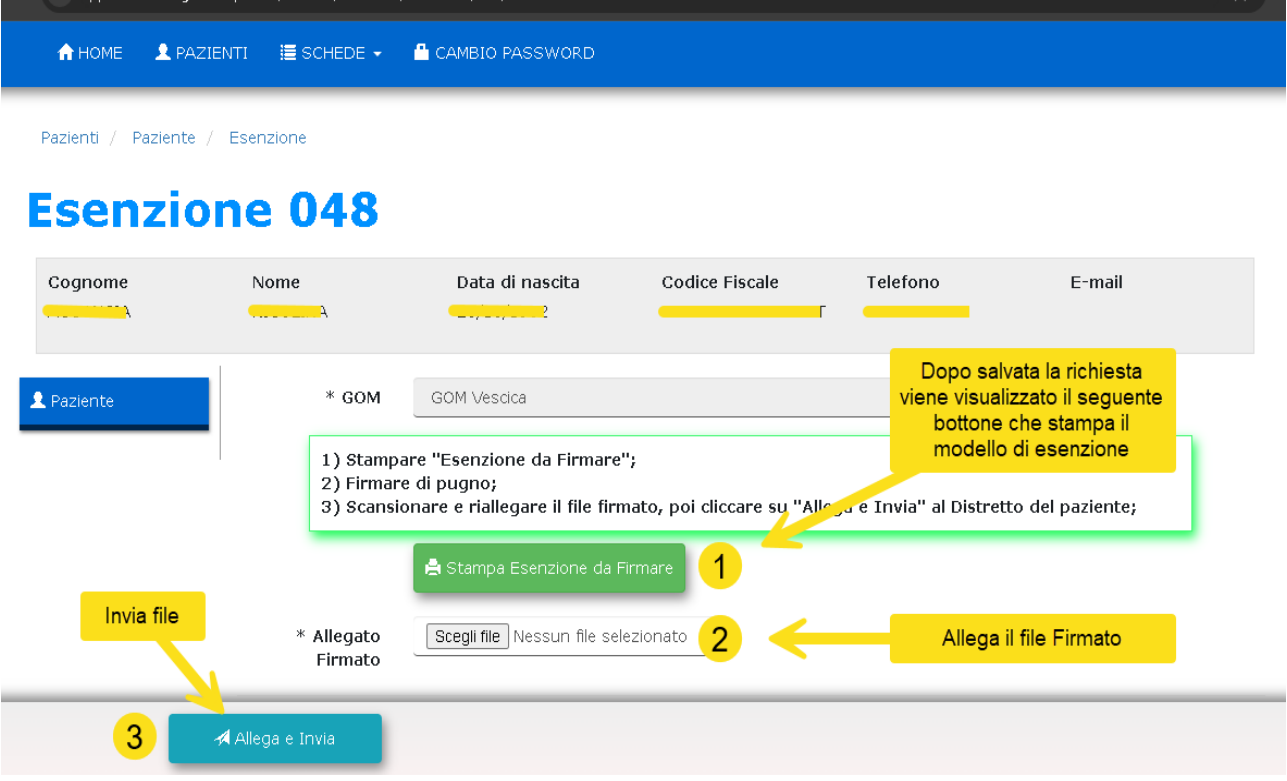
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

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.



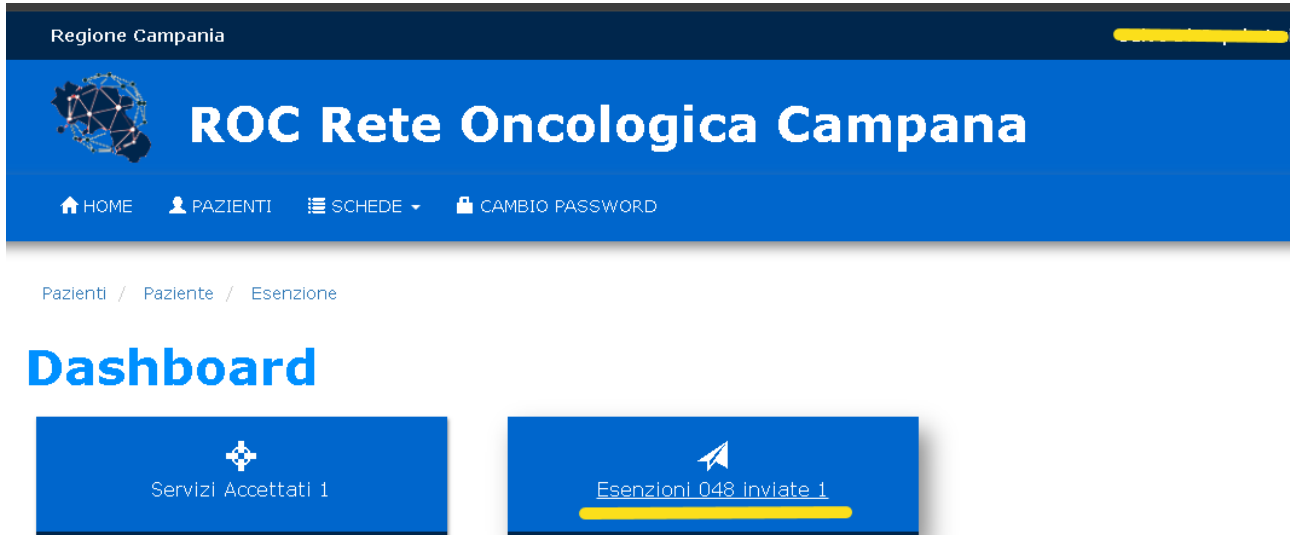
The screenshot shows the 'Esenzione 048' form with the following elements and annotations:

- Navigation:** HOME, PAZIENTI, SCHEDE, CAMBIO PASSWORD.
- Breadcrumbs:** Pazienti / Paziente / Esenzione
- Form Fields:**
  - Cognome, Nome, Data di nascita, Codice Fiscale, Telefono, E-mail (all redacted with yellow bars).
  - \* GOM: GOM Vesvica
  - \* Allegato Firmato: Scegli file | Nessun file selezionato
- Annotations:**
  - 1:** A green box highlights the 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;". A yellow callout box points to the 'Stampa Esenzione da Firmare' button, stating: "Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione".
  - 2:** A yellow callout box points to the file selection area, stating: "Allega il file Firmato".
  - 3:** A yellow callout box points to the 'Allega e Invia' button, stating: "Invia file".



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 Campania

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

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

Paziente

\* GOM

\* Allegato Firmato

Motivo rifiuto

Cliccare il  
bottonne modifica

### Dettaglio

10/09/2024 Inserita

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

1

← Modifica

Esenzione

## Esenzione 048

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

Paziente

\* GOM

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

\* Allegato Firmato  Nessun file selezionato

Eliminare la  
richiesta rifiutata

↗ Allega e Invia

2

🗑 Elimina

## Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)


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

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


## Verifica Richiesta esenzione E048

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

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.



Regione Campania

 **ROC Rete Oncologica 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

**ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

## Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Inviata

Paziente	Codice fiscale	Data Inserita	Data Inviata	Data Accettata	Status	Motivo Rifiuto
	XXXXXXXXXXXX	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 XXXXXXXXXX

## Esenzione 048

Cognome Nome Data di nascita Codice Fiscale Telefono E-mail

XXXXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX

Data di nascita Data decesso

XXXXXXXXXX XXXXXXXX

Distretto Medico di base Telefono medico

DISTRETTO 15 XXXXXXXX

Paziente

\* GOM GOM Vesdica

\* Allegato Firmato  1

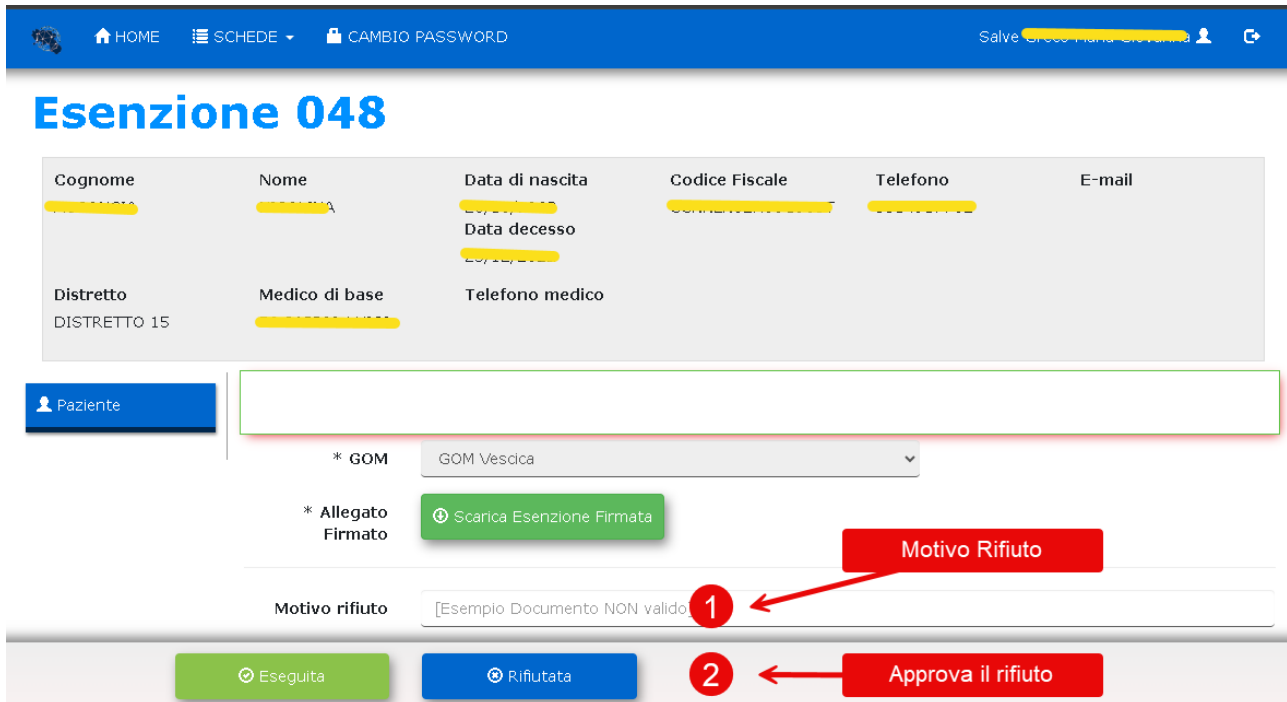
Approva la richiesta

Motivo rifiuto [Esempio Documento NON valido]

2

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:



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).

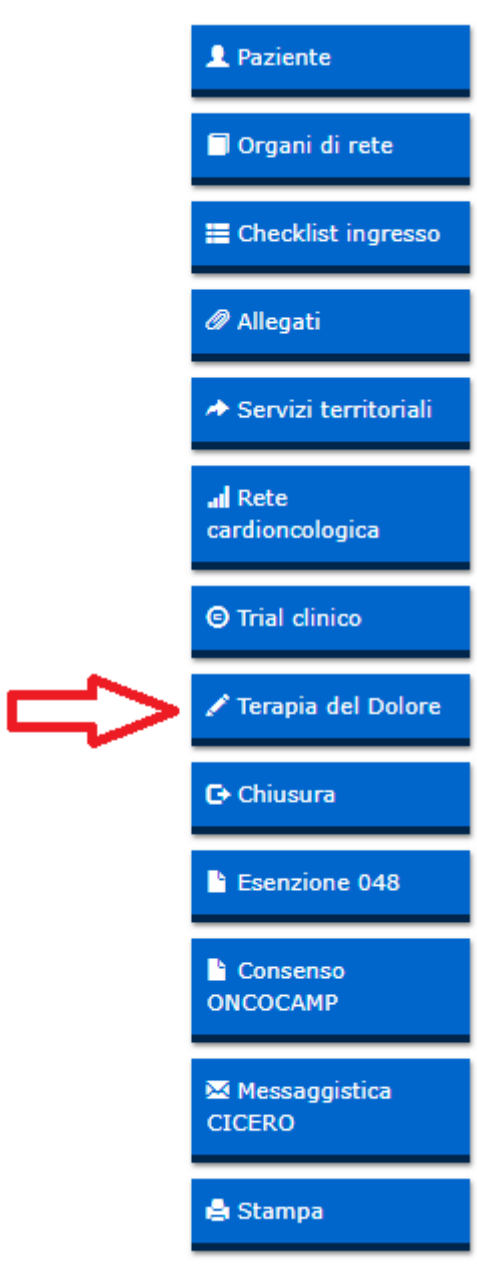
Possono accedere a questo servizio:

- 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

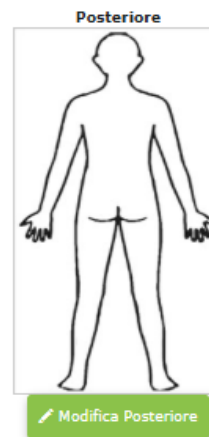
Cognome CENTRUCO	Nome FORNARO	Data di nascita 06/03/1958	Codice Fiscale CNRFRN58C0002397	Telefono 0475394037/3270122438	E-mail
N. Scheda 0005443404	Data segnalazione 22/07/2025	Stato Napoli	Distretto D10/0000000000	Medico di base SILVANO MARIN	Telefono medico

- [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.**

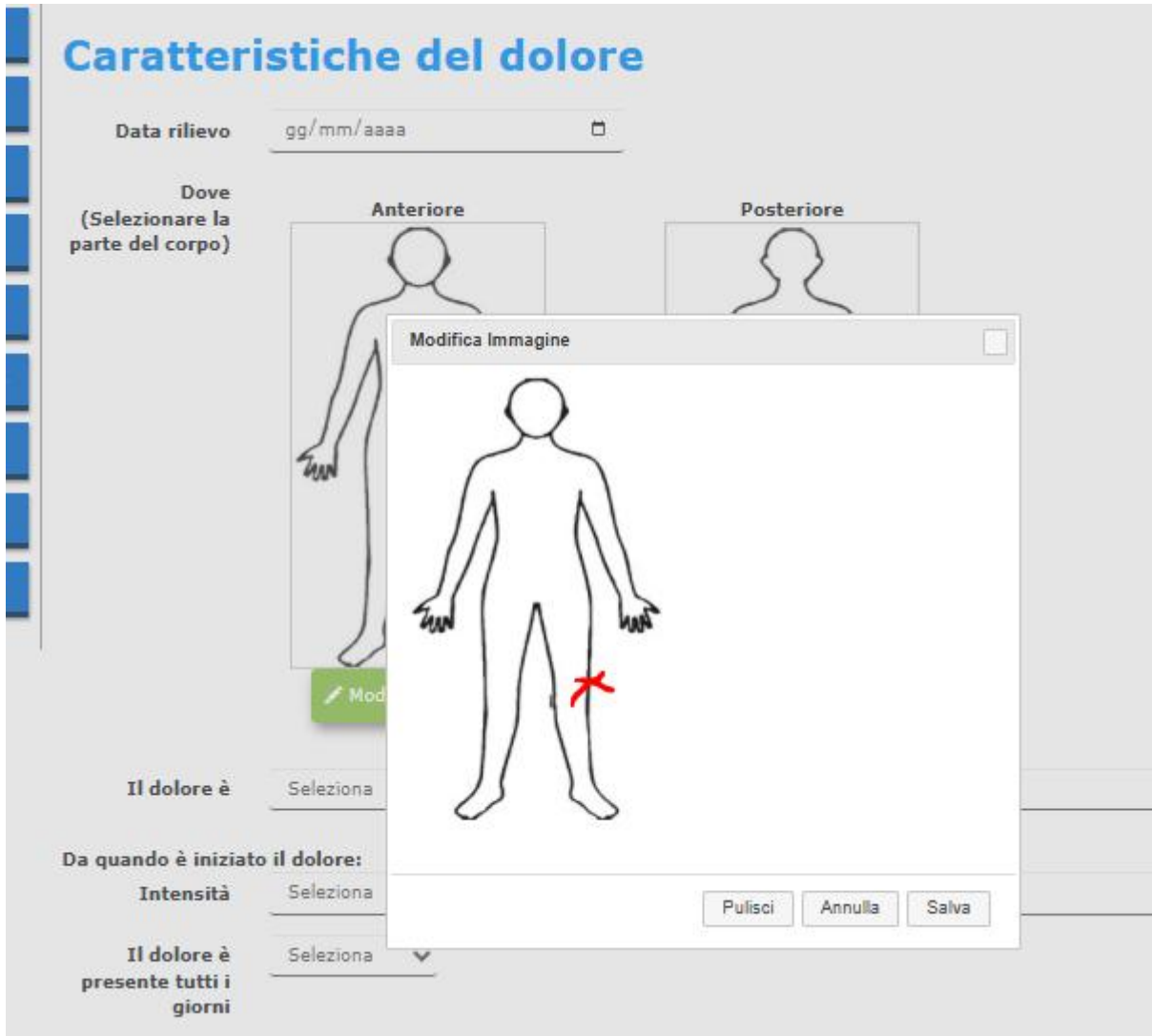
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna salvare per inviare la richiesta.

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.



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

Di seguito una specifica dei bottoni:

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

## Presenza in Carico della Richiesta

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



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

Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

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


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

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

Caratteristiche del Dolore

Visita Algologica

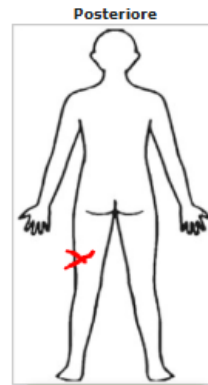
## Visita Algologica

Data rilievo  

Dove  
(Selezionare la  
parte del corpo)



[Modifica Anteriore](#)



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

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

Intensità media del dolore NRS

Presenza di picchi BTcP

- Qualità del dolore
- opprimente
  - 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
-------------	---------	--------------	----------------------	------------------------------	-----------	---------	----------------	--------

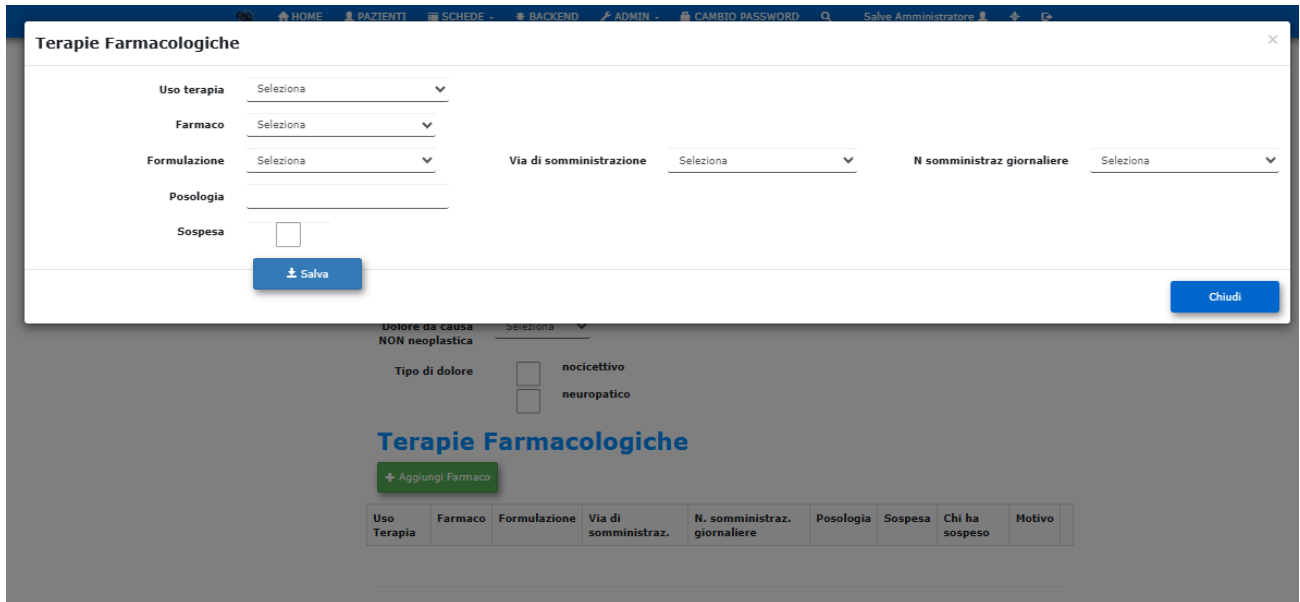
- Terapie interventistiche
- anestesia loco-regionale
  - infiltrazione con cortisonico
  - neuromodulazione elettrica transcutanea
  - neuromodulazione elettrica percutanea
  - radiofrequenza ablativa
  - radiofrequenza pulsata
  - crionalgesia
  - cifo/ vertebroplastica
  - alcolizzazione
  - pompa 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: Seleziona

Farmaco: Seleziona

Formulazione: Seleziona

Via di somministrazione: Seleziona

N somministraz giornaliere: Seleziona

Posologia: \_\_\_\_\_

Sospesa:

**Salva** **Chiudi**

Dolore da causa NON neoplastica

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
-------------	---------	--------------	----------------------	------------------------------	-----------	---------	----------------	--------

## Eredo Familiare

La Rete Oncologica Campana ha istituito il GOM per i tumori Eredo Familiari per le seguenti patologie: **colon, mammella, ovaio, pancreas, prostata, endometrio, melanoma.**

In piattaforma è possibile inserire e discutere al GOM Eredo Familiare anche i pazienti ancora in fase di valutazione da parte del GOM patologia specifico. I MMG possono inviare ai GOM TEF i casi sospetti e le famiglie sospette

HOME PAZIENTI SCHEDA CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Lista Servizi / Test oncogenomici / Pazienti / Scheda / Chiusura

### In carico

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
- 📎 Allegati
- 🔒 Chiusura
- 🖨 Stampa

\* Data visita GOM

\* Allegato  Nessun file selezionato

Note

---

Test Seleziona ▼

---

Richiesta esenzione Seleziona ▼

---

Sorveglianza clinico strumentale Seleziona ▼

Deviazioni rispetto alle Linee Guida

## **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'avvenuta 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

## TEMPI DI PRESA IN CARICO

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

Un aspetto determinante del PDTA è la definizione della tempistica con cui saranno effettuate le procedure previste dal protocollo diagnostico assistenziale. I singoli centri partecipanti alla rete rendono disponibile un contatto telefonico e/o telematico diretto cui il Cittadino può fare riferimento. L'accesso ad un centro di II livello per la Presa in Carico da parte del GOM specialistico di patologia potrà avvenire pertanto su iniziativa del proprio MMG o di altro medico specialista.

**La prima visita** richiesta per un paziente con diagnosi di certezza cito/istologica di melanoma verrà erogata presso la struttura entro 7 giorni lavorativi. Entro ulteriori 21 giorni dalla prima visita, deve essere completata **la procedura di asportazione chirurgica e/o stadiazione (ampliamento con o senza biopsia del linfonodo sentinella)**. Qualora una diagnosi di certezza cito/istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, la procedura diagnostico-terapeutica dovrà essere attuata entro 30 giorni successivi all'atto della Presa in Carico. **Il referto cito/istologico** dovrà essere reso disponibile entro 21 giorni dall'intervento. Entro 3 settimane dal referto del linfonodo sentinella, verrà programmato l'incontro nel GOM per la definizione del successivo programma terapeutico. Se la procedura diagnostica è condotta internamente al centro di II livello, sarà cura dell'infermiere Case Manager designato dal GOM specialistico di patologia prenotare entro 7 giorni dalla disponibilità dell'esame citologico/istologico una nuova visita per la definizione del successivo percorso di cura o follow-up.

In assenza di Case Manager se ne occuperà un medico specialista coinvolto nel GOM. Nel caso in cui la procedura sia condotta in un centro esterno, comunque identificato nei centri accreditati nella rete oncologica, sarà cura del paziente o del MMG o di altro specialista di riferimento prenotare una nuova visita, che sarà erogata entro 7 giorni lavorativi. Al completamento della fase diagnostica-stadiativa il GOM della struttura definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno la struttura farà riferimento alla Rete per una second opinion.

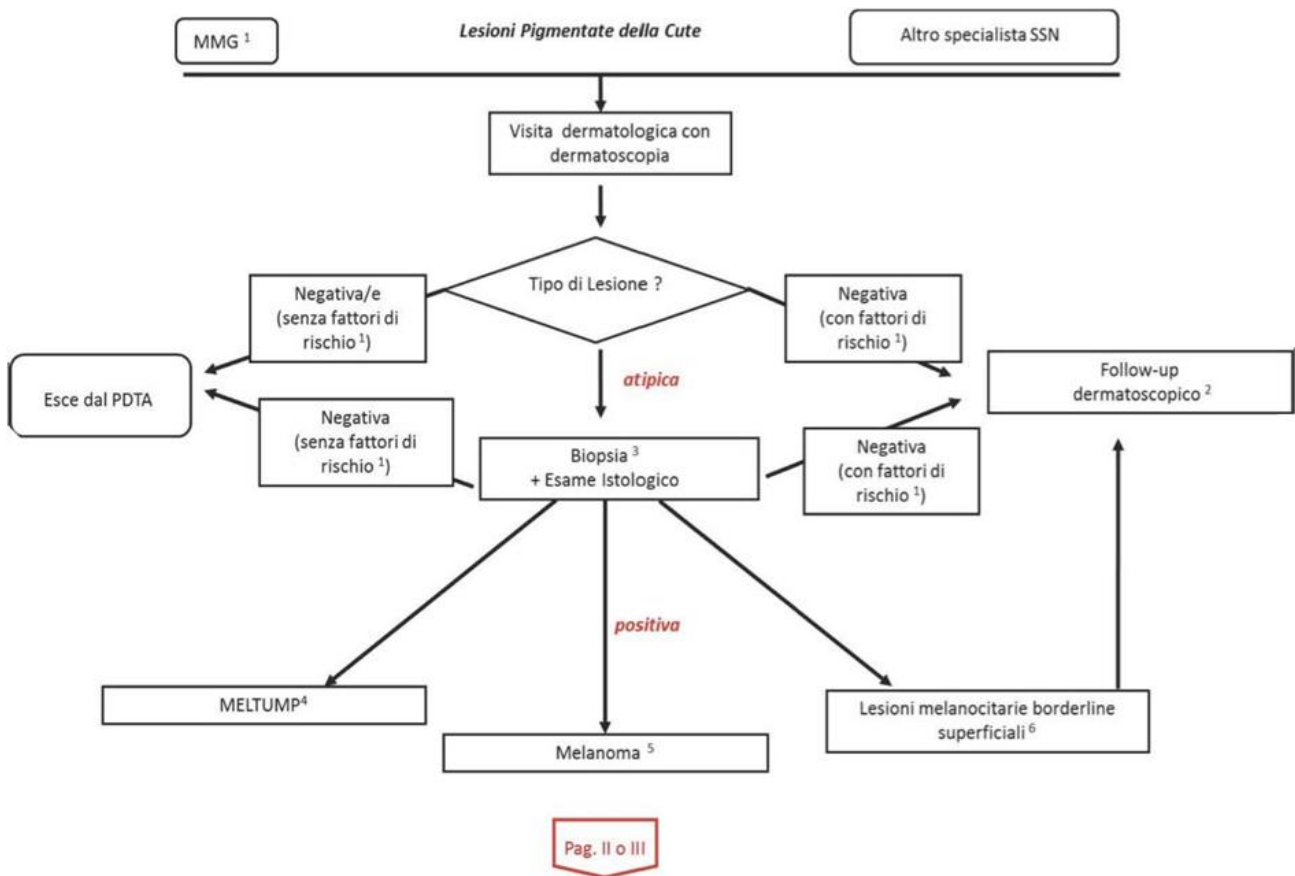
Se l'intervento è stato eseguito internamente al centro di II livello, sarà cura dell'infermiere Case Manager designato dal GOM specialistico di patologia prenotare al momento della disponibilità dell'esame citologico/istologico una nuova visita, che sarà erogata entro 7 giorni, per consentire

al GOM la definizione del successivo percorso di cura o follow-up. In assenza di Case Manager se ne occuperà un medico specialista coinvolto nel GOM patologia-specifico. Se l'intervento dovesse essere stato praticato in altro centro, sarà cura del Chirurgo prenotare una nuova visita presso il centro di II livello di provenienza, al fine di consentire al GOM la definizione del successivo percorso di cura o follow-up.

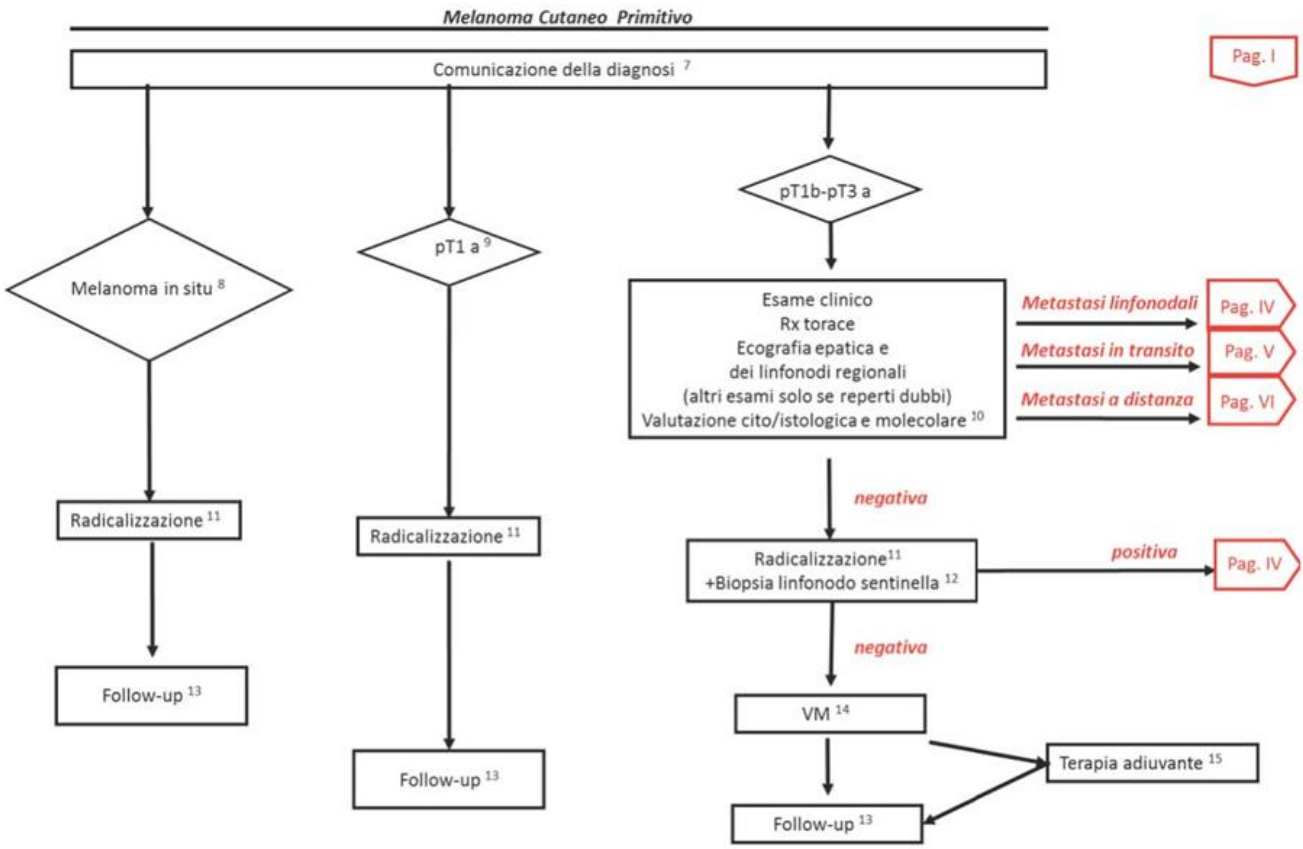
L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica o procedure radioterapiche prevista dovrà avvenire in tempi compatibili con quanto previsto dalle più aggiornate linee guida di settore, a seconda del setting di patologia. La rete prenderà in carico anche pazienti già sottoposti ad intervento chirurgico presso altre strutture sanitarie non ad essa aderenti; in tal caso il paziente viene comunque preso in carico ed entro 7 giorni dal contatto viene programmata la prima visita presso un GOM della Rete.

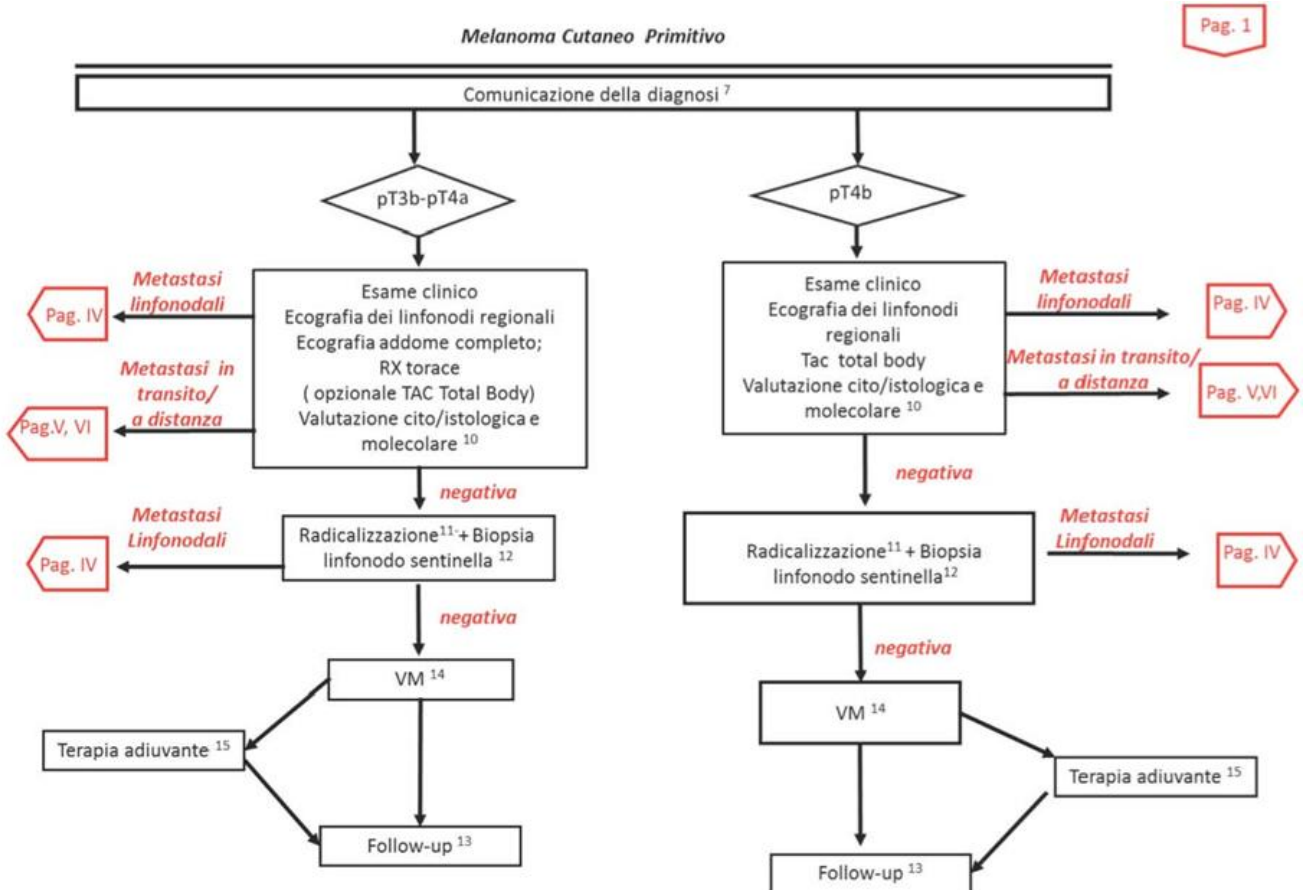
Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO/ASCO).

MAPPE



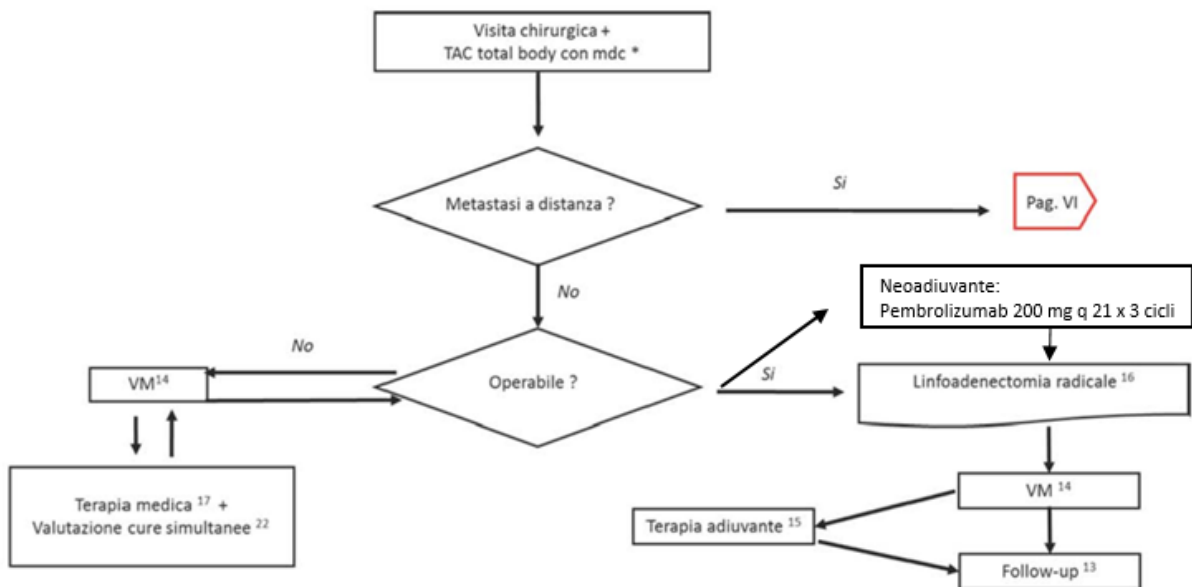
Pag. I



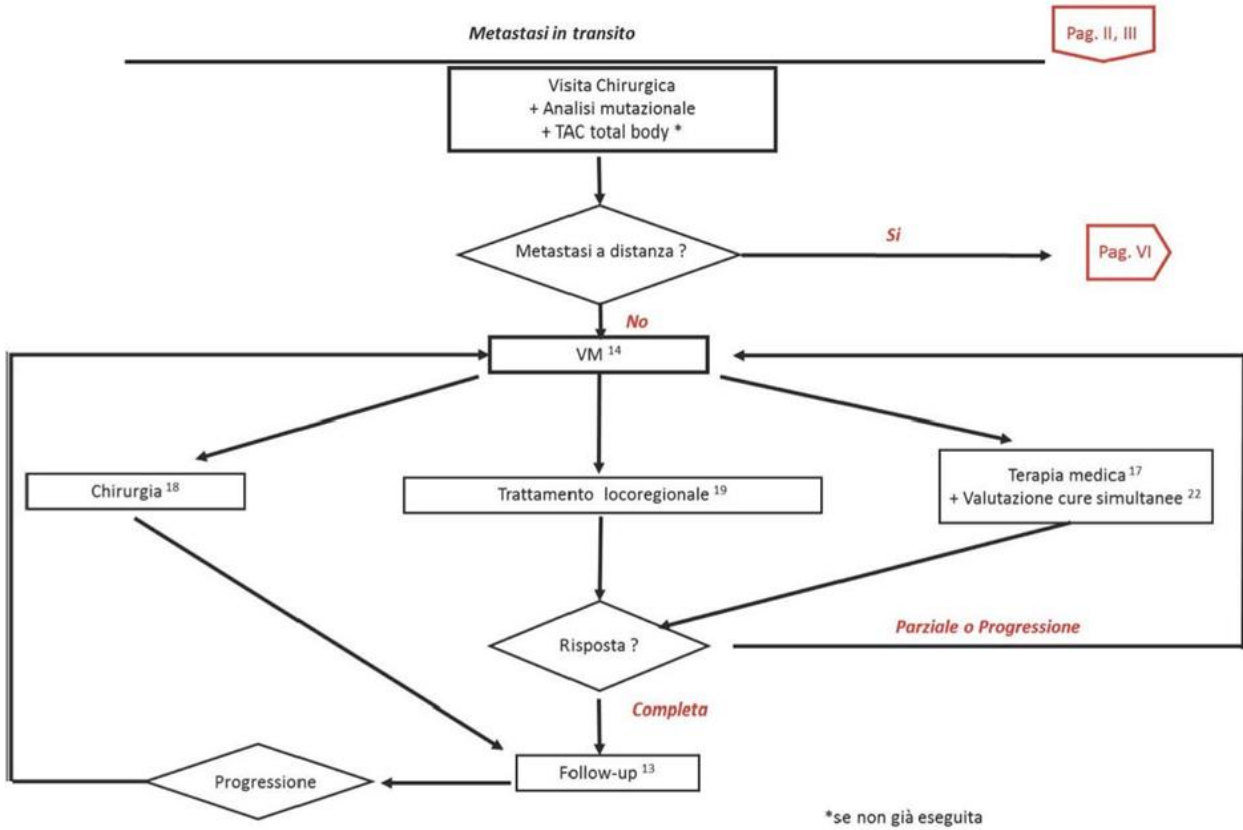


Metastasi Linfonodali

Pag. II, III

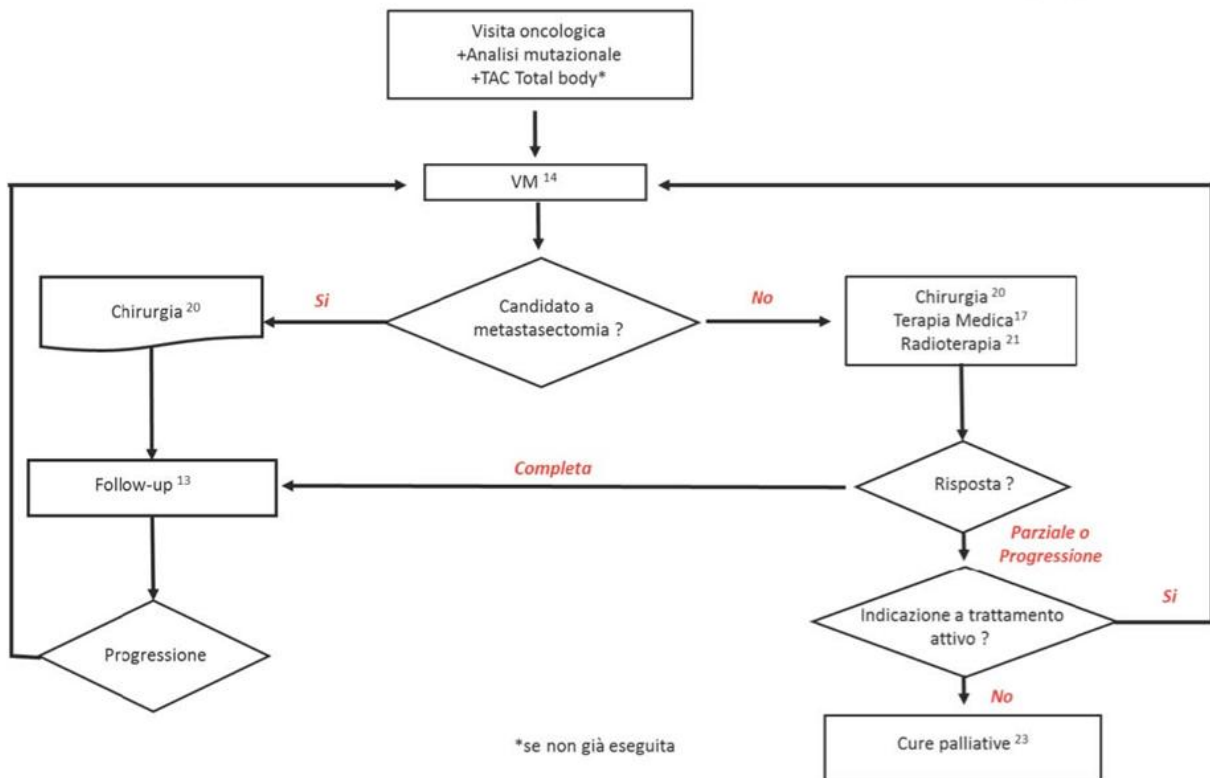


\*se non già eseguita



Metastasi a distanza

Pag. II, III, IV, V



## STADIAZIONE AJCC DEL MELANOMA CUTANEO 2017

<i>Categoria T</i>	<i>Spessore di Breslow<sup>^</sup></i>	<i>Ulcerazione</i>
<b>T1 <math>\leq</math> 1,0 mm</b>		
<b>T1a</b>	a: <0,8 mm	Assente
<b>T1b</b>	b: <0,8 mm 0,8-1,0 mm	Presente Assente/Presente
<b>T2 &gt;1,0-2,0 mm</b>		
<b>T2a</b>	a: >1,0-2,0 mm	Assente
<b>T2b</b>	b: >1,0-2,0 mm	Presente
<b>T3 &gt;2,0-4,0 mm</b>		
<b>T3a</b>	a: >2,0-4,0 mm	Assente
<b>T3b</b>	b: >2,0-4,0 mm	Presente
<b>T4 &gt; 4,0 mm</b>		
<b>T4a</b>	a: > 4,0 mm	Assente
<b>T4b</b>	b: > 4,0 mm	Presente
<i>Categoria N<sup>^^</sup></i>	<i>N<sup>•</sup> di linfonodi regionali coinvolti</i>	<i>Metastasi in-transit, satelliti, e/o microsatellitosi</i>
<b>N1</b>	1 linfonodo coinvolto oppure metastasi in-transit, satelliti, e/o microsatellitosi in assenza di linfonodi regionali coinvolti	
<b>N1a</b>	a: 1 linfonodo clinicamente occulto (diagnosticato con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
<b>N1b</b>	b: 1 linfonodo dimostrato clinicamente	b: Assenti
<b>N1c</b>	c: Linfonodi regionali non coinvolti	c: Presenti
<b>N2</b>	2-3 linfonodi coinvolti oppure metastasi in-transit, satelliti, e/o microsatellitosi con 1 linfonodo regionale coinvolto	
<b>N2a</b>	a: 2 o 3 linfonodi clinicamente occulti (diagnosticati con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
<b>N2b</b>	b: 2 o 3 linfonodi, di cui almeno 1 dimostrato clinicamente	b: Assenti
<b>N2c</b>	c: 1 linfonodo clinicamente occulto o diagnosticato clinicamente	c: Presenti

<b>N3</b>	4 o più linfonodi coinvolti oppure metastasi in-transit, satelliti, e/o microsatellitosi con 2 o più linfonodi regionali coinvolti oppure qualsiasi numero di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti) con o senza metastasi in transit, satelliti e/o microsatellitosi	
<b>N3a</b>	a: 4 o più linfonodi clinicamente occulti (diagnosticati con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
<b>N3b</b>	b: 4 o più linfonodi, di cui almeno 1 dimostrato clinicamente oppure presenza di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti), in qualsiasi numero	b: Assenti
<b>N3c</b>	c: 2 o più linfonodi clinicamente occulti o diagnosticati clinicamente e/o presenza di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti), in qualsiasi numero	c: Presenti
<b>Sede</b>	<b>Sede Anatomica</b>	<b>LDH</b>
<b>M1</b>	Evidenza di metastasi a distanza	
<b>M1a</b>	a: Metastasi a distanza alla cute, tessuti molli compreso il muscolo e/o linfonodi non regionali	Non valutato o non specificato
<b>M1a(0)</b> <b>M1a(1)</b>		Non elevato Elevato
<b>M1b</b>	b: Metastasi a distanza al polmone con o senza sedi di malattia M1a	Non valutato o non specificato
<b>M1b(0)</b> <b>M1b(1)</b>		Non elevato Elevato
<b>M1c</b>	c: Metastasi a distanza a sedi viscerali diverse dal SNC con o senza sedi di malattia M1a oppure M1b	Non valutato o non specificato
<b>M1c(0)</b> <b>M1c(1)</b>		Non elevato Elevato
<b>M1d</b>	d: Metastasi a distanza al SNC con o senza sedi di	Non valutato o non specificato

<b>M1d(0)</b> <b>M1d(1)</b>	malattia M1a, M1b oppure M1c	Non elevato Elevato
--------------------------------	---------------------------------	------------------------

## Stadiazione clinica e patologica del melanoma cutaneo

### *Stadiazione clinica*

<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>cTNM</b>
Tis	N0	M0	0
T1a	N0	M0	IA
T1b	N0	M0	IB
T2a	N0	M0	IB
T2b	N0	M0	IIA
T3a	N0	M0	IIA
T3b	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T4b	N0	M0	IIC
Any T, Tis	≥N1	M0	III
Any T	Any N	M1	IV

\* La stadiazione clinica comprende la microstadiazione del melanoma primitivo e la valutazione clinica, radiologica delle metastasi. Per definizione, potrebbe essere utilizzata dopo escissione completa del tumore primitivo con accertamento clinico per metastasi regionali ed a distanza.

### *Stadiazione patologica*

T	N	M	pTNM
			M
is	N0	M0	0
T1a	N0	M0	IA
T1b	N0	M0	IA
T2a	N0	M0	IB
T2b	N0	M0	IIA
T3a	N0	M0	IIA
T3b	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T4b	N0	M0	IIC
T0	N1b, N1c	M0	IIIB
T0	N2b, N2c, N3b or N2c	M0	IIIC
T1a/b-T2a	N1a or N2a	M0	IIIA
T1a/b-T2a	N1b/c or N2b	M0	IIIB

T2b/T3a	N1a-N2b	M0	IIIB
T1a-T3a	N2c or N3a/b/c	M0	IIIC
T3b/T4a	Any N $\geq$ N1	M0	IIIC
T4b	N1a-N2c	M0	IIIC
T4b	N3a/b/c	M0	IIID
Any T, Tis	Any N	M1	IV

### Follow up- approfondimento

#### RACCOMANDAZIONI DI FOLLOW-UP PER TUTTI I PAZIENTI:

- Anamnesi del melanoma primitivo, della storia familiare ed altri fattori di rischio.
- Educare il paziente all'autoesame mensile.
- Visita dermatologica annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.
- Indagini radiologiche se clinicamente indicate.
- Nel caso di particolari sindromi anche visita oculistica periodica.

Le raccomandazioni per il follow-up degli stadi IIB-IIC-III (operabile) sono state omologate in questa Versione PDTA per la recente indicazione a terapia adiuvante con anti-PD-1 negli stadi IIB-IIC. (Vedere anche linee guida AIOM [www.AIOM.it](http://www.AIOM.it)).

#### RACCOMANDAZIONI DI FOLLOW-UP per stadio di patologia

- **Melanoma in situ:** I pazienti dovrebbero eseguire una visita per lesioni cutanee annuale per la valutazione delle lesioni pigmentate della cute.
- **Melanoma stadio IA (pT1a):** Controllo clinico ogni 6 mesi per i primi 5 anni. Opzionale: ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno. Opzionale: ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericicatrizziale relative alla lesione primitiva in occasione del controllo clinico fino al 5° anno. Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati. Visita specialistica della cute annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.

- **Melanoma stadio IB-IIA (pT1b-pT3a):** Controllo clinico ogni 6 mesi per i primi 5 anni. Ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno. L'ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericicatriziale ogni 6 mesi fino al 5° anno. L'ecografia addome ogni 12 mesi fino al 5° anno. Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati. Visita specialistica della cute annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.
- **Melanoma stadio IIB (pT3b-pT4a), IIC (pT4b) e stadio III operabile:** Controllo clinico ogni 4 mesi per 2 anni; ogni 6 mesi per i successivi 3 anni; ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno. TC capo + body con mdc o TC/PET (in questo caso da integrare con TC capo o RMN encefalo con mdc + eventuale eco epatica) ogni 6 per 3 anni; poi ogni 12 mesi fino al 5° anno. L'Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericicatriziale ad ogni controllo clinico fino al 5° anno. Opzionale: Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericicatriziale ad ogni controllo clinico fino al 10° anno. Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati. Visita specialistica della cute annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.
- **Melanoma stadio III inoperabile o stadio IV:** Controllo clinico ogni 3 mesi per 2 anni; ogni 6 mesi per i successivi 3 anni; ogni 12 mesi dal 5° al 10° anno. TC capo + body con mdc o TC/PET (in questo caso da integrare con TC capo o RMN encefalo con mdc + eventuale eco epatica) ogni 3 mesi per 2 anni; poi ogni 6 mesi fino al 5° anno. L'ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericicatriziale ad ogni controllo clinico fino al 5° anno. Opzionale: Ecografia delle stazioni linfonodali e dell'area pericicatriziale ad ogni controllo clinico fino al 10° anno. Ulteriori esami diagnostici se clinicamente indicati. Visita specialistica della cute annuale o semestrale, anche oltre 10 anni.

## Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	P. A. Ascierio, S Pepe, V Montesarchio, P Muto, V Borzillo, C Caracò, C. Mocerino, L. Formisano, M. Ottaviano, M. Palla, L. Squillace, M. P. Rocco, F.Barbarano
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	Emilia Maria Bizzarro, AORN San Pio Benevento

**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), sì 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>**

Il decreto n.477 del 04/11/2021 attuato con Delibera n.272 del 07/06/2022 ha definito i  
“Target di intervento” per patologia

RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA					
VOLUMI MINIMI CHIRURGICI SEDI SPECIFICI INDICATI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA - FASE DI TRANSIZIONE					
	VOLUMI CHIRURGICI DI RIFERIMENTO - n°pazienti		VOLUMI MINIMI FASE DI TRANSIZIONE *** n.° pazienti		
	CUT OFF RIFERIMENTO *	CUT OFF ridotto (20%) **	1° anno - 2022	2° anno - 2023	3° anno - 2024
SEDE TUMORALE			50% - n°	70% - n°	100% - n°
MAMMELLA	150	120	60	84	120
COLON	50	40	20	28	40
RETTO	30	24	12	17	24
STOMACO	30	24	12	17	24
PANCREAS	15	12	6	8	12
POLMONE	100	80	40	56	80
MELANOMA	50	40	20	28	40
PROSTATA	30	24	12	17	24
RENE	30	24	12	17	24
VESCICA	20	16	8	11	16
CERVICE	15	12	6	8	12
OVAIO	30	24	12	17	24
TESTICOLO	20	16	8	11	16
ENDOMETRIO	15	12	6	8	12
TESTA COLLO	20	16	8	11	16
SNC	30	24	12	17	24
FEGATO CHIRURGIA.	30	24	12	17	24
FEGATO NON CHIRURGIA	20	16	8	11	16
TIROIDE	20	16	8	11	16
*I CUT OFF DI RIFERIMENTO INDICATI PER SINGOLA PATOLOGIA SI RIFERISCONO AL NUMERO OTTIMALE DI PAZIENTI CHE OGNI STRUTTURA DOVREBBE TRATTARE CHIRURGICAMENTE OGNI ANNO PER LA PATOLOGIA ONCOLOGICA INDICATA					
** CUT OFF DI RIFERIMENTO RIDOTTI DEL 20% . COSTITUISCONO IL RIFERIMENTO SU CUI VENGONO CALCOLATI I VOLUMI CHIRURGICI MINIMI INDICATI PER LA FASE DI TRANSIZIONE.					
*** CALCOLATI SUI CUT OFF RIDOTTI					