

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
Per il Carcinoma dell'Ovaio**

Edizione 2025



In **tabella 1** 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**.

ACCOGLIENZA	Case Manager	Identificato nell'Ambito del GOM
	Medico	Medico specialista di una delle unità afferenti al GOM
	Medico di Medicina Generale	Segnalazione dell'assistito e partecipazione al GOM
		Servizio civile
		Associazioni volontariato
PRESA IN CARICO (Core Team)	Oncologi	UOC Oncologia Medica
	Ginecologi Oncologi	UOC Ginecologia
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
ASSISTENZA (Extended Team)	Oncologi Medici	UOC Oncologia Medica
	Ginecologia Oncologici	UOC Ginecologia
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
	Genetisti	UOC Genetica Medica
	Biologi Molecolari	UOC Biologia Molecolare
	Anatomopatologi	UOC Anatomia Patologica
	Radiologi	UOC Radiodiagnostica
	Medici del dolore	UO Terapie Palliative
	Cardiologi	UO Cardiologia
	Psicologi	UO Psicologia
	Nutrizionisti	UO Nutrizione
	Fisiatri	UO Medicina riabilitativa
	Personale infermieristico	
	Infermiere stoma-terapista	
Farmacisti	UO Farmacia	
Personale Infermieristico e/o Tecnici di laboratorio medico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)	

TUMORE DELL'OVAIO

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio¹

I principali fattori di rischio associati all'insorgenza di neoplasia ovarica sono: fattori ormonali, ambientali ed eredo-familiari. Tra le condizioni ormonali, dati di letteratura confermano un rischio

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio

I principali fattori di rischio associati all'insorgenza di neoplasia ovarica sono: fattori ormonali, ambientali ed eredo-familiari. Tra le condizioni ormonali, dati di letteratura confermano un rischio incrementato in donne in menopausa trattate con terapia ormonale sostitutiva (estrogenica) per almeno 10 anni. La multiparità, l'allattamento al seno e un prolungato impiego di contraccettivi orali sono, al contrario, correlati ad un rischio ridotto. Non esistono fattori ambientali chiaramente e direttamente correlati ad una maggiore incidenza di sviluppo di questo tumore, è stata, tuttavia descritta un'associazione con l'esposizione ad asbesto e talco, con l'abuso di alcol, l'obesità ed una dieta ricca di grassi. Fumo e caffeina non sembrano invece avere evidenti relazioni. La maggior parte dei tumori ovarici epiteliali è sporadica, tuttavia nel 5-10% si riscontra un pattern familiare o ereditario. Tra queste, le più frequenti sono quelle legate ad alterazioni di alcuni dei geni responsabili della riparazione del danno al DNA attraverso la ricombinazione omologa, tra cui BRCA1 e BRCA2; per le pazienti portatrici di mutazione a carico di questi geni il rischio di sviluppare un carcinoma ovarico può aumentare dall'1-2% della popolazione generale al 24-40% nelle donne con mutazione BRCA1 e all'11-18% nelle donne con mutazione di BRCA2.

Incidenza

La stima al 2022 dei nuovi casi di tumori dell'ovaio in Europa² è di un ASR di 15,7 per 100.000 con un numero di casi atteso di 40.714. Le stime in Italia³ al 2025 sono di un ASR di 14,7 per 100.000 con un numero di casi atteso di 5.330. La stima dell'incidenza in Campania⁴, nel 2025, indica un ASR di 14,0 per 100.000 con un numero di nuovi casi attesi di 450.

¹ I numeri del cancro in Italia 2021 – AIOM-AIRTUM

² JRC-ENCR: ECIS - European Cancer Information System (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).
<https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

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

⁴ Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).
<http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/registro-regionale-tumori>

Il trend temporale di incidenza in Italia⁵, per il periodo 2008/2017, è in decremento con una APC (Annual Percent Change) di -3,6 statisticamente significativa; in Campania, per il periodo 2010/2019, si osserva un trend stazionario con una APC di +1,0 statisticamente non significativa.

Mortalità

La stima al 2022 dei decessi per tumori dell'ovaio in Europa² è di un ASR di mortalità di 10.2 per 100.000 con un numero di decessi stimati di 27.677. In Italia¹ il numero dei decessi stimati al 2022 è di 3.600. La stima in Campania⁴ al 2025 indica un ASR di mortalità di 6,0 per 100.000; Il trend temporale di mortalità in Italia, per il periodo 2008/2017, è in decremento con una APC di -4,7 statisticamente significativa; in Campania, per il periodo 2010/2019, si osserva un trend stazionario con una APC non statisticamente non significativa.

Sopravvivenza

In Italia la sopravvivenza netta per tumori dell'ovaio⁶ a 5 anni dalla diagnosi è pari al 42,5%; tale sopravvivenza presenta una marcata eterogeneità tra fasce di età, con un progressivo peggioramento nelle età più avanzate: 75,8% nelle donne giovani (15-44 anni), 64,1% tra le donne in età 45-54 anni, 53,7% tra le donne in età 55-64, 39,7% tra le donne in età 65-74 anni e 19,5% tra le donne con età maggiore di 75anni.

Percorsi diagnostico clinici delle pazienti residenti in Regione Campania

I dati AGENAS⁷ 2024 evidenziano che nell'anno 2023 sono state trattate chirurgicamente per tumore dell'ovaio 359 donne residenti in Campania; di queste 272 (75,8% della casistica) sono state trattate in 39 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 87 (24,2% della casistica) sono state trattate in strutture extraregionali distribuite su 10 diverse regioni.

La significativa mobilità passiva per chirurgia dei tumori dell'ovaio, oltre alla frammentazione dei percorsi di diagnosi e cura, sia a livello regionale che extraregionale, ha subito una significativa riduzione nel 2020 rispetto al triennio precedente (anno Covid 24,7%, periodo pre-Covid - 2017/2019- 30,8%); tale dato si è poi stabilizzato negli anni successivi.

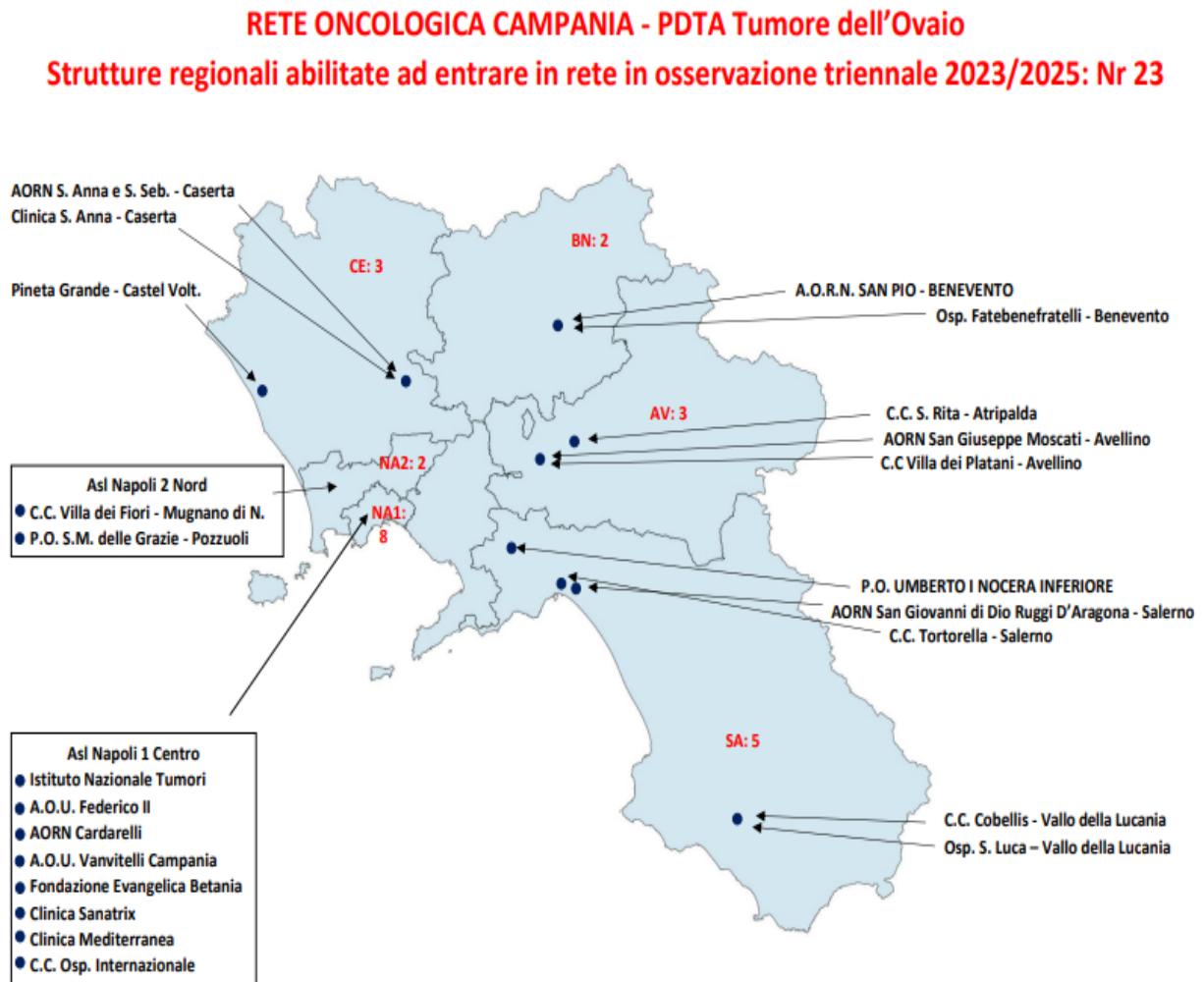
⁵ Progress and north-south disparity in cancer control in Italy: a joint analysis of incidence, mortality and survival time trends by geographical area – Airtum – in press Cancer epidemiology 2025

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

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

La Rete Oncologica Regionale tutt'ora riconosce 23 strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori dell'ovaio⁸.

Si riporta di seguito la mappa regionale aggiornata riferita alla distribuzione delle strutture abilitate alla chirurgia dei tumori dell'ovaio sul territorio regionale.



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 Campania (<https://www.reteoncologicacampana.it/>)

⁸ Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania – DGRG 477 del 04/11/2021- DGRC 798 del 29/12/2023

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Percorso diagnostico/stadiativo per paziente con sospetta neoplasia ovarica
- Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia ovarica accertata
- Percorso terapeutico per pazienti con recidiva
- Oncogenetica e controlli a distanza
- Follow-up

PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA OVARICA

Il tumore ovarico è ancora oggi uno dei “big killers” tra le neoplasie ginecologiche (30%) ed occupa il decimo posto tra tutti i tumori femminili (3%). L’elevata mortalità associata a questo tumore è attribuibile a molti fattori tra cui: una sintomatologia aspecifica e tardiva e l’assenza di strategie di screening validate che consentano di effettuare una diagnosi precoce (eccetto per le donne con alterazioni dei geni BRCA1 e BRCA2).

In caso di evidenza clinica di una tumefazione pelvica a partenza annessiale, in particolare in donne in post-menopausa, deve essere posto il sospetto di neoplasia ovarica. In tal caso, le procedure diagnostiche generalmente adottate prevedono: anamnesi oncologica familiare, esame clinico, visita ginecologica, esecuzione di ecografia transvaginale e dosaggio di Ca125, di HE4 e valutazione dell’indice ROMA.

Anamnesi familiare

In primo luogo è essenziale valutare la presenza di fattori di rischio familiari e/o genetici: neoplasie ovariche in giovane età (≤ 45 anni), neoplasie multiple nello stesso soggetto o in diversi familiari (mammella, ovaio, pancreas, prostata, endometrio, colon-retto); presenza di mutazioni accertate a carico dei geni BRCA1/2 (sindrome ereditaria della mammella e/o dell’ovaio; sindrome sito-specifica dell’ovaio) o dei geni MMR (sindrome ereditaria del colon a carattere non poliposico o sindrome di Lynch2). Il counseling oncogenetico e l’effettuazione del test germinale per i geni BRCA1 e BRCA2 deve essere effettuato al momento della diagnosi di neoplasie ovariche non a basso potenziale di malignità (*borderline*) o mucinose e in caso di presenza di fattori di rischio eredo-familiari (riferimento PDTA tumori eredo-familiari).

Anamnesi personale

La presenza di disturbi addominali (nausea, dispepsia, gonfiore), variazioni di peso associate ad aumento della circonferenza addominale, dolore, alterazione dell'alvo, pollachiuria (per compressione degli organi urinari) rappresentano i principali sintomi o segni associati alla presenza di una neoplasia ovarica. Molti di questi si manifestano in fase tardiva, quando la neoplasia ha già interessato l'intero addome.

Dosaggio marcatori oncologici

Nei casi in cui si evidenzia una tumefazione ovarica sospetta per neoplasia è utile eseguire il dosaggio di alcuni markers tumorali. Il Ca125 è da sempre considerato associato alla presenza di tumori epiteliali dell'ovaio, tuttavia il suo valore predittivo positivo è del 10% ed aumenta al 20% quando si associa ad una valutazione ecografica della pelvi. Questo è il motivo per cui, al momento, nessuna società scientifica ne raccomanda l'utilizzo nello screening del carcinoma ovarico nella popolazione generale. I dati di letteratura a riguardo sono contrastanti, se da un lato un ampio studio prospettico in donne ad alto rischio (es. *carriers* di mutazioni BRCA, storia familiare di tumore ovarico o mammario) ha dimostrato che il Ca125 ha un basso valore predittivo positivo e non riduce la mortalità legata al tumore ovarico, altri studi hanno messo in luce un potenziale ruolo della combinazione tra Ca125 ed ecografia pelvica transvaginale in donne in screening per una condizione di alto rischio nel favorire una diagnosi precoce con un impatto favorevole sulla sopravvivenza globale. Un nuovo antigene tumorale sierico detto, Human Epididymal secretory protein (HE4) ha dimostrato maggiore sensibilità, rispetto al precedente, in fase diagnostica, in particolare in pazienti con neoplasia in stadio iniziale. Numerosi sono gli algoritmi predittivi sviluppati utilizzando diversi fattori (stato menopausale, imaging, biomarcatori, etc) per valutare il rischio di presenza di neoplasia ovarica in donne con massa ovarica sospetta (non ancora sottoposte a chirurgia), tra questi l'indice ROMA è attualmente approvato da EMA (European Medicines Agency) e FDA (U.S. Food and Drug Administration) per la stima del rischio in donne con masse annessiali. In donne giovani è opportuno effettuare il dosaggio di altri marcatori quali β -hCG (β human Chorionic Gonadotropin) ed AFP (alfafetoproteina) indicativi di tumori germinali.

Nei casi in cui vi sia il sospetto che la neoplasia abbia partenza dal tratto gastrointestinale (e.s. sospetto Krukenberg) o in caso di istotipo mucinoso è utile il dosaggio di altri onco-marcatori quali CEA (Antigene Carcino Embrionario) e Ca 19.9.

Visita Ginecologica

La visita ginecologica con palpazione bimanuale pelvica e retto-vaginale rappresenta il primo approccio clinico alla paziente con sospetta neoplasia ovarica e prevede una valutazione delle caratteristiche di mono o bilateralità, di volume, di superficie e mobilità della tumefazione annessiale.

Ecografia pelvica transvaginale

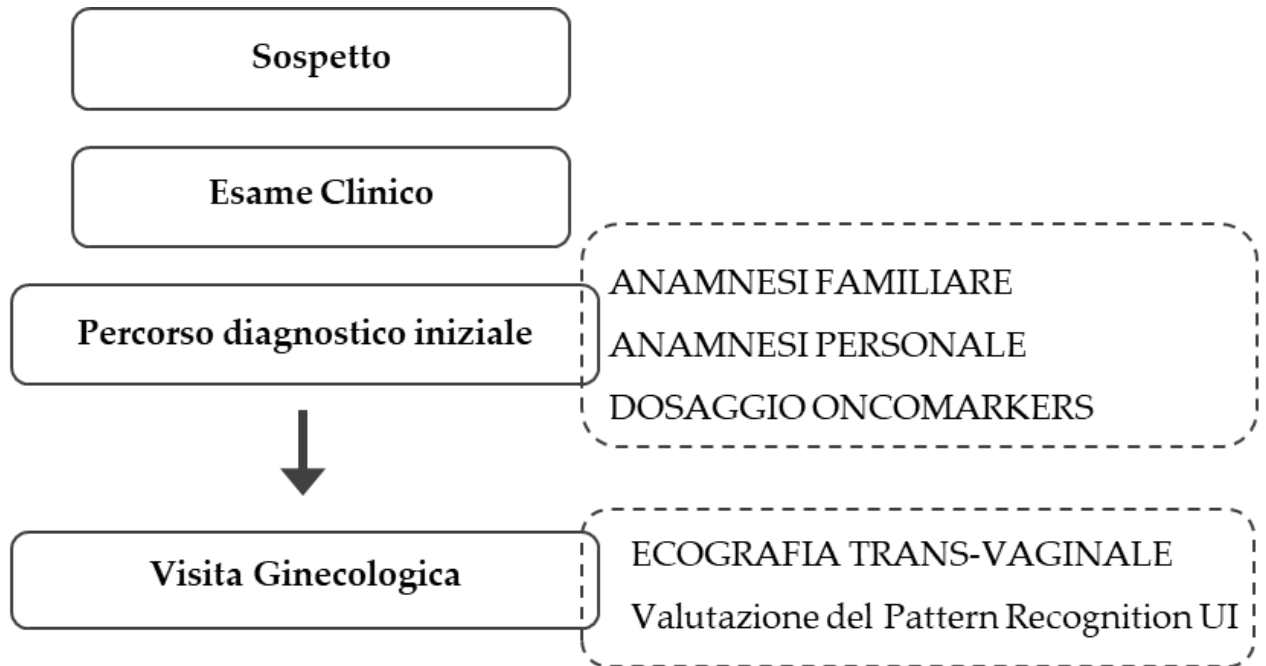
L'ecografia pelvica transvaginale è considerata la metodica diagnostica d'elezione per valutare il rischio di malignità di una tumefazione ovarica. Attraverso la valutazione del *Pattern Recognition e UI* tale procedura fornisce informazioni in merito: al diametro della lesione, al contenuto, alla presenza di formazioni endocistiche (setti, papille, porzioni solide), al profilo esterno, alla vascolarizzazione al color-power doppler e all'eventuale presenza di ascite. Saranno così configurati i seguenti reperti diagnostici associati ad un rischio di malignità variabile a seconda delle caratteristiche riscontrate:

- cisti uniloculare priva di setti e porzioni solide (rischio malignità 0-0,6%)
- cisti multiloculare almeno un setto, ma senza porzioni solide misurabili (rischio malignità 1,7-10%)
- cisti uniloculari con all'interno area solida misurabile (rischio malignità 30-37%)
- cisti multiloculari solide setti multipli con almeno una porzione solida o papille (rischio malignità 41-65%)
- tumefazione solida componente solida maggiore dell'80% (rischio malignità 65%).

Tabella 2. Appropriately esami diagnostici di stadiazione per paziente con sospetta neoplasia ovarica.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
Ecografia trans-vaginale	Appropriata
Dosaggio marcatori tumorali	Appropriato
TAC Total-body ± mdc	Non appropriata
TAC Torace ± mdc e RMN addome completo ± mdc	Non appropriata
PET-TAC total-body con FDG	Non appropriata

Algoritmo di gestione della paziente con sospetta neoplasia ovarica



PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO/TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA OVARICA ACCERTATA

Ogni neoplasia ovarica deve essere valutata dal ginecologo oncologo afferente a centri ad elevata esperienza nella gestione di questa neoplasia.

Stadiazione pre-operatoria

Nella valutazione pre-operatoria di una paziente con evidenza clinica ed ecografica di massa annessiale sospetta per tumore ovarico è opportuno effettuare una TAC di torace-addome e pelvi o, in alternativa, una RMN di addome e pelvi per completare la stadiazione, effettuare una stima di resecabilità e pianificare la chirurgia. Gli esami vanno effettuati con mezzo di contrasto (salvo controindicazioni specifiche). Quanto alla valutazione del torace non esiste un'evidenza che la radiografia del torace o la TAC del torace siano necessarie, tuttavia gli esperti suggeriscono che restino parte della valutazione complessiva della paziente per un'adeguata pianificazione terapeutica per escludere la presenza di metastasi polmonari e/o di interessamento pleurico (che dovrebbe essere citologicamente accertato ai fini stadiativi). In casi selezionati, in particolare per la valutazione di lesioni dubbie extra pelviche che potrebbero modificare il programma terapeutico.

Tabella 3. Appropriatelyzza esami diagnostici di stadiazione per paziente neoplasia ovarica accertata.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
TAC Total-body ± mdc	Appropriata
TAC Torace ± mdc e RMN addome completo ± mdc	Appropriate
PET-TAC total-body con FDG	Appropriata in casi selezionati

Chirurgia

Per tutte le pazienti con sospetta o confermata diagnosi di tumore ovarico, tumore delle tube di Falloppio e del peritoneo, il ginecologo oncologo esperto con supporto di un team multidisciplinare deve necessariamente essere coinvolto nella valutazione del programma terapeutico (esplorazione laparoscopica o mini laparotomica per diagnosi e giudizio di citoriducibilità chirurgica, eventuale indicazione citoriduzione chirurgica primaria *versus* chemioterapia neoadiuvante seguita da chirurgia d'intervallo). L'utilizzo della laparoscopia permette di valutare non solo l'estensione della malattia ma anche la citoriducibilità, attraverso l'utilizzo di uno score validato: il "Predictive Index Value" (PIV). Viene assegnato un valore pari a 0 o 2 a seconda che la malattia sia presente a livello di sedi addominali definite. Se i pazienti ottengono un punteggio $\geq 8-10$, la citoriduzione ottimale è molto improbabile. L'approccio mininvasivo viene spesso preferito poiché permette di ottenere una corretta diagnosi ed una rapida ripresa, soprattutto nelle pazienti non candidabili a chirurgia in up-front. L'assenza di residuo tumorale macroscopico dopo chirurgia radicale rappresenta, tutt'oggi, il principale fattore prognostico nelle pazienti affette da neoplasia ovarica in stadio avanzato (citoriduzione chirurgica completa, residuo tumorale assente o RT=0). Un ulteriore score, validato con approccio laparotomico è il *Peritoneal Cancer Index* (PCI). Sono descritti anche altri algoritmi (*scores* clinici, strumentali e chirurgici) utili per valutare la citoriducibilità chirurgica.

L'esplorazione chirurgica riveste un ruolo fondamentale in caso di sospetta neoplasia ovarica, ai fini di una corretta diagnosi istopatologica, della stadiazione patologica secondo la classificazione FIGO (nel testo), e nel tentativo di rimozione di tutta la malattia visibile.

Si raccomanda una valutazione istologica estemporanea per agevolare una diagnosi differenziale intraoperatoria (forme non invasive, non epiteliali, epiteliali di basso grado) e per poter così adattare la chirurgia al singolo caso.

Classificazione FIGO 2021 del carcinoma ovarico

Stadio Descrizione

I Tumore limitato alle ovaie o alle tube di Falloppio

- IA Tumore limitato a un'ovaia (capsula intatta) o a una tuba di Falloppio; assenza di tumore sulla superficie delle ovaie o delle tube di Falloppio; assenza di cellule maligne nel liquido ascitico o nei lavaggi peritoneali
- IB Tumore limitato a una o entrambe le ovaie (capsula intatta) o tube di Falloppio; nessun tumore sulla superficie dell'ovaio o della tuba di Falloppio; nessuna cellula maligna nel liquido ascitico o nei lavaggi peritoneali
- IC Tumore limitato a una o entrambe le ovaie o tube di Falloppio, più uno dei seguenti:
 - IC1 Fuoriuscita chirurgica
 - IC2 Capsula rotta prima dell'intervento chirurgico o tumore sulla superficie dell'ovaio o della tuba di Falloppio
 - IC3 Cellule maligne nel liquido ascitico o nei lavaggi peritoneali

II Tumore che coinvolge una o entrambe le ovaie o tube di Falloppio con estensione pelvica (sotto l'area pelvica) o carcinoma peritoneale

- IIA Estensione e/o impianti nell'utero, nelle tube di Falloppio e/o nelle ovaie
- IIB Estensione e/o impianti su altri tessuti intraperitoneali pelvici

III Tumore che coinvolge una o entrambe le ovaie o le tube di Falloppio o tumore peritoneale con metastasi peritoneali confermate microscopicamente al di fuori della pelvi e/o metastasi ai linfonodi retroperitoneali

- IIIA1 Solo linfonodi retroperitoneali positivi (istologicamente provati)
 - IIIA1(i) Metastasi ≤ 10 mm nella dimensione maggiore
 - IIIA1(ii) Metastasi > 10 mm nella dimensione maggiore
- IIIA2 Coinvolgimento peritoneale extra-pelvico (oltre lo scavo pelvico), con o senza linfonodi retroperitoneali positivi
- IIIB Metastasi peritoneali macroscopiche che si estendono oltre il bacino e che sono ≤ 2 cm nella dimensione maggiore, con o senza linfonodi retroperitoneali positivi
- IIIC Metastasi peritoneali macroscopiche che si estendono oltre il bacino e sono > 2 cm nella dimensione maggiore, con o senza metastasi ai linfonodi retroperitoneali (comprende l'estensione del tumore alla capsula del fegato e della milza senza il coinvolgimento parenchimale di entrambi gli organi)

IV Metastasi a distanza escluse le metastasi peritoneali

- IVA Versamento pleurico con esame citologico positivo

- IVB Metastasi parenchimali e/o metastasi agli organi extra-addominali compresi i linfonodi inguinali e i linfonodi al di fuori della cavità addominale

Valutazione dell'operabilità

Una valutazione favorevole delle condizioni generali e del rischio anestesiológico della paziente è il pre-requisito fondamentale soprattutto per i casi con sospetta malattia avanzata. È auspicabile, ove appropriato, effettuare valutazione per la preservazione della fertilità.

Valutazione della resecabilità (citoriducibilità chirurgica)

Il tumore residuo post-chirurgico rappresenta ancora oggi il principale fattore condizionante la prognosi nelle pazienti affette carcinoma ovarico. La stadiazione clinico-strumentale associata ad una valutazione chirurgica, è in grado di selezionare i casi in cui una citoriduzione chirurgica ottimale non è tecnicamente fattibile. Nelle pazienti con evidenza strumentale di malattia extragonadica si rende necessaria una valutazione di citoriduzione chirurgica primaria con esplorazione laparoscopica (LPS) o mini-laparotomica. Tale procedura è indispensabile nella maggior parte dei casi ai fini di una corretta valutazione di citoriducibilità.

□

Chirurgia di stadiazione (stadi iniziali FIGO I-IIA- Algoritmo 1)

Circa il 30% delle neoplasie ovariche maligne viene diagnosticata in uno stadio iniziale. L'approccio raccomandato in questi stadi è quello laparotomico (LPT) mediano. La tecnica laparoscopica può essere utilizzata in mani esperte ed in centri selezionati a patto che venga effettuata un'adeguata stadiazione chirurgica. Ogni sforzo chirurgico deve essere effettuato per mantenere intatta la capsula tumorale durante la rimozione. La rottura capsulare al momento della resezione o dell'estrazione dall'addome è associata a disseminazione intraddominale di cellule tumorali.

La disponibilità dell'esame istologico estemporaneo al congelatore può consentire di completare la stadiazione chirurgica al momento della prima chirurgia, ed in mancanza di esso o nei casi di diagnosi non conclusiva è da preferire l'intervento chirurgico in due tempi.

Per le pazienti con malattia apparentemente confinata alle ovaie o alla pelvi, tutte le superfici peritoneali devono essere visualizzate e qualsiasi area peritoneale sospetta deve essere selettivamente escissa o biopsiata. In assenza di aree sospette, si devono prelevare biopsie peritoneali casuali dalla pelvi, dai canali paracoliche e dalla superficie inferiore del diaframma.

La stadiazione patologica FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), prevede:

- lavaggio peritoneale per esame citologico
- isterectomia totale extrafasciale con annessiectomia bilaterale
- omentectomia totale (infracolica)
- biopsie peritoneali multiple (docce paracoliche, peritoneo prevescicale e del Douglas, emidiaframma destro, radice del mesentere)
- linfadenectomia pelvica e paraortica fino alla vena renale sinistra (procedura a valenza stadiativa, ma non terapeutica) ad eccezione degli istotipi mucinosi al I stadio
- appendicectomia (negli istotipi mucinosi)

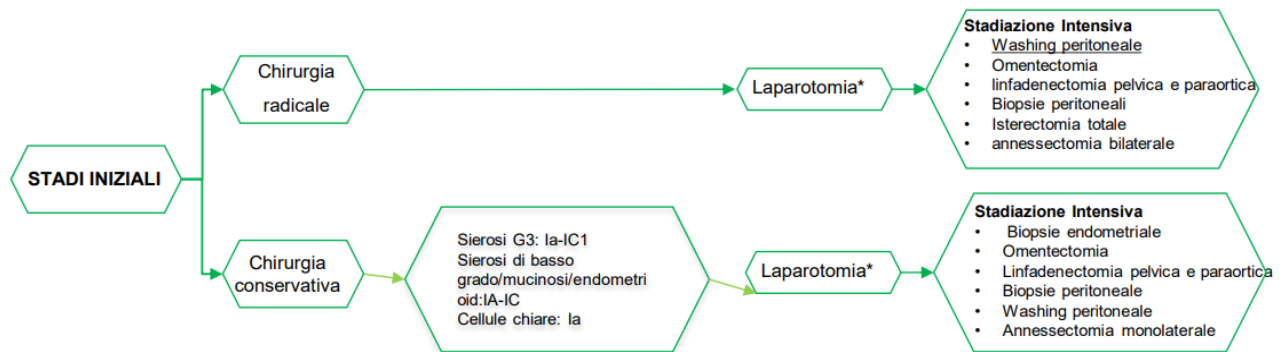
L'esecuzione della linfadenectomia sistematica è ancora argomento di dibattito. Per le pazienti con presunto stadio precoce, uno studio randomizzato ha dimostrato che la linfadenectomia sistematica aortica e pelvica migliora l'identificazione dei linfonodi metastatici ma non è stata associata a un miglioramento della PFS o della OS. Tuttavia, le meta-analisi che hanno incluso studi retrospettivi o osservazionali hanno riportato che la linfadenectomia sistematica migliora la OS nelle pazienti con malattia in stadio iniziale, anche se non migliora la PFS.

La preservazione della fertilità può essere considerata in donne desiderose di prole con neoplasie apparentemente in stadio iniziale e/o tumori a basso rischio. La decisione definitiva può essere presa dopo chirurgia di stadiazione basandosi sul grado e sullo stadio finale: la preservazione della fertilità è accettata in caso di stadio FIGO IA o IC1, carcinoma sieroso di basso grado, endometriode oppure tumori mucinosi di tipo espansivo; gli altri sottostadi dello stadio I oppure differenti istotipi sono soggetti a decisione individuale. L'annessiectomia bilaterale con preservazione dell'utero può essere considerata in pazienti giovani selezionate, con carcinomi a basso rischio invasivo ad apparente stadio IB e con biopsia endometriale negativa, tenendo presente che non è da considerarsi trattamento standard essendoci poche evidenze a supporto di questa gestione.

In caso di diagnosi incidentale alla chirurgia eseguita per una sospetta condizione benigna, la seconda procedura chirurgica è necessaria quando la paziente non sia stata appropriatamente stadiata (chirurgia di ristadiazione).

Per le pazienti giovani che entreranno bruscamente in menopausa dopo la chirurgia, possono essere utilizzate varie misure di supporto per ridurre la sintomatologia e potenzialmente ridurre il rischio di altre comorbidità sistemiche. Non è stato dimostrato che la terapia ormonale sostitutiva peggiori la sopravvivenza nelle pazienti in premenopausa con tumori ginecologici, ma esistono dati prospettici limitati.

ALGORITMO 1: CARCINOMA OVARICO - TERAPIA CHIRURGICA STADI INIZIALI



* Laparoscopia in Centri con specifica ed elevata esperienza

Chirurgia di citoriduzione (stadi avanzati FIGO IIB-IV, algoritmo 2)

La maggior parte (70%) dei carcinomi ovarici viene diagnosticato in stadio avanzato (FIGO III-IV).

La resezione completa di tutta la malattia macroscopicamente visibile rappresenta oggi il principale fattore prognostico indipendente negli stadi FIGO III e IV. Se la resezione completa di malattia può essere ottenuta, la chirurgia *upfront* resta tutt'ora il *gold standard* negli stadi avanzati.

La chemioterapia neoadiuvante (NACT, 3 cicli) seguita da una chirurgia di intervallo (IDS) rappresenta una valida alternativa per le pazienti con malattia in stadio avanzato che non sono buone candidate ad un *debulking chirurgico primario* (PDS) a causa dell'età avanzata, di una condizione di fragilità, dello scarso performance status, delle comorbidità o dell'estensione malattia che difficilmente può essere citoridotta in modo ottimale. Il beneficio previsto dalla NACT sarebbe quello di consentire un miglioramento clinico e/o una riduzione del volume tumorale che aumenterebbe le probabilità di una citoriduzione ottimale all' IDS. Le pazienti trattate con NACT e successiva IDS dovrebbero completare il trattamento chemioterapico post-operatorio fino al sesto ciclo complessivo e in relazione allo stadio, alle caratteristiche biologiche, alle comorbidità ricevere una terapia di mantenimento. Diversi studi prospettici randomizzati (EORTC 55971, SCORPION, JCOG0602, TRUST) hanno confrontato l'approccio NACT con IDS con il trattamento convenzionale PDS.

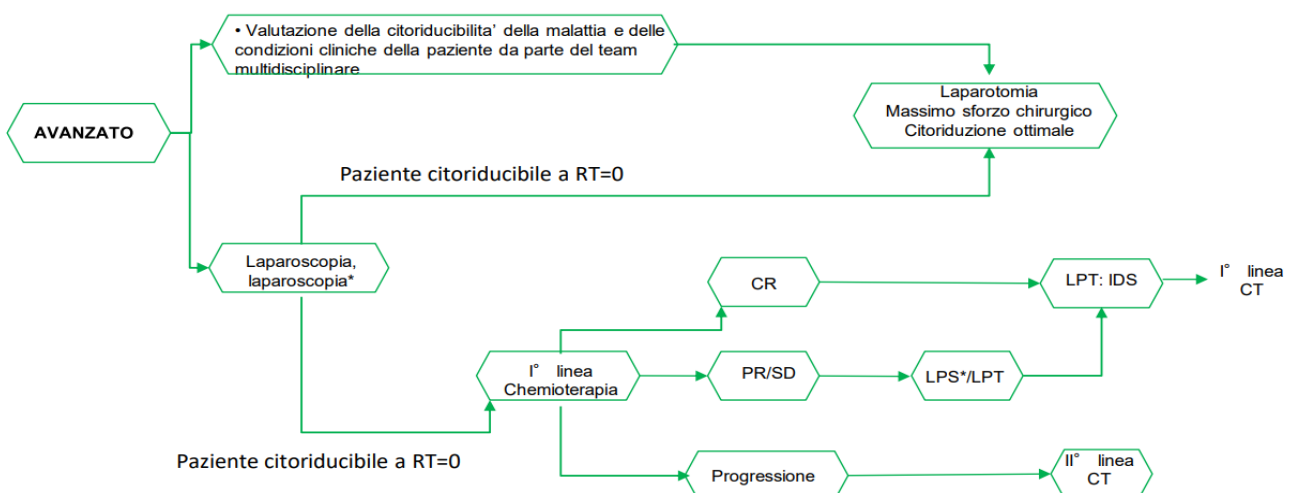
Nello studio TRUST il trattamento convenzionale (PDS e chemioterapia post-operatoria) è stato associato a una migliore PFS ma non ha dimostrato un vantaggio di OS, obiettivo primario dello studio. Sebbene l'obiettivo del residuo tumorale 0 sia ancora da considerare la strategia migliore sono oggi considerate giustificate solo procedure che non esponano a rischi di morbilità e mortalità, in centri con comprovata esperienza.

In accordo con le linee guida l'approccio laparotomico sia nella chirurgia primaria, d'intervallo, che secondaria è da preferire a quella laparoscopica negli stadi avanzati (III-IV). In casi molto selezionati ed in mani esperte le tecniche di chirurgia mininvasiva sono per lo più utilizzate negli stadi iniziali (o presunti tali), alcuni studi non hanno mostrato differenza per *outcomes* chirurgici, tassi di recidiva o sopravvivenza tra le due differenti procedure.

I criteri a sfavore di una citoriduzione completa possono considerarsi: l'infiltrazione della radice del mesentere; la carcinomatosa diffusa del piccolo intestino (tale che la resezione di tali impianti porterebbe alla sindrome dell'intestino corto); infiltrazione dell'ilo epatico; score laparoscopico di non citoriducibilità..

Quando si selezionano pazienti per la NACT con IDS è necessario considerare l'istologia ed il grading, nonché la potenziale risposta alla chemioterapia primaria, che varia in relazione alle differenti caratteristiche biologiche del tumore. La NACT non è appropriata per le pazienti con neoplasie non epiteliali (ad esempio tumori stromali dei cordoni sessuali o delle cellule germinali) e per le pazienti con malattia apparentemente confinata all'ovaio.

ALGORITMO 2: CARCINOMA OVARICO - TERAPIA CHIRURGICA STADIO AVANZATO



* Solo in Centri di comprovata esperienza per valutare la citoriducibilità

Radioterapia

Nel trattamento del carcinoma ovarico la radioterapia ha un ruolo limitato. Può essere impiegata, con intento palliativo, per il controllo dei sintomi determinati dalla presenza di secondarismi ossei, cerebrali, linfonodali e/o viscerali. Può inoltre trovare indicazione nella malattia oligometastatica per il trattamento di secondarismi (principalmente linfonodali e cerebrali) e delle recidive pelviche, mediante l'utilizzo di tecniche altamente conformate (radioterapia stereotassica) che permettono l'erogazione di dosi considerate palliative.

TERAPIA MEDICA

Tumori a basso potenziale di malignità (BPM) (*Borderline*)

I tumori BPM rappresentano dal 10 al 20% di tutti i tumori ovarici epiteliali e, a differenza delle forme invasive, tendono a manifestarsi in uno stadio più precoce e ad un'età più giovane, con prognosi nettamente migliore. Non vi è indicazione a terapia medica negli stadi iniziali.

Tumori maligni Stadi FIGO I-II

Le pazienti con carcinoma ovarico iniziale sono suddivise in tre categorie di rischio in base a fattori prognostici definiti. Nelle pazienti a basso rischio (stadio FIGO IA-B G1) la chirurgia è risolutiva nel 95% dei casi e non vi sono evidenze che dimostrino un vantaggio di un successivo trattamento chemioterapico adiuvante. Le pazienti con malattia ad alto rischio (stadio IA-IB G3, IC G2/G3 e II) sono candidate ad un trattamento chemioterapico adiuvante, mentre lo stesso è da considerarsi opzionale ed oggetto di counseling nelle pazienti a rischio intermedio (stadio FIGO IA-IB G2 e IC G1). Una metanalisi della Cochrane ha valutato 4 studi randomizzati prospettici dimostrando un vantaggio in termini di OS (Overall Survival, HR 0.71) e PFS (Progression Free Survival, HR 0.67) per la chemioterapia adiuvante a base di platino *versus* la sola osservazione negli stadi iniziali (1). Dati più recenti, su valutazioni retrospettive che prendono in considerazione le differenze biologiche dei diversi sottotipi istologici di tumore ovarico, considerano la chemioterapia adiuvante di scarso beneficio nei tumori non sierosi (mucinoso, endometrioido e a cellule chiare) confinati all'ovaio (2,3). Alla luce di queste osservazioni, oggi si propone un trattamento adiuvante personalizzato come da tabella sottostante:

	IA	IB/IC1	IC 2-3	IIA
Sieroso alto grado (G2-G3)	CHT	CHT	CHT	CHT
Sieroso basso grado (G1)	No CHT	CHT opzionale	CHT opzionale	CHT
Endometriode alto grado (G3)	CHT	CHT	CHT	CHT
Endometriode basso grado (G1-G2)	No CHT	CHT opzionale	CHT opzionale	CHT
Cellule chiare	CHT Opzionale	CHT Opzionale	CHT	CHT
Mucinoso	G1-G2 crescita espansiva: no CHT Infiltrativa: CHT opzionale	G1-G2 crescita espansiva: CHT opzionale Infiltrativa: CHT	G1-G2 crescita espansiva: CHT opzionale Infiltrativa: CHT	CHT

Lo standard di trattamento prevede, ad oggi, l'utilizzo del carboplatino AUC 5 per 6 cicli o della combinazione carboplatino AUC 5/ Paclitaxel 175 mg/mq per 3-6 cicli, con 6 cicli proposti prevalentemente nei tumori di alto grado o con capsula rotta.

Sebbene la durata ottimale del trattamento di combinazione sia controversa, sei cicli dovrebbero essere destinati alle pazienti con carcinoma ovarico sieroso di alto grado e alle pazienti in stadio IC per il vantaggio evidenziato in termini di PFS, sebbene non significativo, nello studio GOG 157.

Tumori maligni in stadio FIGO IIb-IV

Nell'approccio alla paziente con neoplasia ovarica in stadio avanzato le linee guida nazionali ed internazionali sono concordi nel dare alla chirurgia radicale un ruolo prognostico indipendente correlato alla sopravvivenza.

Date le caratteristiche di sofferenza psicologica delle pazienti, molto peculiari, che arrivano mediamente a diagnosi in fase molto avanzata, sarebbe raccomandabile la partecipazione alle sedute dei GOM, del medico di medicina generale e la partecipazione delle associazioni di pazienti dedicate alla patologia, in particolare durante i percorsi di presa in carico, diagnosi/valutazione e cura.

Negli stadi avanzati, in donne non candidabili a trattamento chirurgico primario, la chemioterapia neo-adiuvante seguita da chirurgia di intervallo dopo 3-4 cicli rappresenta una valida alternativa terapeutica. la selezione della paziente per chirurgia primaria o trattamento neo-adiuvante deve essere effettuata in centri d'eccellenza e nell'ambito di team multidisciplinari.

Negli stadi avanzati, il rischio di recidiva nei primi due anni dalla chirurgia può raggiungere il 70%, pertanto, al fine di ridurre tale condizione di rischio, come per gli stadi iniziali, si è affermata nel tempo l'indicazione a chemioterapia di I linea con la combinazione di Carboplatino AUC5 e Paclitaxel 175 mg/mq ogni 21 giorni per 6 cicli.

In pazienti che presentino controindicazioni al trattamento con Paclitaxel (es. diatesi allergica, pre-trattamento per altre neoplasie, o presenza di fattori di rischio come neuropatia diabetica o per rifiuto dell'alopecia) si può prendere in considerazione lo schema Carboplatino AUC5 + Doxorubicina Liposomiale Peghilata (DLP) 30 mg/mq ogni 21 giorni per 6 cicli per la presenza di dati sovrapponibili in efficacia tra i due regimi di combinazione.

In pazienti fragili, la schedula settimanale Carboplatino AUC2 + Paclitaxel 60 mg/mq giorno 1, 8, 15 q21 per 6 cicli può essere adottata alla luce di una migliore tollerabilità emersa dal confronto con quella tri-settimanale pur non essendo, tuttavia, associata ad un miglioramento della sopravvivenza libera da progressione.

Negli ultimi anni numerosi sono stati i trials clinici sviluppati al fine di prolungare la sopravvivenza libera da recidiva e migliorare la sopravvivenza globale. Il primo farmaco ad aver ottenuto un beneficio nel ridurre il rischio di recidiva o morte fino al 30% (HR 0.7 e HR 0.82) in due studi di riferimento di fase III randomizzati (GOG0218 e ICON 7) in donne in stadio FIGO IIIB-IV è stato il Bevacizumab (anticorpo monoclonale anti VEGF-*vascular endothelial growth factor*).

L'anti-angiogenico ha ottenuto l'approvazione da parte dell'EMA (European Medicines Agency) e la rimborsabilità in donne affette da carcinoma ovarico in stadio FIGO IIIB-IV in associazione al trattamento chemioterapico convenzionale con Carboplatino/Paclitaxel per 6 cicli seguito da mantenimento per 21 cicli complessivi. Nessuno dei due studi sovra citati è riuscito a dimostrare un beneficio in OS nella popolazione globale, ma da un'analisi *post hoc* di entrambi è emerso un vantaggio statisticamente significativo in OS nelle pazienti in stadio IV (studio GOG0218) e/o ad elevato rischio di recidiva (studio ICON 7 in donne con neoplasie in stadio FIGO III sub-ottimamente citoridotte, con residuo tumorale >1cm o stadio IV). La decisione terapeutica per le pazienti con carcinoma ovarico in stadio FIGO IIIB-IV deve essere orientata anche sulla base dello stato mutazionale BRCA1/2 e del test HRD. Il test BRCA germinale e somatico è oggi lo standard alla diagnosi. Le linee guida raccomandano l'effettuazione del test BRCA1 e 2 somatico e/o germinale (in accordo con direttive regionali e capacità dei singoli centri) in tutte le pazienti affette

da carcinoma epiteliale dell'ovaio, del peritoneo o delle tube di Falloppio non mucinoso e non *borderline* al momento della prima chirurgia.

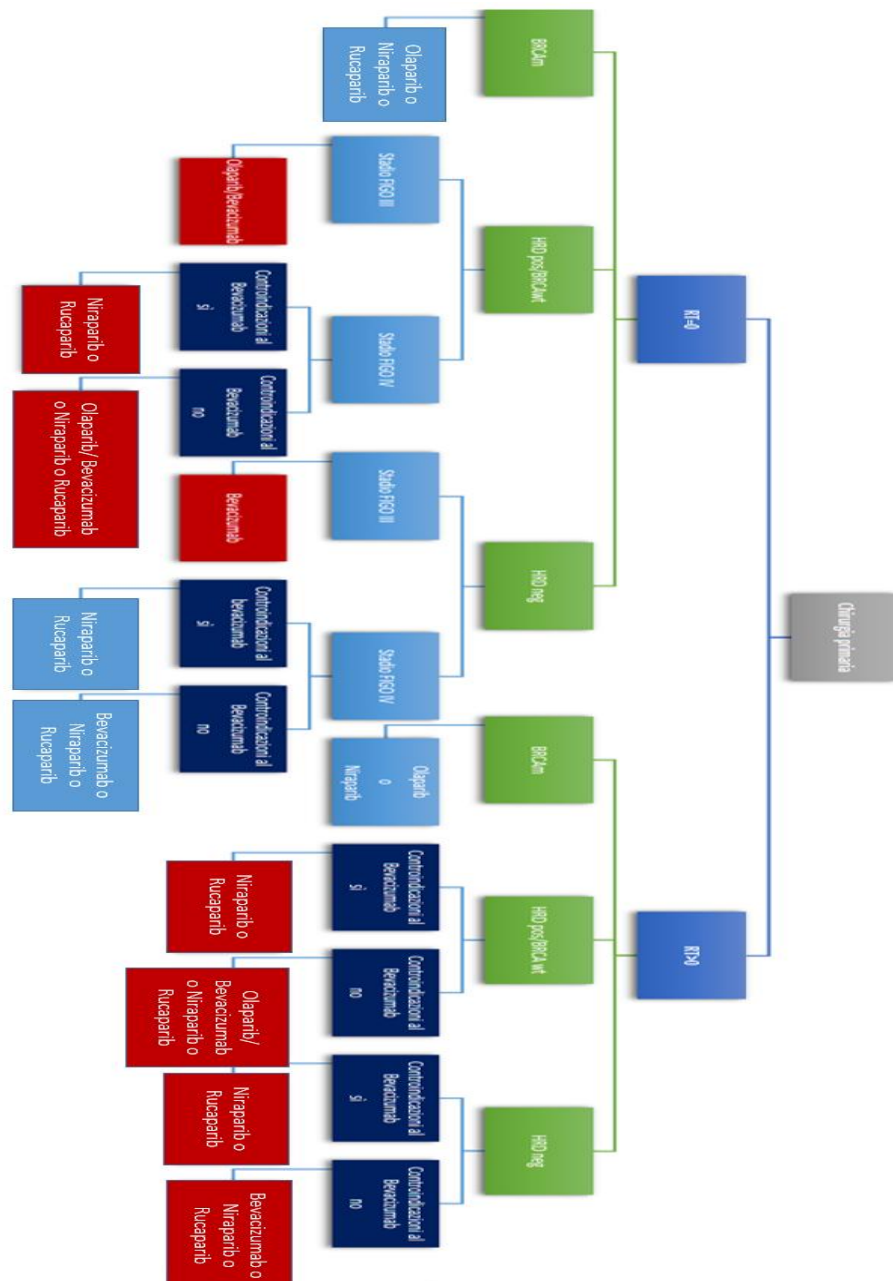
Questa indicazione è basata sui risultati dei 3 studi registrativi di fase III (SOLO1, PRIMA, PAOLA1 e ATHENA mono) che hanno portato all'approvazione l'utilizzo dei PARP (*poli-ADP-ribose-polmerase*) inibitori (olaparib, niraparib, rucaparib) in monoterapia come mantenimento dopo risposta alla chemioterapia o della combinazione Olaparib/Bevacizumab nel mantenimento dopo risposta (parziale o completa) a trattamento chemioterapico di I linea *platinum based*, in pazienti con test HRD positivo, garantendo un beneficio statisticamente significativo in PFS ed OS rispetto al placebo in donne affette da carcinoma ovarico in stadio avanzato (FIGO III-IV). Ognuno di questi farmaci ha ottenuto la rimborsabilità in una popolazione differente in linea con quella inclusa nei rispettivi studi registrativi. Nelle pazienti con mutazione BRCA1/2 (germinale o somatica), il trattamento di mantenimento prevede l'utilizzo degli inibitori di PARP: Olaparib (24 mesi) o Niraparib (36 mesi) o Rucaparib (24 mesi) da selezionare in base alle caratteristiche biologiche della neoplasia (istologia endometrioidale e/o sierosa di alto grado Olaparib e Niraparib, anche in altre istologie di alto grado Rucaparib), alle comorbidità, alle tossicità residue ed alla presenza di malattia residua post chirurgia (Niraparib solo negli stadi FIGO IV o III con residuo tumorale > 1 cm). In Italia l'indicazione di Olaparib è stata ottenuta grazie allo studio di fase III SOLO1, nel mantenimento per 2 anni in donne affette da tumori sierosi ed endometrioidi di alto grado con mutazione dei geni BRCA 1 e 2 (germinale o somatica) dopo risposta (completa o parziale) a chemioterapia di I linea, nelle quali è riuscito rispetto al placebo ad ottenere un vantaggio significativo (ad un follow up di 7 anni) oltre che in mPFS anche in OS.

Niraparib ha ottenuto l'approvazione da parte di AIFA come terapia di mantenimento (dose 200 o 300mg per os/die) in tutte le pazienti con tumore ovarico sieroso o endometrioidale di alto grado in stadio avanzato (FIGO III-IV) con residuo post chirurgia in risposta parziale o completa ad un trattamento chemioterapico *platinum based* di prima linea indipendentemente dalla presenza di mutazione BRCA o dallo status di HRD (*Homologous Recombination deficiency*) alla luce dei dati emersi dallo studio PRIMA/ENGOT OV26. L'utilizzo del Niraparib rispetto al placebo è stato associato ad un vantaggio statisticamente significativo in mPFS.

Di più recente approvazione e rimborsabilità da parte di AIFA Rucaparib, alla luce dei risultati dello studio di fase III (ATHENA-MONO). Lo studio ha dimostrato che Rucaparib determina un vantaggio statisticamente significativo in mPFS rispetto al placebo in tutte le pazienti, pertanto, è oggi rimborsato come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti con carcinoma ovarico epiteliale, delle tube di Falloppio o peritoneale primario, avanzato (stadio FIGO III e IV) e

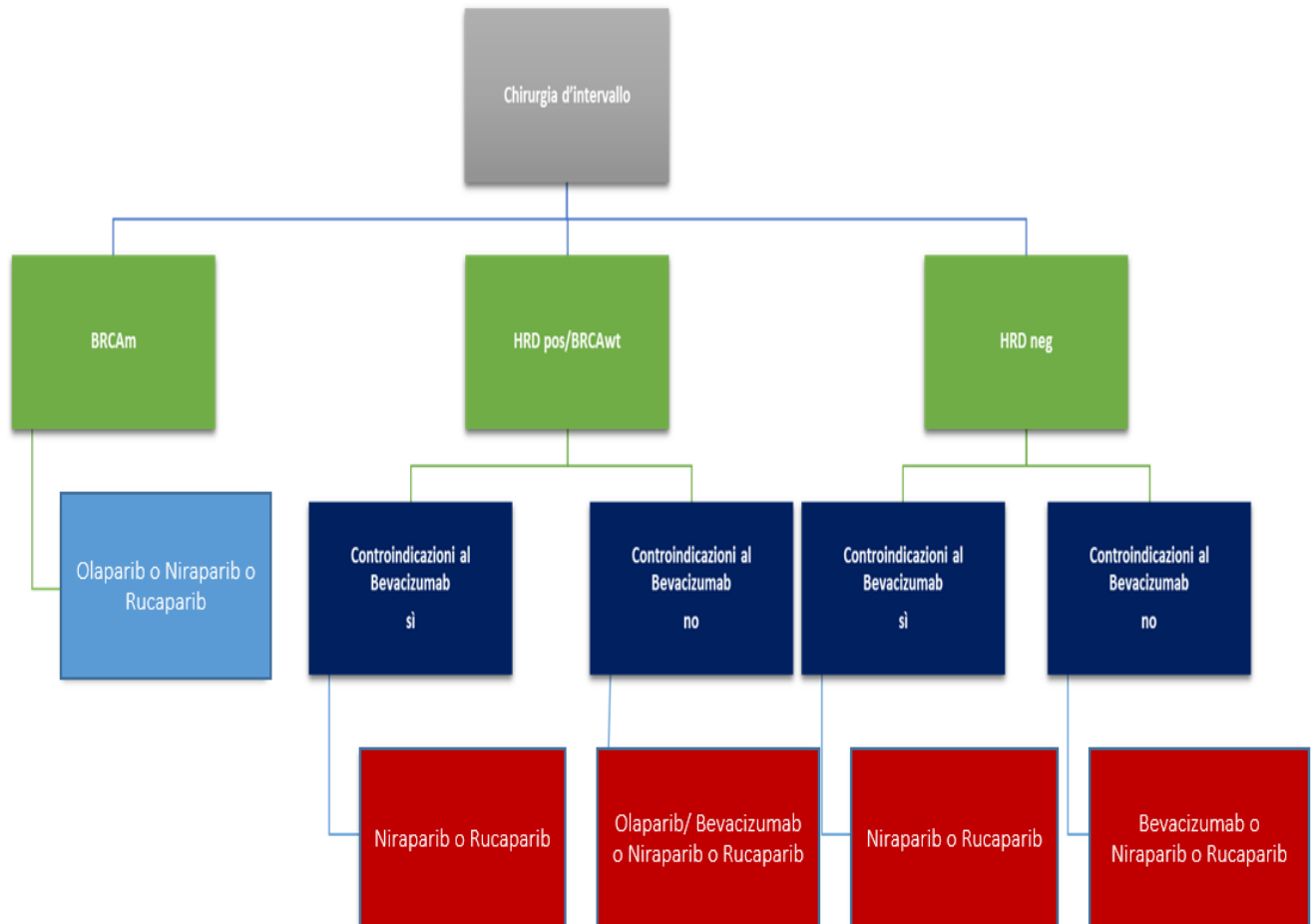
ad alto grado, in risposta (risposta completa o parziale) dopo il completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino, indipendentemente da stato mutazionale/HRD o residuo tumorale. Nelle pazienti candidate a trattamento con Bevacizumab, una ulteriore opzione terapeutica è rappresentata dalla combinazione di Bevacizumab (15 mg/kg d1 q21) con Olaparib (300 mg b.i.d.) per 24 mesi nel mantenimento dopo regime di combinazione di I linea con carboplatino/ paclitaxel/ Bevacizumab. Sulla base dei risultati ottenuti nello studio di fase III PAOLA1 dove veniva confrontato con chemioterapia standard in associazione al Bevacizumab, questo schema è rimborsato in Italia esclusivamente per le pazienti positive al test HRD, ma BRCA wild type, indipendentemente dal residuo tumorale alla prima chirurgia.

Algoritmo di trattamento della terapia di mantenimento di prima linea in pazienti affette da carcinoma ovarico avanzato sottoposte a chirurgia citoriduttiva primaria.



*solo IV stadio

Algoritmo di trattamento della terapia di mantenimento di prima linea in pazienti affette da carcinoma ovarico avanzato sottoposte a chemioterapia neoadiuvante e successiva chirurgia d'intervallo.



PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON RECIDIVA DI NEOPLASIA OVARICA

Nonostante il miglior approccio terapeutico in *upfront*, il tasso di recidive del carcinoma ovarico nei due anni successivi al termine della chemioterapia di I linea resta costantemente elevato (70-80%).

La chirurgia citoriduttiva secondaria ha dimostrato un vantaggio in OS secondo lo studio Desktop e va sempre valutata in un centro esperto per la prima recidiva platino sensibile.

L'utilizzo dei PARP inibitori (PARPi) e del Bevacizumab come mantenimento in prima linea ha sicuramente impattato favorevolmente sui tassi di ripresa di malattia, ritardando la comparsa di recidiva. Tuttavia è da considerare che negli ultimi anni molti farmaci utilizzati nel trattamento della recidiva sono stati anticipati in prima linea determinando inevitabilmente una modifica dell'algoritmo di trattamento utilizzato quotidianamente nella pratica clinica. In particolare nel *setting* delle pazienti BRCA mutate, la popolazione di donne recidivate dopo trattamento con PARPi è portatrice di neoplasie con un profilo clinico e molecolare del tutto nuovo e misconosciuto, spesso associato a resistenza ai trattamenti successivi.

Storicamente la scelta di un trattamento di seconda linea utilizzava come unico parametro di valutazione il *Platinum Free Interval* (PFI), ovvero l'intervallo intercorso tra la fine del trattamento con platino e la comparsa di recidiva. Le pazienti recidivate venivano, pertanto, suddivise in: **refrattarie** (progredite durante la I linea o entro 1 mese dall'ultimo ciclo di platino), **resistenti** (progredite o recidivate entro 6 mesi dall'ultimo trattamento con platino), **parzialmente platino sensibili** (con PFI tra 6 e 12 mesi) e **platino sensibili** (PFI > 12 mesi). Le pazienti, appartenenti alle singole categorie ricevevano un trattamento analogo, senza considerare caratteristiche individuali. Attualmente sappiamo che la resistenza al platino non è una variabile categorica e che, pur continuando il PFI a rappresentare un parametro importante per la scelta di un trattamento di II linea, altri sono i fattori (es. tumore-correlati; paziente correlati; trattamenti pregressi) che devono influenzare le decisioni terapeutiche. Questo concetto è stato totalmente integrato nell'algoritmo di trattamento della recidiva di carcinoma ovarico nelle nuove linee guida europee nel corso dell'ultima Consensus dell'European Society for Medical Oncology (ESMO)/European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) in cui: si preferisce parlare di intervallo libero da trattamento (*Treatment Free Interval Platinum*; TFIp) piuttosto che PFI e si suddividono le pazienti recidivate in quelle responsive al platino, potenzialmente candidate ad un ritrattamento e quelle non eleggibili per tale terapia.

Alla categoria di **pazienti non eleggibili a ritrattamento con platino** appartengono: donne che hanno sviluppato ipersensibilità al farmaco (es. cisplatino o carboplatino), quelle con comorbidità che controindichino trattamento con platino-derivati (es. scarsa clearance della creatinina), quelle

con PFI < 6 mesi. In questo *subset*, al di fuori di trials clinici la chemioterapia convenzionale ha efficacia limitata con tassi di risposte obiettive pari a circa il 20-30%. La monochemioterapia è da prediligere alla poli-chemioterapia essendo per lo più orientata al controllo dei sintomi. Gli agenti chemioterapici classici in indicazione con *outcomes* sovrapponibili sono: **topotecan, doxorubicina liposomiale peghilata (DLP), gemcitabina, paclitaxel settimanale, etoposide, vinorelbina, ciclofosfamida orale**. Inoltre, per pazienti non in grado di tollerare trattamenti chemioterapici un'ulteriore opzione disponibile è quella di agenti ormonali come: **tamoxifene; megestrolo acetato** o **inibitori dell'aromatasi** (es. anastrozolo, letrozolo), che diventano di riferimento nelle pazienti con tumori sierosi di basso grado. La scelta di un trattamento piuttosto che un altro deve adattarsi alle caratteristiche della paziente, alle comorbidità, considerate la tollerabilità e le tossicità residue ai trattamenti precedenti. Pur avendo il bevacizumab ottenuto l'approvazione da parte di FDA e EMA in combinazione con topotecano o paclitaxel settimanale per aver offerto un vantaggio in mPFS rispetto alla sola chemioterapia nello studio di fase III AURELIA, l'utilizzo del farmaco è limitato ad alcuni paesi Europei, e non rimborsato in Italia, pertanto non utilizzabile nella pratica clinica.

E' attualmente disponibile in CNN in Italia il Mirvetuximab soravtansine, un coniugato anticorpo-farmaco (antibody-drug conjugate, ADC) diretto contro il recettore α dei folati (FR α) che ha dimostrato efficacia nella malattia platino resistente in pazienti pre-trattate fino ad un massimo di 3 linee precedenti, sia in termini di PFS che OS nell'ambito dello studio MIRASOL rispetto alla chemioterapia tradizionale, in pazienti con elevata espressione di FR α (IHC 2+, $\geq 75\%$) nelle quali rappresenta oggi lo standard terapeutico.

Nelle **pazienti con PFI superiore a 6 mesi ricandidabili a platino-derivati** i dati di letteratura confermano l'indicazione ad un ritrattamento con regimi di combinazione a base di platino per 6 cicli ed eventuale successivo mantenimento con bevacizumab o PARP inibitori da selezionare in relazione al profilo mutazionale della paziente (es. BRCA mutata vs wild type), alle comorbidità ed alla precedente terapia di I linea. Per le pazienti non candidabili al platino per intolleranze e/o tossicità persistenti, o nelle linee successive, una valida opzione disponibile è rappresentata dalla combinazione **DLP** (doxorubicina liposomiale peghilata) e **Trabectedina** che nello studio di fase III OVA 301 ha dimostrato un vantaggio in OS rispetto alla sola DLP in questo sottogruppo di pazienti (con PFI 6-12 mesi) al punto da ottenere la rimborsabilità in questo *setting* clinico. I dati di letteratura suggeriscono, inoltre, una maggiore efficacia nelle pazienti portatrici di mutazione di BRCA 1 e 2. La combinazione **DLP e Trabectedina** può essere impiegata anche nelle linee successive; rappresenta, infatti, una valida ipotesi nel trattamento di III linea delle pazienti

parzialmente platino-sensibili e pre-trattate con PARPi e/o bevacizumab, per le quali non vi sarebbero ulteriori terapie di mantenimento disponibili.

Nelle **pazienti che sono eleggibili al ritrattamento con platino** la scelta prevede il riutilizzo di una doppietta a base di platino (es. **carboplatino o cisplatino/paclitaxel; carboplatino-cisplatino/gemcitabina; carboplatino/DLP**). La combinazione carboplatino/DLP ha dimostrato equiefficacia rispetto alla combo carboplatino/paclitaxel, con differente profilo di tollerabilità, *topic* utile nella discussione con la paziente, soprattutto in donne che richiedono regimi non alopecizzanti. Per pazienti con Performance Status (PS) mediocre, non in condizioni cliniche da sostenere un trattamento combinato, la monoterapia con carboplatino o cisplatino è un'opzione valida. La scelta del trattamento di II linea deve essere necessariamente adattato alla paziente considerando i precedenti trattamenti.

Nelle pazienti **platino-sensibili non pre-trattate** con terapie *target* le linee guida suggeriscono:

1. in donne BRCA mutate, HRd o BRCA *wild type* clinicamente non sintomatiche o con controindicazioni al Bevacizumab un ritrattamento con una combinazione *platinum-based* e successivo mantenimento (in caso di risposta parziale o completa) con PARP inibitori a seconda del regime di rimborsabilità (es. olaparib nelle BRCA mutate, niraparib, rucaparib nelle BRCA mutate ed *all comers*).

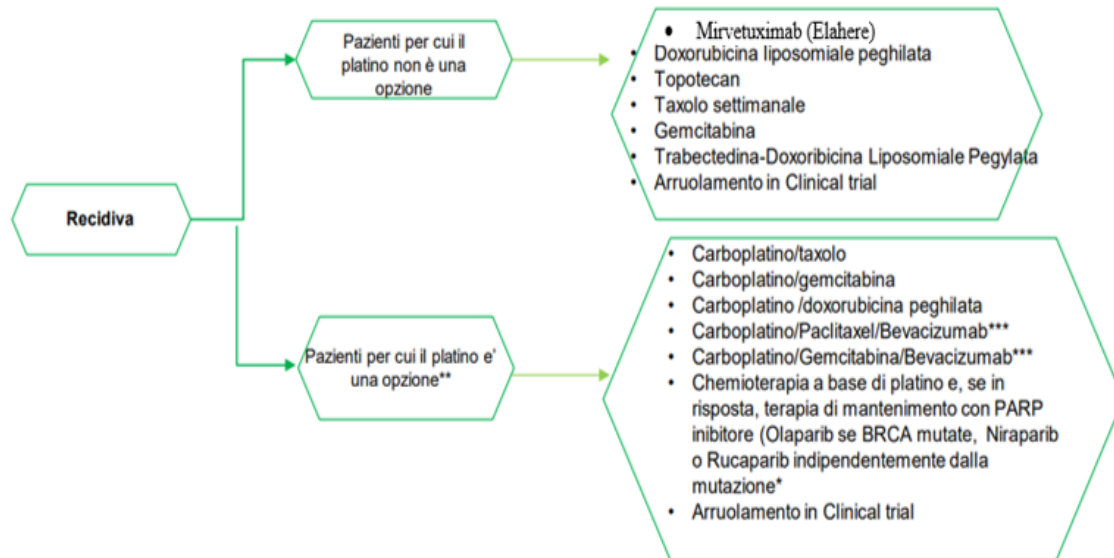
2. in pazienti **BRCA *wild type*** con controindicazioni al trattamento con farmaci orali è consigliata la combinazione carboplatino/gemcitabina (unico regime chemioterapico approvato) / Bevacizumab seguita dalla monoterapia con l'antiangiogenico fino a progressione di malattia e/o a tossicità inaccettabile. Tale associazione ha dimostrato nello studio registrativo OCEANS di migliorare la PFS rispetto alla sola chemioterapia di circa 4 mesi (12.4 vs 8.4 mesi; HR 0.48; CI 95%: 0.39-0.61; $p < 0.0001$).

Tale opzione è da considerare anche in **donne precedentemente esposte ai PARP inibitori**.

In pazienti **precedentemente esposte al Bevacizumab**, ma non a PARP inibitori, la scelta suggerita è costituita dal ri-trattamento con una combinazione a base di platino seguita dal mantenimento con inibitori di PARP (Olaparib, Niraparib, Rucaparib) in caso di risposta parziale o completa.

Tutte le pazienti resistenti al platino non candidate a Mirvetuximab o quelle candidate a ritrattamento con platino, ma che hanno già usufruito di tutte le terapie di mantenimento in quel setting andrebbero inviate per valutazione a centri di riferimento per valutare eventuale arruolabilità in trials clinici con farmaci innovativi.

Algoritmo di trattamento di pazienti con recidiva di carcinoma ovarico.



* Se PARPi naive

**Considerare sempre la possibilità di chirurgia di salvataggio nelle pazienti con intervallo libero da platino > 6 mesi con intento di citoriduzione completa

***bevacizumab solo se non precedentemente somministrato e paziente alla prima recidiva

ONCOGENETICA E CONTROLLI A DISTANZA

Valutazione Onco-Genetica

Sulla base delle ultime evidenze scientifiche, è consigliabile l'esecuzione del test-BRCA, somatico e germinale, sin dal momento della diagnosi per tutte le pazienti con diagnosi di carcinoma epiteliale ovarico non mucinoso e non borderline, carcinoma delle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primitivo, per completare la fase diagnostica molecolare.

In considerazione della complessità della problematica oncologica eredo-familiare per gli aspetti oncologici e psicosociali, il counseling oncogenetico (CO) rappresenta l'intervento specialistico più idoneo per la presa in carico dei soggetti a rischio eredo-familiare, per la gestione del rischio oncologico. Il counseling oncogenetico si avvale della collaborazione tra diversi professionisti, parte di un'equipe multidisciplinare dedicata composta dal genetista, l'oncologo, il ginecologo oncologo, lo psicologo, il radiologo, il senologo che intervengono ciascuno secondo le specifiche competenze. Queste figure professionali posseggono formazione e competenze per la gestione delle pazienti e dei familiari carriers di mutazioni a carico dei geni BRCA1 e 2 o con elevato rischio oncologico familiare e si propongono di lavorare in rete nella gestione integrata dei singoli casi. Nella paziente con diagnosi di tumore ovarico BRCA-correlato è importante considerare il rischio oncologico per tumore della mammella di circa il 60-80% per le carrier BRCA1 e di circa il 49% per le carrier BRCA2. Inoltre, le donne portatrici di mutazioni in BRCA2 hanno un rischio aumentato, rispetto alla popolazione generale, per melanoma, tumori dello stomaco, del pancreas e delle vie biliari. Pertanto, la definizione di stato di portatore di mutazioni dei geni BRCA1/2 implica l'offerta alla paziente con tumore ovarico ereditario di un programma di prevenzione (sorveglianza clinico-strumentale intensiva e/o chirurgia profilattica) da integrare necessariamente al follow-up oncologico standard.

In presenza di un test positivo sarà possibile estendere l'analisi della specifica alterazione individuata nel probando anche ai familiari che lo desiderino per identificare gli individui mutati a maggiore rischio di malattia. I familiari sani a rischio vanno inseriti in programmi di prevenzione specifici in accordo con le linee guida disponibili in tale ambito.

Per tutti gli aspetti connessi alla ereditarietà si rimanda al PDTA dei tumori eredo familiari e al Decreto 100 -2019 con il piano attuativo del PDTA.

FOLLOW-UP

1. Stadi avanzati in Remissione completa dopo intervento, chemioterapia ed eventuale mantenimento

Livello di rischio	Visita ginecologica	*Imaging (TC torace-addome)	Ecografia Transvaginale Ecografia addome	Ca125
Alto Stadio III e IV con RT > 1	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 4 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 8 mesi per il primo anno (Alternando con ecografie) Ogni 12 mesi dal II al V anno (Alternando con ecografie) 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 4 mesi per il primo anno Ogni 6 mesi dal II al V anno 	Se alla diagnosi Ca125 elevato, ogni 4 mesi per il primo anno, ogni sei mesi dal II al V anno
Intermedio (Stadio III e IV con RT 0)	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi fino al V anno Ogni anno dopo il V anno 	1 ogni 12 mesi per i primi due anni. Alternando con ecografie	Ogni 6 mesi dal I fino al V anno Alternando con TC	Se alla diagnosi Ca125 elevato, ogni 6 mesi fino al V anno
Basso Non esiste rischio basso				

2. Ovaio Stadi iniziali - follow up delle pazienti operate e sottoposte a terapia adiuvante

Livello di rischio	Visita ginecologica	*Imaging (TC torace-addome)	Ecografia Transvaginale Ecografia addome	Ca125
Alto stadio Ic Alto grado stadio II qualsiasi grado	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 4 mesi per i primi 12 mesi Ogni 6 mesi dal II al V anno Ogni anno dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 8 mesi per il primo anno (Alternando con ecografie) A seguire 1 ogni 12 mesi per gli altri 4 anni (Alternando con ecografie) 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 4 mesi per i primi 12 mesi Ogni 6 mesi dal II al V anno Alternando con TC	Se alla diagnosi Ca125 elevato, ogni 4 mesi per il primo anno, ogni sei mesi dal II al V anno
Intermedio (stadio FIGO I a,b). Alto grado	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi fino al V anno Ogni anno dopo il V anno 	1 ogni 12 mesi per i primi tre anni. Alternando con ecografie	Ogni 6 mesi dal fino al V anno Alternando con TC	Se alla diagnosi Ca125 elevato, ogni 6 mesi fino al V anno
Basso Stadio Ia basso grado	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi fino al V anno 	1 ogni 12 mesi per i primi due anni Alternando con ecografie	Ogni 6 mesi dal fino al V anno	Se alla diagnosi Ca125 elevato, ogni 6 mesi fino al V anno

Esami previsti per il follow up in pazienti libere da malattia

Poiché il 26-50% delle recidive avvengono in regione pelvica, l'esecuzione dell'esame clinico, che preveda la palpazione bimanuale pelvica e retto-vaginale insieme ad una accurata anamnesi volta alla identificazione di segni clinici è effettuato ogni tre mesi nei primi due anni, ogni sei mesi dal terzo al quinto anno e ogni anno dopo il quinto anno. La determinazione del Ca125 in assenza di segni clinici o strumentali di recidiva può aiutare a selezionare le pazienti da sottoporre ad esami strumentali. L'utilizzo del CA125 nel follow up dovrebbe essere sempre discusso con le pazienti. Per quanto riguarda l'impiego degli esami strumentali nella diagnosi precoce di recidiva di

neoplasia, l'esecuzione della ecografia pelvica è indicata nelle pazienti in età fertile sottoposte ad intervento chirurgico conservativo. L'impiego di TC e RMN, ad oggi, è riservato solo a pazienti con un fondato sospetto clinico di recidiva della neoplasia. La PET-TC è indicata solo nel caso di una valutazione della paziente per chirurgia della recidiva.

Esami previsti per il follow up in pazienti con mutazione BRCA e in familiari sani di pazienti mutate

Per le pazienti con tumore dell'ovaio, *carrier* di mutazioni nei geni BRCA1/2, sono raccomandate specifiche misure di prevenzione oncologica, quali la sorveglianza clinico-strumentale intensiva e/o la chirurgia profilattica, in base allo stadio di malattia al momento del *counseling* oncogenetico post-test. Alle pazienti con pregresso tumore ovarico, libere da malattia al momento della comunicazione di un risultato positivo del test genetico, viene raccomandato un programma di sorveglianza clinico-strumentale intensivo, oltre al follow-up oncologico routinario. La sorveglianza clinico-strumentale intensiva prevede la visita senologica e l'ecografia mammaria semestrali, la mammografia bilaterale e la risonanza magnetica delle mammelle con mezzo di contrasto annuali. È prevista una visita dermatologica annuale per le donne *carrier BRCA2*. In casi selezionati, si può considerare la mastectomia profilattica bilaterale, quale possibile **familiari sani carrier BRCA1/2**.

Per i familiari sani, *carrier* di mutazione nei geni BRCA1/2, sono previste misure di prevenzione oncologica quali la sorveglianza clinico-strumentale intensiva e/o la chirurgia profilattica. La sorveglianza clinico-strumentale intensiva viene proposta a partire dai 25 anni o dai 10 anni prima della diagnosi più precoce in famiglia per le donne e dai 40 anni per gli uomini. Il programma di sorveglianza è illustrato in dettaglio nel PDTA tumori ereditari e nel Decreto 100 che include il piano attuativo dei tumori ereditari.

La salpingo-ovariectomia bilaterale profilattica riduce di circa l'80% il rischio di ammalarsi di tumori delle tube e delle ovaie, con un impatto significativo relativamente alla riduzione della mortalità per tali tumori. L'ovariectomia, effettuata in età pre-menopausale, ha dimostrato altresì di ridurre il rischio di tumore mammario di circa il 50%. La salpingo-ovariectomia profilattica è raccomandata dai 35-40 anni in poi, e dopo aver completato il progetto familiare. In attesa di sottoporsi alla chirurgia profilattica di tube/ovaie, viene suggerita, comunque, l'esecuzione dell'ecografia pelvica transvaginale associata al CA125 ogni sei mesi, per quanto di limitata efficacia. Nel *counseling* vengono presi in considerazione gli aspetti riguardanti le modifiche dello stile di vita e l'utilizzo di farmaci a scopo preventivo (ad esempio l'uso degli anticoncezionali), quali ulteriori misure di controllo del rischio oncologico.

Procedura generale di funzionamento dei GOM

Le attività del GOM

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

Primo contatto e presa in carico del paziente

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

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

La riunione multidisciplinare

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

Comunicazione al paziente

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

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

Chiusura scheda - piattaforma ROC

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

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

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

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

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

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

Aggiornamento scheda chiusa in piattaforma ROC

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

Ricerca Scheda Chiusa

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

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

Inserimento scheda aggiornata

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

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

Continuità territoriale, Attivazione ADI

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

Per tutti i pazienti non ricoverati, Il case manager del GOM su indicazione medica può richiedere l'attivazione della continuità territoriale e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) tramite la

piattaforma ROC utilizzando la scheda servizi. Tale richiesta può avvenire sia per pazienti ancora in trattamento oncologico che per paziente non più in cura

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

In piattaforma c'è anche la possibilità di richiedere la fornitura di ausili (letto articolato, materasso antidecubito, couch 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 sì, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

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

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

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

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

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

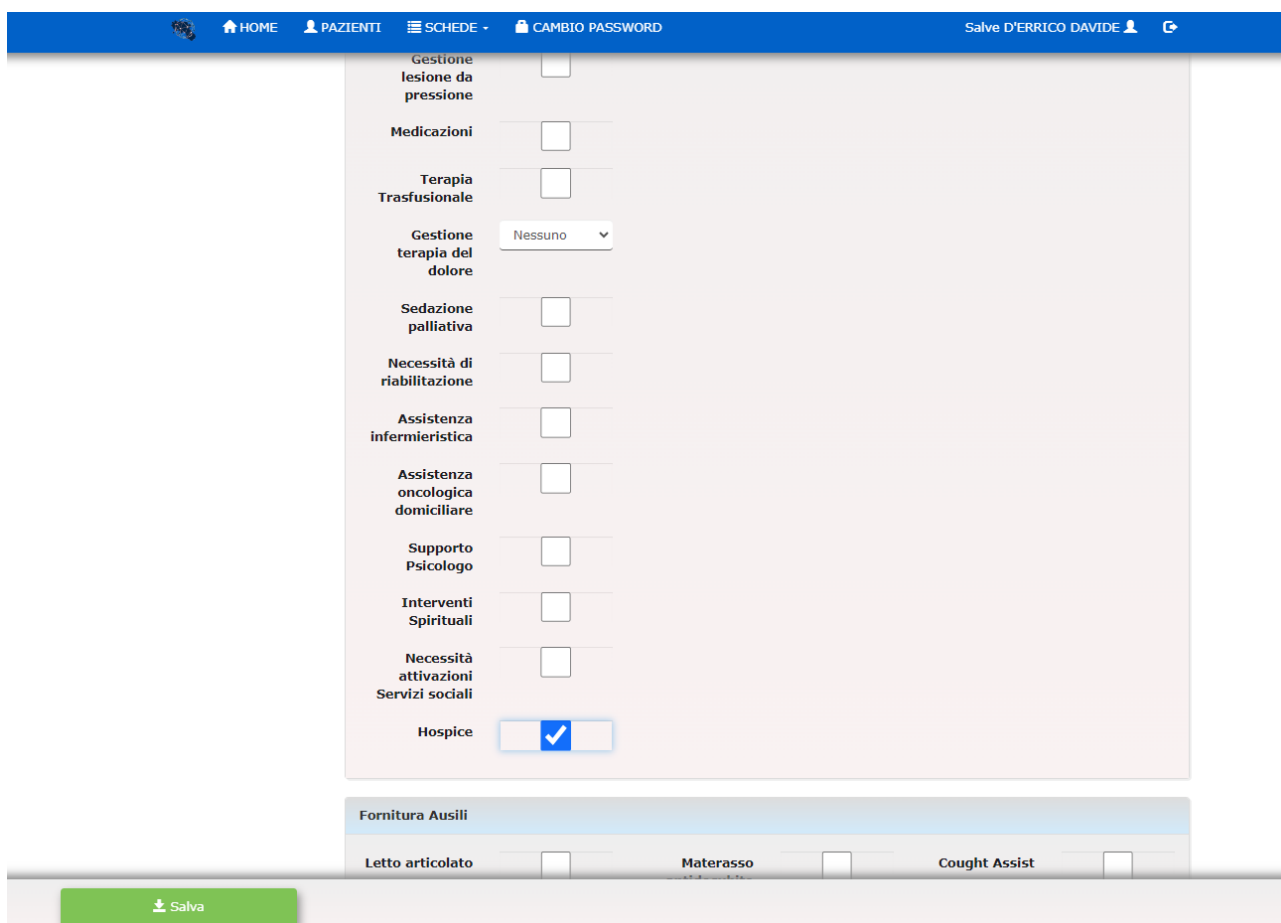
Interventi Spirituali

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

Il paziente assume terapia cardiologica Si No

Terapia oncologica attuale:

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

Radioterapia su campo cardiaco:

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

Trattamenti antineoplastici precedenti: Si No

Comorbidità

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

Figura 5

Consulenza cardiologica per paziente complesso

Anamnesi generale

* Allegato Referto [Scarica documento](#)

Fattori di rischio cardiovascolare

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

Precedenti eventi cardiovascolari

Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/>	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	Infarto miocardico-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:	<input type="text"/>						

Figura 6

Valutazione per Trial Clinico

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

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

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

Nella scheda i campi richiesti sono:

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

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

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

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

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

N° linee di trattamento precedenti

Le condizioni cliniche del paziente

Performance status ECOG

Eventuali comorbidità

Candidabile ad una terapia standard

Metastasi cerebrali

Disponibile NGS

MSI e/o altri Target

[Invia](#)

Valutazione nutrizionale e psico-oncologica

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Chiusura / Scheda / Servizi / Test oncogenomico / Trial 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:

Descrizione:

File: Nessun file selezionato

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Chiusura / Scheda / Servizi / Test oncogenomico / Trial 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:

Descrizione:

File: Nessun file selezionato

CICERO

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

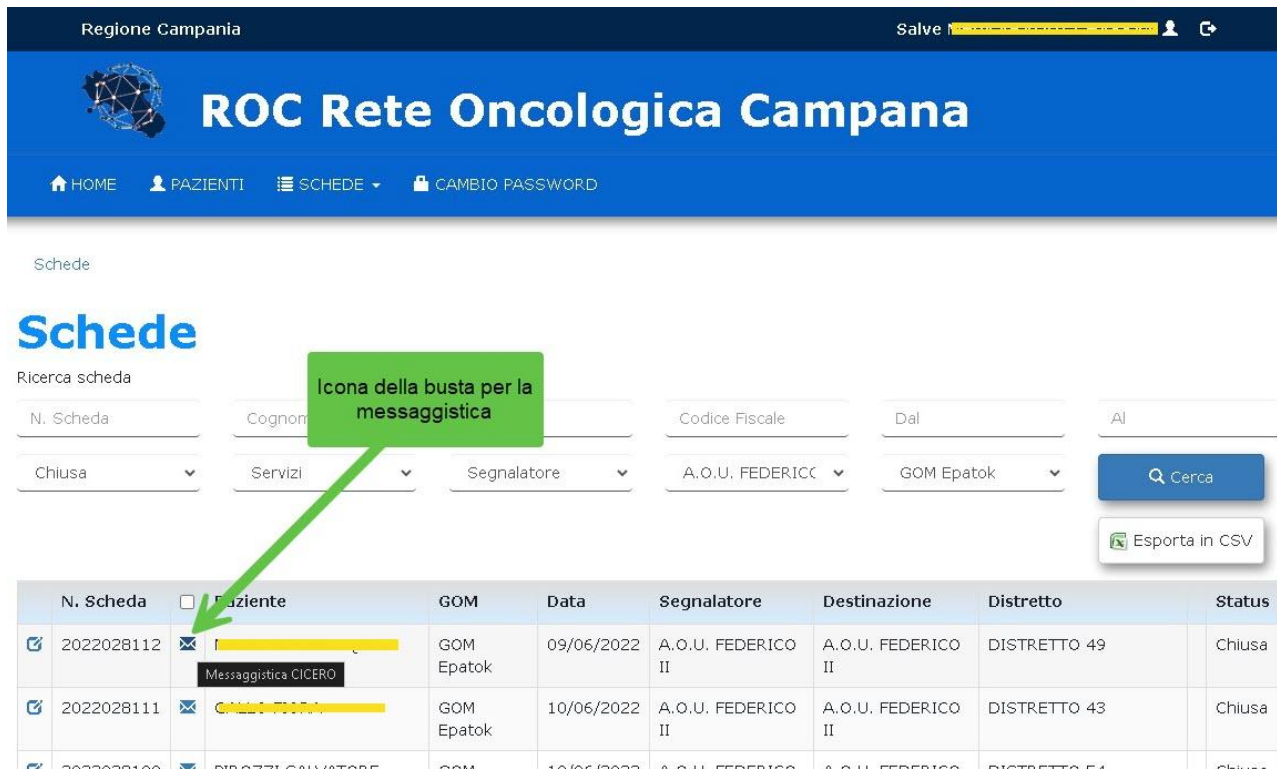
Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

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

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

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

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







Schede

Schede

Ricerca scheda

N. Scheda Cognome Codice Fiscale Dal AI

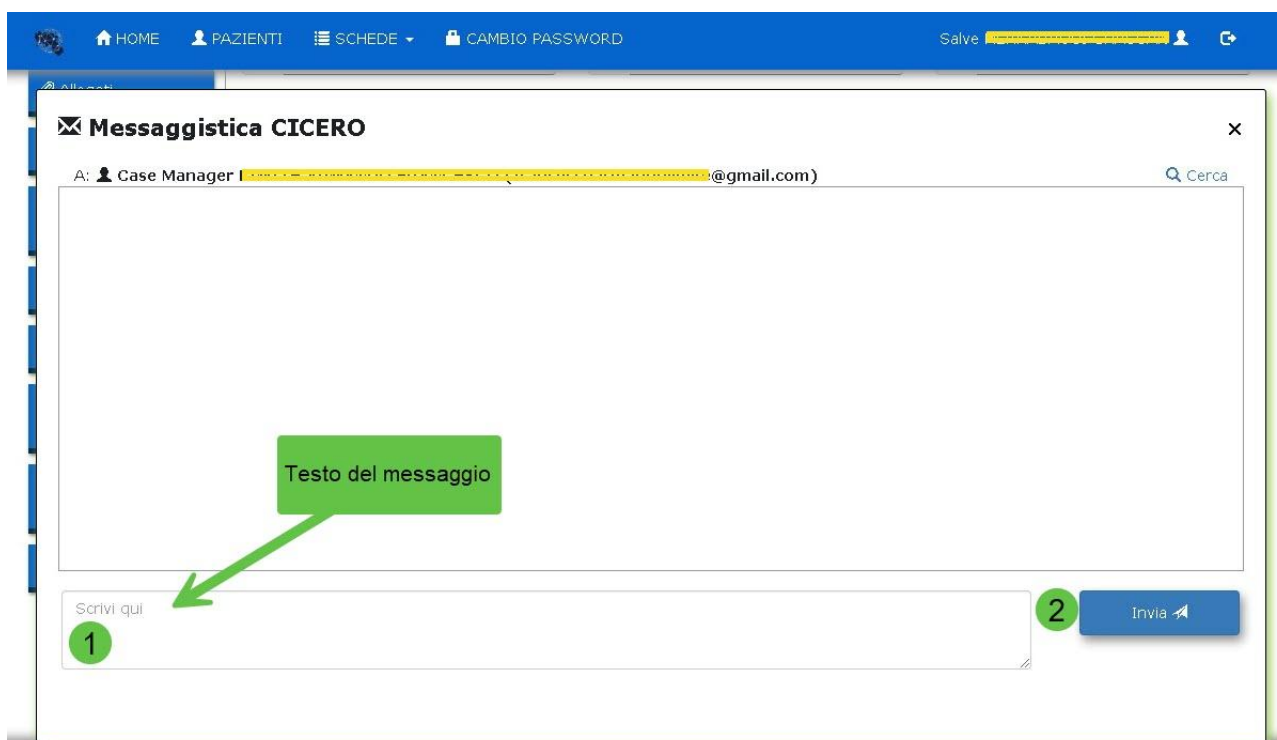
Chiusa Servizi Segnalatore A.O.U. FEDERIC GOM Epatok

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

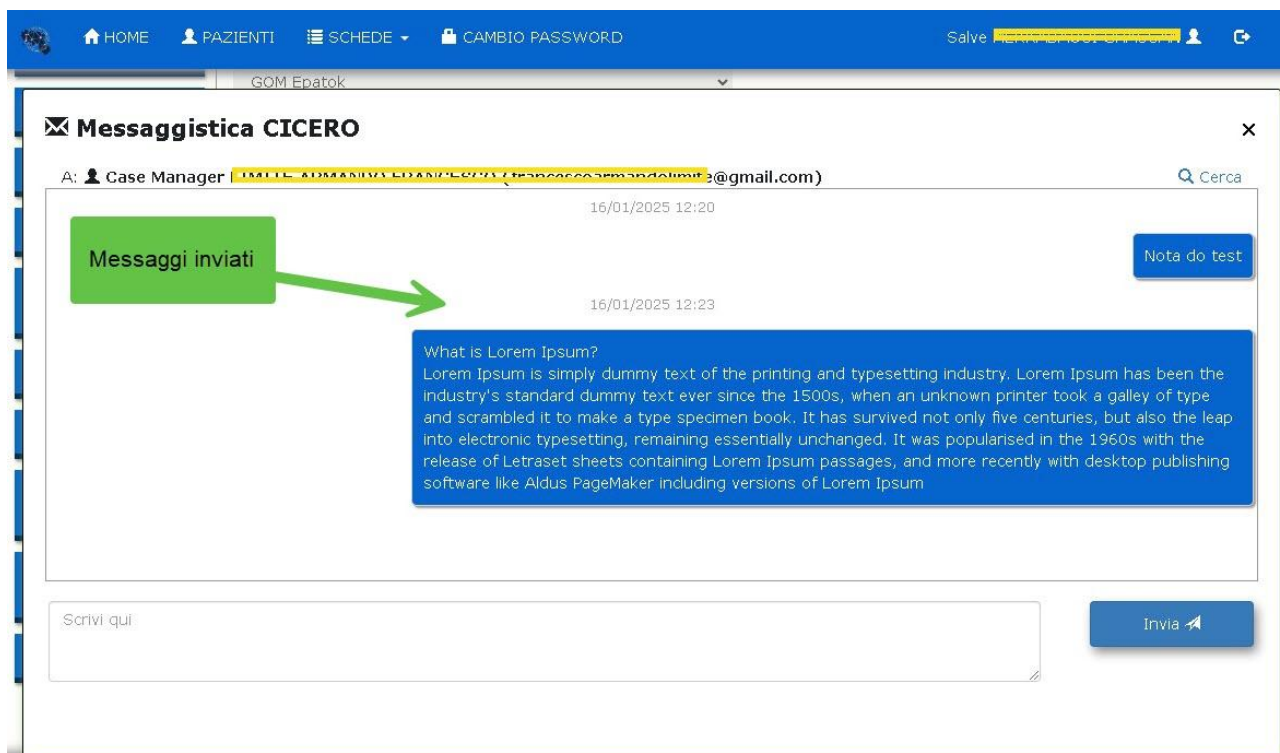
In questo modo si invia una richiesta per la pratica relativa agli attori coinvolti nel processo. Di seguito la maschera che mostra i destinatari del messaggio.



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



Dashboard



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

Esenzione 048

Nella piattaforma ROC (Rete Oncologica Campana) 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.



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

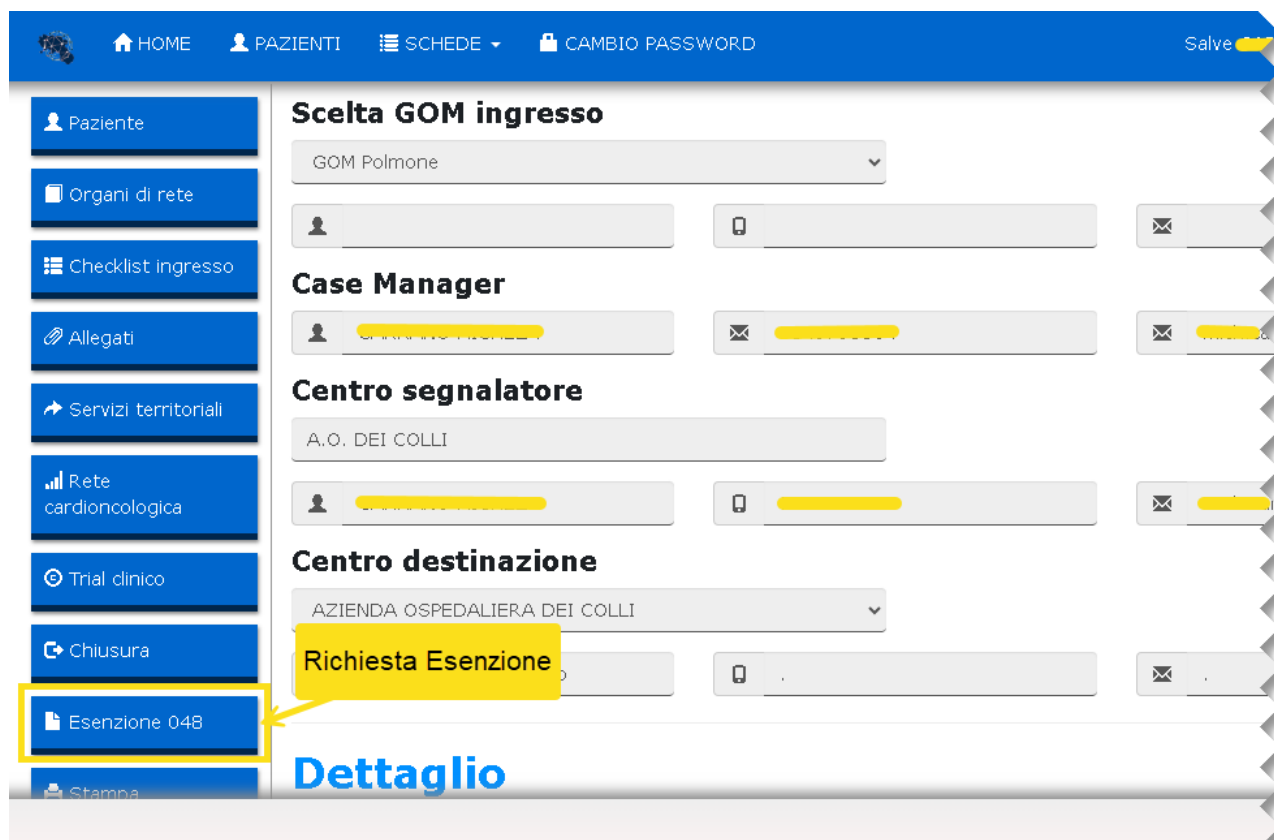

Esenzioni inviate 2

Paziente

Cliccare il Bottone
Esenzione

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

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



HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salva

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Rete cardioncologica

Trial clinico

Chiusura

Esenzione 048

Stampa

Scelta GOM ingresso

GOM Polmone

Case Manager

Centro segnalatore

A.O. DEI COLLI

Centro destinazione

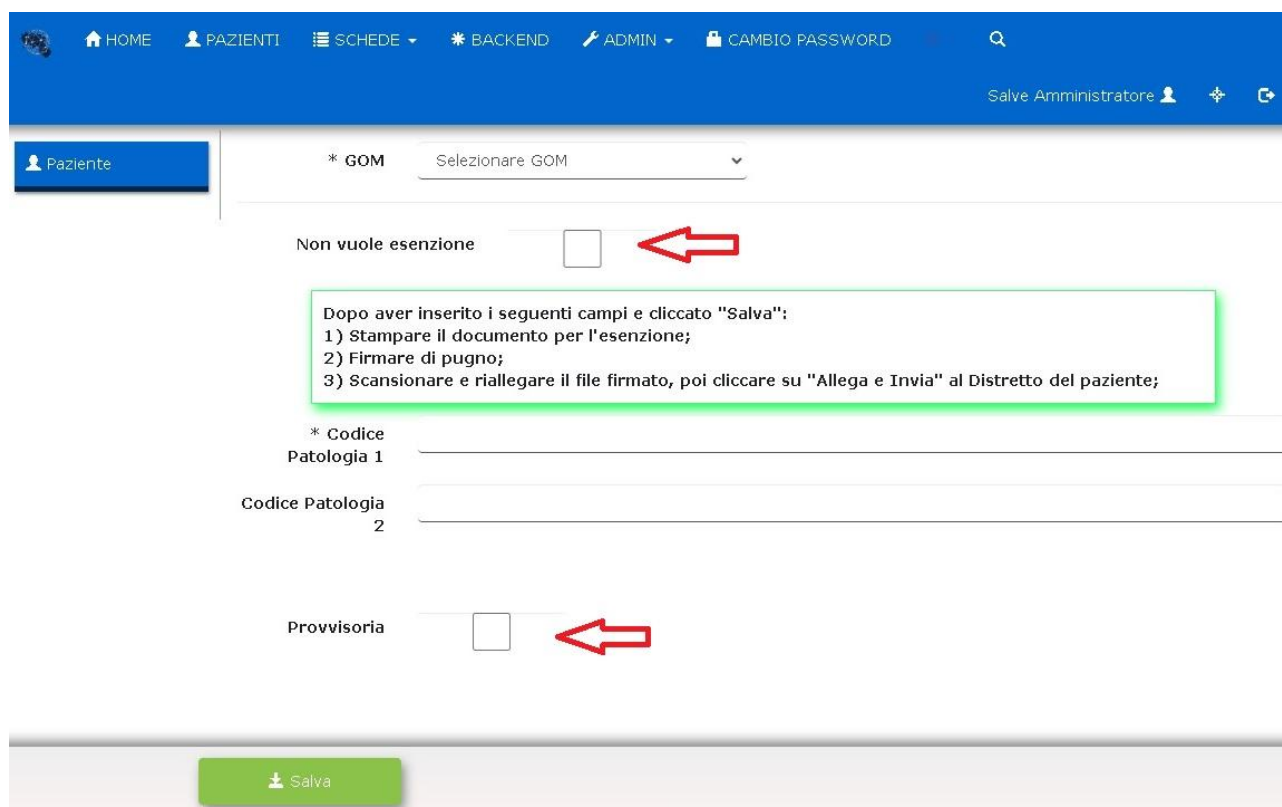
AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI

Richiesta Esenzione

Dettaglio

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 for patient management. At the top, there is a blue navigation bar with menu items: HOME, PAZIENTI, SCHEDE, BACKEND, ADMIN, and CAMBIO PASSWORD. The user is logged in as 'Salve Amministratore'. The main content area is titled 'Paziente' and contains the following elements:

- A dropdown menu for '* GOM' with the text 'Selezionare GOM'.
- A checkbox labeled 'Non vuole esenzione' which is currently unchecked. A red arrow points to this checkbox.
- A green-bordered text box containing instructions:
 - 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;
- Input fields for '* Codice Patologia 1' and 'Codice Patologia 2'.
- A checkbox labeled 'Provvisoria' which is currently unchecked. A red arrow points to this checkbox.
- A green 'Salva' button at the bottom.



MODULO DI RIFIUTO RICHIESTA ESENZIONE 048

La Sig.ra ~~DE ROSSI ANTONIETTA~~ nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e
residente a ~~VIALE (CE) VIA ROMA 218 (S.1011)~~
Codice Fiscale ~~DEIANNI78888428888~~

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 Vesdica
- 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 Vesdica

Scegliere il GOM

Esenzione 048

Cognome: [redacted] Nome: [redacted]

* GOM: [redacted]

* Codice Patologia 1: Carcinomi in situ della vescica

Codice Patologia 2: [redacted]

Salva

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;

enzione 048

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

* GOM: GOM Vesdica

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: [redacted]

Codice Patologia 2: [redacted]

Salva


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

A questo punto è necessario:

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

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

Nell'immagine seguente sono illustrati i vari passaggi richiesti.



HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM GOM Vesica

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

Stampa Esenzione da Firmare 1

* Allegato Firmato

Scegli file Nessun file selezionato 2

Allega il file Firmato

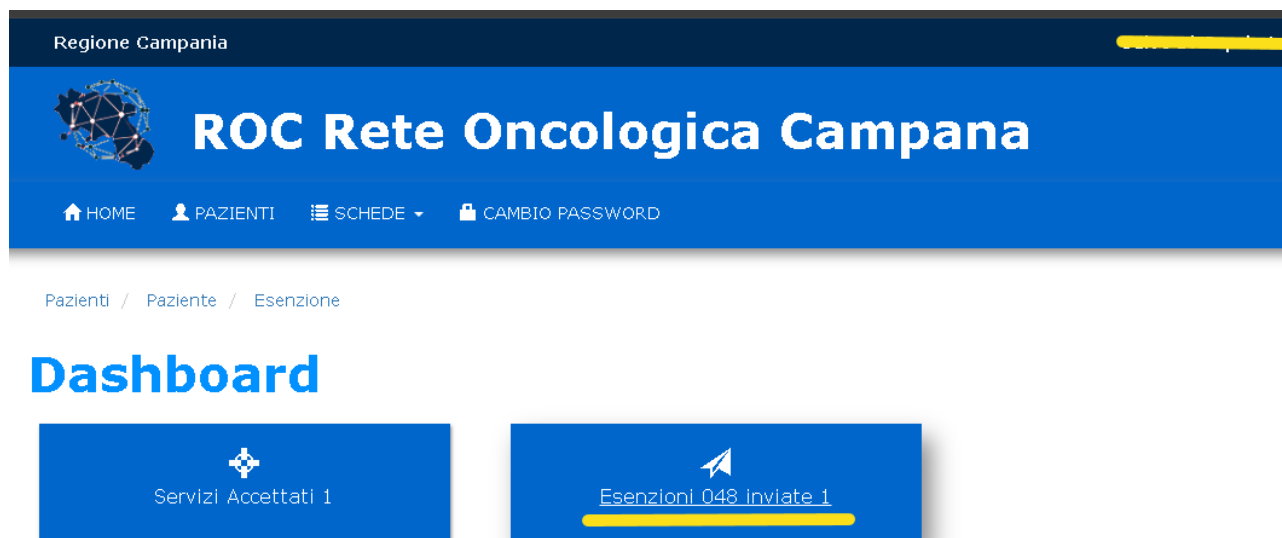
3 Allega e Invia

Invia file

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

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

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



Regione Campania

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

Gestione Richieste Rifiutate

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



Dashboard



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.

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 (pointing to search filters)

Motivazione (pointing to 'Motivo Rifiuto' column)

Esenzione 048

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

Paziente

* **GOM**

* **Allegato Firmato**

Motivo rifiuto

Dettaglio

10/09/2024 Inserita

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

1

Cliccare il bottone modifica

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM

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

Stampa Esenzione da Firmare

* Allegato Firmato

Scegli file Nessun file selezionato

Eliminare la richiesta rifiutata

Allega e Invia

2

Elimina

Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)

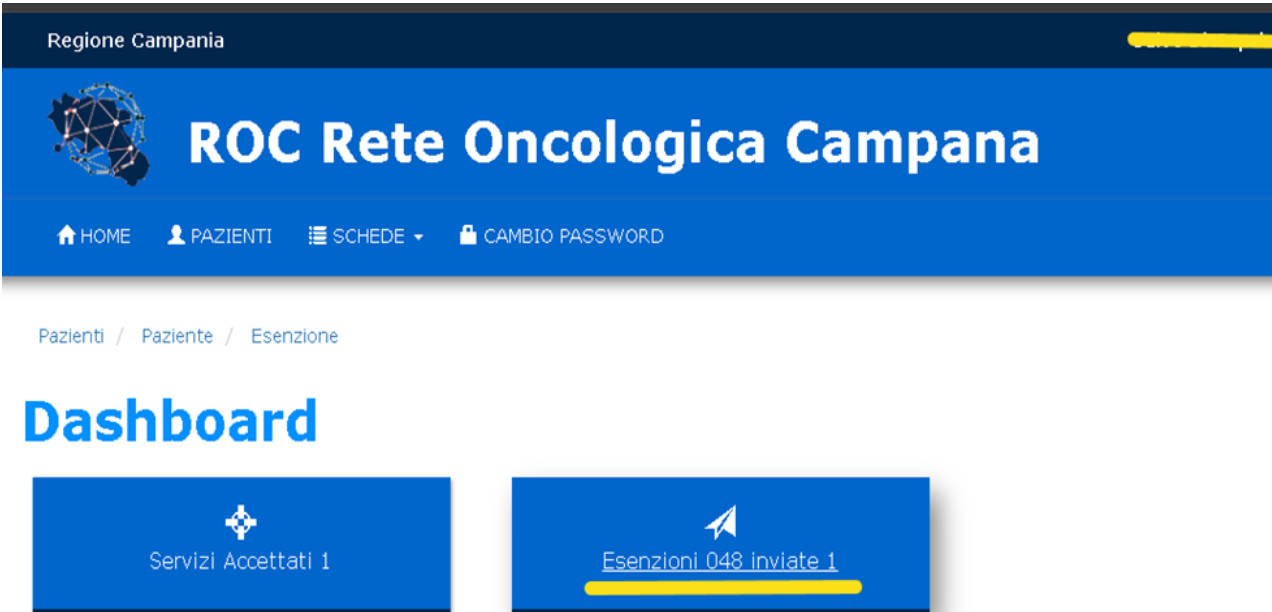
Ai “Richiedenti” verrà inviata un'e-mail automatica dal sistema, che notificherà l'avvenuta accettazione o il rifiuto dell'esenzione.

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


Verifica Richiesta esenzione E048

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

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.



Regione Campania

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

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

Regione Campania

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
 [redacted]	[redacted]	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 [redacted]

Esenzione 048

Cognome Nome Data di nascita Codice Fiscale Telefono E-mail

[redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]

Data di nascita Data decesso

Distretto Medico di base Telefono medico

DISTRETTO 15 [redacted]

Paziente

* GOM GOM Vesdica

* Allegato Firmato 1 Scarica la richiesta

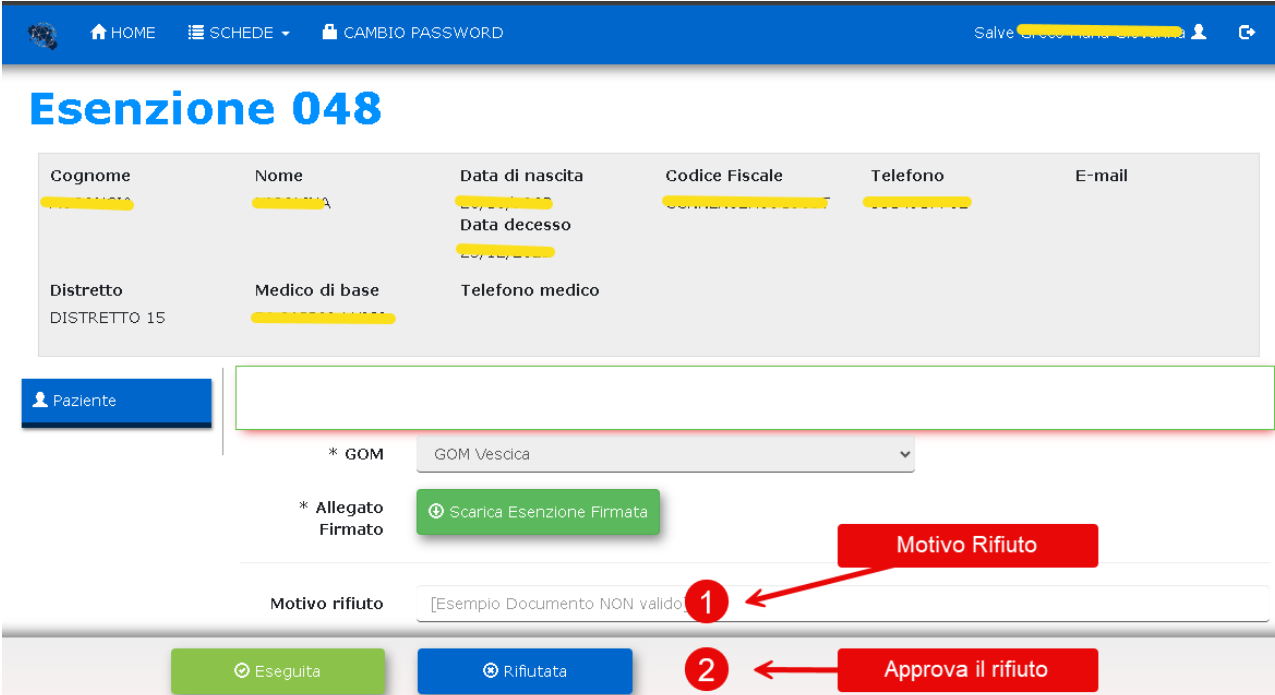
Approva la richiesta

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:



The screenshot shows the 'Esenzione 048' form. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD' options. The user is logged in as 'Salve [nome] [cognome]'. The form contains several fields for patient information, including 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', 'E-mail', 'Data di decesso', 'Distretto' (DISTRETTO 15), 'Medico di base', and 'Telefono medico'. Below these fields, there is a 'Paziente' button and a large empty text area. The form also includes a dropdown for '* GOM' (set to 'GOM Vesdica') and a green button for '* Allegato Firmato' labeled 'Scarica Esenzione Firmata'. The 'Motivo rifiuto' field contains the text '[Esempio Documento NON valido]' and is highlighted with a red circle '1'. A red arrow points from a red box labeled 'Motivo Rifiuto' to this field. At the bottom, there are three buttons: 'Eseguita' (green), 'Rifutata' (blue), and 'Approva il rifiuto' (red). A red circle '2' is placed over the 'Approva il rifiuto' button, with a red arrow pointing from a red box labeled 'Approva il rifiuto' to it.

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).

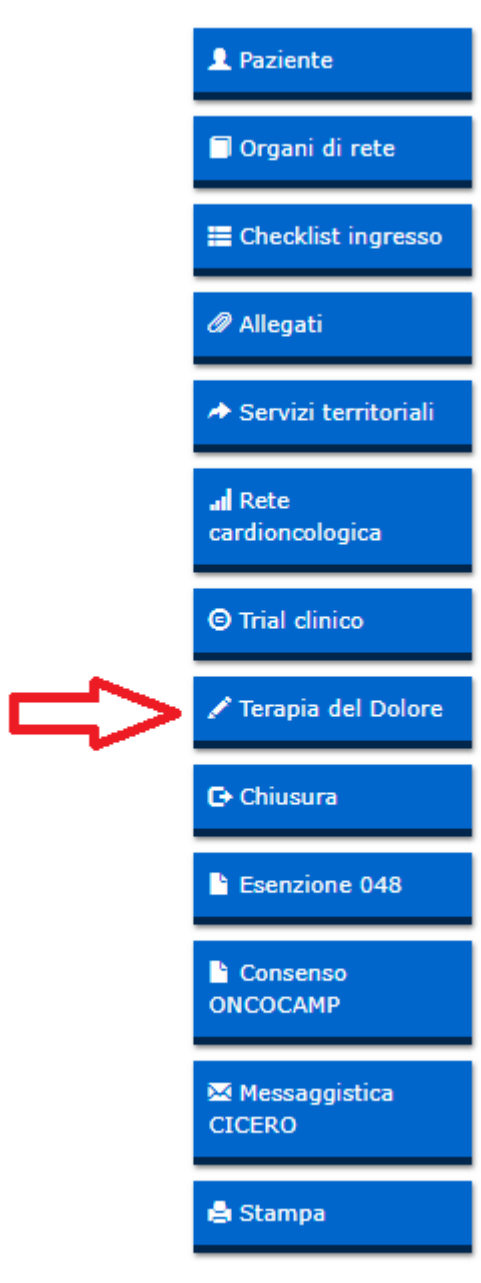
Possono accedere a questo servizio:

- 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	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
XXXXXXXXXX	FORTINARO	06/03/1950	CPRN1300002297	3473394637/3270122430	
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico
0005442104	22/02/2025	XXXXXX	02012000155	GIUSEPPE MINUZZI	


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

Caratteristiche del dolore

Data rilievo

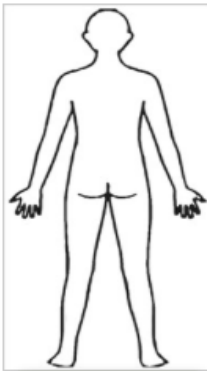
Dove (Selezionare la parte del corpo)

Anteriore



[Modifica Anteriore](#)

Posteriore



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

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

Intensità media del dolore NRS

Allegato storia clinica Nessun file selezionato

Centro di destinazione

[Salva](#)

[Invia](#)

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

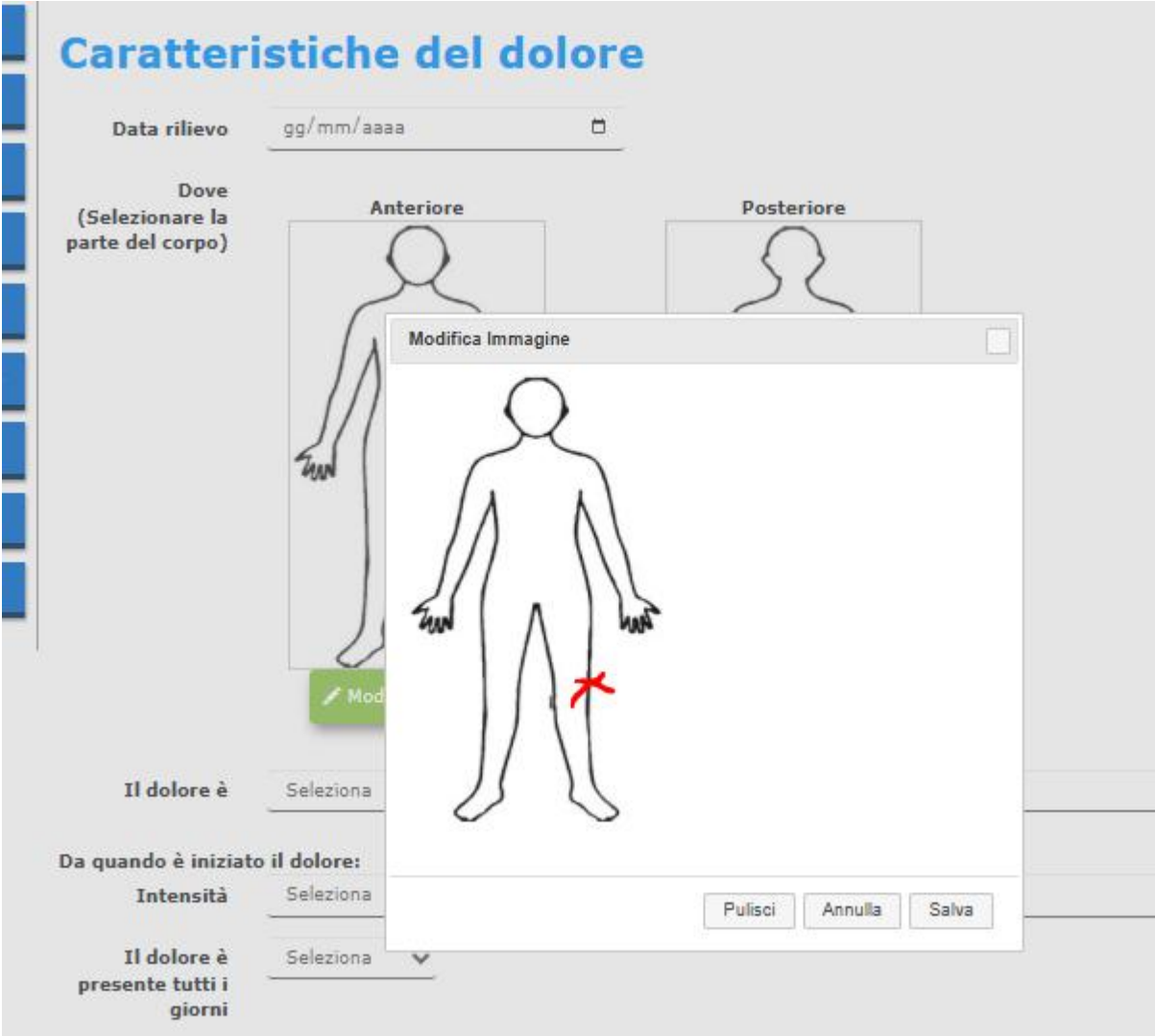
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta**.

Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.

Gestione Immagine

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

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



Caratteristiche del dolore

Data rilievo: gg/mm/aaaa

Dove (Selezionare la parte del corpo):
 Anteriore Posteriore

Modifica Immagine

Il dolore è: Seleziona

Da quando è iniziato il dolore: Seleziona

Intensità: Seleziona

Il dolore è presente tutti i giorni: Seleziona

Pulisci Annulla Salva

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

Di seguito una specifica dei bottoni:

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

Presenza in Carico della Richiesta

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



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

Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

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

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

Visita Algologica

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

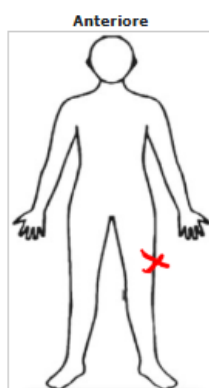
Caratteristiche del Dolore

Visita Algologica

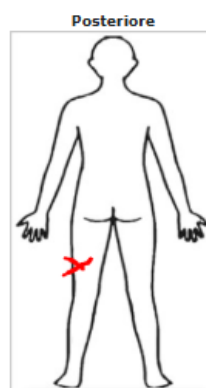
Visita Algologica

Data rilievo 

Dove
(Selezionare la parte del corpo)



Modifica Anteriore



Modifica Posteriore

Il dolore è

Da quanto tempo

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

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

Intensità media del dolore NRS

Presenza di picchi BTcP

- Qualità del dolore
- opprimente
 - 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

Dolore da causa NON neoplastica

- Tipo di dolore
- nocicettivo
 - neuropatico

Terapie Farmacologiche

+ Aggiungi Farmaco

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

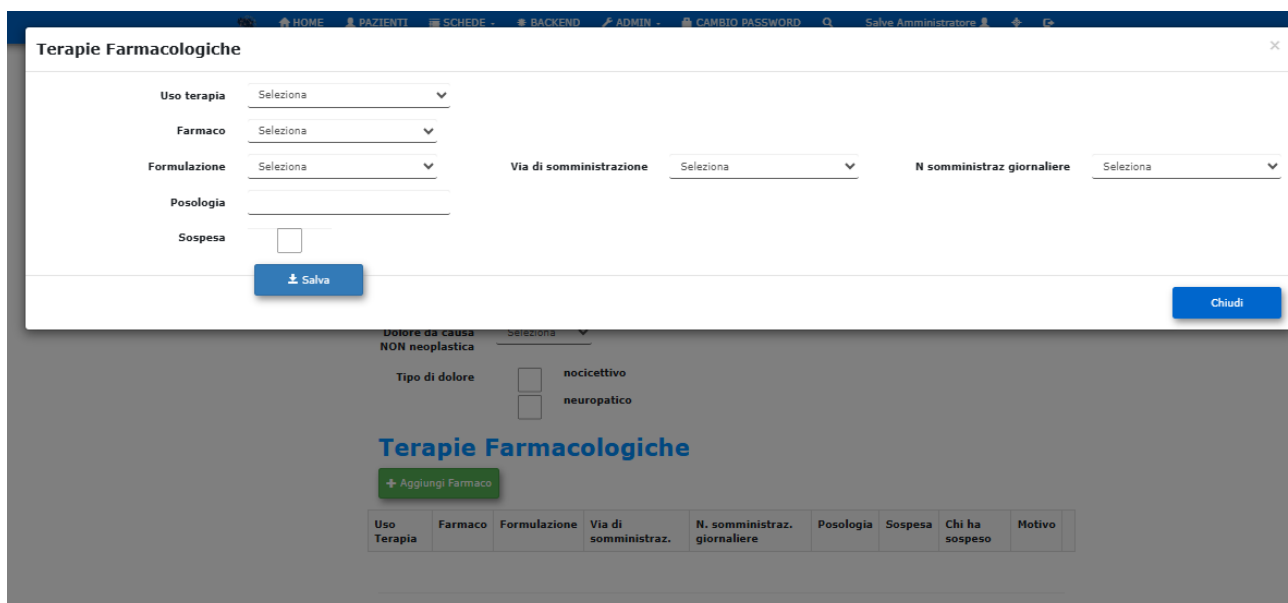
- Terapie interventistiche
- anestesia loco-regionale
 - infiltrazione con cortisonico
 - neuromodulazione elettrica transcutanea
 - neuromodulazione elettrica percutanea
 - radiofrequenza ablativa
 - radiofrequenza pulsata
 - crionalgesia
 - cifo/ vertebroplastica
 - alcolizzazione
 - pompa intratecale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



The screenshot shows a web application interface for managing pharmacological therapies. At the top, there is a navigation bar with links for HOME, PAZIENTI, SCHEDE, BACKEND, ADMIN, and CAMBIO PASSWORD. The main content area is titled "Terapie Farmacologiche" and contains the following fields:

- Uso terapia:** A dropdown menu with "Seleziona" as the current selection.
- Farmaco:** A dropdown menu with "Seleziona" as the current selection.
- Formulazione:** A dropdown menu with "Seleziona" as the current selection.
- Via di somministrazione:** A dropdown menu with "Seleziona" as the current selection.
- N somministraz giornaliera:** A dropdown menu with "Seleziona" as the current selection.
- Posologia:** A text input field.
- Sospesa:** A checkbox.

At the bottom of the form, there are two buttons: "Salva" (with a save icon) and "Chiudi". Below the form, there is a section for "Dolore da causa NON neoplastica" with a dropdown menu and two checkboxes for "nocicettivo" and "neuropatico". A blue heading "Terapie Farmacologiche" is followed by a green button "+ Aggiungi Farmaco". At the bottom, a table header is visible with columns: "Uso Terapia", "Farmaco", "Formulazione", "Via di somministraz.", "N. somministraz. giornaliera", "Posologia", "Sospesa", "Chi ha sospeso", and "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'avvenuto presa in carico di un loro assistito da parte del territorio.

Il case manager nella Rete Oncologica Campana

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

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

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

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

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

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

Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

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

- Il primo accesso al GOM per tumore dell'ovaio avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campania
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico la paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, l'intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall'intervento**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, o provvederà ad indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, la paziente presso altre Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campania.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 28 giorni** dall'intervento chirurgico.

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata, IRCCS Pascale
Primi estensori	S. C. Cecere, S. Pignata, M. Orditura, E. Rossi, V Chiantera, M C Di Donna, E Iannaccone, M. Malzoni, G Bifulco, L Cobellis, R. Bianco, C Ferrara S Napolitano, S. Pepe
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL 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	Marianna Carchia, Antonietta Vozza, A.O.U. Federico II

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), si fatta.

A:

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

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

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

Definire i criteri di accesso e le mansioni, delle associazioni di volontariato oncologico, presso gli Enti

sanitari accreditati nella R.O.C., tenendo conto dei bisogni reali dell'utenza e di quanto previsto dalle norme vigenti

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

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

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

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

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

Istituire un programma di 2 eventi ECM/anno, dedicati esclusivamente ai membri core-team ed extended team, dei GOM ovaio, per aggiornamento clinico-chirurgico e monitoraggio/valutazione tempistica procedurale

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					
SEDE TUMORALE	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
			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					