

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
per il Tumore della Prostata**

Edizione 2025



In tabella sono riportate le figure professionali e le Unità Operative (UO) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza. Le UO specificate hanno valore indicativo e non vincolante in quanto variabili rispetto all'organizzazione aziendale.

ACCOGLIENZA	Case Manager Medico	Identificato nell'Ambito del GOM Medico specialista di una delle unità afferenti al GOM
	Medico di Medicina Generale	Regolazione dell'assistito e partecipazione al GOM
		Servizio civile Associazioni volontariato
RESA IN CARICO (Core Team)	Oncologi Medici Urologi Radioterapisti	UO Oncologia Medica UO Urologia UO Radioterapia
ASSISTENZA (Extended Team)	Oncologi Medici Urologi Radioterapisti Medici nucleari Psicologi Genetisti Patologi clinici Biologi Molecolari Anatomopatologi Radiologi Medici del dolore Dermatologi Cardiologi Nutrizionisti Ortopedici Neurochirurghi Psichiatri Personale infermieristico Farmacisti Personale Infermieristico e/o Tecnici di laboratorio medico	UO Oncologia Medica UO Urologia UO Radioterapia UO Medicina nucleare UO Oncologia o Psicologia UO Genetica Medica UO Patologia clinica UO Biologia Molecolare UO Anatomia Patologica UO Radiodiagnostica UO Terapie Palliative UO Dermatologia UO Cardiologia UO Oncologia o Nutrizione UO Ortopedia UO Neurochirurgia UO Medicina Riabilitativa UO Farmacia Unità di Manipolazione di chemioterapici Antineoplastici (JMACA/UFA)

TUMORE DELLA PROSTATA

Brevi note di epidemiologia

Fattori di rischio

Il carcinoma della prostata rappresenta il tumore più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali, con aumento dell'incidenza registrato nelle ultime decadi dovuto verosimilmente ad un aumentato ricorso allo screening, anche spontaneo, più che ad un cambiamento nei fattori di rischio nella popolazione. È probabile che ricorso allo screening basato sulla misurazione dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA), ancorché spontaneo e non sistematico, possa aver contribuito all'anticipazione diagnostica, con un aumento dei casi di malattia a basso rischio. L'aumento dei casi clinicamente silenti e dotati di scarsa aggressività biologica ha reso più difficile l'interpretazione degli studi epidemiologici e la valutazione della diversa distribuzione dei potenziali fattori di rischio. Tra questi, quelli maggiormente sostenuti da evidenze scientifiche sono l'etnia, l'età, la storia familiare, la presenza di alcune alterazioni genetiche (es. BRCA), la dieta, lo stile di vita, l'obesità. Nonostante l'elevata prevalenza e incidenza, al momento lo screening organizzato di popolazione non è contemplato nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale, alla luce del rischio di diagnosticare forme clinicamente silenti che non necessiterebbero di alcun trattamento.

Incidenza

Il tumore della prostata è il primo tumore in assoluto nei maschi, sia in Europa che in Italia e ne rappresenta rispettivamente il 22,6% ed il 18% di tutti i tumori¹. La stima al 2022 dei nuovi casi di tumori della prostata in Europa¹ è di un ASR di 154,1 per 100.000 con un numero atteso di 330.492 casi. In Italia² le stime al 2025 sono di un ASR di 92,3 per 100.000 con un numero di casi atteso di 31.200. La stima in Campania³ al 2025 indica un ASR di incidenza di 105,6 per 100.000 ed un numero di 3.024 nuovi casi annui attesi. Il trend temporale di incidenza in Italia⁴, per il periodo 2008/2017, è in decremento con una APC (Annual Percent Change) di -6,6 statisticamente significativa. In Campania³ il trend è stabile, con una APC di -0,4 statisticamente non significativa.

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

² Estimates of cancer incidence to 2025 in Italy – Airtum – in press Cancer epidemiology 2025

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

⁴ Progress and north-south disparity in cancer control in Italy: a joint analysis of incidence, mortality and survival time trends by geographical area – Cancer epidemiology 2025

Mortalità

La stima al 2022 dei decessi per tumori della prostata in Europa¹ è di un ASR di mortalità di 38,3 per 100.000 ed un numero di decessi stimati di 76.772. In Italia⁵ i dati stimati al 2022 indicano un numero di decessi di 8.200. La stima in Campania³, al 2025, indica un ASR di mortalità di 30,0 per 100.000. Il trend temporale di mortalità in Italia⁴, per il periodo 2008/2017, è in decremento con una APC di -8,8; in Campania, per il periodo 2010/2019, il trend di mortalità presenta un decremento per gli anni 2010/2013 con APC di -5,5 statisticamente significativa ed una stabilizzazione per gli anni 2013/2019 con APC di -1,1 non statisticamente significativa.

Sopravvivenza

In Italia la sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi⁶ dei pazienti affetti da tumori della prostata, per il periodo di incidenza 2013/2017, è pari al 92,9%, in assoluto la migliore sopravvivenza dopo quella della tiroide nelle donne.

Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

I dati Agenas⁷ 2024 evidenziano che nell'anno 2023 sono stati trattati chirurgicamente per tumore della prostata 1.251 pazienti residenti in Campania; di questi 865 (69,1% della casistica) sono stati trattati in 34 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 386 (30,9% della casistica) sono stati trattati in strutture extraregionali distribuite su 14 diverse regioni.

Il tumore della prostata è uno dei tumori in cui, nonostante il permanere di una significativa frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici, oltre che di una notevole mobilità passiva, è stata maggiormente riscontrata una decisa riduzione della migrazione extraregionale per chirurgia rispetto al periodo pre-epidemia Covid: nel triennio 2017/2019, infatti, era stata rilevata una mobilità passiva per chirurgia della prostata del 40,8% (+ 10 punti percentuali rispetto al 2023). Non sono al momento disponibili dati in merito al trattamento con radioterapia dei tumori della prostata negli stessi periodi sopra indicati; tale informazione permetterebbe una più chiara analisi ed interpretazione anche della mobilità passiva. L'analisi dei dati evidenzia, al momento, che il tumore della prostata è tra le sedi neoplastiche che maggiormente hanno beneficiato della attivazione della Rete Oncologica Regionale, con una evidente inversione di tendenza della mobilità passiva iniziata nel 2020 ma proseguita anche negli anni successivi. La Rete Oncologica Regionale tutt'ora riconosce 28 strutture regionali di diagnosi

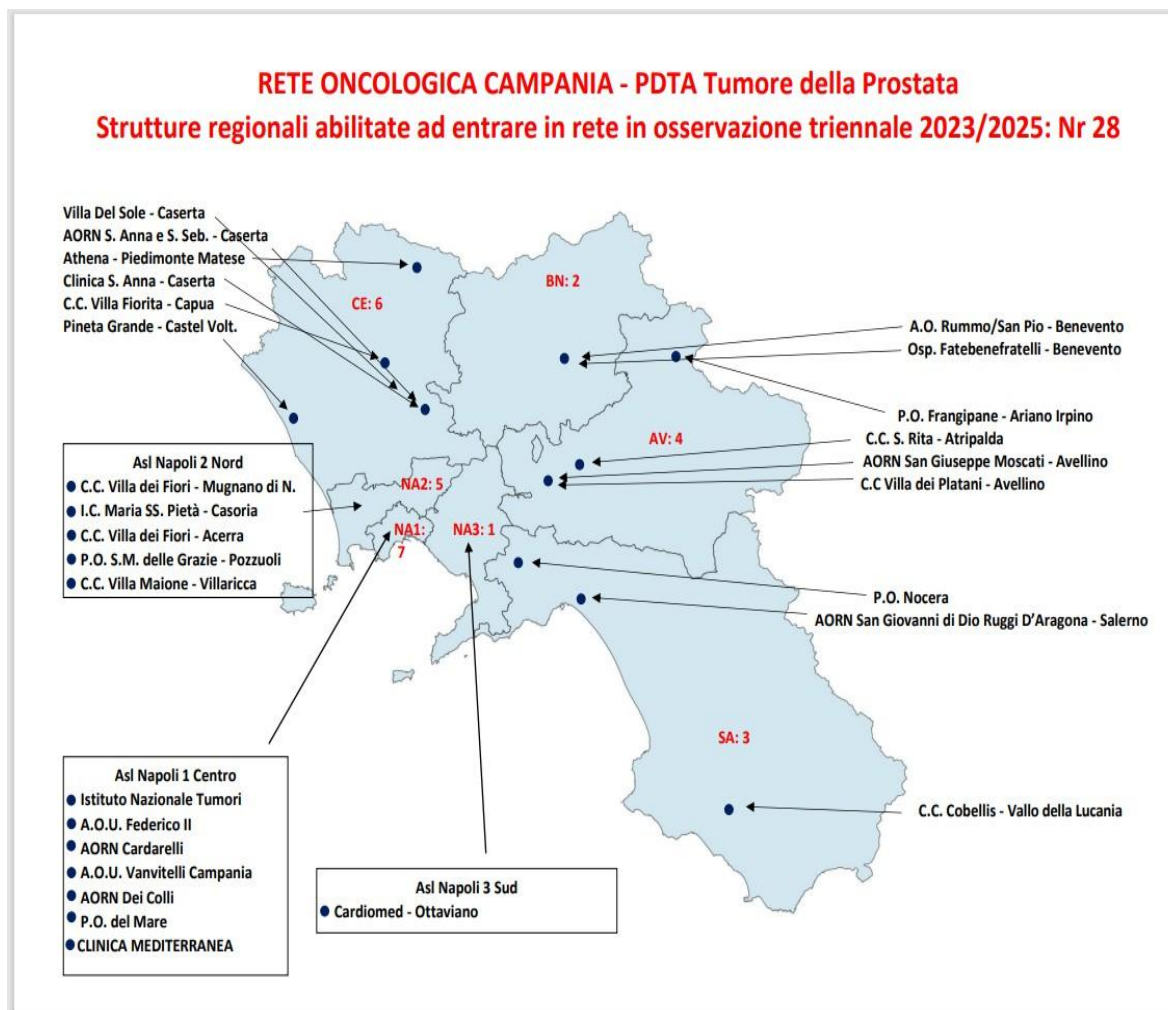
⁵ I numeri del cancro in Italia 2024 – AIOM -AIRTUM, *Intermedia Editore*

⁶ Cancer survival in Italian patients diagnosed between 2008 and 2017- *Cancer Epidemiology* 2025

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

e cura abilitate ad entrare in Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori della prostata⁸.

Si riporta di seguito la mappa regionale riferita alla distribuzione delle strutture abilitate alla chirurgia dei tumori della prostata 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

- Screening con dosaggio del PSA sierico per persone asintomatiche
- Percorso diagnostico/stadiativo per persone con sospetto di Patologia Oncologica Prostatica
- Percorso terapeutico in pazienti con neoplasia prostatica in fase precoce
- Percorso della recidiva dopo trattamento locale
- Percorso terapeutico in pazienti con neoplasia prostatica in fase avanzata
- Follow-up

SCREENING CON DOSAGGIO DEL PSA SIERICO PER PERSONE ASINTOMATICHE

Sulla base delle conoscenze attuali non è opportuno adottare politiche di screening di popolazione attraverso il dosaggio periodico del PSA sierico. Difatti, lo screening basato sulla valutazione del PSA in uomini >50 anni non ha portato a nessun vantaggio in termini di sopravvivenza globale e cancro-specifica, sebbene sia risultato associato ad una maggiore probabilità di diagnosticare la malattia ad uno stadio più precoce. Per questa stessa ragione, lo screening può essere offerto a condizione che l'individuo sia ben informato dei rischi connessi, soprattutto in termini di diagnosi di tumori non clinicamente significativi, oltre che dei benefici attesi.

Nella pratica clinica la complessità legata allo screening basato sul PSA spesso non viene adeguatamente affrontata e opportunamente svolta ed esiste un ampio fenomeno di auto somministrazione del test da parte dei singoli individui, che talvolta viene anche prescritto o consigliato dagli stessi operatori sanitari senza una adeguata discussione.

L'USPSTF nel 2018 ha rilasciato raccomandazioni aggiornate per lo screening del cancro alla prostata negli uomini di età compresa tra 55 e 69 anni basate su un processo decisionale individualizzato e informato. Negli individui che accettano i rischi e benefici dello screening, un approccio ragionato prevede l'offerta del test ogni 2 anni nei pazienti a basso rischio, ove per basso rischio si intende anamnesi familiare negativa, un PSA <1 ng/mL a 40 anni, o <2 ng/mL all'età di 60 anni. Tali raccomandazioni possono consentire un approccio più equilibrato alla diagnosi precoce del cancro alla prostata.

In uomini di età compresa fra 40 e 50 anni, con fattori di rischio come la familiarità, l'etnia o la presenza di mutazioni genetiche predisponenti, lo screening con PSA può essere proposto ogni 1-2 anni.

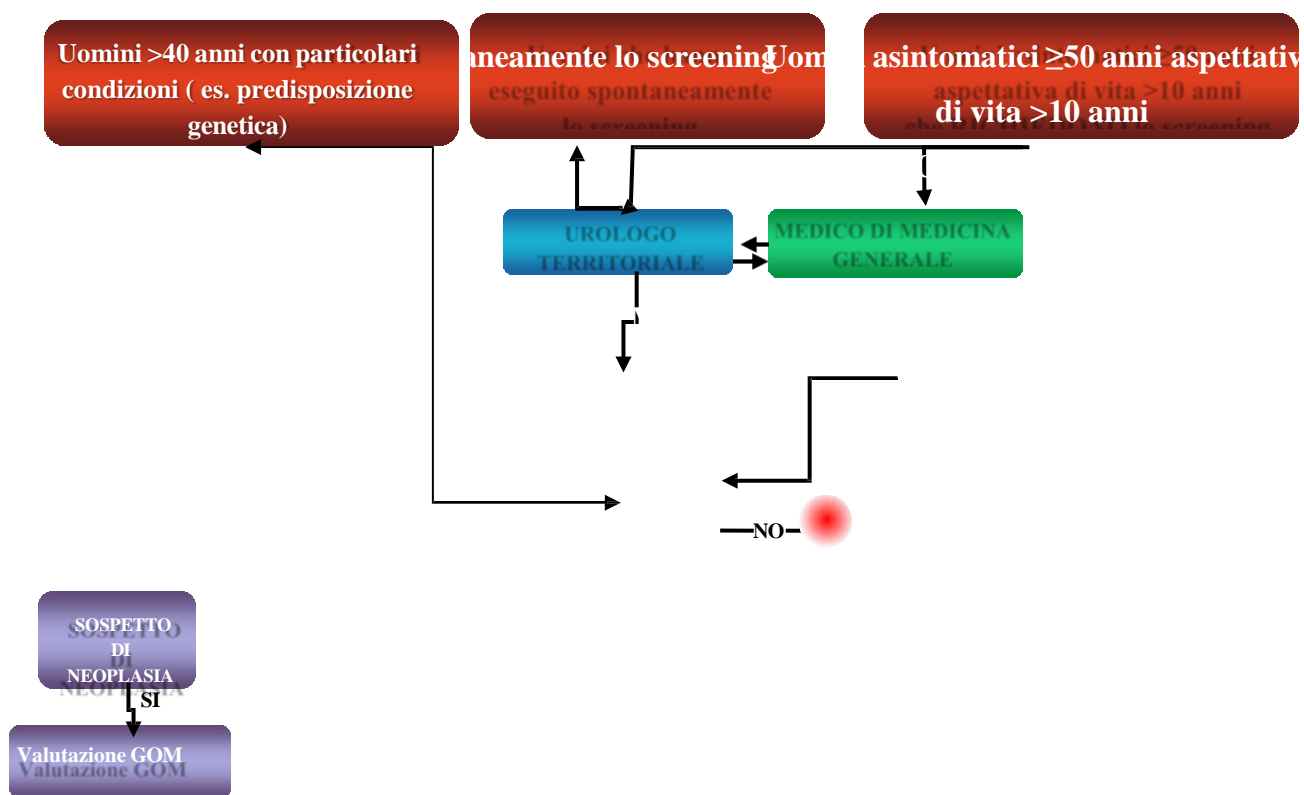
Un approccio condivisibile è quello di sottoporre gli uomini con PSA > 3 e/o con una esplorazione digito-rettale positiva ad ulteriori accertamenti, come meglio dettagliato al paragrafo seguente.

Il dosaggio del PSA può essere offerto per gli uomini, di età superiore ai 40 anni con mutazioni BRCA2 così come previsto dal PDTA tumori ereditari della Regione Campania.

Si dovrebbe invece evitare di avviare allo screening con il PSA gli individui al di sotto dei 40 anni o al di sopra dei 75 anni e/o con una attesa di vita inferiore a 10 anni.

Di seguito riportato in **Fig.1** il Percorso Assistenziale cui fare riferimento.

Figura 1. Percorso screening con dosaggio del PSA sierico



PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER INDIVIDUI SOSPETTI PER PATOLOGIA ONCOLOGICA PROSTATICA

Uomini adulti, con sospetto di neoplasia prostatica sulla base di un rialzo del PSA o sospetto clinico all'esplorazione rettale, dovranno essere segnalati sulla piattaforma ROC ad un GOM specifico per la patologia tumorale prostatica dall'urologo territoriale e/o dal medico di medicina generale (**Figura 2**).

Il paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso un ambulatorio dedicato entro 7 giorni dalla prenotazione. In seguito a questa, il GOM può confermare direttamente l'indicazione alla biopsia, disporre esami di approfondimento o il semplice follow-up.

L'indicazione alla biopsia, in accordo alle linee guida AIOM 2024, terrà conto dei livelli di PSA e dei suoi "derivati" (PSA free)

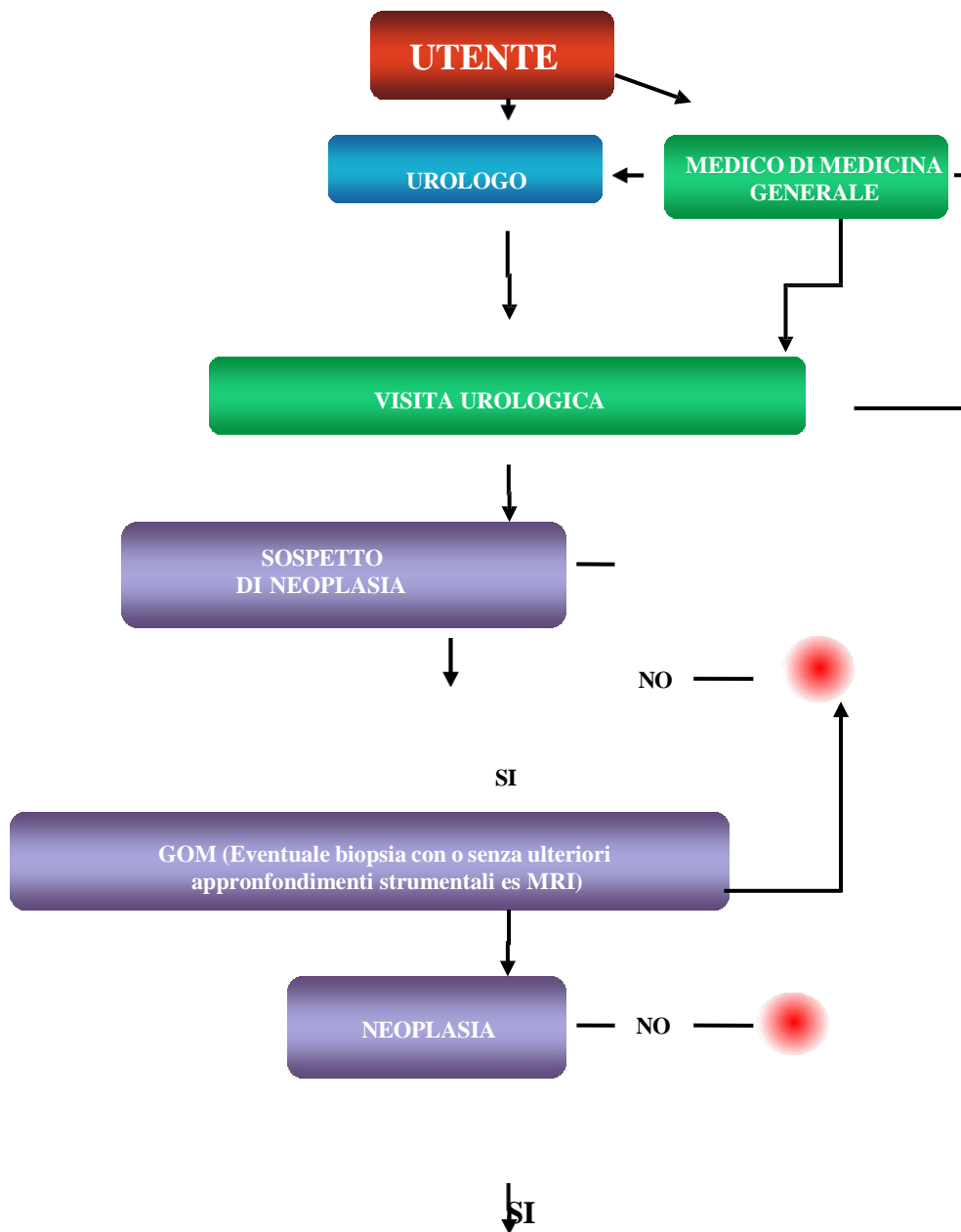
. Occorre sottolineare come le linee guida AIOM riportino che 1) la RMmp trova forte indicazione nei pazienti naive con sospetto clinico di cancro della prostata, in maniera da eventualmente guidare un successivo campionamento biottico e fornire allo stesso tempo una stadiazione locale; nel caso di RMmp negativa e sospetto clinico elevato, la biopsia a sestanti è comunque indicata e 2) la RMmp trova forte indicazione nei pazienti con biopsia a sestanti negativa e sospetto clinico persistente. Il GOM dovrebbe dunque sempre considerare l'opportunità di eseguire la RMmp nella valutazione dell'indicazione a biopsia o re-biopsia.

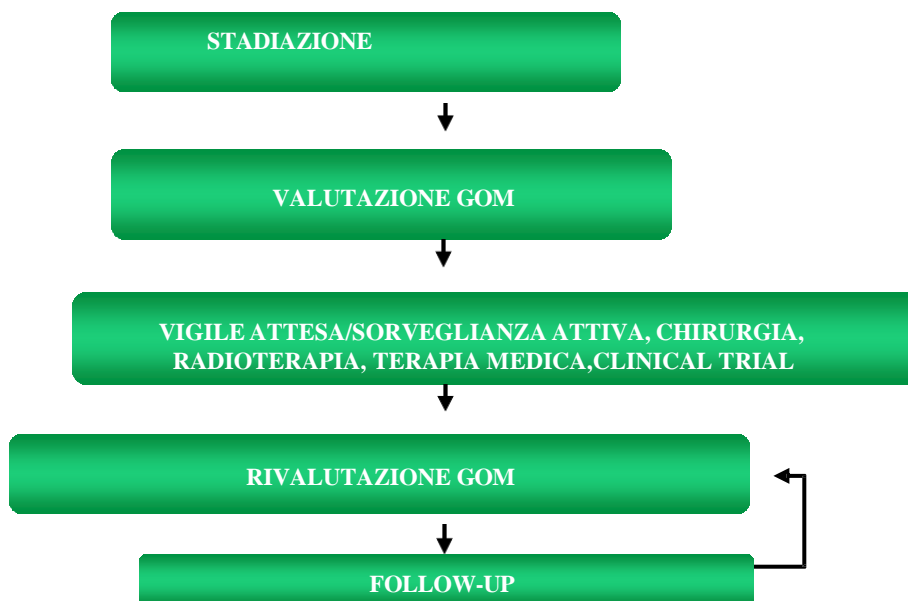
La presa in carico del paziente nella sua globalità prevede l'integrazione di più professionisti (oncologo, urologo, radioterapista, radiologo, anatomo-patologo, biologo molecolare, medico nucleare e psicologo). L'infermiere Case Manager (CM) incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione della biopsia prostatica in Rete interna alla struttura o di indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, il cittadino presso le strutture della Rete Oncologica Regionale (**Figura 3**). Inoltre il CM provvederà alla prenotazione, nei pazienti con biopsia positiva, degli eventuali esami strumentali di stadiazione (Tabella 1), sulla base delle classi di rischio basate su classificazione TNM per la stadiazione e grading sulla base del sistema ISUP (International Society of Urological Pathology) (Tabella 2),

La biopsia prostatica, se l'indicazione è stata confermata dal GOM, sarà effettuata nei Centri di Urologia di II livello della rete entro 15 giorni dalla prima visita.

- Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, il paziente sarà re- indirizzato al MMG o urologo territoriale per la diagnosi precoce della neoplasia prostatica come previsto dalle linee guida più attuali in carico al medico di medicina generale o urologo territoriale;
 - I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso.
- Nel caso in cui l'esame istologico confermi il sospetto di malignità, il risultato istologico sarà comunicato al paziente ed al proprio medico di medicina generale. Il GOM provvederà ad organizzare / richiedere gli esami strumentali di stadiazione (figura 2), conformemente a quanto previsto da questo PDTA, redatto in ossequio alle linee guida nazionali e internazionali
- Appena disponibili l'esame istologico e gli esami strumentali di stadiazione il caso sarà valutato dal GOM specialistico di patologia. Nei casi che il GOM valuti pazienti candidati alternativamente sia ad un approccio chirurgico o radioterapico a scopo radicale, il paziente dovrebbe poter affrontare i rischi e i benefici connessi ai due approcci alla presenza dell'urologo, oncologo e radioterapista, con il supporto, ove accettato dal paziente, dello psicologo.

Figura 2. Percorso diagnostico-terapeutico per la patologia oncologica prostatica





Agobiopsia prostatica

La diagnosi di certezza di neoplasia prostatica viene ottenuta solo con la biopsia.

L'indicazione all'esecuzione di una biopsia prostatica può derivare dal riscontro di una consistenza anomala all'esplorazione rettale, dall'evidenza di aree sospette all'ecografia transrettale o alla MRI, o da un aumento dei valori sierici del PSA.

La biopsia è ancora oggi eseguita sotto guida ecografica o RM (fusion biopsy): le linee guida definiscono adeguata nel caso della biopsia random un numero di prelievi tra 12 e 16 campioni, nel caso della biopsia fusion va eseguito il campionamento mirato sulla scorta del sospetto alla RM oltre ad ulteriori campionamenti mirati su lesioni visibili (figura 3).

La biopsia prostatica fusion è una metodica clinica che permette di eseguire prelievi biotici a carico della prostata seguendo le indicazioni fornite dalla Risonanza Magnetica multiparametrica della prostata precedentemente eseguita. Questa comporta dei benefici rispetto alla biopsia prostatica tradizionale: minor numero di prelievi biotici rispetto ad una biopsia ecoguidata tradizionale, con conseguente riduzione delle complicanze correlate all'esame biotico della prostata (ematuria, infezioni delle vie urinarie, proctorragia); maggiore sensibilità nella diagnosi di tumori maggiormente aggressivi; migliore valutazione nella gestione chirurgica del paziente affetto da neoplasia prostatica.

In linea generale, concentrazioni sieriche del PSA superiori a 10 ng/ml richiedono ulteriori approfondimenti. Per valori compresi tra 2,5 e 10 ng/ml potranno essere presi in considerazione anche altri parametri, quali l'età del paziente, il rapporto fra PSA libero e PSA totale, la correzione per volume (densità) e, nell'eventuale disponibilità di prelievi seriati, la velocità d'incremento del PSA (PSA velocity).

Occorre comunque ricordare che una biopsia negativa non significa necessariamente assenza di tumore. Nei seguenti casi è infatti necessario ripetere la biopsia:

- Prima biopsia negativa e forte sospetto del reperto obiettivo. La manovra dovrebbe essere ripetuta possibilmente aumentando il numero dei campionamenti biotici, includendo anche la zona sospetta (soprattutto se i valori di PSA superano la soglia di 10 ng/ml);
- In caso di biopsia digito-guidata negativa o di biopsia eco-guidata eseguita solo su lesioni ecografiche sospette, eseguendo un mapping più esteso;
- In caso di aumento importante, sopra i 20 ng/ml, del PSA (in questo caso sarà necessario includere anche la zona di transizione);
- In caso di valori di PSA compresi tra 2,5 e 10 ng/ml, il paziente può essere seguito nel tempo monitorando la "velocità" del PSA, ripetendo la biopsia sulla base di questo parametro;

- In caso di reperto istologico di ASAP, nel qual caso è indicata una re-biopsia entro tre - sei mesi dalla prima diagnosi; per i pazienti con diagnosi di PIN di alto grado non sembra necessario effettuare una re- biopsia entro l'anno in assenza di altri indicatori clinici di carcinoma, ma ne viene consigliata la ripetizione tra i 12-24 mesi (non vi sono sufficienti evidenze, invece, per raccomandare, nel tempo, il proseguimento di un follow-up biptico).

La RM multiparametrica presenta un'elevata sensibilità nel riscontro di adenocarcinomi prostatici con Gleason score >7 e permette di rilevare tumori localizzati nella parte anteriore dell'organo, difficilmente riscontrabili con la biopsia transrettale. Tale metodica è utile anche da ripetere in caso di precedente biopsia negativa, mentre è sicuramente inutile dopo la conferma biptica della diagnosi o come esame di screening.

**PSA ELEVATO
ESPLORAZIONE
RETTALE DUBBIA**

Figura 3. Diagnosi tumoridella prostata in caso di lesione dubbia eventuale chirurgia

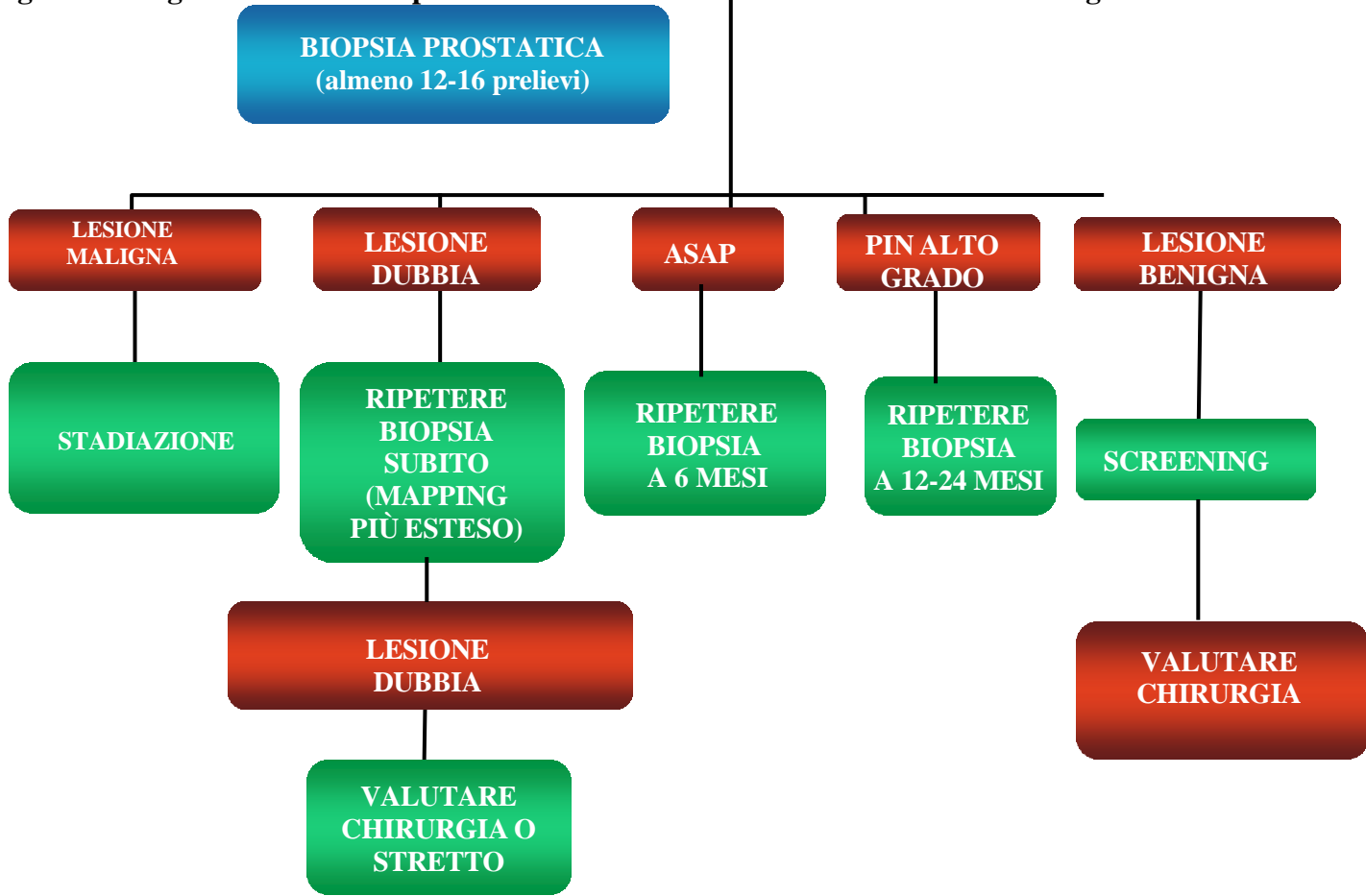


Tabella 1: Esami strumentali nella malattia localizzata

Risonanza Magnetica multiparametrica per la stadiazione locale	Appropriata
Scintigrafia ossea nella malattia a basso rischio	Inappropriata, a meno di sospetto clinico
TC torace nella malattia a basso rischio	Inappropriata, a meno di sospetto clinico
TC addome-pelvi e scintigrafia ossa nel rischio intermedio	Appropriata in casi selezionati
TC addome-pelvi e scintigrafia ossea nell'alto rischio	Appropriata
PET/ PSMA	La PET/TC con 68Ga-PSMA può essere presa in considerazione in alternativa alla diagnostica convenzionale nei pazienti con neoplasie a rischio alto o molto alto o come indagine di approfondimento nel caso di reperti non univoci all'imaging tradizionale
PET colina	Generalmente inappropriata in quanto la PET PSMA è più accurata. Tuttavia, può essere prescritta per le stesse indicazioni della PET PSMA nei casi in cui la PET PSMA non sia disponibile in tempi accettabili e il PSA totale > 1 ng/ml

Tabella 2: Classificazione delle categorie di rischio

Basso rischio	Rischio intermedio	Alto rischio	
PSA < 10 ng/ml, oppure GS score < 7 ISUP grado 1) Oppure cT1-2	PSA 10-20 ng/ml oppure GS 7 (ISUP grado 2/3) oppure cT2b	PSA > 20 ng/ml Oppure GS > 7 (ISUP grado 4/5) Oppure cT2c	Qualunque PSA qualunque GS (ogni grado ISUP) stadio cT3- oppure N+
Localizzato	Malattia localmente avanzata		

GS: Gleason score;

Gradi ISUP (International Society of Urological Pathology): grado 1: Gleason 6, grado 2: Gleason 7 (3+4); Grado 3: Gleason 7 (4+3); Grado 4: Gleason 8, Grado 5: Gleason 9/10

PERCORSO TERAPEUTICO IN PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATICA LOCALIZZATA/LOCALMENTE AVANZATA

Per malattia “localizzata” si intende una malattia clinicamente intracapsulare (T1, T2).

In realtà la scelta terapeutica oggi si fonda su vari parametri inerenti la malattia e non solo sullo stadio clinico.

Si preferisce fare riferimento a differenti categorie di rischio (basso – intermedio – alto), (tabella 2), in base alle diverse caratteristiche (PSA alla diagnosi, Gleason score biottico, numero dei prelievi biottici positivi sul totale di quelli campionati, stadio clinico) che definiscono delle classi prognostiche omogenee.

In funzione di queste variabili prognostiche aggiuntive, il paziente con malattia organo-confinata può più propriamente essere candidato ad un trattamento locale con fini di radicalità oppure ad una sorveglianza attiva (PSA basso, Gleason 6, monofocale, giovane età e percentuale di neoplasia all’esame istologico inferiore al 20%)

Sorveglianza attiva

Il drastico incremento nell’incidenza del carcinoma della prostata registrato nell’ultimo ventennio nei paesi occidentali è in gran parte dovuto all’ampia diffusione del test del PSA, che ha portato alla diagnosi di un grande numero di casi destinati a rimanere misconosciuti, perché caratterizzati da un andamento indolente. L’opzione della “sorveglianza attiva” può essere considerata una valida alternativa terapeutica nei pazienti con diagnosi di carcinoma prostatico a basso rischio secondo i criteri dello studio PRIAS (Prostate Cancer Research International Active Surveillance) 1)stadio T1c o T2a 2)Gleason score 6 , 3)PSA < 10 ng /dl 4) un massimo di 2/3 campioni positivi e una percentuale di infiltrazione tumorale per singolo prelievo non superiore al 50%,Questi pazienti dovranno essere inseriti in protocolli rigorosi di follow-up presso Centri che abbiano adeguata esperienza con questa strategia. La sorveglianza attiva implica un’eventuale decisione terapeutica in caso di aumento del PSA con ripetizione di una eventuale RM multiparametrica e rebiopsia . Laddove siamo di fronte ad un paziente over 80 anni con aspettativa di vita inferiore a 10 anni è da proporre la semplice osservazione.

Prostatectomia

Le indicazioni alla prostatectomia radicale sono condizionate da considerazioni relative all'aspettativa di vita, età e condizioni generali del paziente, e agli aspetti clinici e anatomopatologici della neoplasia. In particolare, è indicata negli stadi cT1-T3a, con PSA preferibilmente < 20 ng/ml, Gleason <8, e in presenza di un'aspettativa di vita >10 anni (Tabella 3). L'utilizzo della prostatectomia in pazienti con malattie in stadio T3b e/o con coinvolgimento linfonodale e/o Gleason 8-9 può essere offerta come parte di un trattamento multimodale in relazione all'alto rischio di ripresa sistemica di malattia (tenendo conto che richiederà una successiva Radioterapia da sola oppure in combinazione con terapia ormonale): Qualora si esegua una prostatectomia radicale in una malattia ad alto rischio è necessario effettuare una linfadenectomia estesa. La presenza di malattia linfonodale richiederà successiva ormonoterapia da sola oppure con aggiunta di radioterapia.

Il trattamento chirurgico per via robotica o laparoscopia andrà eseguito nei centri di I fascia riportati nel documento di Rete Oncologica per garantire elevati standard di qualità.

Sebbene in termini di outcomes oncologici non c'è una differenza tra le tecniche chirurgiche la chirurgia robotica consente di ridurre i tempi di ospedalizzazione e gli effetti collaterali.

Radioterapia (RT)

La RT può essere utilizzata in pazienti affetti da tumore prostatico in stadio localizzato (cT1-T2) o localmente avanzato (cT3 e/o cN1) con intento radicale (curativo) o adiuvante (post-operatorio).

RT esclusiva o radicale

La radioterapia ad intento radicale può essere utilizzata da sola (rischio basso o intermedio) o in associazione alla terapia ormonale (Agonista/Antagonista LHRH) nel rischio intermedio ed alto. Il trattamento ormonale deve essere iniziato 3 mesi prima della radioterapia e avere una durata da 4-6 mesi nel rischio intermedio o 18-36 mesi nel rischio alto (AIOM 2024 , NCCN 2025). Le linee guida suggeriscono che nel rischio intermedio favorevole la terapia ormonale non dovrebbe essere utilizzata di routine , ma presa in considerazione solo in caso di fattori indicanti un comportamento aggressivo della neoplasia .La durata del trattamento ormonale va quindi individualizzata sulla scorta del profilo di tossicità e delle aspettative del paziente . Nel trattamento esclusivo i volumi radioterapici sono costituiti dalla sola prostata nel basso rischio, dalla prostata + vescicole seminali nell'intermedio e dalla prostata + vescicole seminali + linfonodi pelvici di drenaggio nel rischio elevato. Il trattamento può essere somministrato con sola terapia a fasci esterni (EBRT), sola Brachiterapia (BRT) o con una combinazione

delle due metodiche sulla base di una opportuna selezione dei pazienti.

La EBRT utilizza sempre più tecniche conformate come la IMRT (*Intensity-Modulated Radiation Therapy*) o VMAT (*Volumetric Modulated Arc Therapy*) che rappresentano un'evoluzione della tecnica 3D-CRT (*Conformal Radiation Therapy*), che resta comunque lo standard minimo necessario per l'esecuzione della RT nel carcinoma prostatico. Un'altra metodica di radioterapia a fasci esterni è la SBRT (*stereotactic body radiotherapy -SBRT*). La SBRT, riferita alla somministrazione di RT ultra-ipo-frazionata con un trattamento di alta precisione e tecniche di guida delle immagini, è considerata accettabile per il trattamento del cancro alla prostata primario in tutti i gruppi di rischio (NCCN Guidelines Version 2.2025 Prostate Cancer), sebbene le evidenze di efficacia più stringenti siano disponibili per le categorie di rischio basso e intermedio. Nello specifico, il trial PACE-B, che ha coinvolto uomini affetti da cancro alla prostata localizzato, classificati come a basso rischio o a rischio intermedio favorevole secondo i criteri del National Comprehensive Cancer Network (NCCN), ha mostrato che a 5 anni la SBRT risultava non inferiore alla radioterapia esterna a frazionamento convenzionale (CRT) per sopravvivenza libera da recidiva biochimica, con una minore tossicità genitourinaria e gastrointestinale di grado 2 o superiore. Nella tecnica 3D-CRT, ma ancor di più nella IMRT/VMAT e SBRT, dove la riduzione dei margini di espansione del PTV e le alte dosi prescritte necessitano di un'elevata accuratezza del trattamento, è utile seguire la localizzazione della prostata mediante sistemi di IGRT (*Image-Guided Radiation Therapy*) integrati ai LINAC. Grazie all'utilizzo delle moderne tecnologie e agli studi sulla radiobiologia che hanno stabilito un alfa/beta di 1.5 circa per il tumore prostatico, vengono sempre più adottati nella pratica clinica regimi di frazionamento con dose per frazione più elevata rispetto al convenzionale (ipo-frazionamento moderato in 16-20 frazioni o ablativo in 5 frazioni), con alto indice terapeutico e tempi di trattamento più brevi.

La Brachiterapia consiste nell'impianto di sorgenti radioattive all'interno della prostata ed è tradizionalmente utilizzata da sola nelle neoplasie a basso rischio ed in combinazione (boost) a EBRT nelle malattie ad alto rischio e localmente avanzate. Esistono due metodiche di BRT prostatica: Brachiterapia a impianto temporaneo *High Dose-Rate* (HDR) e Brachiterapia a impianto permanente *Low Dose-Rate* (LDR). La BRT HDR consiste nell'impianto temporaneo con l'uso di una singola sorgente radioattiva (Iridio¹⁹²). La BRT della prostata con impianto permanente è un trattamento radioterapico in cui capsule di titanio, contenenti isotopi radioattivi a basso "dose-rate" (Iodio¹²⁵ o Palladio¹⁰³), vengono impiantate su guida ecografica nella ghiandola prostatica.

RT adiuvante

La RT adiuvante è somministrata prima dell'evidenza di ripresa di malattia e generalmente entro 4- 6 mesi dall'intervento chirurgico, e comunque entro i 12 mesi dall'intervento chirurgico, allorché il paziente ha svolto la maggior parte della riabilitazione post-chirurgica e gli effetti postumi dell'intervento si sono stabilizzati. La RT adiuvante non è pianificata prima dell'intervento, ma viene valutata caso per caso nei pazienti che 1) non presentano un azzeramento del PSA nei tempi previsti dopo l'intervento oppure che 2) sono ad alto rischio di recidiva per caratteristiche istopatologiche sfavorevoli, quali margini chirurgici positivi (R1), superamento della capsula (pT3a) e/o invasione delle vescicole seminali (pT3b), estensione extra-capsulare della neoplasia (pT4).

Negli ultimi anni si è andata sempre più affermando una strategia di radioterapia differita (salvataggio precoce) che ha reso la strategia adiuvante sempre meno utilizzata anche se due ampie casistiche hanno dimostrato come l'utilizzo della radioterapia adiuvante entro 6 mesi dalla chirurgia per i pazienti con fattori di rischio sfavorevoli (almeno 2 tra pT3b/T4, Gleason 8-10, pN1) riduca il rischio di mortalità (all-cause mortality) e migliori la sopravvivenza cancro specifica rispetto al trattamento di salvataggio precoce (AIM 2024). Pertanto ormai è pratica clinica preferire una strategia di radioterapia differita (vedi paragrafo successivo) nei pazienti con PSA azzerato post prostatectomia e in assenza di metastasi linfonodali (pN0) e utilizzare invece il trattamento radiante adiuvante nei pazienti che seppure con PSA azzerato post prostatectomia presentino metastasi linfonodali (pN1) AIOM 2024

Il target è costituito dalla loggia prostatica e, nei pazienti che risultano ad alto rischio o pN1 dopo prostatectomia radicale, dai linfonodi pelvici in associazione o meno a ormonoterapia adiuvante.

L'uso della ormonoterapia in associazione a RT adiuvante è una possibilità che va valutata caso per caso. Tuttavia Stando ai risultati finali dello studio di fase 3 RADICALS-RT, presentati al congresso della Società Europea di Oncologia Medica (ESMO 2023), a Madrid, la radioterapia adiuvante effettuata su pazienti a rischio elevato di recidiva dopo la prostatectomia radicale non ha migliorato i principali endpoint clinici e ha indotto effetti collaterali significativi rispetto all'inizio precoce di una radioterapia di salvataggio in caso di progressione biochimica. Gli effetti indesiderati della RT possono essere acuti e tardivi, e sono soprattutto di tipo genito urinario e gastro intestinale. Essi variano di frequenza ed intensità in base alla tecnica utilizzata, alla dose somministrata, all'anatomia del paziente ed all'eventuale precedente chirurgia effettuata. Tra gli effetti acuti ricordiamo disuria, pollachiuria, disturbi della minzione, alterazioni dell'alvo, tenesmo e un peggioramento della patologia emorroidaria (se già preesistente). Anche gli effetti tardivi sono rappresentati dai disturbi minzionali e intestinali a cui si possono aggiungere disturbi della sfera sessuale.

La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello.

Pazienti con malattia localmente avanzata

Nei pazienti con malattia extra-prostatica (cT3 – cT4 e/o cN1) o comunque a rischio alto o altissimo, dovrebbe essere preso in considerazione in prima intenzione un trattamento integrato radio-ormonoterapico. L'ormonoterapia (Agonista/Antagonista LHRH) va effettuata per 2-3 anni. Se il paziente è sottoposto a prostatectomia radicale un trattamento endocrino di tipo neoadiuvante non dovrebbe essere preso in considerazione. L'ormonoterapia adiuvante in associazione a radioterapia va utilizzata laddove il paziente prostatectomizzato presenta metastasi linfonodali.

Tabella 3. Percorso terapeutico pazienti con malattia localizzata

	Aspettativa di vita	Terapia iniziale	Terapia adiuvante
Bassissimo <ul style="list-style-type: none"> • T1c • Gleason score ≤6 PSA <10 ng/ml; meno di 3 frustoli biotici positivi con ≤50% di neoplasia in ogni frustolo • PSA density <0.15 ng/ml/g 	>20 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza attiva o - EBRT o SBRT o brachiterapia o - Prostatectomia radicale 	
Bassissimo	10-20 anni	<ul style="list-style-type: none"> Sorveglianza attiva - EBRT o SBRT o brachiterapia 	
Bassissimo	<10 anni	Osservazione	
Basso <ul style="list-style-type: none"> • T1-T2a; Gleason score ≤6 • PSA <10 ng/ml 	>10 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Prostatectomia radicale o - EBRT o SBRT o brachiterapia o - Sorveglianza attiva 	e upstaging dopo chirurgia vedi Classi di rischio successive
Basso	< 10 anni	<ul style="list-style-type: none"> - EBRT o SBRT o brachiterapia o - Sorveglianza 	
Intermedio <ul style="list-style-type: none"> • T2b-T2c • Gleason 7 • PSA tra 10 e 20 ng/ml 	>10 anni	<ul style="list-style-type: none"> - Prostatectomia radicale o - EBRT + ADT (6 mesi-2 anni) +/- brachiterapia o brachiterapia esclusiva - SBRT (in intermedio favorevole Gleason 7 (3+4)) 	Se post chirurgia pT3a-T3b-pT4 margini positivi EBRT Se post chirurgia: pN+: ADT con LH-RH analogo per almeno 2 anni
Intermedio	<10 anni	<ul style="list-style-type: none"> - EBRT + ADT (6 mesi-2 anni) +/- brachiterapia o brachiterapia esclusiva o SBRT 	

<p>Alto</p> <ul style="list-style-type: none"> • T3-T4 • Gleason score tra 8 e 10 • PSA>20 ng/ml 		<ul style="list-style-type: none"> - EBRT + ADT con LH-RH analogo (2-3 anni) O EBRT + ADT (2-3 anni) + Brachiterapia o - Prostatectomia radicale con linfadenectomia pelvica (in casi selezionati) 	<p>post chirurgia Considerare EBRT +/- ADT</p> <p>Se post chirurgia: pN+: ADT con LH-RH analogo per almeno 2 anni</p>
---	--	---	---

PERCORSO DELLA RECIDIVA DI MALATTIA DOPO TRATTAMENTO LOCALE

Recidiva biochimica dopo chirurgia viene definita con valori di PSA>0.2 ng/ml dopo chirurgia l'intervento chirurgico e almeno due determinazioni successive con valori in incremento, anche se generalmente si attendono valori di almeno 0.5 ng/ml prima di intraprendere un trattamento, in quanto alcuni pazienti con PSA superiore a 0.2 non progrediscono ulteriormente. Tuttavia esistono i dati di modelli predittivi radiobiologici che indicano che in presenza di Gleason Score sfavorevole (≥ 7) per ogni incremento di 0.1 ng/ml di PSA si potrebbe avere una perdita sino al 4% delle possibilità di controllo biochimico da parte della radioterapia differita, mentre serie urologiche retrospettive confermano come in presenza di più fattori di rischio (pT3b; GS >7, margini positivi) la perdita di possibilità di controllo biochimico dopo radioterapia potrebbe arrivare sino al 10% per ogni incremento di 0.1 ng/ml di PSA. Risulta quindi cruciale nel contesto di una strategia "di salvataggio" avviare il trattamento radiante il più precocemente possibile. Il trattamento di scelta è la RT di salvataggio sulla loggia prostatica dopo aver escluso la presenza di malattia a distanza. La RT dovrebbe comunque essere iniziata prima che il PSA superi 0.5 ng/ml. E' importante notare come nuove evidenze abbiano permesso di migliorare il trattamento di salvataggio. Nello specifico:

- 1) Può essere considerata la RT diretta alla pelvi in aggiunta alla loggia prostatica (studio SPPORT – vantaggio in sopravvivenza libera da progressione)
- 2) La RT di salvataggio può essere somministrata in aggiunta a 24 mesi di bicalutamide 150 mg /d (studio RTOG9601, con vantaggio in OS, non rilevato però nel sottogruppo di pazienti con PSA $\leq 0,6$ ng/ml)
- 3) La RT di salvataggio può essere somministrata in aggiunta ad analogo LHRH per 6 mesi (studio GETUG-16, vantaggio in sopravvivenza libera da progressione)

Nei pazienti che rifiutano la RT pelvica o che progrediscono ulteriormente dopo RT senza evidenza di malattia a distanza, la terapia endocrina con LH-RH analogo è il trattamento di riferimento.

Per i pazienti sottoposti in prima istanza a RT esclusiva, la recidiva è definita da un rialzo del PSA di 2 ng/ml superiore rispetto al nadir post-RT. Eventuale biopsia prostatica va valutata con il paziente anche in base alle opzioni terapeutiche proposte. Il trattamento di salvataggio è la terapia con LHRH analogo, ma resta controverso quando iniziarlo. Esso viene spesso iniziato alla prima comparsa della recidiva biochimica perché molti pazienti non sono propensi ad avere un atteggiamento attendistico. In alternativa possono essere utilizzate terapie locali (HIFU, ritrattamento con EBRT, radioterapia stereotassica o brachiterapia interstiziale).

Nel maggio 2025 L'Aifa ha esteso l'indicazione di enzalutamide come monoterapia o in associazione con terapia di deprivazione androgenica per il trattamento di uomini con carcinoma prostatico non metastatico ormonosensibile con recidiva biochimica ad alto rischio secondo i risultati dello studio EMBARK. I principali criteri di inclusione dello studio comprendevano: precedente trattamento radicale sulla prostata, sia esso radioterapico che prostatectomia +/- RT postoperatoria, ricaduta biochimica con PSADT < 9 mesi e testosterone non soppresso. I pazienti precedentemente operati non dovevano essere candidati a RT di salvataggio. Il trattamento sistemico veniva sospeso alla settimana 37 se il PSA raggiungeva valori < 0.2 ng/ml e ripreso in caso di incremento di valori di PSA > 5 ng/ml in pazienti precedentemente trattati con RT o > 2 ng/ml in pazienti sottoposti a prostatectomia.

La tabella 4 evidenzia gli esami strumentali da utilizzare in caso di recidiva biochimica di malattia.

La PET PSMA è sempre da preferire rispetto alla PET colina perché presenta maggiore sensibilità. Ad ogni modo, in questo e negli altri setting, la PET PSMA va considerato come un esame di secondo livello, utile soprattutto quando i risultati ottenuti sono attesi cambiare la strategia terapeutica.

È raccomandabile discutere i risultati degli esami strumentali rispetto al possibile cambiamento di strategia terapeutico in ambito multidisciplinare.

Tabella 4: Esami strumentali alla recidiva/progressione biochimica dopo prostatectomia e radioterapia

Risonanza magnetica addome inferiore	Appropriata
TC torace	Inappropriata, a meno di sospetto clinico specifico
TC addome-pelvi	Appropriata
Scintigrafia ossea	Appropriata in casi selezionati
PET PSMA	Appropriata
PET Colina	Inappropriata

Tabella 5: Esami strumentali per la malattia avanzata

TC addome-pelvi	Appropriata
Scintigrafia ossea	Appropriata
TC torace	Appropriata in casi selezionati
RM encefalo	Appropriata in casi selezionati
PET PSMA	Appropriata in casi selezionati. Inappropriata per la sola valutazione della risposta al trattamento sistemico
PET Colina	Generalmente inappropriata in quanto la PET PSMA è più accurata. Tuttavia, può essere prescritta per le stesse indicazioni della PET PSMA nei casi in cui la PET PSMA non sia disponibile in tempi accettabili e il PSA totale > 1 ng/ml

PERCORSO TERAPEUTICO IN PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATICA IN FASE AVANZATA

Terapia Sistemica

Il tumore della prostata in fase metastatica colpisce soprattutto l'apparato scheletrico comportando spesso una importante sintomatologia dolorosa e impotenza funzionale. Al fine di ottimizzare la qualità della vita di questi pazienti, che rimane l'obiettivo prioritario in questa fase di malattia, è importante una valutazione multidisciplinare attraverso:

1. La Valutazione Geriatrica Multidimensionale, se il paziente è di età superiore a 70 anni;
2. Educare il paziente ad uno stile di vita sano attraverso una dieta equilibrata ed una attività fisica quotidiana;
3. Rilevare l'entità del dolore ad ogni visita ed intervenire precocemente con terapia antalgica specifica, in aggiunta alla terapia antitumorale e ai bifosfonati, e rivalutarlo ad ogni visita successive;
4. Valutare la presenza di supporto familiare/caregiver ed attivare precocemente le cure palliative Domiciliari;
5. Offrire un supporto psicologico al paziente;
6. Valutare con specialisti, eventuali lesioni scheletriche che possono beneficiare di trattamenti locali.

Il trattamento di prima linea della malattia metastatica ormono sensibile (mHSPC)

La deplezione androgenica attraverso la somministrazione di LH-RH analogo o antagonista rappresenta la backbone della terapia della malattia metastatica ormonosensibile sebbene i trattamenti di combinazione con nuovi agenti ormonali (doppiette con ARPI) o con la chemioterapia (tripletta ADT+ARPI+docetaxel) hanno drasticamente cambiato l'aspettativa di vita dei pazienti con mHSPC rappresentando ad oggi lo standard del trattamento in questo setting di pazienti. La castrazione farmacologica ottenuta mediante l'impiego di LH-RH agonisti o dell'LHRH antagonista, somministrabile sia in forma parenterale (degarelix) che per via orale (relugolix, che ha recentemente ottenuto la rimborsabilità da AIFA), ha dimostrato di ottenere più rapida deplezione del testosterone circolante e pertanto rappresenta una valida alternativa all'LH- RH analogo.

Durante il trattamento con LH-RH analogo è necessario valutare l'avvenuta soppressione del testosterone plasmatico (almeno < 50 ng/dl, meglio se < a 20 ng/dl).

La deprivazione androgenica (ADT), comunque ottenuta, è in genere ben tollerata, ma non scevra da effetti collaterali (vampate di calore, perdita della potenza e della libido, fatigue, riduzione della massa muscolare, osteoporosi, anemia, depressione e sintomi neurologici), che possono ripercuotersi sullo stato di salute generale del paziente e sulla sua qualità di vita.

Oltre a questi effetti collaterali, negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione della comunità medica nei confronti della cosiddetta "sindrome metabolica", correlata all'ADT e contraddistinta da un incremento dei livelli ematici di colesterolo, LDL e trigliceridi, bassi livelli di colesterolo HDL, ipertensione arteriosa e ridotta tolleranza glucidica. Tale sindrome si associa ad aumentato rischio cardio-vascolare e a sviluppo di diabete mellito di tipo II.

Risultati degli studi CHAARTED e STAMPEDE, forniscono un solido supporto alla possibilità di migliorare la sopravvivenza dei pazienti hormone-naive metastatici, con malattia ad alto volume alla diagnosi, mediante l'aggiunta di docetaxel alla terapia ormonale standard.

Pazienti ad alto volume sono definiti quelli con almeno 4 lesioni ossee di cui almeno 1 al di fuori dello scheletro assile e/o malattia viscerale valutati con imaging convenzionale. Qualora siano stati effettuati sia l'imaging convenzionale che la PET-PSMA e i loro risultati siano discordanti in mancanza di evidenze, si raccomanda di non modificare la proposta terapeutica basata sull'imaging tradizionale, in quanto gli studi nel setting mHSPC hanno utilizzato l'imaging tradizionale come diagnostica di stadiazione.

Il beneficio associato al docetaxel è incerto nei pazienti con malattia a basso volume, sebbene la controindicazione in questi pazienti all'uso del docetaxel non sia assoluta, come ribadito dalle linee guida AIOM, anche rispetto ai limiti della definizione di volume usata (un paziente potrebbe avere numerose lesioni ma tutte concentrate nello scheletro assile e quindi essere classificato come paziente a basso volume di malattia).

Nella malattia ormono-sensibile metastatica un vantaggio di sopravvivenza è stato dimostrato con diversi agenti orali ormonali quali l'abiraterone + prednisone o prednisolone, che è approvato solo nell'alto rischio secondo la definizione dello studio Latitude, apalutamide ed enzalutamide che sono approvati e rimborsati indipendentemente dalla classe di rischio, dal volume di malattia e dal tempo di presentazione della malattia metastatica (de novo o recurrent)

I pazienti con alto volume di malattia all'imaging tradizionale potrebbero beneficiarsi del trattamento di combinazione con docetaxel + abiraterone (sulla scorta del miglioramento della sopravvivenza globale riportato dallo

studio PEACE-1) (inserito in 648/96 dal Marzo 2024) o docetaxel + darolutamide (sulla scorta del miglioramento della sopravvivenza globale riportato dallo studio ARASENS rimborsato dall'Aifa).

L'utilizzo della tripletta con un ARPI +ADT +docetaxel deve essere preferito rispetto alla combinazione di docetaxel + ADT o alla sequenza docetaxel seguito da ARPI nei pazienti ad alto volume qualora il paziente sia fit per chemioterapia. Al momento non sono disponibili dati di confronto tra tripletta e doppietta pertanto la scelta dell'uno o dell'altro approccio deve essere valutato caso per caso sulla scorta delle caratteristiche della malattia e di quelle cliniche relative al singolo paziente.

Attualmente in Italia risulta attivo un programma di uso terapeutico nominale di Darolutamide in associazione a terapia di deprivazione androgenica nei pazienti con carcinoma prostatico metastatico ormonosensitive sulla scorta dei risultati dello studio ARANOTE.

Nei pazienti affetti da carcinoma prostatico metastatico a basso volume sec i criteri del CHAARTED o oligometastico l'aggiunta della radioterapia sul volume prostatico alla terapia sistemica dovrebbe essere presa in considerazione. Il trattamento elettivo locale delle metastasi nei pazienti a basso volume, pur in presenza di un solido razionale e di risultati preliminari incoraggianti deve invece considerarsi ancora sperimentale e può essere preso in considerazione in singoli pazienti dopo un'attenta valutazione multidisciplinare in attesa che studi di fase III prospettici, randomizzati in corso siano in grado di dimostrare con certezza la superiorità o la non inferiorità di questo approccio rispetto a quello che oggi è il trattamento standard per i pazienti mHSPC. Il trattamento con bifosfonati o denosumab alla dose utilizzata nella malattia metastatica resistente alla castrazione (4 mg /120 mg q28rispettivamente) non trova indicazione nella malattia metastatica ormonosensitive. Una recente Consensus Meet-Uro e AIOM suggerisce la possibilità di utilizzare il denosumab al dosaggio di 60 mg ogni 6 mesi per prevenire le fratture.

Il Trattamento di prima linea della malattia “castration resistant” non metastatica (nmCRPC)

Recenti studi hanno dimostrato che l'apalutamide, la darolutamide e l'enzalutamide ritardano la comparsa delle metastasi e determinano un vantaggio in sopravvivenza nei pazienti CRPC, M0 (assenza di metastasi) e con PSADT <10 mesi. I pazienti arruolati in questi studi sono stati stadiati con TC e scintigrafia ossea e sono risultati liberi da metastasi; recentemente a questo tipo di paziente è offerta una indagine di secondo livello quale PET-PSMA o colina al fine di identificare una eventuale metastasi. Il paziente M0 alle metodiche convenzionali e M1 alla PET non è da considerarsi ineleggibile in senso assoluto all'uso di uno dei 3 farmaci approvati nel setting nmCRPC ad alto rischio, come da scheda tecnica. È importante sottolineare che attualmente non esistono evidenze da studi randomizzati che dimostrino come l'elevata efficacia diagnostica della PET PSMA possa impattare sull'outcome del paziente nmCRPC ne per valutare la risposta al trattamento con ARPI in questo setting. Pertanto la PET PSMA non è raccomandata nei pazienti nmCRPC. Attualmente l'apalutamide, l'enzalutamide e la

darolutamide sono rimborsati dal SSN in questo setting e prescrivibili dopo discussione GOM.

Il Trattamento di prima linea della malattia metastatica “castration resistant” (mCRPC)

I pazienti metastatici resistenti alla castrazione e affetti da malattia asintomatica o paucisintomatica, possono essere trattati in prima linea con abiraterone acetato (1000 mg/die per os, in associazione a prednisone 5 mgx2/die per os, continuativamente fino a progressione) oppure Enzalutamide (160 mg al giorno per os) in presenza di controindicazioni all’uso di una chemioterapia con docetaxel o qualora si ritenga preferibile differire l’uso della chemioterapia.

Il Docetaxel resta lo standard chemioterapico di prima linea in particolare nel paziente sintomatico e/o con metastasi viscerali. La risposta al trattamento deve essere effettuata con esami strumentali (da ripetere lo stesso esame radiologico o nucleare eseguito precedentemente), valutazione clinica dei sintomi (dolore in particolare) e correlazione con il valore del PSA, tenendo presente che un iniziale e lieve aumento del PSA nei primi 2/3 mesi non deve fare interrompere la terapia utilizzata (temporaneo PSA flare), soprattutto se associato a beneficio clinico. La terapia con LH-RH analogo viene proseguita, con lo scopo di agire sui cloni tumorali ancora sensibili. Va considerato che nell’attuale pratica clinica sta venendo meno la rigida distinzione tra le diverse fasi di malattia (mHSPC, nmCRPC, mCRPC), Infatti sempre più frequentemente esiste la possibilità che un paziente che sviluppa un mCRPC abbia già ricevuto precedentemente un ARPI oppure docetaxel o entrambi in fase mHSPC o nmCRPC. Pertanto nel definire la strategia di prima linea per mCRPC va tenuto conto se il paziente è naive ad un ARPI o al docetaxel in questo caso le strategie di scelta potrebbero essere meglio definite facendo riferimento ai trattamenti per le linee successive per mCRPC piuttosto che a quelli di prima linea.

Il Trattamento per linee successive della malattia metastatica “castration resistant” (mCRPC)

Nel corso degli anni sono state testate diverse strategie terapeutiche per i pazienti che abbiano ricevuto un precedente trattamento in grado di prolungare la sopravvivenza.

Nei pazienti pre-trattati con docetaxel le possibilità terapeutiche prevedono l’uso di uno dei due nuovi agenti ormonali - abiraterone acetato o enzalutamide - o di un’ulteriore linea

chemioterapica con Cabazitaxel sulla scorta dei risultati degli studi COU-AA-301, AFFIRM e TROPIC rispettivamente. Ad oggi invece non esistono solide evidenze per orientare la scelta terapeutica del trattamento di seconda linea nei pazienti pretrattati con ARPI e se sia possibile ottenere nuovamente un controllo di malattia con l'altro ARPI non utilizzato in prima linea oppure bisogna orientarsi verso un trattamento con docetaxel per evitare fenomeni di cross resistenza. Ad oggi comunque è sconsigliato l'utilizzo della sequenza ARPI-ARPI se non in casi selezionati e comunque in pazienti che non possono ricevere la chemioterapia. Il cabazitaxel (vs abiraterone o enzalutamide) è da preferire nella sequenza terapeutica nei pazienti che abbiano già ricevuto abiraterone o enzalutamide e docetaxel giudicati fit a ricevere chemioterapia rispetto alla sequenza ARPI-ARPI (Card trial). Anche lo studio registrativo di fase III VISION ha arruolato pazienti con carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione pretrattati con almeno una linea di tassano e un nuovo agente ormonale (ARPI), PET PSMA positivi e ha dimostrato come Lutezio-PSMA-617 quando aggiunto allo standard of care sia in grado di prolungare la sopravvivenza globale dei pazienti rispetto a quelli trattati con solo standard of care. Sulla scorta di questi risultati l'AIFA con determina n° 241 del 20.2.2025 pubblicata nella GU n° 51 del 3.3.2025 ha disposto la rimborsabilità in Italia l'uso di Lutezio-PSMA-617 (Pluvicto) in associazione a terapia di deprivazione androgenica (ADT) con o senza inibitori della via del recettore degli androgeni per il trattamento di pazienti mCRPC, PET-PSMA positivi e che abbiano ricevuto almeno 2 linee di trattamento a base di tassani (docetaxel e cabazitaxel) a meno che il paziente non risulti non fit al trattamento con cabazitaxel e un agente ormonale inibitore della via degli androgeni (come abiraterone, enzalutamide, apalutamide e darolutamide.). Il regione Campania sono stati identificati per prescrizione e somministrazione di Pluvicto 5 centri di riferimento (AOU Federico II, AORN Colli, AORN Cardarelli, Ospedale del Mare IRCCS Pascale). La segnalazione dei pazienti ai Centri di riferimento dovrà avvenire attraverso piattaforma ROC e la candidabilità verrà valutata attraverso discussione multidisciplinare nell'ambito dei GOM di patologia. Attualmente nei pazienti affetti da neoplasia prostatica metastatica resistente alla castrazione in assenza di mutazione dei geni BRCA1-2 che abbiano già ricevuto in precedenza un trattamento con tassani e ARPI il trattamento con lutezio PSMA -617 dovrebbe essere considerato nella sequenza terapeutica. Ad oggi l'impiego del radiofarmaco Radium-223 può essere considerato una delle opzioni terapeutiche possibili nei pazienti con metastasi ossee sintomatiche, in assenza di metastasi viscerali o linfonodali "bulky" (> 3 cm), dopo 2 linee precedenti. Riguardo all'impiego dei PARP-inibitori, Olaparib in monoterapia è rimborsato AIFA nei pazienti con carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione con mutazioni BRCA1/2 (germinale e/o somatica), in progressione dopo una precedente terapia con un nuovo agente ormonale. Come da evidenze dello studio di fase III PROfound Olaparib ha più che triplicato la sopravvivenza libera da progressione radiologica, con una mediana di 9,8 mesi rispetto a 3 mesi con enzalutamide o abiraterone.

Olaparib, inoltre, ha ridotto il rischio di morte del 31%, con una sopravvivenza globale mediana di 19,1 mesi rispetto a 14,7 mesi con l'agente ormonale. Da non trascurarsi i dati favorevoli anche sulla qualità di vita, aspetto molto importante da considerare nel paziente metastatico.

La ricerca di mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2 deve essere ricercata su tessuto tumorale (biopsia o prostatectomia) e rappresenta uno step fondamentale nella diagnosi e nella decisione del trattamento del carcinoma prostatico metastatico; in tal senso, le "Raccomandazioni per l'implementazione del test BRCA predittivo e preventivo nei tumori della mammella, dell'ovaio, del pancreas e della prostata" redatte dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) costituiscono valido supporto.

In caso di fallimento del test somatico e' possibile ricercare la mutazione su DNA libero circolante o eseguendo biopsia di siti metastatici accessibili. Il test germinale deve essere effettuato in pazienti con test somatico positivo o in prima battuta nei casi previsti dal PDTA dei tumori eredo familiari e in accordo con le raccomandazioni AIOM. L'uso degli inibitori di PARP in combinazione con nuovi agenti ormonali ha portato nel 2025 all' approvazione da parte di AIFA di tre combinazioni nel trattamento di prima linea per la malattia metastatica castration resistant con mutazione dei geni BRCA1-2 mutati : olaparib+ abiraterone sulla scorta dei dati dello studio PROPEL , la combinazione talazoparib + enzalutamide sulla scorta dei dati dello studio TALAPRO e la combinazione di abiraterone + niraparib, approvata sulla scorta dei dati dello studio MAGNITUDE .Il limite dell'applicabilità nella pratica clinica di queste tre combinazioni è rappresentata dalla popolazione di studio che solo in minima percentuale era stata pretrattata con un nuovo agente ormonale (ARPI) a differenza di quanto accade nella pratica clinica attuale .

Riguardo alla deplezione ossea secondaria all'impiego di terapie ormonali, il RANK-inibitore denosumab è prescrivibile per ridurre l'incidenza di osteoporosi in corso di agenti ormonali; in assenza di metastasi ossee, il dosaggio è di 60 mg ogni 6 mesi. Nei pazienti Castration Resistant con lesioni ossee, il dosaggio è di 120 mg mensile; in quest'ultimo caso possono essere utilizzati anche i bifosfonati (come l'acido Zoledronico), ma solo in presenza di controindicazioni specifiche al denosumab (ad oggi ritenuto superiore).

RT nella malattia metastatica.

Nella fase metastatica la radioterapia può essere utilizzata con finalità palliativo-antalgica su lesioni ossee dolenti o determinanti compressione midollare, o con a finalità ablativa su lesioni linfonodali, polmonari o in altre sedi. La scelta della sede, dose totale e dose per frazione viene valutata sul singolo paziente in base ai sintomi, storia clinica ed estensione di malattia.

Condizione particolare è rappresentata dai pazienti oligometastatici, nei quali un trattamento mirato può essere potenzialmente curativo. Tale condizione è stata ampiamente valutata ed esaminata dall'Associazione Italiana di Radioterapia e Oncologia clinica (AIRO), fino alla stesura di un position paper sull'impiego della radioterapia ablativa nel tumore della prostata oligometastatico. Nell'ambito dei pazienti prostatici oligometastatici sono stati individuati e valutati quattro scenari principali per i quali l'AIRO ha espresso consenso formale sull'uso della RT ablativa:

- 1) quello di un paziente oligometastatico alla diagnosi con < 3 lesioni metastatiche sincrone ossee o linfonodali extra-pelviche, in cui in alternativa alla sola ADT, può essere proposta una RT con intento radicale su primitivo e sedi di metastasi in associazione all'ADT;
- 2) quello di un paziente oligo-ricorrente sensibile alla castrazione, con < 3 lesioni (linfonodali o ossee) e tumore primitivo controllato, in cui in alternativa all'ADT, per differire il trattamento ormonale, può essere proposta una RT con intento ablativo sulla sede metastatica; anche questo è un trattamento da considerare sperimentale da valutare magari nei pazienti desiderosi di conservare la loro vita sessuale
- 3) quello di un paziente oligometastatico resistente alla castrazione, asintomatico o paucisintomatico con < 3 lesioni all'imaging metabolico, un tempo di raddoppiamento del PSA > 6 mesi e tempo di insorgenza della resistenza alla castrazione > 12 mesi, al quale come alternativa agli ARTA per differire il trattamento sistemico, può essere offerta una RT con intento radicale sulle sedi metastatiche; o nel caso di un paziente candidato a ricevere ADT+ARTA, può essere offerta una RT con intento radicale sulle sedi metastatiche insieme al trattamento sistemico;
- 4) quello di un paziente oligometastatico resistente alla castrazione in trattamento con ARTA da almeno 6 mesi con < 2 lesioni in oligoprogressione, al quale può essere proposta una RT con intento radicale in alternativa alla modifica del trattamento sistemico in corso.

Programma di controlli per pazienti con neoplasia prostatica metastatica

Il follow-up deve essere personalizzato, in quanto la frequenza delle visite e degli esami in corso di trattamento varia in relazione alle condizioni del paziente, gravità del dolore e di altri sintomi, malattie concomitanti, andamento del PSA e delle lesioni valutabili radiologicamente (fig 6). I farmaci ormonali e chemioterapici possono manifestare effetti indesiderati diversi in relazione al loro meccanismo

d'azione e la loro intensità può variare molto in ciascun paziente in base all'età, condizioni generali e malattie concomitanti.

Il trattamento di scelta (tipo di farmaci, dosaggi e intervalli fra le somministrazioni) ed eventuali trattamenti aggiuntivi (uso bifosfonati, denosumab, vertebroplastica, etc.) sono fortemente condizionati da svariati fattori clinici quali le condizioni generali del paziente e autonomia funzionale, la presenza di comorbidità (soprattutto cardiovascolari e renali), la presenza o meno di sintomi legati alla malattia, la risposta ai trattamenti precedenti

Figura 4. Programma di controlli per la malattia avanzata

CATEGORIE	VALUTAZIONI PRINCIPALI	VALUTAZIONI AGGIUNTIVE
recidiva biochimica trattata con terapia endocrina	<ul style="list-style-type: none"> - Visita +PSA ogni 2-3 mesi Scintigrafia ossea ogni 12 mesi se incremento del PSA TC torace-addome pelvi ogni 12 mesi o se incremento del PSA - PET PSMA in casi selezionati 	<ul style="list-style-type: none"> - Profilo glucidico, lipidico e metabolismo osseo ogni 12 mesi - Visita cardiologica ogni 12 mesi o in base all'evoluzione clinica - MOC ogni 12 mesi
Malattia metastatica in terapia endocrina	<ul style="list-style-type: none"> - Visita + PSA + esami ematochimici ogni 4-6 mesi - Scintigrafia ossea ogni 6-12 mesi o in base ad andamento del PSA e alla clinica TC torace-addome pelvi ogni 6-12 mesi o in base all'andamento del PSA e alla clinica - PET PSMA in casi selezionati 	<ul style="list-style-type: none"> - Profilo glucidico, lipidico e metabolismo osseo ogni 12 mesi - Visita cardiologica ogni 12 mesi o in base all'evoluzione clinica
Malattia metastatica in terapia con Chemioterapia/ormonoterapia di nuova generazione	<ul style="list-style-type: none"> Visita +PSA + esami ematochimici ogni ciclo Scintigrafia ossea ogni 6 mesi o in base ad andamento del PSA e alla clinica TC torace-addome pelvi ogni 4-6 mesi o in base all'andamento del PSA e alla clinica - PET PSMA in casi selezionati 	<ul style="list-style-type: none"> - Profilo glucidico, lipidico e metabolismo osseo ogni 12 mesi - Visita odontoiatrica se in terapia con bifosfonati o denosumab basale o in base all'evoluzione clinica - Visita cardiologica ogni 12 mesi o in base all'evoluzione clinica
Terapia con lutezio PSMA	Tc e scintigrafia ossa dopo 4 cicli PET PSMA	-

Programma di riabilitazione e recupero della sessualità

L'intervento di prostatectomia radicale può determinare complicanze intraoperatorie, postoperatorie precoci e tardive: l'impotenza sessuale, l'incontinenza urinaria, la stenosi uretrale ed il linfocele ne sono un esempio. Anche la terapia ormonale, spesso somministrata per periodi prolungati, può determinare impotenza sessuale, oltre a conseguenze psicologiche per il paziente.

È opportuno che il GOM includa un percorso di riabilitazione, dunque, anche psicologica qualora il paziente ne necessiti.

FOLLOW UP

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il paziente rientrerà in un adeguato percorso di follow-up clinico-strumentale dedicato per i successivi 10 anni, ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza. In caso di recidiva il paziente sarà opportunamente rivalutato dal GOM al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico.

I pazienti che vanno incontro a un trattamento esclusivo (chirurgia o radioterapia) in associazione o meno a trattamento endocrino adiuvante, vengono monitorati con dosaggio del PSA e visita urologica a cadenza semestrale (eccetto il primo controllo del PSA dopo chirurgia, da dosarsi dopo 4-6 settimane, figura 5).

Solo in caso di aumento del PSA o di comparsa di dolori ossei o altri sintomi sospetti, si eseguiranno esami strumentali quali RM pelvi o TC addome volti a valutare la presenza ed estensione di malattia locale o metastatica.

Come indagini di secondo livello, la PET/TC con Colina viene ancora oggi diffusamente utilizzata, sebbene vada sempre preferita la PET PSMA, più sensibile per valori PSA inferiori a 2 ng/ml.

Nei pazienti che eseguono RT sulla prostata, il PSA scende lentamente dopo il trattamento raggiungendo il valore più basso anche ad un anno dal trattamento stesso. Tale valore di nadir verrà tenuto come riferimento per le misurazioni successive del marcatore.

A pazienti con disturbi della funzione erettile, oltre alla visita urologica può essere offerta visita andrologica.

Nei pazienti in trattamento con LH-RH analogo adiuvante, viene consigliata una densitometria ossea ogni 18-24 mesi ed eventuale somministrazione di farmaci per l'osteoporosi.

Figura 5. Programma di controlli per pazienti con neoplasia prostatica progressa localizzata o localmente avanzata

CATEGORIE	VALUTAZIONI PRINCIPALI	VALUTAZIONI AGGIUNTIVE
Malattia localizzata trattata con chirurgia o RT con intento guaritivo	Visita + PSA q 3 mesi	Visita andrologica se deficit funzione erettile
Malattia localizzata trattata con chirurgia o RT con intento guaritivo + ADT	Visita + PSA q 2 -3 mesi	Profilo glucidico, lipidico e metabolismo osseo ogni 12 mesi Densitometria ossea ogni 24 mesi per controllo osteoporosi visita cardiologica ogni 12 mesi o in base all'evoluzione clinica

Follow up dei pazienti operati o sottoposti a radioterapia

Trattamento	Visita	Imaging (TC RMN, cintigrafia PET PSMA))	PSA
Chirurgia	ogni 3 mesi per i primi 12 mesi ogni 6 mesi dal II al V anno ogni anno dopo il V anno	solo in caso di incremento del PSA o sintomi * sei mesi eco per valutare residuo minzionale	tre mesi dalla rimozione del catetere e successivamente ogni sei mesi (ogni 3 mesi in caso di Gleason \geq di 8)
Radioterapia	ogni 3 mesi per i primi 12 mesi ogni 6 mesi dal II al V anno ogni anno dopo il V anno	solo in caso di incremento del PSA o sintomi	PSA ogni 3 mesi insieme a testosterone nei primi 12-14 mesi in corso di terapia ormonale adiuvante alla radioterapia

* Indagini strumentali annuali possono essere programmate in pazienti con PSA negativo alla diagnosi e con istotipi rari (es. Neuroendocrini)

Riferimento linee guida EAU e AIOM

Procedura generale di funzionamento dei GOM

Le attività del GOM

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

Primo contatto e presa in carico del paziente

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

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

La riunione multidisciplinare

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

Comunicazione al paziente

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

terapeutica decisa dal GOM e consegna il verbale.

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

Chiusura scheda - piattaforma ROC

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

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

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

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

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

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

Aggiornamento scheda chiusa in piattaforma ROC

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

Ricerca Scheda Chiusa

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

Inserimento scheda aggiornata

Dopo aver individuato il paziente, si accede alla sua scheda e si apre la sezione "Allegato". Una volta aperta la sezione, selezionare "ALTRO" come Tipo di allegato e inserire "Aggiornamento verbale GOM" nella Descrizione. Successivamente, caricare il file in formato PDF, inviarlo e l'aggiornamento verrà archiviato nella piattaforma ROC.

Continuità territoriale, Attivazione ADI

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

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

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

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

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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: gg/mm/aaa:

* 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"/>

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

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

HOME PAZIENTI SCHEDE - CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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"/>	Insonnia	<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

HOME PAZIENTI SCHEDE - CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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	<input type="checkbox"/>
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>
Gestione accessi venosi già posizionati	<input type="text" value="Nessuno"/>
Gestione Stomie	<input type="checkbox"/>
Gestione incontinenza	<input type="text" value="Nessuno"/>
Gestione	<input type="checkbox"/>

HOME PAZIENTI SCHEDE - CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Gestione catetere vescicale	<input type="checkbox"/>
Gestione drenaggi	<input type="checkbox"/>
Gestione lesione da pressione	<input type="checkbox"/>
Medicazioni	<input type="checkbox"/>
Terapia Trasfusionale	<input type="checkbox"/>
Gestione terapia del dolore	Nessuno ▾
Sedazione palliativa	<input type="checkbox"/>
Necessità di riabilitazione	<input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>
Assistenza oncologica domiciliare	<input type="checkbox"/>
Supporto Psicologo	<input type="checkbox"/>
Interventi Spirituali	<input type="checkbox"/>
Necessità attivazioni Servizi sociali	<input type="checkbox"/>

Fornitura Ausili

Letto articolato	<input type="checkbox"/>	Materasso antidecubito	<input type="checkbox"/>	Cought Assist	<input type="checkbox"/>
Ventilazione meccanica a lungo termine	<input type="checkbox"/>	Deambulatore	<input type="checkbox"/>	Comunicatore	<input type="checkbox"/>

HOME PAZIENTI SCHEDE - CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Gestione lesione da pressione	<input type="checkbox"/>
Medicazioni	<input type="checkbox"/>
Terapia Trasfusionale	<input type="checkbox"/>
Gestione terapia del dolore	Nessuno ▾
Sedazione palliativa	<input type="checkbox"/>
Necessità di riabilitazione	<input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>
Assistenza oncologica domiciliare	<input type="checkbox"/>
Supporto Psicologo	<input type="checkbox"/>
Interventi Spirituali	<input type="checkbox"/>
Necessità attivazioni Servizi sociali	<input type="checkbox"/>
Hospice	<input checked="" type="checkbox"/>

Fornitura Ausili

Letto articolato	<input type="checkbox"/>	Materasso	<input type="checkbox"/>	Cought Assist	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------

Salva

Richiesta PLUVICTO

L'Agenzia Italiana del farmaco AIFA, con la Determina Aifa n. 241 del 20 febbraio 2025, pubblicata nella G.U. n.51 del 03/03/2025, ha disposto la riclassificazione con regime di rimborsabilità SSN della specialità medicinale PLUVICTO (lutezio (177 Lu) vipivotide tetraxetan) per le seguenti indicazioni terapeutiche: «Pluvicto», in associazione a terapia di deprivazione androgenica (androgen deprivation therapy, AD T) con o senza inibitore della via del recettore degli androgeni (androgen receptor, A R), è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione (metastatic castration-resistant prostate cancer, mCRPC) progressivo, positivo all'antigene di membrana specifico della prostata (prostate-specific membrane antigen, PSMA), che sono stati trattati con inibitore della via dell'AR e chemioterapia a base di docetaxel e cabazitaxel o che non sono candidabili a cabazitaxel.

Pertanto, a seguito di valutazione da parte del Tavolo Tecnico Regionale Farmaceutico sono autorizzate alla prescrizione/somministrazione e abilitate al Registro AIFA PLUVICTO le U.O. di Medicina Nucleare dei seguenti Centri:

- AOU FEDERICO II
- AORN COLLI
- AORN CARDARELLI
- OSPEDALE DEL MARE
- IRCCS-PASCALE

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

- Richiedere il farmaco, (a cura del GOM inviante).
- Trattamento con il farmaco, (a cura del GOM ricevente).

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

La selezione dei pazienti sarà basata sulla valutazione dello stadio di malattia, sulla captazione delle lesioni alla PET con Gallio/Fluoro-PSMA derivati, su “performance status” (PS) del paziente e sulla presenza di eventuali comorbidità.

Il paziente candidabile dovrà essere discusso in ambito multidisciplinare all’interno dei GOM Prostata della Rete Oncologica Campana (ROC). Il GOM prostata che ha possibilità di erogare il farmaco riceverà tramite piattaforma ROC le richieste dagli altri GOM prostata della ROC non eroganti e valuterà l’appropriatezza della indicazione e la effettiva possibilità di erogare la prestazione in base al farmaco disponibile o di re-indirizzare il caso in rete per consentire la presa in carico da parte di altro centro autorizzato (Figura 1).

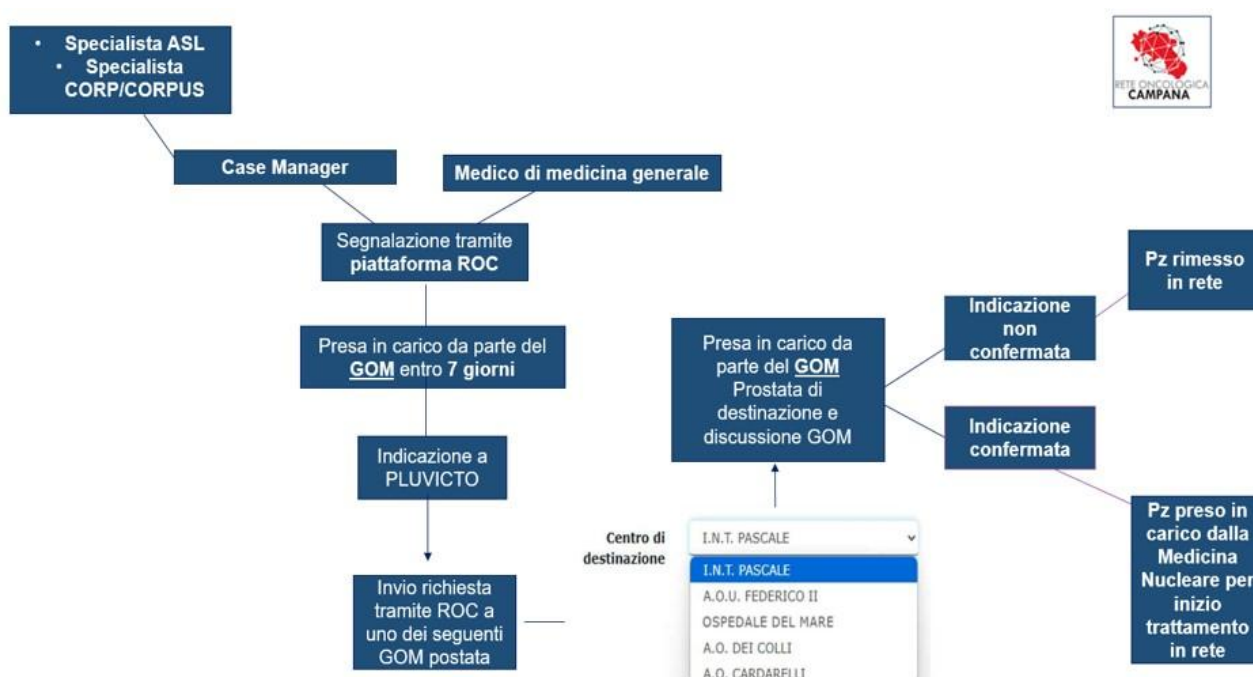


Figura 1. Flusso per la richiesta di Pluvicto tramite piattaforma ROC

Richiesta farmaco (a cura del GOM inviante)

Per inserire in piattaforma la richiesta del farmaco 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.

Sono presenti valori che, secondo le specifiche, possono bloccare il flusso di compilazione.

HOME PAZIENTI SCHEDE BACKEND ADMIN CAMBIO PASSWORD Salve Amministratore

Paziente Organi di rete Checklist ingresso Allegati Servizi territoriali Farmaco Pluvicto Chiusura Stampa

Richiesta Farmaco

Diagnosi di carcinoma mCRPC

Progressione diagnostica per Aumento PSA Progressione ossea Progressioni in altre sedi

Data prima diagnosi

Gleason Score (GS(a+b)) a b a+b

BRCA 1 MUTATO BRCA 2 MUTATO

Attuale livello di Testosterone sierico <50ng/dl

Antagonista o analogo LHRH utilizzato

Positivita PET PSMA Data

PSA attuale livello

Quando le risposte indicate non permettono di eleggere il paziente al trattamento Pluvicto, compare una schermata che blocca l'invio della richiesta al centro di destinazione. Di conseguenza, non è possibile completare la procedura di invio.

HOME PAZIENTI SCHEDE BACKEND ADMIN CAMBIO PASSWORD Salve Amministratore

Metastasi encefaliche

Nuovo agente ormonale

Le risposte indicate non permettono di eleggere il paziente al trattamento Pluvicto

Dettaglio

30/06/2025 Creata

Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna salvare per inviare la richiesta. Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.

$\geq 1500/\text{mmc}$ _____

Piastrine Si ▼
 $\geq 100.000/\text{mmc}$

Centro di destinazione

- I.N.T. PASCALE ▼
- I.N.T. PASCALE**
- A.O.U. FEDERICO II
- OSPEDALE DEL MARE
- A.O. DEI COLLI
- A.O. CARDARELLI

↓ Salva

Trattamento con farmaco (a cura del GOM ricevente)

Dalla Dashboard è visibile il bottone che riporta il numero delle richieste arrivate. Tale bottone visualizza l'elenco degli assistiti per i quali è stata fatta richiesta.

Selezionato un assistito nella relativa maschera è presente un bottone per inserire i dati del trattamento.

Trattamento Farmaco

Posologia	<input type="text" value="7400MBq"/>		
Effetti collaterali	<input type="text" value="Trombocitopenia"/>	Grado	<input type="text" value="Seleziona"/>
Numero di cicli effettuati	<input type="text"/>		
Data 1 somministrazione	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	Data ultima somministrazione	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>
Risposta di malattia	<input type="text" value="Seleziona"/>		
Miglior risposta ottenuta	<input type="text" value="Seleziona"/>		
Metodica rivalutazione	<input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Ecografia <input type="checkbox"/> Scintigrafia <input type="checkbox"/> RX Torace		
Data 1 rivalutazione	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>		
N Cicli 1 rivalutazione	<input type="text"/>		
PSA alla 1 rivalutazione	<input type="text"/>		
Data fine trattamento	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>		
Data rivalutazione fine trattamento	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>		
PSA fine trattamento	<input type="text"/>		
Causa fine trattamento	<input type="text" value="Seleziona"/>		
Progressione malattia	<input type="text" value="Seleziona"/>	Data progressione	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>
Decesso	<input type="text" value="Seleziona"/>	Data decesso	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>
Data ultimo follow-up	<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>		

Rete Cardioncologica (CardioROC)

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

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

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

Precedenti cardiologici noti	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Se si specificare:				
<input type="checkbox"/>	Insufficienza cardiaca	<input checked="" type="checkbox"/>	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Arteriopatia obliterante periferica	<input type="checkbox"/>	Iperensione polmonare	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fibrillazione atriale e altre aritmie	<input type="checkbox"/>	Allungamento del tratto QT	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Altro	<input type="text" value="Insufficienza valvolare mitralica di grado 1"/>		
Infarto miocardico-cardiopatia ischemica				
Tromboembolismo venoso				
Il paziente assume terapia cardiologica	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Comorbidità				
<input type="checkbox"/>	CKD	<input type="checkbox"/>	BPCO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Epatopatia	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Altro	<input type="text" value="gozzo tiroideo"/>		

Figura 5

Consulenza cardiologica per paziente complesso

Anamnesi generale

* Allegato Referto [Scarica documento](#)

Fattori di rischio cardiovascolare

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

Precedenti eventi cardiovascolari

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

Comorbidità

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

Anamnesi farmacologica prossima e remota

Terapia oncologica attuale

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

Scrivere i nomi dei farmaci:

Figura 6

Valutazione per Trial Clinico

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

I pazienti che devono essere valutati per una terapia sperimentale, avendo dato consenso a questa valutazione, vengono inviati da qualsiasi Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) ai GOM degli altri centri per la stessa patologia per essere valutati per una terapia sperimentale (incluso studi clinici di fase I). La richiesta giunge contemporaneamente a tutti gli altri GOM della patologia e ai centri di fase 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
[Redacted]					
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico
[Redacted]					

- [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 Cardioncologica / 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 Cardioncologica / 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.

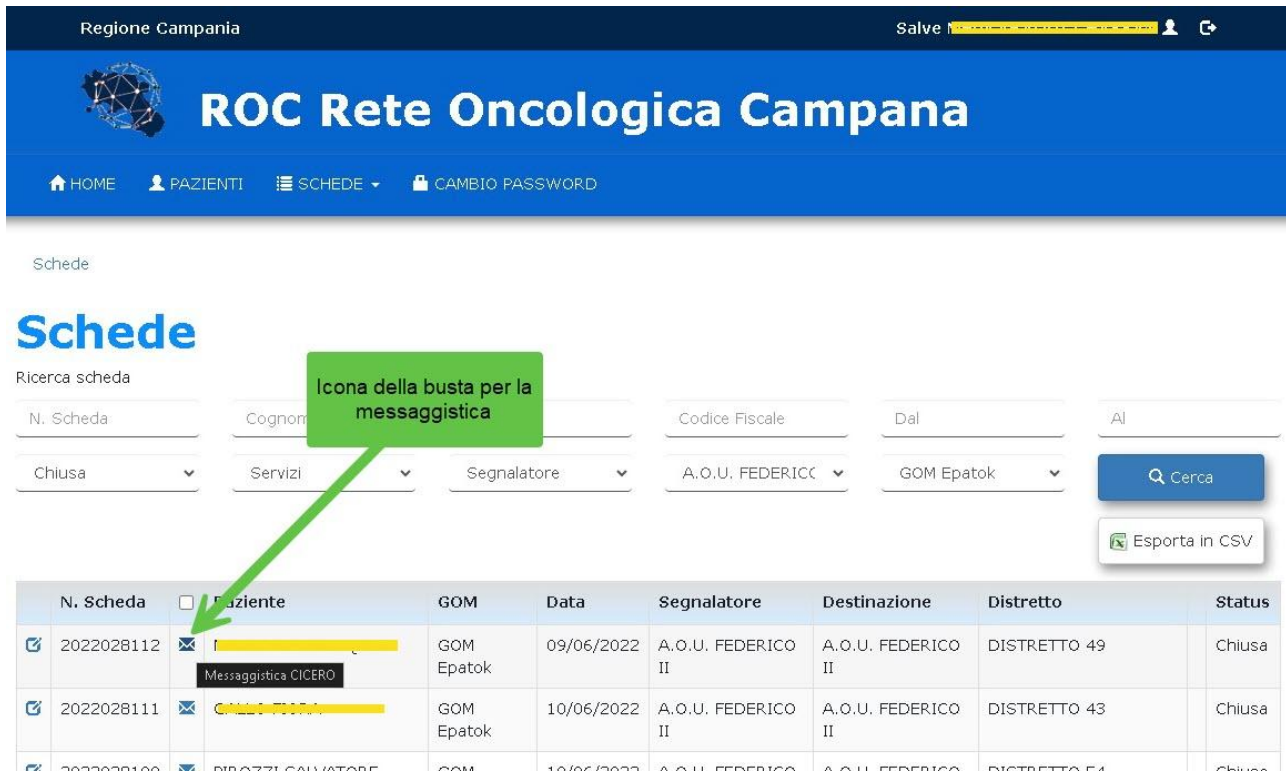
Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

- 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:



Regione Campania Salve [redacted]

ROC Rete Oncologica Campana

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

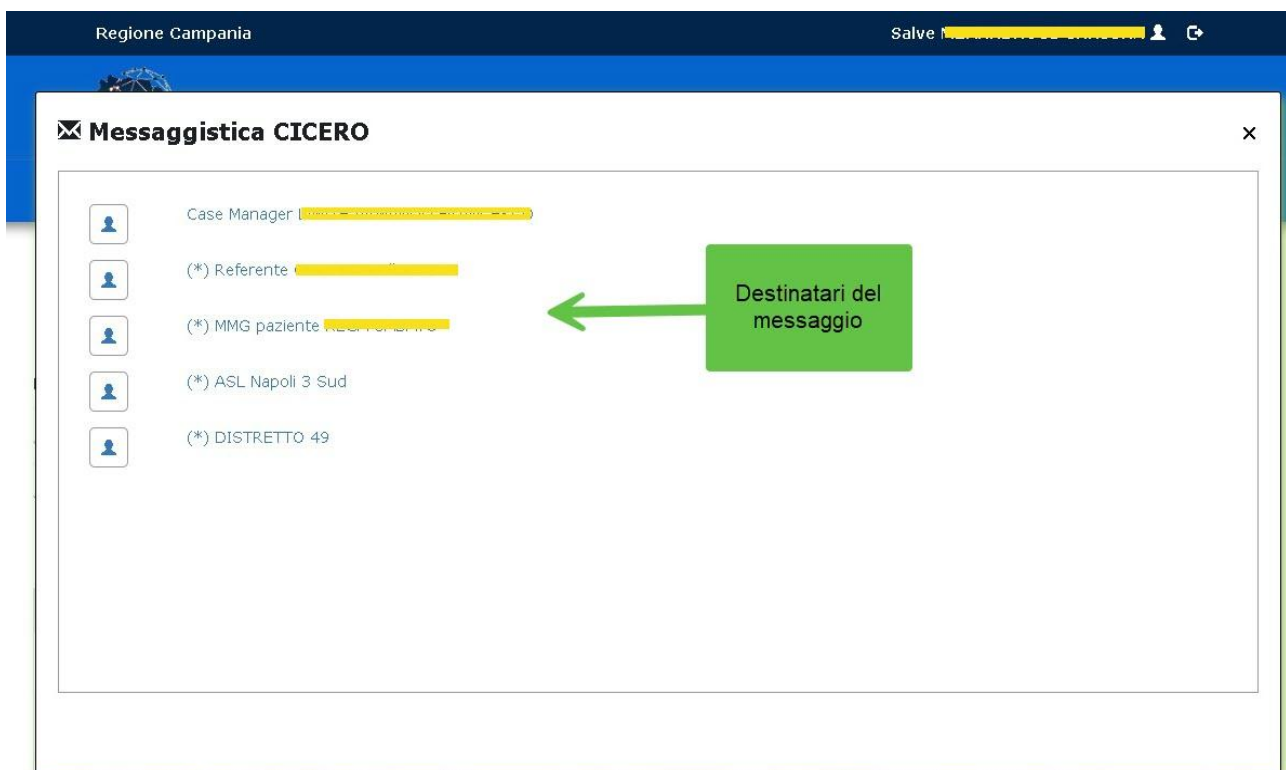
Schede

Schede

Ricerca scheda

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

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



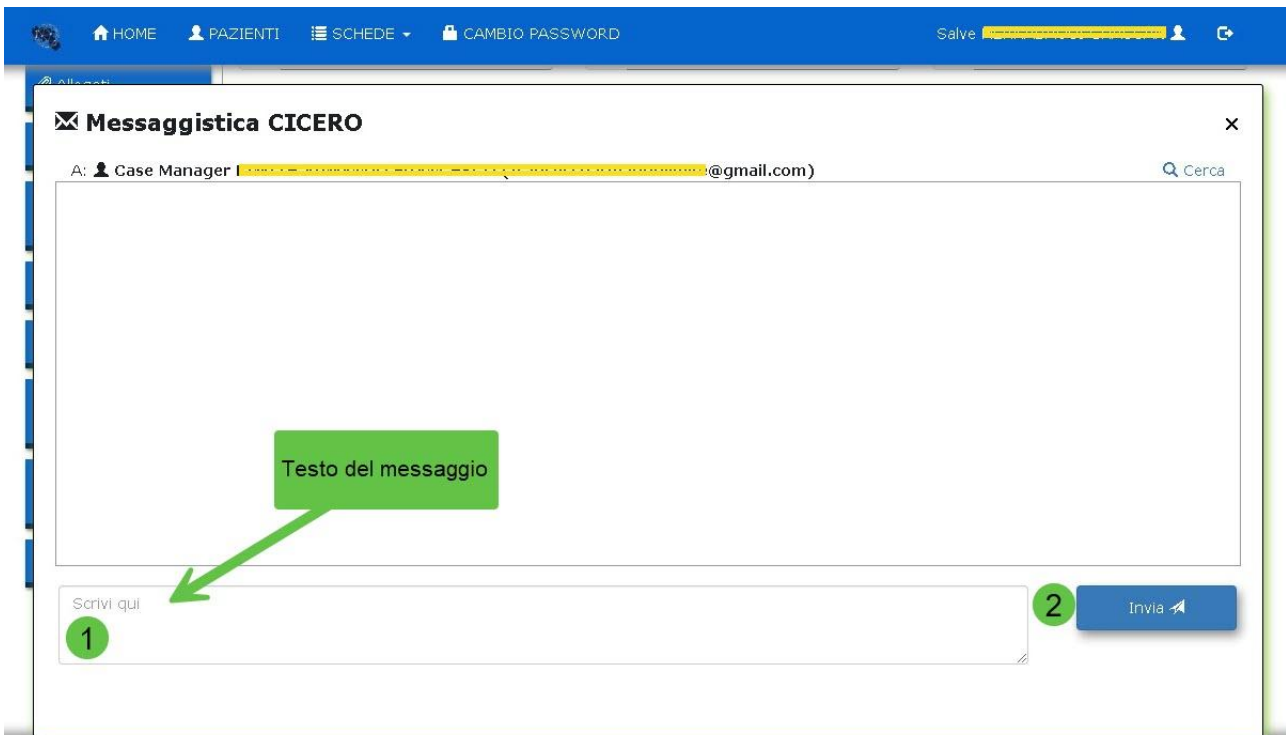
Regione Campania Salve [redacted]

✉ Messaggistica CICERO

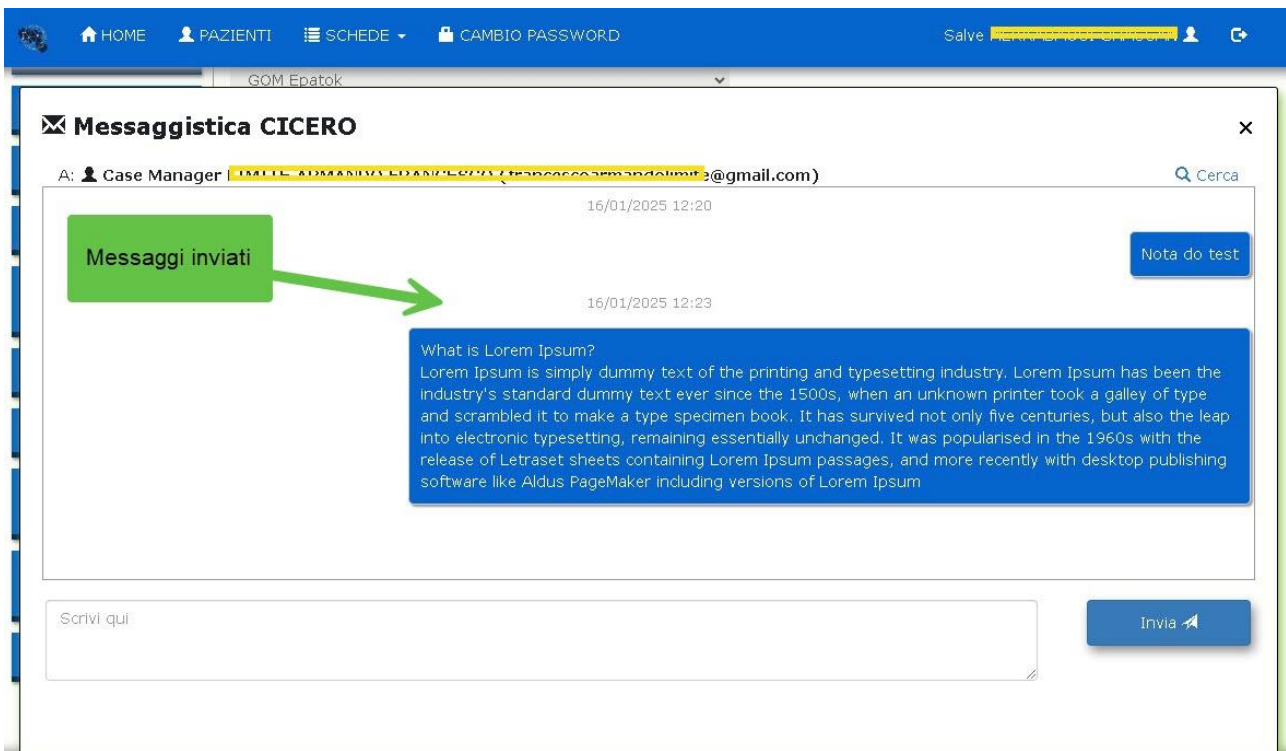
- Case Manager [redacted]
- (*) Referente [redacted]
- (*) MMG paziente [redacted]
- (*) ASL Napoli 3 Sud
- (*) DISTRETTO 49

Destinatari del messaggio

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



Esempio di messaggi inviati.



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

Regione Campania Salve 

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD ✉ 1 Messaggio da leggere

Messaggistica CICERO

Dashboard

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

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

Regione Campania Salve 

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

Schede

Ricerca scheda

N. Scheda Codice Fiscale Dal Al

Status A.O.U. FEDERIC Gom Cerca

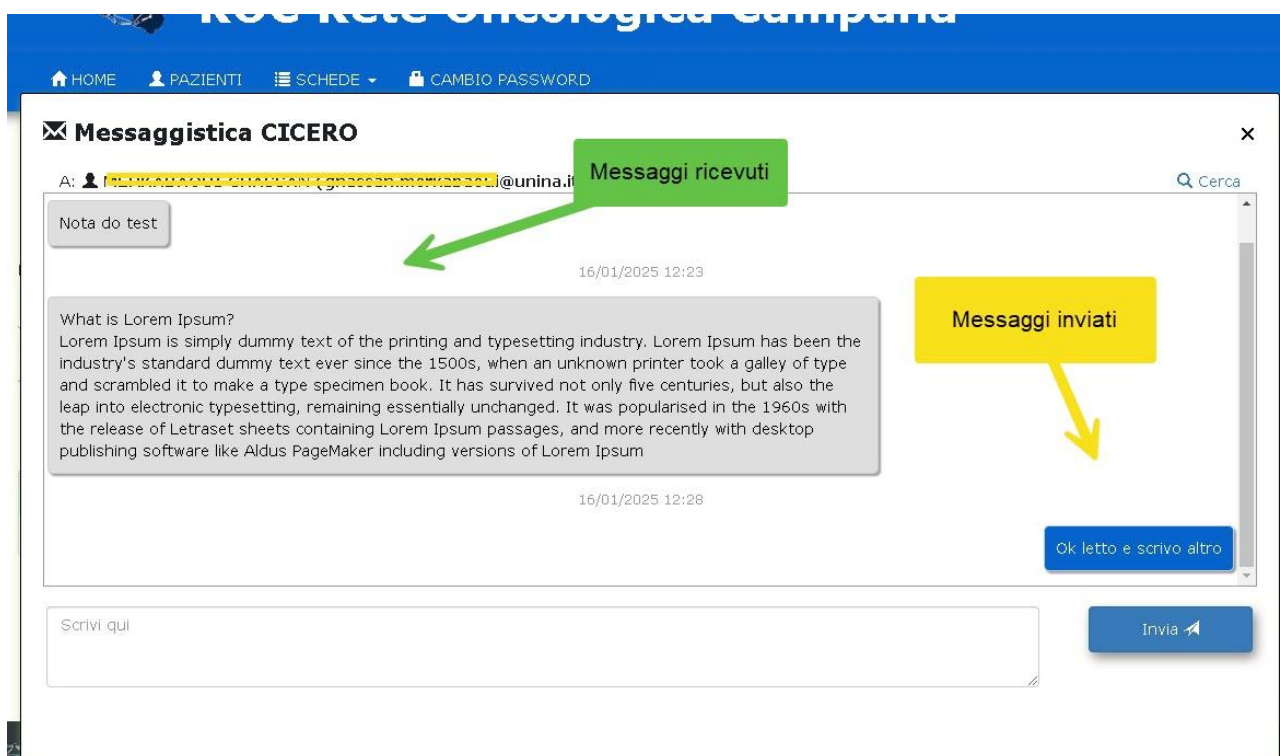
Esporta in CSV

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

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

Esempio di messaggi ricevuti.

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



Esenzione 048

Nella piattaforma ROC (Rete Oncologica 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

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

Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

ROC Rete Oncologica Campania

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

Esenzione / Pazienti

Nuova segnalazione

Ricerca paziente

Dati Filtro di Ricerca
Inserire il Codice Fiscale dell'Assistito

Cognome	Nome	Data Nascita	Codice Fiscale	Localita' Nascita
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MADDALONI

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Paziente

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

Nome [REDACTED] **Cognome** [REDACTED] **Sesso** M

Data Nascita [REDACTED] **Localita' Nascita** MADDALONI **Provincia Nascita** CE

Codice Fiscale [REDACTED] **Data Decesso** [REDACTED]

Localita' MADDALONI **Provincia** CE **CAP** 81024

Indirizzo [REDACTED] **Distretto** DISTRETTO 13

ASL ASL Caserta **Telefono** [REDACTED]

Email [REDACTED]

MMG Cognome GUIDA **MMG Nome** [REDACTED] **MMG codice fiscale** [REDACTED]

MMG Telefono [REDACTED] **E-mail** [REDACTED]

ID tessera sanitaria [REDACTED] **Data scadenza tessera** 11/02/2027

Cliccare il Bottone Esenzione

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



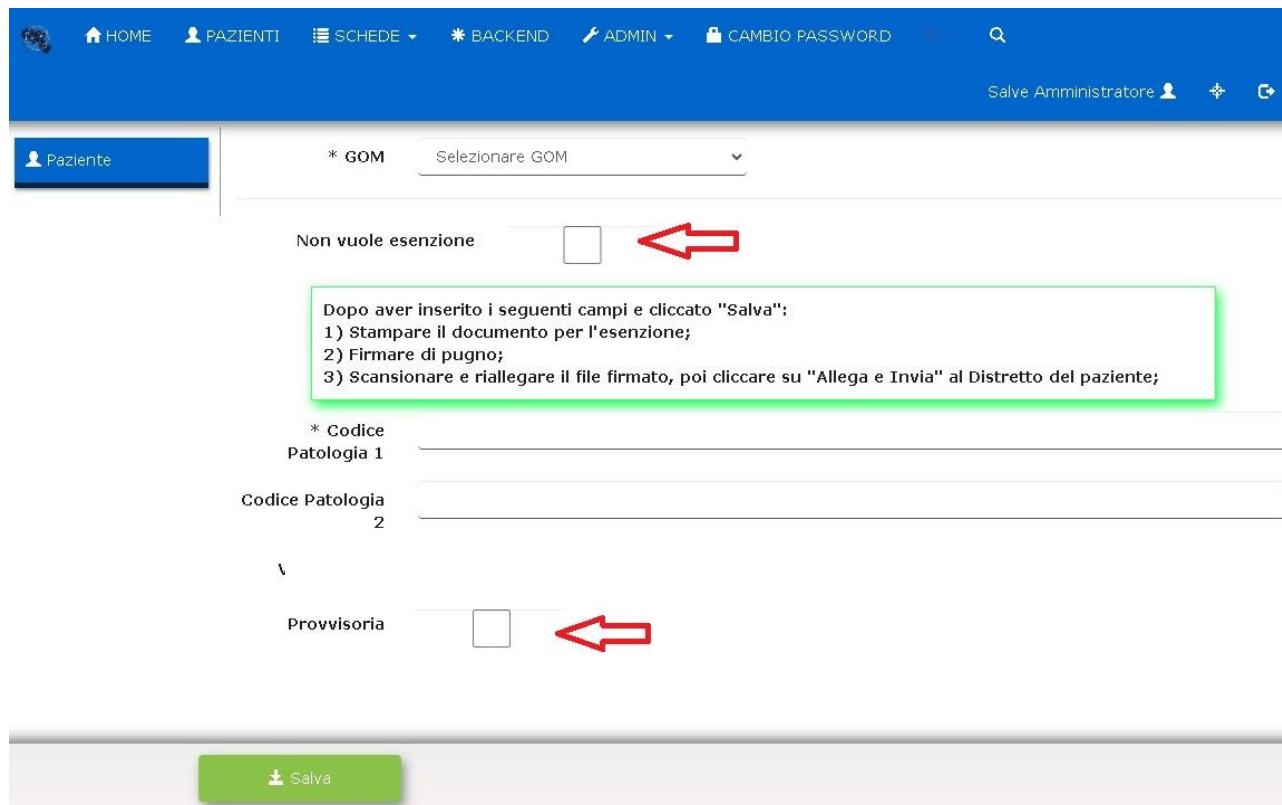
The screenshot shows a web application interface for the 'Esenzione 048' form. The top navigation bar includes 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD', with a 'Salve' indicator on the right. A left sidebar contains menu items: 'Paziente', 'Organi di rete', 'Checklist ingresso', 'Allegati', 'Servizi territoriali', 'Rete cardioncologica', 'Trial clinico', 'Chiusura', 'Esenzione 048' (highlighted with a yellow box), and 'Stampa'. The main content area is titled 'Dettaglio' and contains the following sections:

- Scelta GOM ingresso:** A dropdown menu showing 'GOM Polmone'.
- Case Manager:** A row of input fields for name, phone, and email, with the name field highlighted in yellow.
- Centro segnalatore:** A dropdown menu showing 'A.O. DEI COLLI'.
- Centro destinazione:** A dropdown menu showing 'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI'.
- Richiesta Esenzione:** A row of input fields for name, phone, and email, with the name field highlighted in yellow.

A yellow callout box with the text 'Richiesta Esenzione' points to the 'Esenzione 048' menu item in the sidebar.

Rifiuto Esenzione.

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



The screenshot shows a web application interface with a blue header containing navigation links: HOME, PAZIENTI, SCHEDE, BACKEND, ADMIN, and CAMBIO PASSWORD. A search icon and the user name 'Salve Amministratore' are also visible. Below the header, there is a 'Paziente' tab and a dropdown menu for 'GOM' with the text 'Selezionare GOM'. A red arrow points to an unchecked checkbox labeled 'Non vuole esenzione'. Below this, a green-bordered box contains instructions: 'Dopo aver inserito i seguenti campi e cliccato "Salva": 1) Stampare il documento per l'esenzione; 2) Firmare di pugno; 3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;'. There are input fields for '* Codice Patologia 1' and 'Codice Patologia 2'. Another red arrow points to an unchecked checkbox labeled 'Provvisoria'. At the bottom of the form area is a green 'Salva' button.



MODULO DI RIFIUTO RICHIESTA ESENZIONE 048

La Sig.ra **DE ROSI ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a **ALIFE (CE) VIA ROMANZIS (STUM)**
Codice Fiscale **DEANNT88000480000**

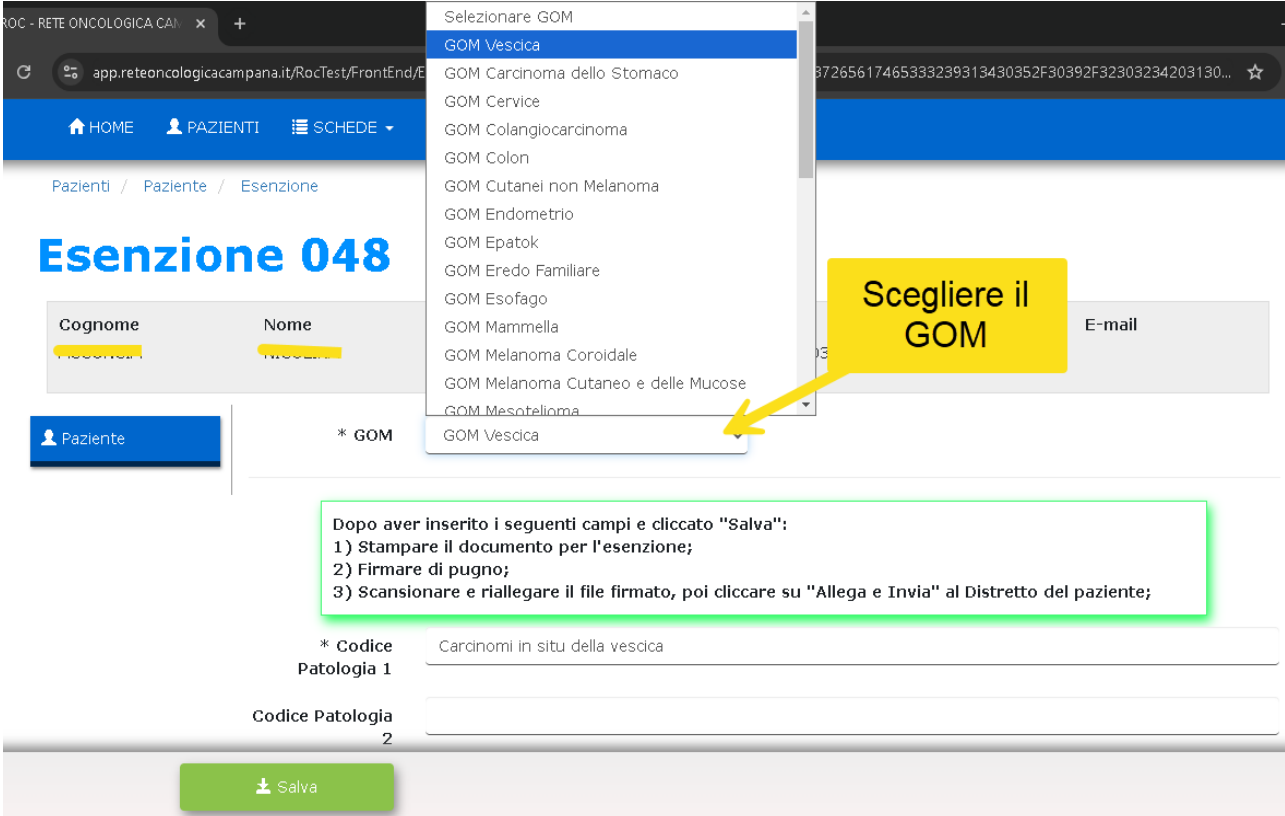
Rifiuta l'esenzione per la patologia 048:

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

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

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

* Codice Patologia 1: Carcinomi in situ della vescica

Codice Patologia 2

Salva

enzione 048

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

* GOM: GOM 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: Vesd

Codice Patologia 2:

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

Salva

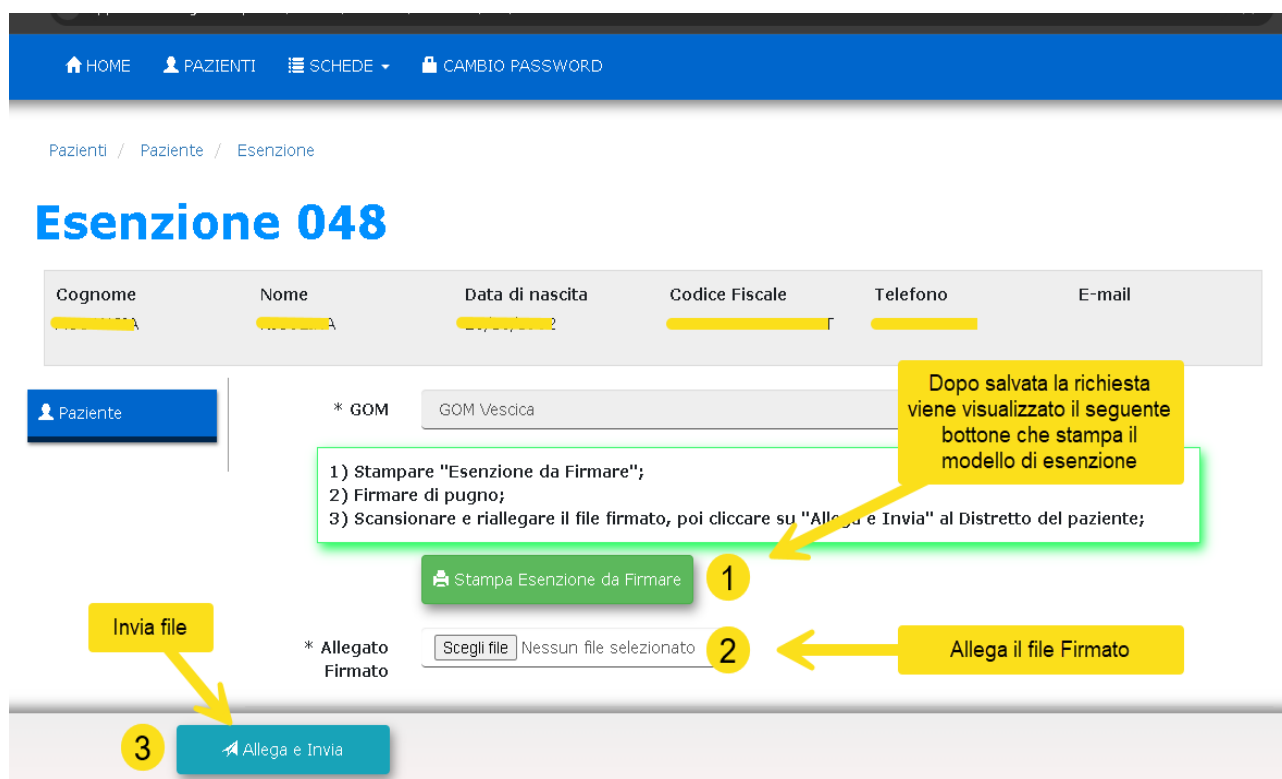
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

A questo punto è necessario:

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

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

Nell'immagine seguente sono illustrati i vari passaggi richiesti.



The screenshot shows a web interface for patient exemption. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD'. Below it, the breadcrumb 'Pazienti / Paziente / Esenzione' is visible. The main heading is 'Esenzione 048'. A form contains fields for 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail', all of which are partially filled with redacted text. A 'Paziente' button is on the left. The form includes a section for '* GOM' with a dropdown menu showing 'GOM Vesica'. A green box highlights a list of instructions: '1) Stampare "Esenzione da Firmare";', '2) Firmare di pugno;', and '3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;'. A yellow callout box points to the 'Stampa Esenzione da Firmare' button (labeled '1') with the text: 'Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione'. Below this is the '* Allegato Firmato' section with a 'Scegli file' button and the text 'Nessun file selezionato' (labeled '2'). A yellow callout box points to this section with the text: 'Allega il file Firmato'. At the bottom, a blue 'Allega e Invia' button (labeled '3') is highlighted with a yellow callout box that says 'Invia file'.

Modello per la richiesta.

Di seguito il certificato redatto in automatico dalla piattaforma.

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

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



MODULO DI RICHIESTA ESENZIONE 048

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

La Sig.ra **DE BALCI ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a ALIFE (CE) **VIAROMANENS (81044)**
Codice Fiscale **DEANNT88S61E983D**

GOM: GOM Cervice

E affetto da:

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

V

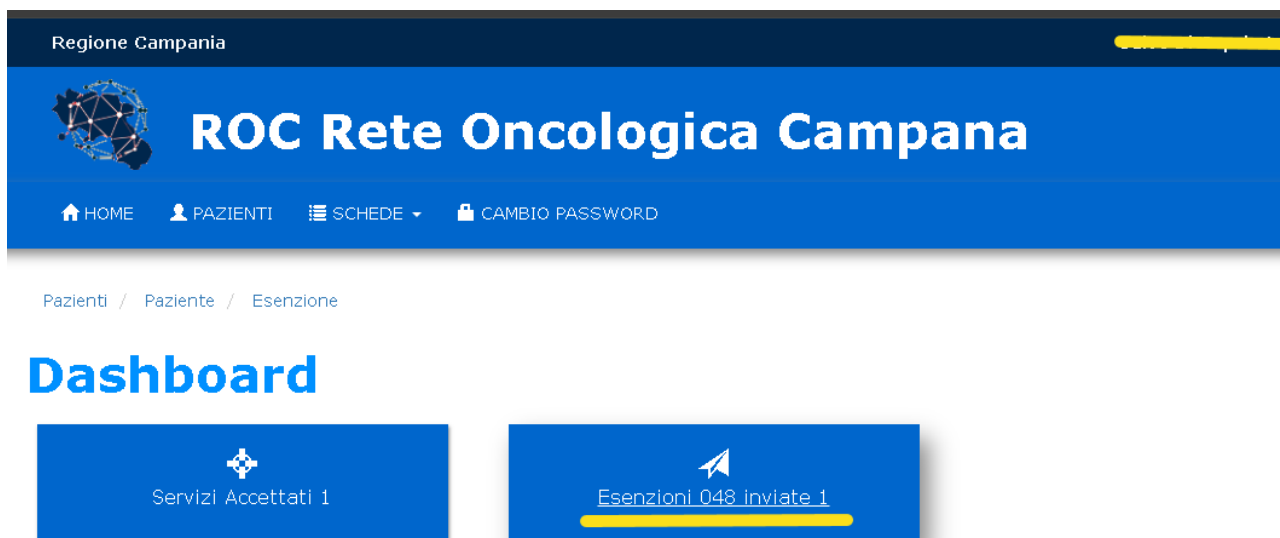
■

Napoli, li **25/10/2024**

Il Medico Specialista

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

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



Regione Campania

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

Gestione Richieste Rifiutate

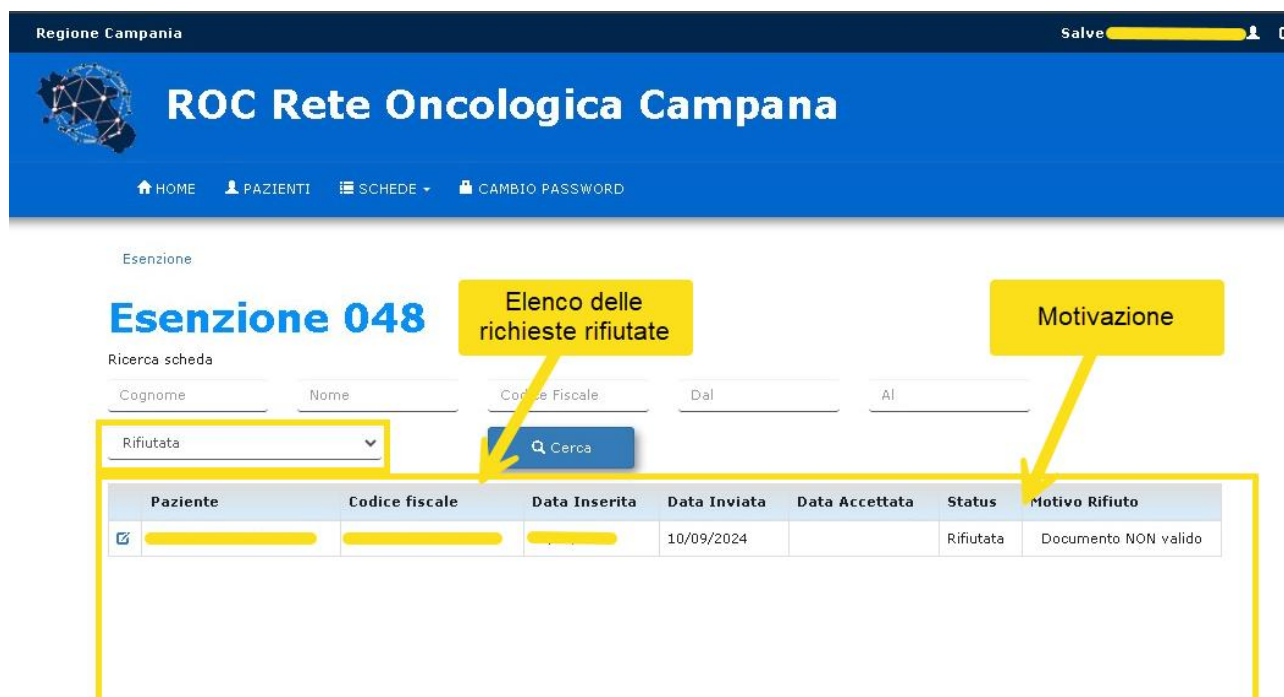
Dalla Dashboard è presente un widget che da evidenza delle richieste di esenzione rifiutate.



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

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

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



HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve [nome] [cognome]

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente * GOM GOM Cervice

* Allegato Firmato Scarica Esenzione Firmata

Motivo rifiuto Documento NON valido

Cliccare il bottone modifica

Dettaglio

10/09/2024 Inserita

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

1 Modifica

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve [nome] [cognome]

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente * GOM GOM Cervice

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

Stampa Esenzione da Firmare

* Allegato Firmato Scegli file Nessun file selezionato

Eliminare la richiesta rifiutata

Allega e Invia 2 Elimina

Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)

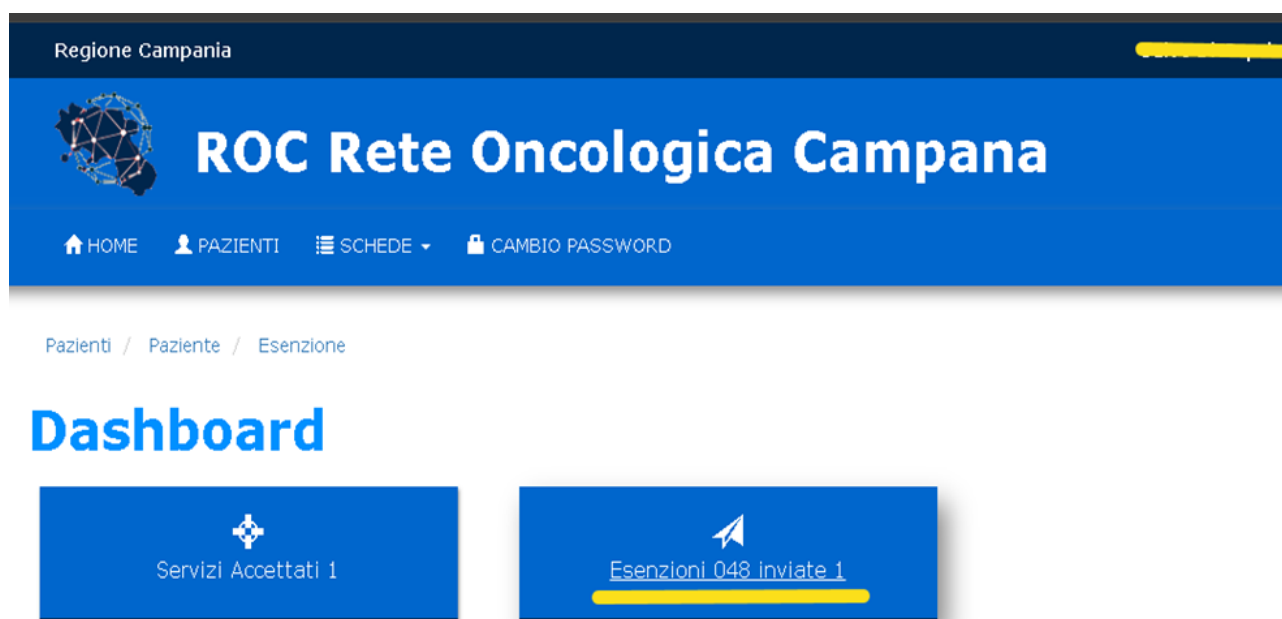
Ai “Richiedenti” verrà inviata un'e-mail automatica dal sistema, che notificherà l'avvenuta accettazione o il rifiuto dell'esenzione.

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

Verifica Richiesta esenzione E048

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

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.



The screenshot shows the user interface of the ROC Rete Oncologica Campania system. At the top, there is a navigation bar with the text "Regione Campania" and the ROC logo. Below this, the main header displays "ROC Rete Oncologica Campana" in large white text on a blue background. A secondary navigation bar contains links for "HOME", "PAZIENTI", "SCHEDE", and "CAMBIO PASSWORD". Below the navigation, a breadcrumb trail reads "Pazienti / Paziente / Esenzione". The main content area features a "Dashboard" title and two prominent blue buttons. The left button is labeled "Servizi Accettati 1" and the right button is labeled "Esenzioni 048 inviate 1", with the latter button highlighted by a yellow underline.

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

Cerca

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

Filtro di Ricerca

Elenco richieste

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

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

Verificata la richiesta di esenzione bisogna approvarla cliccando il bottone "Eseguita" step2

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Esenzione 048

Cognome Nome Data di nascita Codice Fiscale Telefono E-mail

Data di nascita Data decesso

Distretto Medico di base Telefono medico

DISTRETTO 15

Paziente

* GOM GOM Vesica

* Allegato Firmato

Scarica Esenzione Firmata

1 Scarica la richiesta

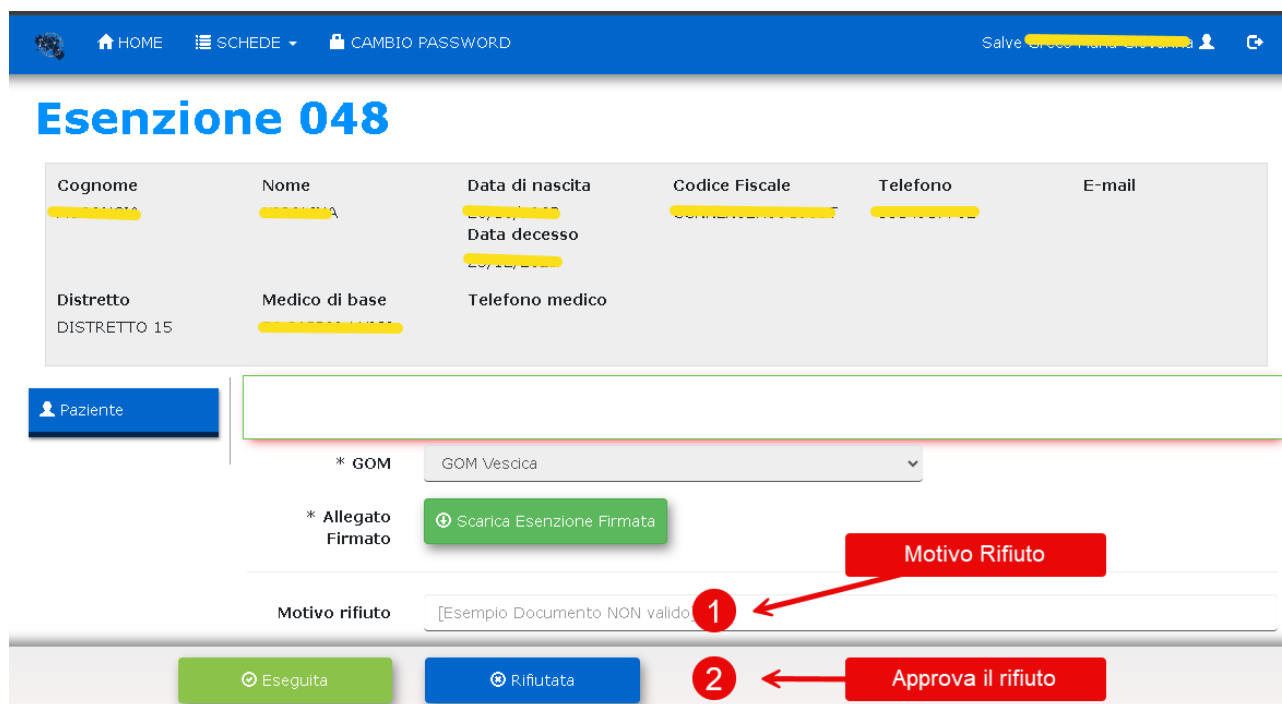
Approva la richiesta

Motivo rifiuto [Esempio Documento NON valido]

2 Eseguita Rifiutata

Rifiuto richiesta di esenzione

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



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

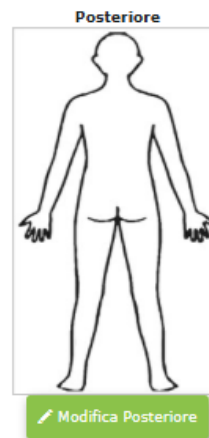
Cognome CERNICHELLI	Nome FORNOMARO	Data di nascita 06/03/1950	Codice Fiscale CNRFRN506000229371	Telefono 0475594037/0270122430	E-mail
N. Scheda 0005412104	Data segnalazione 20/03/2025	Stato SARDEGNA	Distretto DISTRETTO 05	Medico di base SILVANO ANTONI	Telefono medico

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

Caratteristiche del dolore

Data rilievo

Dove
(Selezionare la parte del corpo)



Il dolore è

Da quanto tempo

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

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

Intensità media del dolore NRS

Allegato storia clinica Nessun file selezionato

Centro di destinazione

[Salva](#)

[Invia](#)

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

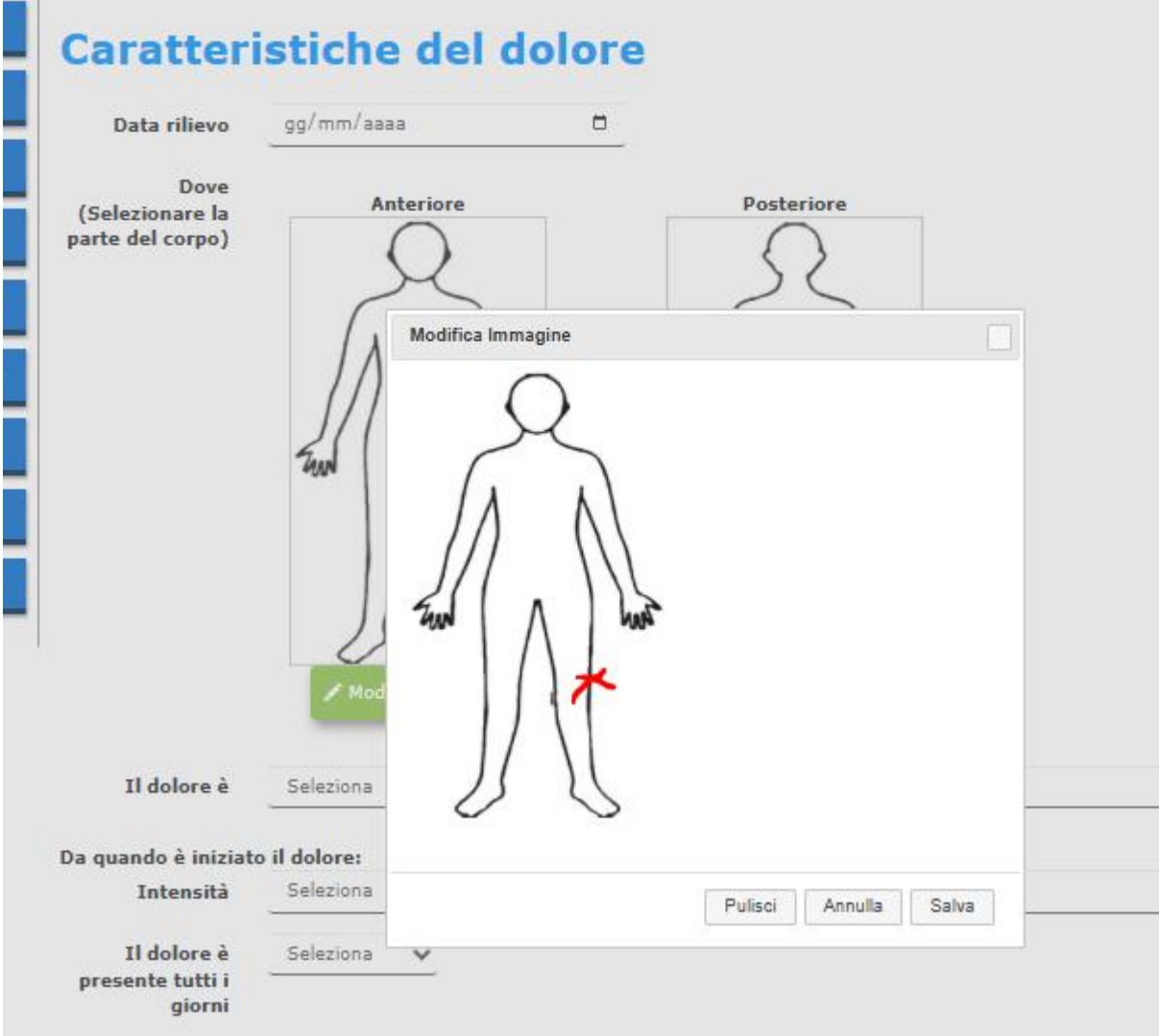
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta.**

Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.

Gestione Immagine

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

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



Caratteristiche del dolore

Data rilievo

Dove (Selezionare la parte del corpo)

Anteriore Posteriore

Modifica Immagine

Il dolore è

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Il dolore è presente tutti i giorni

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.

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

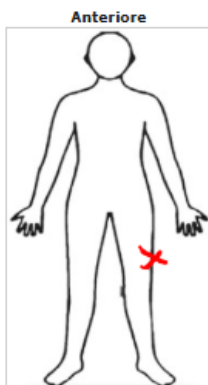
[Caratteristiche del Dolore](#)

[Visita Algologica](#)

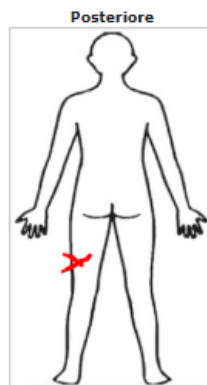
Visita Algologica

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. giornaliera	Posologia	Sospesa	Chi ha sospeso	Motivo
-------------	---------	--------------	----------------------	------------------------------	-----------	---------	----------------	--------

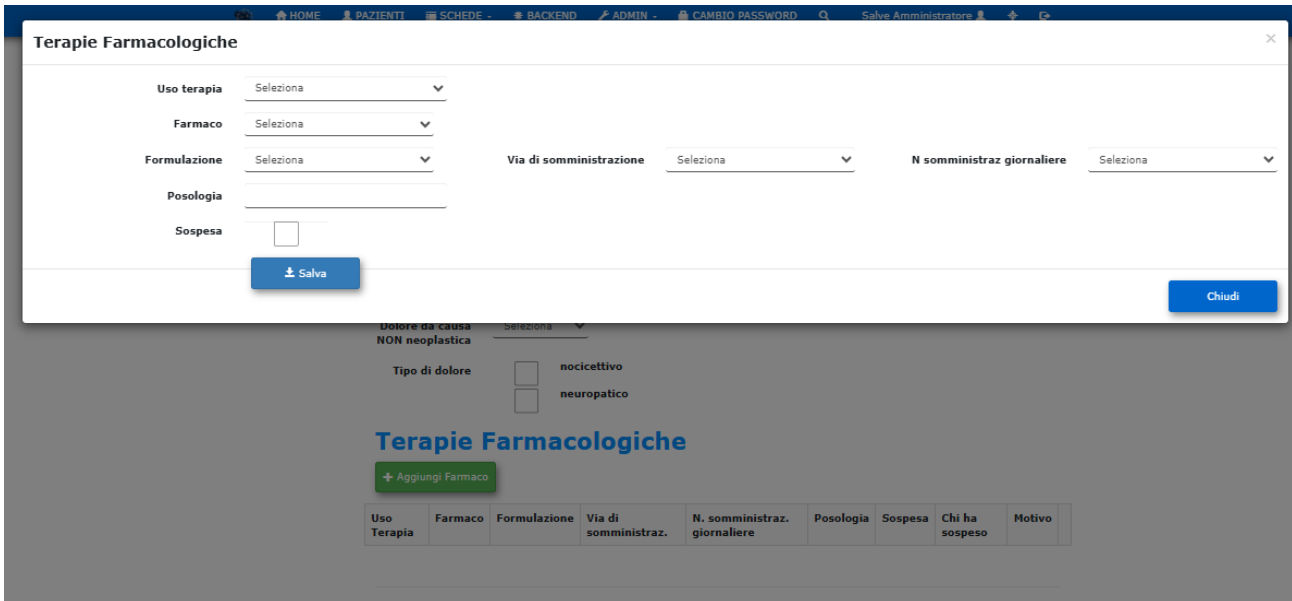
- Terapie interventistiche
- anestesia loco-regionale
 - infiltrazione con cortisonico
 - neuromodulazione elettrica transcutanea
 - neuromodulazione elettrica percutanea
 - radiofrequenza ablativa
 - radiofrequenza pulsata
 - crionalgnesia
 - cifo/ vertebroplastica
 - alcolizzazione
 - pompa intratecale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

Se "altro" specificare _____

Note

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. The main form, titled "Terapie Farmacologiche", contains the following fields:

- Uso terapia:** Selezione (dropdown menu)
- Farmaco:** Selezione (dropdown menu)
- Formulazione:** Selezione (dropdown menu)
- Via di somministrazione:** Selezione (dropdown menu)
- N somministraz giornaliere:** Selezione (dropdown menu)
- Posologia:** (text input field)
- Sospesa:**

Buttons: "Salva" (Save) and "Chiudi" (Close).

Below the form, there are additional options:

- Dolore da causa NON neoplastica:** Selezione (dropdown menu)
- Tipo di dolore:**
 - nocicettivo
 - neuropatico

A table header for "Terapie Farmacologiche" is visible at the bottom, 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

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 dei 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 della prostata avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campana
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico il 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, accertamento biotipico 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 Campana.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al GOM, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita. Se la procedura diagnostica non è condotta internamente al GOM, il Case Manager avrà cura di archiviare i relativi referti rapportandosi direttamente con il paziente.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il GOM farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- *E' indispensabile per le strutture sanitarie dotarsi di personale (data-manager), procedure operative e infrastruttura software per registrare e certificare i dati reali relativi alle tempistiche e procedure assistenziali di cui*

Piano di revisione del PDTA

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

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



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

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

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

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

A:

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

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

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

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

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

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

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

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

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

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

I diritti del malato di cancro e del caregiver

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

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

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

RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA					
VOLUMI MINIMI CHIRURGICI SEDI SPECIFICI INDICATI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA - FASE DI TRANSIZIONE					
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					