

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
per il Carcinoma dello Stomaco**

Edizione 2025



In tabella 1 sono riportate le figure professionali ed Unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UO) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza nell'ambito del GOM gastrico.

ACCOGLIENZA	Case Manager	Identificato nell'Ambito del GOM
	Medico	Medico specialista di una delle unità afferenti al GOM
		Servizio civile
		Associazioni volontariato
PRESA IN CARICO (Core Team)	Oncologi	UOC Oncologia Medica
	Chirurghi Generale	UOC Chirurgia Generale
	Radioterapisti	UOC Radioterapisti
ASSISTENZA (Extended Team)	Oncologi	UOC Oncologia Medica
	Chirurghi Generale	UOC Chirurgia Generale
	Radioterapisti	UOC Radioterapisti
	Gastroenterologi	UOC Gastroenterologia
	Genetisti	UOC Genetica Medica
	Endoscopisti	UOC Endoscopia
	Patologi clinici	UOC Patologia clinica
	Biologi Molecolari	UOC Biologia Molecolare
	Anatomopatologi	UOC Anatomia Patologica
	Radiologi	UOC Radiodiagnostica
	Medici del dolore	UO Terapie Palliative
	Cardiologi	UO Cardiologia
	Psicologi	UO Psicologia
	Nutrizionisti	UO Nutrizione
	Personale infermieristico	
Farmacisti	UO Farmacia	
Personale Infermieristico e/o Tecnici di laboratorio medico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)	

TUMORE DELLO STOMACO

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio¹

Il tumore dello stomaco è considerato, dal punto di vista eziopatogenetico, una malattia multifattoriale legata all'interazione tra fattori ambientali e genetici, con una presentazione sporadica in oltre il 90% dei casi (le forme ereditarie note sono responsabili solo del 1-5% dei casi di carcinoma gastrico).

I tumori dello stomaco possono essere divisi anatomicamente in due categorie: tumori del cardias (giunzione gastro-esofagea) e tumori dello stomaco propriamente detto (forme “distali”). Nell'ultimo decennio si è registrato un decremento di incidenza del cancro gastrico distale con un parallelo relativo incremento delle neoplasie originate dal cardias e dalla giunzione gastroesofagea, che rappresentano attualmente circa il 40% di tutti i tumori dello stomaco. I dati epidemiologici e molecolari, tuttavia, evidenziano che la maggior parte degli adenocarcinomi della giunzione gastroesofagea presenta elementi che li accomunano più all'adenocarcinoma esofageo che non a quello gastrico.

L'infezione cronica da *Helicobacter pylori* (HP) rappresenta il principale fattore di rischio per le forme non cardiali, soprattutto per i carcinomi di tipo intestinale dell'antro gastrico. Concorrono, con effetti interattivi, l'abitudine al fumo, le abitudini alimentari e la storia familiare; il basso consumo di verdura e frutta e l'alto consumo di carni rosse, di cibi conservati con sale, nitrati e affumicatura sono associati ad un aumento del rischio. La gastrite cronica indotta da HP o da altre cause (compreso il reflusso biliare) induce condizioni di “stress ossidativo” con produzione di ossidi di azoto e calo della concentrazione dei fattori antiossidanti. In presenza di gastrite è inoltre incrementata l'attività proliferativa ghiandolare, che costituisce una condizione di rischio per lo sviluppo di displasia, fortemente stimolata anche dal rilascio di ioni ammonio attraverso la potente azione ureasica dell'HP. Come già introdotto, la maggior parte dei carcinomi gastrici è costituita da forme sporadiche: solo l'1-5% dei casi è ascrivibile a forme ereditarie di cui sono descritte le specifiche mutazioni patogenetiche. Queste includono la poliposi adenomatosa familiare (FAP), la sindrome di Lynch, la sindrome di Li-Fraumeni ed alcune varianti della sindrome di Peutz-Jeghers. Più recentemente è stata identificata una forma di cancro gastrico ereditario diffuso (HDGC) caratterizzata dalla presenza di carcinoma con istologia di tipo “diffuso” (sec. Lauren) in consanguinei di I e II grado, con un'età media alla diagnosi di circa 38 anni, e dall'associazione, nelle donne, con il carcinoma mammario di tipo lobulare.

¹ ESMO (European Society for Medical Oncology) 2022 Guidelines for gastric cancer.

Il principale fattore di rischio per le neoplasie cardiache è invece rappresentato dalla malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE). La MRGE determina un'inflammatione cronica della mucosa esofagea distale e del cardias, attraverso la persistente e anomala esposizione di queste regioni agli acidi gastrici, favorendo l'insorgenza dell'esofago di Barrett, caratterizzato da metaplasia colonnare mucipara. La continua esposizione all'ambiente acido determina nel tempo l'evoluzione di questa condizione di metaplasia verso una displasia, a tutti gli effetti condizione precancerosa (rischio stimato 30-40 volte superiore di sviluppare un adenocarcinoma). Altri fattori di rischio noti sono l'obesità, probabilmente per l'elevata incidenza di reflusso gastro-esofageo riscontrata nei soggetti obesi, l'ernia iatale e una dieta povera di fibre e ricca di carni rosse, cibi conservati sotto sale o molto caldi. Al contrario, una dieta ricca in frutta e verdure, vitamine A, C, E, oligoelementi quali beta-carotene, selenio e fibre potrebbe avere un ruolo protettivo.

Incidenza

La stima al 2022 dei nuovi casi di tumori dello stomaco in Europa² è di un ASR di 21,3 per 100.000 nei maschi e 10,6 per 100.000 nelle donne con un numero di casi atteso di 71.580 (42.246 uomini e 29.334 donne). In Italia³ le stime al 2025 sono di un ASR di 23,0 per 100.000 nei maschi e 17,0 per 100.000 nelle donne con un numero di casi atteso di 12.370 (7.660 uomini e 4.710 donne). La stima in Campania⁴, al 2025, indica un ASR di 21,8 per 100.000 negli uomini e 12,2 per 100.000 nelle donne, con un numero di nuovi casi attesi di 1.033 (620 uomini e 413 donne).

Il trend temporale in Italia⁵, per il periodo 2008/2017 nei maschi + femmine, mostra un decremento con una APC (Annual Percent Change) di -8,8 statisticamente significativa. Anche in Campania⁴, nel periodo 2010/2019, si osserva un trend in decremento sia nei maschi che nelle donne con una APC rispettivamente di -1,7 e -1,6, entrambi statisticamente significative.

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

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

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

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

Mortalità

La stima al 2022 dei decessi per tumori dello stomaco in Europa² è di un ASR di mortalità di 15,0 per 100.000 nei maschi e 7,2 per 100.000 nelle donne con un numero di decessi annui stimati di circa 51.781 (31.519 uomini e 20.262 donne). In Italia⁶ per il 2022 sono stati stimati 9.900 decessi (5.700 uomini e 4.200 donne) La stima in Campania⁴ al 2022 indica un ASR di mortalità di 14,9 per 100.000 negli uomini e 7,5 per 100.000 nelle donne.

Come per l'incidenza anche per la mortalità l'andamento temporale ha evidenziato in Italia⁵, per il periodo 2008/2017 nei maschi + femmine, un decremento con una APC di -8,7 statisticamente significativa; ugualmente in decremento il trend di mortalità in Campania⁴ per il periodo 2010/2019 con APC statisticamente significative di -2,5 nei maschi e - 3,8 nelle donne.

Sopravvivenza

La sopravvivenza netta a 5 anni in Italia⁷, per il periodo di incidenza 2013/2017, è pari al 30,4% nei maschi e 34,5% nelle donne.

Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

I dati Agenas⁸ 2024 evidenziano che nell'anno 2023 sono stati trattati chirurgicamente per tumore dello stomaco 422 pazienti residenti in Campania; di questi 366 (87,7% della casistica) sono stati trattati in 41 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 56 (12,3% della casistica) sono stati trattati in strutture extraregionali distribuite su 7 diverse regioni.

La Rete Oncologica Regionale⁹ tutt'ora riconosce 32 strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori gastrici

⁶ I numeri del cancro in Italia 2024 – AIRTUM, Intermedia Editore.

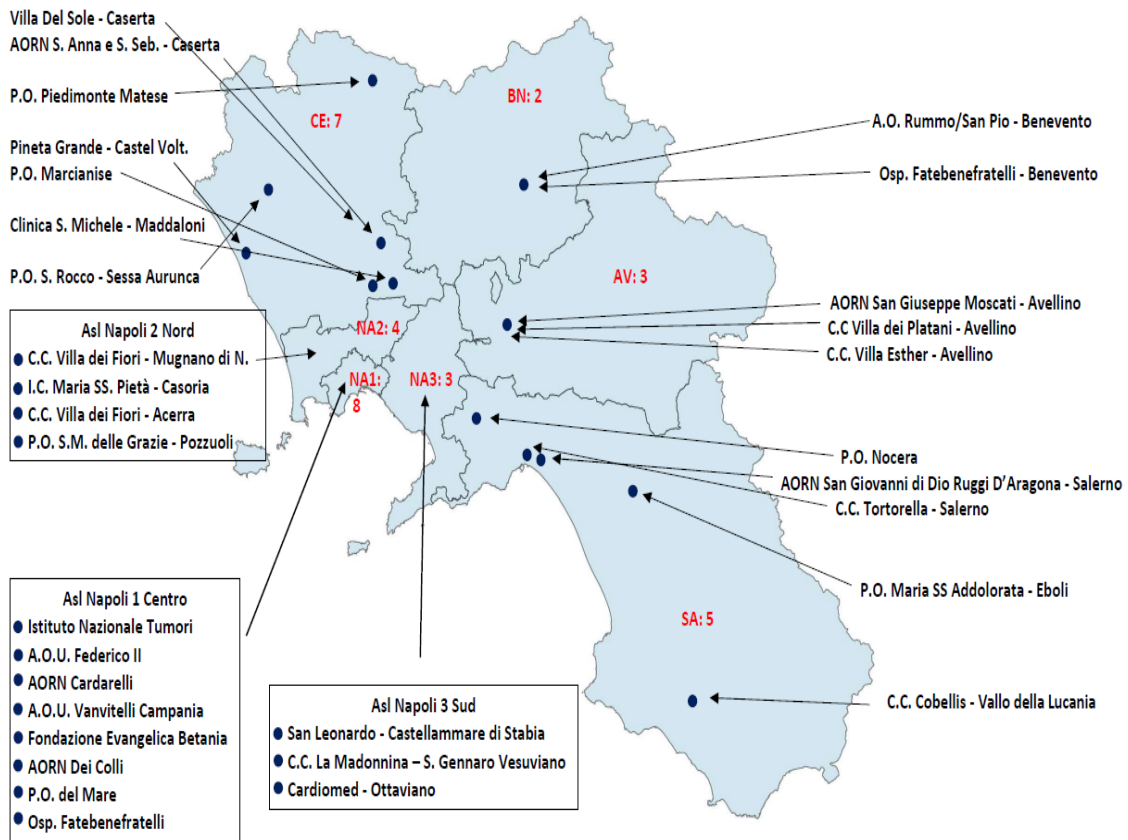
⁷ Cancer survival in Italian patients diagnosed between 2008 and 2017 - Airtum – in press - Cancer Epidemiology 2025

⁸ Ministero della Salute – Agenas - <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=23>

⁹ Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania – DGRG 477 del 04/11/2021- DGRC 798 del 29/12/2023

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

RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore dello Stomaco
Strutture regionali abilitate ad entrare in rete in osservazione triennale 2022/2024: Nr 32



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/>)

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Percorso Diagnostico/Stadiativo per paziente con sospetta neoplasia gastrica
- Percorso Terapeutico per paziente con neoplasia gastrica accertata ed in fase precoce
- Percorso Terapeutico per paziente con neoplasia gastrica accertata ed in fase avanzata
- Follow-up per paziente con patologia gastrica pregressa

PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA GASTRICA.

I tumori dello stomaco sono quasi sempre asintomatici nelle fasi iniziali (early gastric cancer) e solo tardivamente possono manifestarsi con sintomi e segni per lo più aspecifici, che sono spesso causa di un ritardo diagnostico, in quanto trattati come patologie gastriche benigne (gastrite, ulcera gastrica, reflusso gastro-esofageo e dispepsia). Donne ed uomini di almeno 18 anni con sospetto clinico di neoplasia dello stomaco (es. calo ponderale, anoressia, epigastralgia refrattaria ai comuni trattamenti, disfagia, ematemesi, sarcofobia, melena, anemizzazione cronica con astenia e pallore, comparsa di tumefazioni linfonodali sospette) dovranno afferire, opportunamente indirizzate dal proprio MMG o altro medico specialista di riferimento, presso un centro oncologico di II livello per la valutazione del caso da parte del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) specifico per la patologia tumorale gastrica. Il/la paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso l'ambulatorio dedicato alla patologia. L'infermiere Case Manager incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami laboratoristici, radiologici e/o cito/istologici necessari per la diagnosi, in Rete interna alla struttura o di indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, il cittadino presso le strutture della Rete Oncologica Regionale. In caso di mancanza di tale figura di coordinamento, tale incarico sarà ricoperto periodicamente da un medico afferente al GOM. (Figura 1) Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, il/la paziente sarà indirizzato/a all'inquadramento del problema da parte del MMG.

I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per il caso.

Nel caso in cui gli esami diagnostici confermino il sospetto di malignità, il/la paziente sarà sottoposto agli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione, riportati in tabella 2, conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali (AIOM, NCCN, ESMO), sulla base dello stadio TNM, al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della Presa in Carico.

Figura 1: Percorso diagnostico in casi di sospetto clinico di neoplasia gastrica

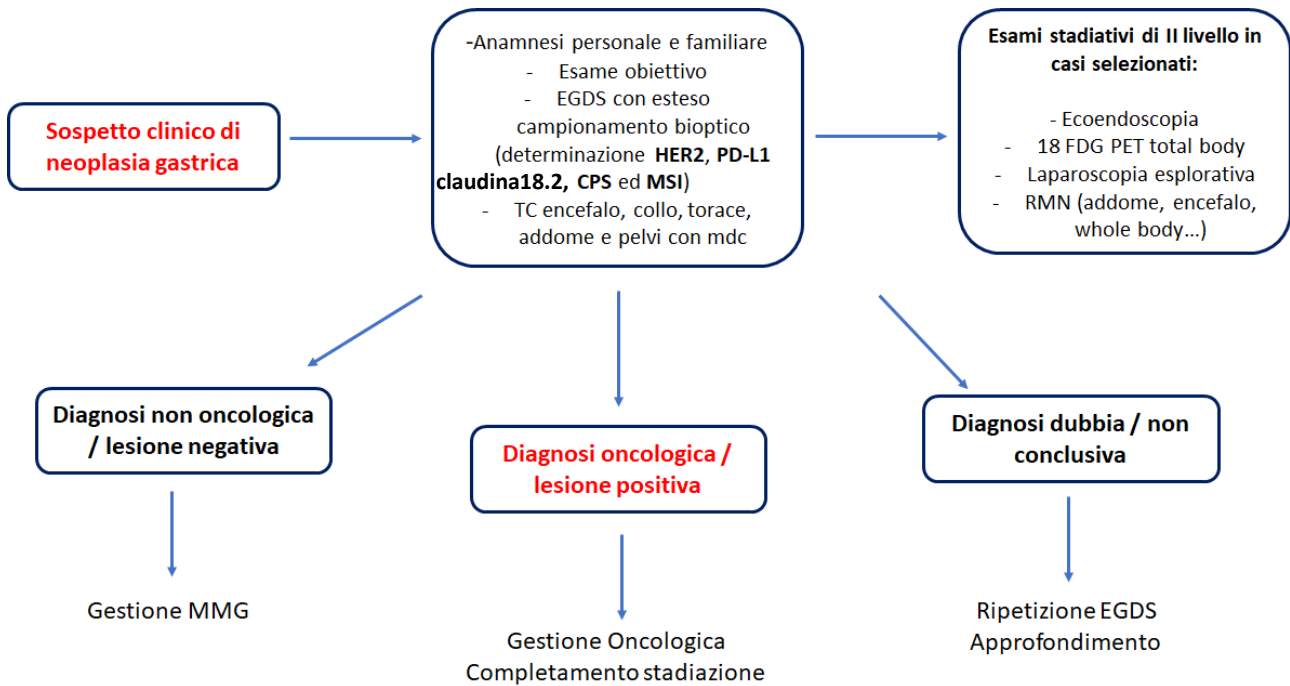


Tabella 2. Percorso stadiativo-assistenziale per tumore dello stomaco

	<p>Anamnesi ed esame obiettivo</p> <p>Emocromo e routine ematochimica</p> <p>Marcatori tumorali (CEA, CA19.9, CA125)</p> <p>TC encefalo-collo-torace-addome e pelvi con mdc</p> <p>EGDS o Ecoendoscopia con biopsie multiple (6)</p> <p>Valutazione anatomopatologica comprendente l'istotipo (secondo Lauren) e grading</p> <p>Consueing oncogenetico se sospetta ereditarietà</p> <p>Consueing oncofertilità, se pazienti in età</p>
Malattia localizzata	

	<p>fertile con necessità di trattamenti antitumorali</p> <p>Consuegliamento psicologico</p> <p>Supporto nutrizionistico</p> <p>Esami di II livello in casi selezionati e/o sintomatici: RMN addome (o altra sede) con mdc</p> <p>Scintigrafia ossea total body</p> <p>Laparoscopia esplorativa</p>
<p>Malattia localmente avanzata</p>	<p>Anamnesi ed esame obiettivo</p> <p>Emocromo e routine ematochimica</p> <p>Marcatori tumorali (CEA, CA 19.9, CA 125)</p> <p>TC encefalo – collo - torace- addome e pelvi con mdc</p> <p>EGDS o Ecoendoscopia con biopsie multiple</p> <p>Valutazione anatomopatologica comprendente l'istotipo (sec. Lauren) e grading e la determinazione IHC dello stato di HER-2, MSI, PD-L1 CPS, Claudina 18.2</p> <p>Consuegliamento oncogenetico se sospetta ereditarietà</p> <p>Consuegliamento oncofertilità, se pazienti in età fertile con necessità di trattamenti antitumorali</p> <p>Consuegliamento psicologico</p> <p>Supporto nutrizionistico</p>

	<p>Valutazione del dolore e terapia antalgica</p> <p>Esami di II livello in casi selezionati e/o sintomatici: RMN addome con mdc</p> <p>RMN encefalo/ 18 FDG PET total body</p> <p>Laparoscopia esplorativa</p>
<p>Malattia metastatica</p>	<p>Anamnesi ed esame obiettivo</p> <p>Emocromo e routine ematochimica</p> <p>Marcatori tumorali (CEA, CA 19.9, CA 125)</p> <p>TC encefalo – collo - torace- addome e pelvi con mdc</p> <p>EGDS o Ecoendoscopia con biopsie multiple</p> <p>Valutazione anatomopatologica comprendente l'istotipo (sec. Lauren) e grading e la determinazione IHC dello stato di HER-2, MSI, PD-L1 CPS, Claudina 18.2</p> <p>Consueing oncogenetico se sospetta ereditarietà</p> <p>Consueing oncofertilità, se pazienti in età fertile con necessità di trattamenti antitumorali</p> <p>Consueing psicologico</p> <p>Supporto nutrizionistico</p> <p>Valutazione del dolore e terapia antalgica</p>

	<p>Esami di II livello in casi selezionati e/o sintomatici: RMN addome con mdc</p> <p>RMN encefalo/</p> <p>Scintigrafia ossea total body</p> <p>18 FDG-PET total body</p> <p>Laparoscopia esplorativa</p>
--	--

La tabella 3 riassume gli esami diagnostico / stadiativi per il carcinoma gastrico localizzato.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS / Ecoendoscopia con biopsia multiple per esteso campionamento (6 prelievi)	Appropriata
TAC encefalo – collo – torace – addome e pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc (o altra sede)	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati
Laparoscopia esplorativa	Appropriata in casi selezionati

La tabella 4 riassume gli esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma gastrico localmente avanzato.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS / Ecoendoscopia con biopsia multiple	Appropriata

TAC encefalo – collo - torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati
Laparoscopia esplorativa	Appropriata in casi selezionati

La tabella 5 riassume gli esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma gastrico metastatico.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS / Ecoendoscopia con biopsia multiple	Appropriata
TAC encefalo – collo - torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA GASTRICA ACCERTATA ED IN FASE PRECOCE

La terapia del tumore dello stomaco differisce a seconda che la malattia si presenti alla diagnosi in fase precoce o in fase avanzata. Si riporta in tabella 6 il percorso per tumore dello stomaco in fase non metastatica, in conformità alle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate (AIOM, ESMO, NCCN). Tali trattamenti saranno modificati, pertanto, secondo la loro evoluzione. Le figure professionali di riferimento nell'ambito del percorso saranno almeno rappresentate dall'Oncologo Medico, dal Chirurgo Generale dedicato al trattamento dei tumori del tratto gastroesofageo alto, dal Radiologo, dall'Endoscopista e dal Radioterapista. Il trattamento chirurgico, indicato sin dagli stadi più precoci secondo le più recenti linee guida (esempio \geq cT2N0), andrà

eseguito nei centri di II livello della Rete Oncologica per garantire elevati standard di qualità. La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello.

In considerazione della complessità del trattamento del paziente affetto da neoplasia dello stomaco, tutti i pazienti affetti da neoplasie gastriche alla diagnosi devono essere sottoposti a consulto nutrizionistico di base con eventuale integrazione nutrizionale, counseling psicologico, counseling genetico con eventuali analisi genetiche nel caso si sospetti una patologia ereditaria, counseling di oncofertilità, nei pazienti giovani in età fertile e desiderosi di prole che necessitino di trattamenti antitumorali e valutazione chirurgica o anestesiológica per il posizionamento di adeguato accesso venoso centrale o periferico (laddove non disponibile presso un ambulatorio dedicato nella UOC di Oncoematologia) nei pazienti che necessitino di trattamenti antitumorali. L'accesso venoso centrale sarà quindi posizionato da personale dedicato in centri di I e II livello prima dell'inizio del trattamento. Il Case Manager del GOM provvederà alla organizzazione e prenotazione di tutte le visite necessarie dopo la diagnosi di tumore dello stomaco e prima di intraprendere il trattamento. Il rapporto con il Nutrizionista dedicato e lo psiconcologo saranno rapporti continuativi durante il trattamento, mentre il chirurgo o anestesista con il compito di posizionare l'accesso venoso (o il personale infermieristico dedicato presso gli ambulatori di posizionamento PICC di pertinenza oncoematologica) si occuperanno delle eventuali complicanze legate alla gestione dell'accesso venoso centrale stesso (es. infezioni, ostruzioni, dislocazioni...), alla diagnosi ed al trattamento di queste ultime con un tempo di attesa massimo per la prima visita dopo l'insorgenza della complicanza di 3 giorni e con un tempo di reimpianto di accesso venoso, in caso di rottura, fuoriuscita, infezione o dislocazione dei dispositivi di 7 giorni (con le dovute eccezioni legate al singolo caso). In caso di pazienti non operabili per patologie concomitanti e che presentino disfagia, sarà valutata dal GOM la possibilità di posizionamento di endoprotesi.

Tabella 6. Percorso terapeutico per tumore dello stomaco non metastatico

Stadio	Trattamento
Tis-T1a, N0	Chirurgico:

- Resezione endoscopica mucosale (EMR) oppure
- Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD) in caso di tumori < 20 mm, G1, senza invasione vascolare e/o linfatica
- Gastrectomia R0, totale o subtotale distale in base alla sede della neoplasia con linfadenectomia D1-D2 e ricostruzione alla Roux (da preferire rispetto alla Billroth)

T1b, N0

Chirurgico:

- Gastrectomia R0, totale o subtotale distale in base alla sede della neoplasia con linfadenectomia D2 e ricostruzione alla Roux (da preferire rispetto alla Billroth)

Trattamenti integrati:

- Polichemioterapia perioperatoria e chirurgia
- Radiochemioterapia preoperatoria nelle forme giunzionali in pazienti con buon performance status (PS), in casi selezionati
- Chirurgia seguita da monochemioterapia adiuvante o da chemioradioterapia adiuvante in casi selezionati di resezioni R1 (residuo microscopico) o linfadenectomia < D2. Tale opzione è da riservare a pazienti non trattati in fase preoperatoria, in quanto sono sempre preferibili i trattamenti preoperatori.

≥ T2 o N+

Medico:

Paziente non resecabile per controindicazioni

- Chemioradioterapia
 - Chemioterapia esclusiva
-

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA GASTRICA ACCERTATA ED IN FASE AVANZATA

Si riporta in tabella 7 il percorso terapeutico per persone affette da neoplasia gastrica in fase localmente avanzata o metastatica. I percorsi indicati sono stati costruiti in base alle raccomandazioni presenti nelle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate, e saranno modificati secondo la loro evoluzione.

La chemioterapia rappresenta l'opzione terapeutica di riferimento per i pazienti con carcinoma gastrico localmente avanzato o metastatico. In caso di tumore localmente avanzato, è indispensabile una corretta e attenta valutazione della potenziale resecabilità della neoplasia (anche attraverso l'esecuzione di un'accurata stadiazione loco-regionale mediante ecoendoscopia nei centri di riferimento): i pazienti con tumore localmente avanzato, ma potenzialmente resecabile, infatti, saranno sottoposti a polichemioterapia di conversione neoadiuvante nell'ambito di strategia perioperatoria secondo le più recenti evidenze, con rivalutazioni strumentali al termine della fase primaria al fine di valutarne l'operabilità. Le figure professionali coinvolte nella valutazione pre-trattamento e nella rivalutazione saranno principalmente l'Oncologo medico, il radiologo, il medico nucleare, il radioterapista, l'endoscopista ed il Chirurgo. In caso di non risposta al trattamento o di malattia localmente avanzata, ma non resecabile alla diagnosi, il paziente verrà sottoposto ad un trattamento chemioterapico di I linea (vedi malattia metastatica).

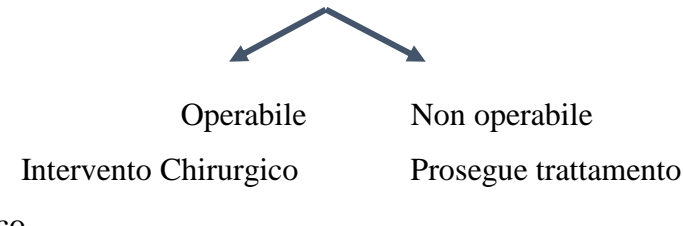
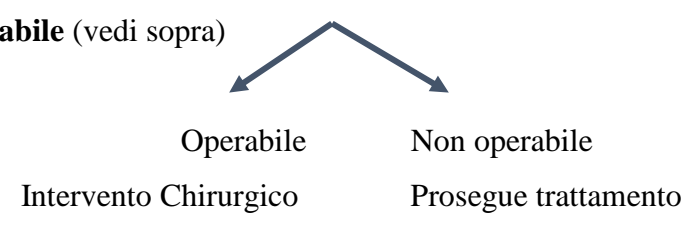
In caso di tumore gastrico o della giunzione gastroesofagea (cardiale) metastatico alla diagnosi, oggigiorno è mandatoria la valutazione sul campione tumorale dello stato di espressione del recettore HER-2 mediante tecnica immunoistochimica ed eventualmente di ibridazione in situ nei casi di dubbia positività (score 2+). Tale valutazione deve necessariamente essere effettuata presso centri di anatomia patologica accreditati nell'ambito di strutture di I livello ed il risultato dovrà essere disponibile entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta, salvo difficoltà tecniche caso specifiche. La positività dell'espressione del recettore di HER-2 (i.e. HER-2 2+ amplificato alla ISH o HER-2 3+), consente di candidare il paziente a ricevere una 1° linea di terapia con Sali di Platino, Fluoripirimidine e Trastuzumab in accordo con i risultati dello studio ToGA. Contestualmente, una ulteriore determinazione immunoistochimica oggi indispensabile è rappresentata dall'analisi dello stato del recettore PD-L1 secondo CPS (*combined positive score*). In presenza di positività per HER-2 e di un PD-L1 CPS ≥ 1 , sulla base dei risultati dello studio Keynote 811, si deve prendere in considerazione un trattamento che preveda anche l'utilizzo dell'immunoterapia (Sali di Platino, Fluoripirimidine, Trastuzumab e Pembrolizumab).

I pazienti HER-2 negativi, ma con espressione del PD-L1 CPS ≥ 1 è possibile offrire in 1° linea, una combinazione di chemio-immunoterapia nei pazienti con PD-L1 CPS con PD-L1 CPS ≥ 1 (*FOLFOX/CAPOX + Nivolumab, sulla base dei dati dello studio clinico di fase III CheckMate-649 se PD-L1 CPS >5 oppure Cisplatino+5-Fluorouracile/CAPOX sulla base dei dati dello studio clinico di fase III Keynote-859 se PD-L1 CPS >1*). Un ulteriore marcatore predittivo molecolare, indispensabile oggi nella malattia in fase avanzata, è rappresentato dall' MSI status. Difatti, tumori con elevata instabilità microsatellitare (MSI-H) possono giovare, dalla seconda linea di trattamento, di un approccio immunoterapico esclusivo con Pembrolizumab (sulla base dei dati dello studio clinico *Keynote-158*), qualora l'immunoterapia non sia stata già ricevuta dai suddetti pazienti in 1° linea in combinazione alla chemioterapia).

Un ulteriore target terapeutico di crescente rilevanza clinica nella malattia avanzata è rappresentato dall'espressione della proteina Claudina 18.2 (CLDN18.2), la sua valutazione mediante tecnica immunoistochimica è oggi raccomandata nei pazienti con adenocarcinoma gastrico o della giunzione gastroesofagea metastatico. In presenza di una forte espressione di Claudina 18.2 ($\geq 75\%$ delle cellule tumorali con intensità 2+/3+), è possibile considerare in 1° linea, nei pazienti HER2 negativi, l'impiego dello Zolbetuximab, anticorpo monoclonale diretto contro CLDN18.2, in combinazione con fluoropirimidine e sali di platino. Tale indicazione si basa sui risultati degli studi clinici SPOTLIGHT e GLOW. Ad oggi, il farmaco è disponibile attraverso la rete dei Centri a livello nazionale autorizzati per l'accesso in uso compassionevole (CNN), in attesa della rimborsabilità da parte del SSN.

Il risultato di tali analisi (HER2, MSI status, PDL1 CPS, Claudina 18.2) deve pertanto essere reso disponibile prima dell'inizio del trattamento di 1° linea al fine di garantire la migliore scelta terapeutica per il singolo paziente. Il GOM valuterà il paziente nella sua interezza, considerando sia trattamenti standard sia l'inserimento in protocolli clinici per farmaci innovativi, sempre dopo aver discusso con il paziente e tenendo conto delle sue volontà e possibilità. Inoltre, Il GOM dovrà valutare la sintomatologia del paziente e supportarlo nella palliazione dei sintomi mediante un rapporto nutrizionistico continuativo, un counseling psiconcologico, un counseling genetico in caso si sospetti una patologia ereditaria, un supporto antalgico e l'esecuzione di interventi chirurgici o endoscopici palliativi in caso di sanguinamenti o stenosi serrate. Tale scopo sarà raggiunto mediante l'attivazione da parte del Case Manager di GOM di consulenze presso gli ambulatori dedicati presso l'UOC di Nutrizione clinica, servizio di psiconcologia, UOC Genetica medica, UOC anestesiology e terapia del dolore afferenti al GOM stesso.

Tabella 7. Percorso terapeutico-assistenziale per pazienti con tumore dello stomaco metastatico

Stadio	Trattamento
<p>Localmente avanzato, potenzialmente resecabile</p>	<p>1. Trattamento di conversione con polichemioterapia preoperatoria secondo le linee guida</p> <p>2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento, comprendente EGDS, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD A[Operabile] --> B[Intervento Chirurgico] C[Non operabile] --> D[Prosegue trattamento chemioterapico] </pre> </div> <p>3. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia non operabile (vedi sopra)</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD E[Operabile] --> F[Intervento Chirurgico] G[Non operabile] --> H[Prosegue trattamento chemioterapico] </pre> </div>
<p>Localmente avanzato, non resecabile</p>	<p>Vedi malattia metastatica</p>
<p>IV stadio</p>	<p>Chemioterapia di I linea in base allo stato di Her-2, PD-L1 CPS (<u>mandatorio</u>) e Claudina 18.2 (fortemente consigliato).</p> <p>Valutazione stato di MSI (<u>mandatorio</u>).</p> <p>Valutare l'inserimento in trials clinici.</p> <p>Chirurgia palliativa del primitivo in caso di stenosi serrate o sanguinamenti</p> <p>Chirurgia di protezione in caso di stenosi da carcinosi peritoneale</p> <p>Posizionamento di endoprotesi in caso di disfagia</p> <p>Supporto nutrizionistico</p> <p>Terapia antalgica</p>

Chemioterapia di II linea in pazienti MSS (stabilità dei microsatelliti) con accettabile performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una I linea di trattamento.

Immunoterapia esclusiva di II linea (Pembrolizumab), o a partire dalla II linea, in pazienti con tumori MSI-H che non abbiano ricevuto un trattamento immunoterapico in precedenza, con accettabile PS 0-1 in progressione dopo almeno una I linea di trattamento.

Trattamento di II linea con Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) esclusivamente in pazienti HER2 positivi in progressione ad un trattamento di 1° linea contenente trastuzumab.

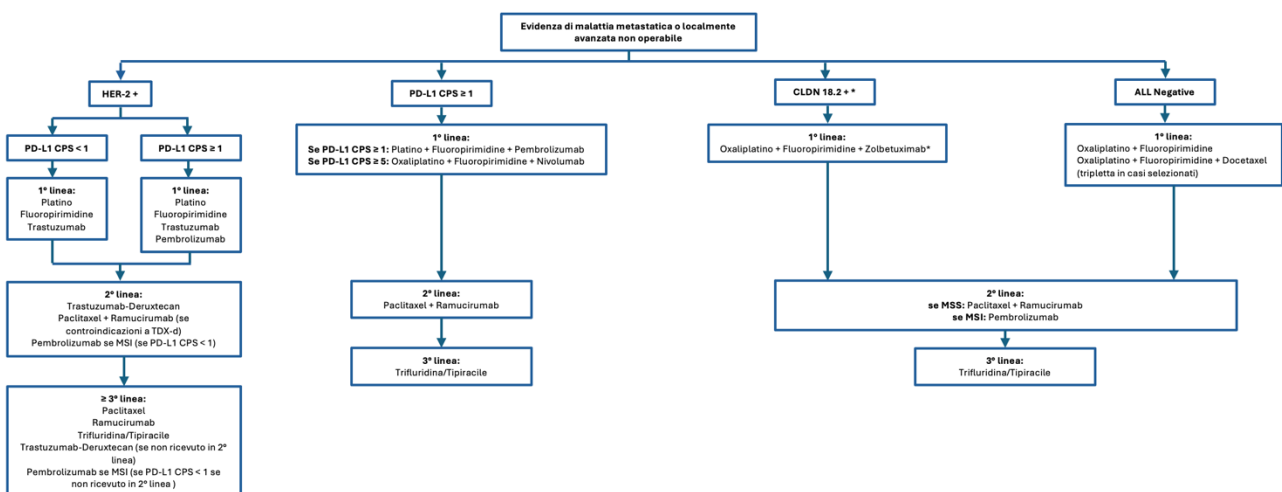
Valutare l'inserimento in trials clinici.

Chemioterapia di III linea in pazienti con accettabile performance status (PS)

0-1 in progressione dopo una II linea di trattamento (Trifluridine-tipiracil).

Valutare l'inserimento in trials clinici.

Flowchart riassuntiva



FOLLOW-UP PER PAZIENTE CON PATOLOGIA GASTRICA PREGRESSA

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il/la paziente rientrerà in un adeguato percorso di follow-up

clinico-strumentale per i successivi 10 anni ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (vedi Figura 2 e tabella 5) e della presenza di complicanze legate all'intervento chirurgico (es. anemia, dumping sindrome). Ad oggi, non esistono programmi di follow-up standardizzati. In caso di recidiva il/la paziente sarà opportunamente rivalutato/a dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali. Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in precedenza illustrati e le principali linee guida per la gestione della patologia.

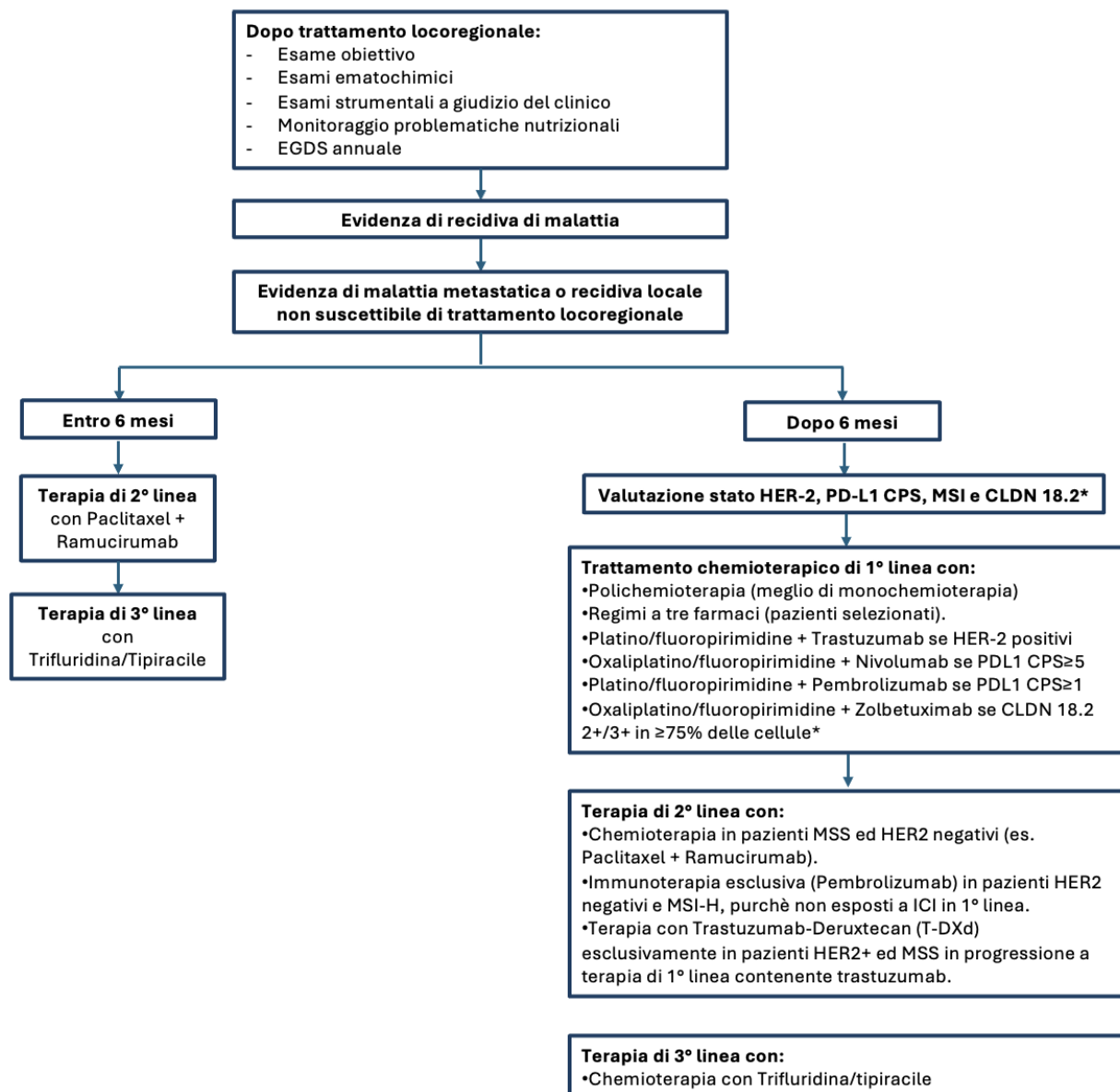
Tabella 8. Scheda di follow-up nei pazienti trattati per neoplasia gastrica

	Timing	Follow-up
0-2 anni	Ogni 3-4 mesi	<ul style="list-style-type: none"> -Visita clinica -Esami ematochimici* -EGDS ogni anno; TC total body con mdc ogni sei mesi; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
3-5 anni	Ogni 6 mesi	<ul style="list-style-type: none"> -Visita clinica -Esami ematochimici* -EGDS ogni 2 anni; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
>5 anni	Ogni anno	<ul style="list-style-type: none"> -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica

		-Follow-up da effettuare presso ambulatori specialistici o presso MMG
--	--	--

*Esami ematochimici: emocromo, azotemia, creatinina, glicemia, Na⁺, K⁺, Ca²⁺, QPE, AST, ALT, ALP, colesterolo totale, LDL e HDL, Vitamina B12, folati, sideremia, transferrina e ferritina, CEA, Ca19.9, Ca125.

Figura 2. Percorso in caso di recidiva durante follow-up per carcinoma gastrico



FOLLOW UP

Stadio	Visita clinica	*Imaging (TC torace-addome)	EGDS	Esami Ematochimici*
pTis (trattati con ER)	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno 	Se clinicamente indicato	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi per i primi 12 mesi Ogni 12 mesi dal II al V anno 	Se clinicamente indicato
Stadio I pT1a/pT1b – pN0 (trattati chirurgicamente) pT1a (trattati con ER)	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno 	Se clinicamente indicato	Per pazienti trattati con ER: <ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi per i primi 12 mesi Ogni 12 mesi dal II al V anno Successivamente se clinicamente indicato Per pazienti trattati chirurgicamente: <ul style="list-style-type: none"> Ogni 12 mesi fino al V anno Se clinicamente indicato dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed Internazionali (ESMO, NCCN).

Tempi di presa in carico

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

- Il primo accesso al GOM per tumore dello stomaco 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 10 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, almeno per quanto attiene la prima TC stadiativa, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, l'intervento chirurgico laddove indicato sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico dovrà essere disponibile **entro 15 giorni dalle procedure biotiche o dall'intervento chirurgico**.
- 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 CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 21 giorni dalla prima valutazione (ed entro 60 giorni dall'eventuale intervento chirurgico, attesi i tempi di recupero del paziente e le eventuali complicanze)**

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
per il Carcinoma dell’Esofago**

Edizione 2025



In tabella 9 sono riportate le figure professionali ed Unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UO) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza nell'ambito del **GOM** esofago.

ACCOGLIENZA	Case Manager	Identificato nell'Ambito del GOM
	Medico	Medico specialista di una delle unità afferenti al GOM
		Servizio civile
		Associazioni volontariato
PRESA IN CARICO (Core Team)	Oncologi	UOC Oncologia Medica
	Chirurghi Generale	UOC Chirurgia Generale
	Radioterapisti	UOC Radioterapisti
ASSISTENZA (Extended Team)	Oncologi	UOC Oncologia Medica
	Chirurghi Generale	UOC Chirurgia Generale
	Radioterapisti	UOC Radioterapisti
	Gastroenterologi	UOC Gastroenterologia
	Genetisti	UOC Genetica Medica
	Endoscopisti	UOC Endoscopia
	Patologi clinici	UOC Patologia clinica
	Biologi Molecolari	UOC Biologia Molecolare
	Anatomopatologi	UOC Anatomia Patologica
	Radiologi	UOC Radiodiagnostica
	Medici del dolore	UO Terapie Palliative
	Cardiologi	UO Cardiologia
	Psicologi	UO Psicologia
	Nutrizionisti	UO Nutrizione
	Personale infermieristico	
Farmacisti	UO Farmacia	
Personale Infermieristico e/o Tecnici di laboratorio medico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)	

TUMORE DELL'ESOFAGO

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio

I fattori di rischio per il tumore esofageo variano a seconda della sede di malattia, dell'istotipo e della regione geografica di riferimento, potendosi identificare a livello globale e nazionale, regioni ad elevata e bassa incidenza. Il tabacco e il consumo di alcol rappresentano i maggiori fattori di rischio in entrambi i sessi.

Il fumo di sigaretta è responsabile da solo di circa 1/3 dei casi di neoplasia dell'esofago ed è in grado di condizionare un rischio 5-10 volte maggiore di ammalarsi nei fumatori. Tale rischio è strettamente correlato al numero di sigarette e agli anni complessivi di consumo, e subisce un forte incremento in caso di consumo contemporaneo di sigarette e alcol. A causa dell'azione sinergica dei numerosi cancerogeni, i soggetti bevitori/fumatori possono avere un rischio di ammalarsi di tumore dell'esofago fino a 100 volte più alto.

Il consumo di alcol è correlato specificamente all'insorgenza del carcinoma squamoso, così come lo sviluppo dell'adenocarcinoma è meno strettamente correlato all'abitudine tabagica.

Il principale fattore di rischio per l'insorgenza dell'adenocarcinoma esofageo (prevalente nelle sedi inferiori/distali dell'esofago) è invece rappresentato dal reflusso gastro-esofageo. L'esposizione cronica al reflusso acido condiziona lo sviluppo di un'esofagite peptica e successivamente dell'esofago di Barrett (che rappresenta il fattore singolo più incisivo e importante per l'adenocarcinoma). I portatori di esofago di Barrett hanno un rischio 2-3 volte superiore rispetto ai pazienti affetti da MRGE in assenza di metaplasia (rischio annuo pari a 0.45%).

I fattori favorenti il reflusso, quale l'obesità e l'ernia iatale, rappresentano ulteriori elementi da considerare a rischio, accanto ad una dieta caratterizzata da un basso consumo di frutta e verdura, o da grandi quantità di cibi e bevande a temperatura particolarmente elevata (come abitudine in alcuni paesi dell'Est asiatico).

Accanto a questi fattori dietetico-comportamentali, una serie di altre condizioni sono considerate ad aumentato rischio: la tilosi (rara sindrome genetica caratterizzata da ipercheratosi e papillomatosi con un rischio del 95% di sviluppare un carcinoma squamoso prima dei 65 anni), la sindrome di Plummer-Vinson, l'acalasia (disordine motorio dell'esofago con rischio di sviluppare un carcinoma esofageo fino a 30 volte superiore alla popolazione generale) e una pregressa ingestione di caustici (con una lunga latenza anche di 40 anni tra esposizione agli agenti acidi e diagnosi di tumore).

di oltre 29.825 (22.837 uomini e 6.988 donne). Esiste una netta variabilità geografica che vede Olanda e Irlanda come i due paesi a maggiore incidenza (ASR >20 per 100.000).

L'Italia² è considerato uno dei paesi a minore incidenza (ASR 3.1 per 100.000 in entrambi i sessi) con dati stimati al 2024 per un totale di 2.343 nuove diagnosi (1.744 nei maschi e 599 nelle donne). La stima in Campania al 2022 indica un ASR di 3,1 per 100.000 negli uomini e 0.9 per 100.000 nelle donne, con un numero di nuovi casi attesi di 124 (91 uomini e 33 donne).

Mortalità

La stima al 2022 dei decessi per tumori dell'Esophago in Europa¹ è rappresentata da un ASR di 9.2 per 100.000 per i maschi e 2,2 per 100.000 per le femmine, con un numero complessivo di decessi stimati di 26.015 (19.968 maschi, 6.047 femmine) su oltre 500.000 decessi annui a livello globale.

In Italia² gli equivalenti dati stimati al 2022 indicano un ASR di 2.7 per 100.000 con un numero di decessi stimati di 2.275 (1.824 maschi e 471 femmine).

La stima in Campania⁵ al 2021 indica un ASR di mortalità di 2,8 per 100.000 negli uomini e 0,8 per 100.000 nelle donne, con un numero stimato di 98 decessi (74 uomini e 24 donne).

Sopravvivenza

In Italia la sopravvivenza a 5 anni è del 13% negli uomini e del 22% nelle donne, tale da rendere il carcinoma dell'esofago una delle neoplasie a prognosi peggiore.

¹ ESMO (European Society for Medical Oncology) 2022 Guidelines for gastric cancer.

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

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

³ I numeri del cancro in Italia 2024 – AIRTUM, Intermedia Editore.

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

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

⁵ Ministero della Salute – Agenas -

<https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=23>

⁶ Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania – DGRG 477 del 04/11/2021- DGRC 798 del 29/12/2023

Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

I dati AGENAS 2024⁵ evidenziano che nell'anno 2023 sono stati trattati chirurgicamente per tumore del pancreas 56 pazienti residenti in Campania; di questi 34 (60,7% della casistica) sono stati trattati in 12 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 22 (39,3% della casistica) sono stati trattati in strutture extraregionali distribuite su 5 diverse regioni.

Al momento la Rete Oncologica Regionale⁶ non prevede una rete di strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete per la chirurgia dei tumori esofagei.

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Percorso Diagnostico/Stadiativo per paziente con sospetta neoplasia esofagea
- Percorso Terapeutico per paziente con neoplasia esofagea accertata ed in fase precoce
- Percorso Terapeutico per paziente con neoplasia esofagea accertata ed in fase avanzata
- Follow-up per paziente con patologia esofagea pregressa

PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA ESOFAGEA.

I tumori dell'esofago possono essere asintomatici o paucisintomatici nelle fasi iniziali e alcuni sintomi associati (pirosi, reflusso, rigurgito...) possono essere inizialmente confusi con condizioni patologiche aspecifiche o benigne.

Tardivamente, quando il coinvolgimento circonfferenziale e stenotico del viscere è avanzato, compare il sintomo più caratteristico: la disfagia.

In presenza di disfagia persistente (per liquidi e/o solidi) in soggetti con età maggiore di 18 anni è opportuno che i pazienti siano riferiti, attraverso il MMG o altro specialista di riferimento, presso un centro oncologico di II livello per la valutazione del caso da parte del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) specifico e per la pianificazione dell'iter terapeutico.

Sintomi e segni associati in grado di rafforzare il sospetto clinico sono rappresentati da: odinofagia, calo ponderale, ematemesi, epigastralgia, anemizzazione, specie in un soggetto fumatore e/o consumatore di alcol. Questo corredo sintomatologico configura un quadro di massima allerta meritevole di immediato approfondimento diagnostico, senza tentativi di trattamento medico empirico per condizioni aspecifiche (esempio impiego di IPP, antiacidi ecc).

L'esame cardinale per la diagnosi del tumore dell'esofago è rappresentato dalla esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie multiple.

Il/la paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso l'ambulatorio dedicato alla patologia. L'infermiere Case Manager incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami laboratoristici, radiologici e/o cito/istologici necessari per la diagnosi, in Rete interna alla struttura o di indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, il cittadino presso le strutture della Rete Oncologica Regionale. In caso di mancanza di tale figura di coordinamento, tale incarico sarà ricoperto periodicamente da un medico afferente al GOM. (Figura 3) Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, il/la paziente sarà indirizzato/a all'inquadramento del problema da parte del MMG.

I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso.

Nel caso in cui gli esami diagnostici confermino il sospetto di malignità, il/la paziente sarà sottoposto agli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione, riportati in tabella 10, conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali (AIOM, NCCN, ESMO), sulla base dello stadio TNM, al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della Presa in Carico.

Figura 3: Percorso diagnostico in casi di sospetto clinico di neoplasia esofagea

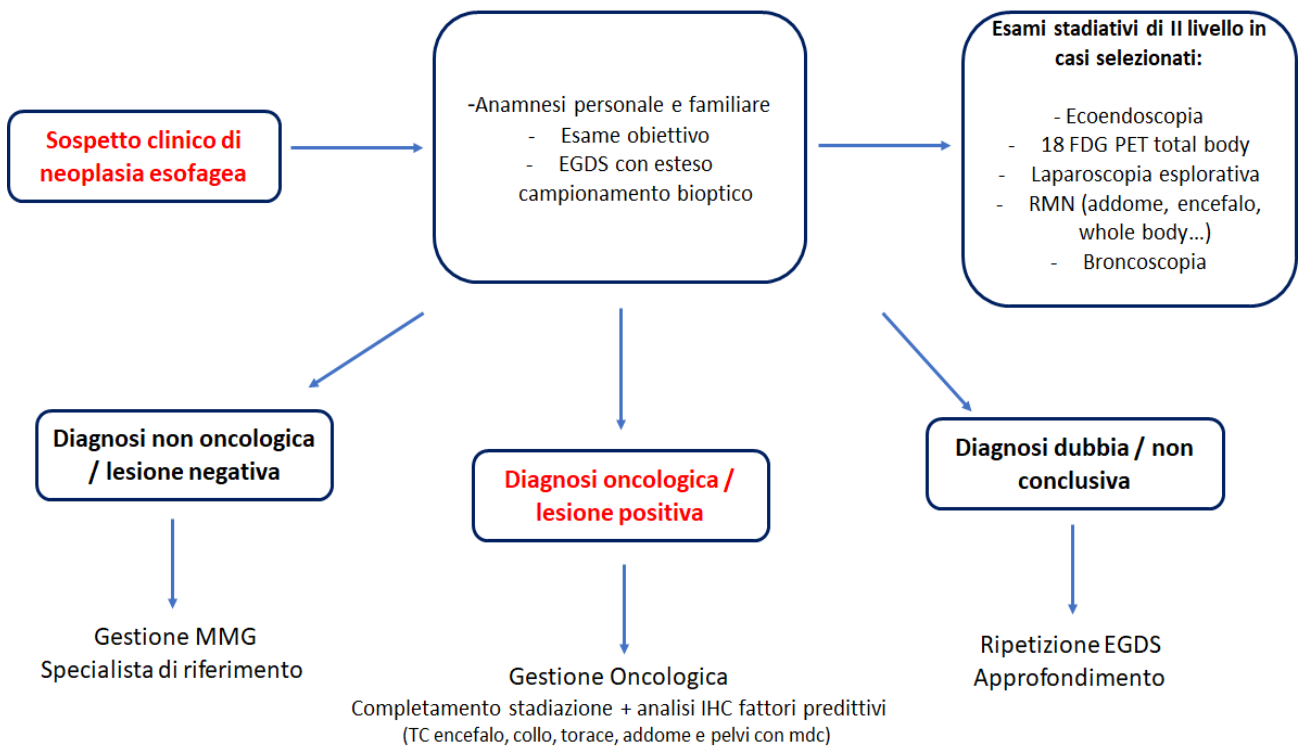


Tabella 10. Percorso stadiativo-assistenziale per tumore dello stomaco

<p>Malattia localizzata (candidata a neoadiuvante/ approccio definitivo)</p>	<p>Anamnesi ed esame obiettivo Emocromo e routine ematochimica Marcatori tumorali (CEA, Ca 19.9) TC encefalo, collo, torace, addome e pelvi con mdc 18 FDG PET total body Ecoendoscopia con biopsie multiple Valutazione anatomopatologica comprendente l'istotipo (adenoca vs squamoso) e grading Consueling oncogenetico se sospetta ereditarietà Consueling oncofertilità, se pazienti in età fertile con necessità di trattamenti antitumorali Consueling psicologico</p>
--	---

	<p>Valutazione ORL (pervietà vie aeree, esclusione di seconde neoplasie del distretto testa-collo)</p> <p>Supporto nutrizionistico (enterale o parenterale)</p> <p>Esami di II livello in casi selezionati e/o sintomatici:</p> <p>RMN addome con mdc</p> <p>Scintigrafia ossea total body</p> <p>Broncoscopia (esofago cervicale e toracico superiore-medio)</p>
Malattia localmente avanzata	<p>Anamnesi ed esame obiettivo</p> <p>Emocromo e routine ematochimica</p> <p>Marcatori tumorali (CEA, Ca 19.9, Ca 125)</p> <p>TC encefalo, collo, torace, addome e pelvi con mdc EGDS o Ecoendoscopia con biopsie multiple Valutazione anatomopatologica comprendente istotipo e la determinazione dello stato di PD-L1 CPS e TPS; HER2 solo se adenocarcinoma distale. Consueing oncogenetico se sospetta</p> <p>Ereditarietà</p> <p>Valutazione ORL (pervietà vie aeree)</p> <p>Consueing oncofertilità, se pazienti in età fertile con necessità di trattamenti antitumorali</p> <p>Consueing psicologico</p> <p>Supporto nutrizionistico (enterale o parenterale)</p> <p>Valutazione del dolore e terapia antalgica</p> <p>Esami di II livello in casi selezionati e/o sintomatici:</p> <p>RMN addome con mdc</p> <p>RMN encefalo</p> <p>18 FDG PET total body</p> <p>Broncoscopia (esofago cervicale e toracico superiore-medio)</p>
Malattia metastatica	<p>Anamnesi ed esame obiettivo</p>

	<p>Emocromo e routine ematochimica</p> <p>Marcatori tumorali (CEA, Ca 19.9, Ca 125)</p> <p>TC encefalo, collo, torace, addome e pelvi con mdc EGDS con biopsie multiple</p> <p>Valutazione anatomopatologica comprendente l'istotipo e la determinazione dello stato di PD-L1 CPS e TPS (HER2 se adenocarcinoma distale).</p> <p>Consueing oncogenetico se sospetta ereditarietà Consueing oncofertilità, se pazienti in età fertile con necessità di trattamenti antitumorali</p> <p>Consueing psicologico</p> <p>Supporto nutrizionistico</p> <p>Valutazione del dolore e terapia antalgica</p> <p>Esami di II livello in casi selezionati e/o sintomatici</p> <p>Valutazione per palliazione della disfagia (protesi/RT/etc)</p> <p>sintomatici:</p> <p>RMN addome con mdc</p> <p>RMN encefalo</p> <p>Scintigrafia ossea total body</p> <p>18 FDG-PET total body</p>
--	--

La tabella 11 riassume gli esami diagnostico / stadiativi per il carcinoma esofageo localizzato.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS con biopsia multiple	Appropriata (diagnosi)
Ecoendoscopia	Appropriata
TC encefalo, collo, torace, addome e pelvi con e senza mdc	Appropriata

18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome (o altro distretto) con mdc	Appropriata in casi selezionati
Broncoscopia	Appropriata in casi selezionati

La tabella 12 riassume gli esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma esofageo localmente avanzato.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS con biopsia multiple	Appropriata (diagnosi)
Ecoendoscopia	Appropriata
TC encefalo, collo, torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
Broncoscopia	Appropriata in casi selezionati

La tabella 13 riassume gli esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma esofageo metastatico.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS con biopsia multiple	Appropriata

TC encefalo, collo, torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
TC/RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA ESOFAGEA ACCERTATA ED IN FASE PRECOCE

La terapia del tumore dell'esofago differisce a seconda che la malattia si presenti alla diagnosi in fase precoce o in fase avanzata, e a seconda della sede e dell'istotipo (carcinoma squamoso vs adenocarcinoma). Si riporta in Tabella 6 il percorso per il carcinoma squamoso dell'esofago in stadio localizzato (candidabile ad approccio chirurgico e/o neoadiuvante o definitivo), mentre in Tabella 7 il percorso per l'adenocarcinoma localizzato, in conformità alle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate (AIOM, ESMO, NCCN). Tali trattamenti saranno modificati, pertanto, secondo la loro evoluzione. Le figure professionali di riferimento nell'ambito del percorso saranno almeno rappresentate dall'Oncologo Medico, dal Chirurgo Generale dedicato al trattamento dei tumori del tratto gastro-esofageo alto e dal Radioterapista. Il trattamento chirurgico andrà eseguito nei centri di II livello della Rete Oncologica per garantire elevati standard di qualità. La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello.

In considerazione della complessità del trattamento del paziente affetto da neoplasia dell'esofago, tutti i pazienti affetti da carcinoma esofageo alla diagnosi devono essere sottoposti a consulto nutrizionistico con eventuale integrazione nutrizionale e valutazione di strategie nutrizionali enterali artificiali (specie in caso di necessità di chemio-radioterapia), counseling psicologico, counseling genetico con eventuali analisi genetiche nel caso si sospetti una patologia ereditaria, counseling di oncofertilità, soprattutto nei pazienti giovani che necessitino di trattamenti antitumorali e abbiano desiderio di prole, valutazione ORL nei casi selezionati (preservazione della pervietà delle vie aeree superiori, esclusione di seconde neoplasie del distretto testa-collo), valutazione chirurgica o

anestesiologica per il posizionamento di adeguato accesso venoso centrale o periferico (laddove non disponibile presso un ambulatorio dedicato nella UOC di Oncoematologia) o di device o intervento per nutrizione enterale (PEG o digiunostomia ecc). L'accesso venoso centrale sarà quindi posizionato da personale dedicato in centri di I e II livello prima dell'inizio del trattamento. Il Case Manager del GOM provvederà alla organizzazione e prenotazione di tutte le visite necessarie dopo la diagnosi di tumore dello stomaco e prima di intraprendere il trattamento. Il rapporto con il Nutrizionista dedicato e lo psiconcologo saranno rapporti continuativi durante il trattamento, mentre il chirurgo o anestesista con il compito di impiantare l'accesso venoso (o il personale infermieristico dedicato presso gli ambulatori di posizionamento PICC di pertinenza oncoematologica) si occuperanno delle eventuali complicanze legate alla gestione dell'accesso venoso centrale stesso (es. infezioni), alla diagnosi ed al trattamento di queste ultime con un tempo di attesa massimo per la prima visita dopo l'insorgenza della complicanza di 3 giorni e con un tempo di reimpianto di accesso venoso, in caso di rottura, fuoriuscita, infezione o dislocazione dei dispositivi di 7 giorni (con le dovute eccezioni legate al singolo caso). In caso di pazienti non operabili per patologie concomitanti e che presentino disfagia severa, sarà valutata dal GOM la possibilità di posizionamento di endoprotesi compatibilmente con gli altri trattamenti e le aspettative di vita.

Tabella 14. Percorso terapeutico per carcinoma squamoso esofageo non metastatico (localizzato)

Stadio	Trattamento
Stadio Tis-T1a, N0	Chirurgico - Mucosectomia endoscopica (EMR) in casi selezionati=>sorveglianza endoscopica - Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD)=>sorveglianza endoscopica - Esofagectomia
T1b-T4a, N0-N+	Esofago Cervicale: CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: no 60 Gy) =>Chirurgia di salvataggio in casi selezionati - Esofago Toracico: CRT neoadiuvante (RT 41.4 – 50.4 Gy + CT) =>esofagectomia => <i>(in futuro terapia adiuvante con Nivolumab per 1 anno nei pazienti non in pCR)</i>

	CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: no 60 Gy) => sorveglianza endoscopica e Strumentale
T4b, N0-N+ (non resecabile)	CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: no 60 Gy) CT esclusiva (se infiltrazione aorta, trachea ecc tale da controindicare RT)

Tabella 15. Percorso terapeutico per adenocarcinoma esofageo non metastatico (localizzato)

Stadio	Trattamento
Stadio Tis-T1a, N0	Chirurgico - Mucosectomia endoscopica (EMR) in casi selezionati => sorveglianza endoscopica - Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD) => sorveglianza endoscopica - Esofagectomia
T1b-T4a, N0-N+	CT perioperatoria (es. con FLOT). CRT neoadiuvante (41.4 – 50.4 Gy + CT => esofagectomia => (in futuro terapia adiuvante con Nivolumab per 1 anno nei pazienti non in pCR). CT neoadiuvante => esofagectomia Esofagectomia (\leq T2N0)
T4b, N0-N+ (non resecabile)	CT esclusiva CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: no 60 Gy) in casi selezionati CT esclusiva come prima linea (se infiltrazione aorta, trachea ecc tale da cointroindicare RT)

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA ESOFAGEA ACCERTATA ED IN FASE AVANZATA

Si riporta in tabella 8 il percorso terapeutico per persone affette da neoplasia esofagea in fase localmente avanzata non resecabile o metastatica. I percorsi indicati sono stati costruiti in base alle raccomandazioni presenti nelle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate, e saranno modificati secondo la loro evoluzione.

Il GOM valuterà il paziente nella sua interezza, considerando sia trattamenti standard sia l'inserimento in protocolli clinici per farmaci innovativi, sempre dopo aver discusso con il paziente e tenendo conto delle sue volontà e possibilità. Inoltre, Il GOM dovrà valutare la sintomatologia del paziente e supportarlo nella palliazione dei sintomi mediante un rapporto nutrizionistico continuativo, un counseling psiconcologico, un counseling genetico in caso si sospetti una patologia ereditaria, un supporto antalgico e l'esecuzione di interventi chirurgici o endoscopici palliativi in caso di sanguinamenti o stenosi serrate. Tale scopo sarà raggiunto mediante l'attivazione da parte del Case Manager di GOM di consulenze presso gli ambulatori dedicati presso l'UOC di Nutrizione clinica, servizio di psiconcologia, UOC Genetica medica, UOC anestesiologia e terapia del dolore afferenti al GOM stesso.

Adenocarcinoma

In caso di tumore localmente avanzato, è indispensabile inoltre una corretta e attenta valutazione della potenziale resecabilità della neoplasia (anche attraverso l'esecuzione di un'accurata stadiazione loco-regionale mediante ecoendoscopia e 18 FDG PET nei centri di riferimento)

.I pazienti con tumore localmente avanzato, ma potenzialmente resecabile, saranno sottoposti a polichemioterapia di conversione neoadiuvante nell'ambito di strategia perioperatoria secondo le più recenti evidenze, con rivalutazioni strumentali al termine della fase primaria al fine di valutarne l'operabilità. Le figure professionali coinvolte nella valutazione pre-trattamento e nella rivalutazione saranno principalmente l'Oncologo medico, il radiologo, il medico nucleare ed il Chirurgo. In caso di non risposta al trattamento o di malattia localmente avanzata, ma non resecabile alla diagnosi, il paziente verrà sottoposto ad un trattamento chemioterapico di I linea (vedi malattia metastatica). Alla luce delle più recenti evidenze, la chemioradioterapia deve essere presa in considerazione solo in casi selezionati (ex. malattia bulky).

Nella malattia localmente avanzata inoperabile / metastatica, un fattore predittivo oggi fondamentale per la scelta della terapia di I linea è rappresentato dal PD-L1 CPS, in considerazione della possibilità di offrire chemio-immunoterapia di I linea con platino-fluorouracile + Pembrolizumab in pazienti PD-L1 CPS ≥ 10 (adenocarcinomi esofagei e giunzionali Siewert 1), sulla base dei risultati dello studio di fase III Kenyote 590, o di chemio-immunoterapia con CAPOX / FOLFOX + Nivolumab nei

pazienti PD-L1 CPS ≥ 5 (istologia adenocarcinoma con sede esofagea e giunzionale Siewert 1-2-3)), sulla base dei risultati dello studio di fase III Checkmate649. Fondamentale è inoltre la valutazione dello stato di HER-2 (*limitatamente agli adenocarcinomi distali con coinvolgimento della giunzione gastro-esofagea*) mediante tecnica immunoistochimica e di ibridazione in situ nei casi di dubbia positività (2+). Tale valutazione deve necessariamente essere effettuata presso centri di anatomia patologica accreditati nell'ambito di strutture di I livello ed il risultato dovrà essere disponibile entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta, salvo difficoltà tecniche caso specifiche.

La positività dell'espressione del recettore di HER-2 (i.e. HER-2 2+ amplificato alla ISH o HER-2 3+), consente di candidare il paziente con adenocarcinoma dell'esofago distale a ricevere una 1° linea di terapia con Sali di Platino, Fluoripirimidine e Trastuzumab in accordo con i risultati dello studio ToGA. In presenza di positività per HER-2 e di un PD-L1 CPS ≥ 1 , sulla base dei risultati dello studio Keynote 811, si deve prendere in considerazione un trattamento che preveda anche l'utilizzo dell'immunoterapia (Sali di Platino, Fluoripirimidine, Trastuzumab e Pembrolizumab).

Inoltre, un ulteriore biomarcatore da testare negli adenocarcinomi (limitatamente alla sede giunzionale, Siewert III) è lo stato MSI, in considerazione della recente approvazione di Pembrolizumab in pazienti con malattia MSI-H in (dalla) seconda linea non pretrattati con un immunoterapico nel carcinoma gastrico (cui il Siewert III viene assimilato).

E' indispensabile, quindi, che il risultato di queste analisi (PDL1 CPS; MSI status ed HER2) nei pazienti con adenocarcinoma giunzionale sia disponibile prima dell'inizio del trattamento di I linea.

Carcinoma squamoso

È opportuno considerare l'impatto della neoplasia sulle vie aeree (nelle forme cervicali e toraciche superiori) valutando l'effettuazione di una broncoscopia stadiativa e di un'eventuale consulenza ORL.

Nel carcinoma squamoso dell'esofago localmente avanzato resecabile, il trattamento di riferimento consiste nella chemioradioterapia neoadiuvante secondo schema CROSS (carboplatino e paclitaxel associati a radioterapia 41,4 Gy in 23 frazioni), seguita da intervento chirurgico.

In alternativa, nei casi in cui il paziente non sia candidabile alla chirurgia o nei tumori localizzati a livello cervicale, è possibile optare per un trattamento con chemioradioterapia definitiva utilizzando carboplatino e paclitaxel associati a radioterapia (50,4 Gy in 28 frazioni), seguito da stretta sorveglianza clinico-radiologica e chirurgia di salvataggio in caso di persistenza o progressione locale della malattia.

Ai fini della scelta del trattamento sistemico di prima linea nei pazienti con carcinoma squamoso dell'esofago avanzato o metastatico, è fondamentale la determinazione dello stato di espressione di PD-L1, valutato secondo CPS (Combined Positive Score) e TPS (Tumor Proportion Score)

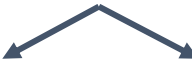
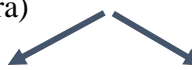
In presenza di PD-L1 CPS ≥ 10 , è raccomandata l'associazione di chemioterapia e immunoterapia (ad esempio, pembrolizumab più sali di platino e fluoropirimidine), sulla base dei risultati dello studio KEYNOTE-590.

Se il PD-L1 TPS è $\geq 1\%$, è possibile considerare l'associazione di nivolumab e chemioterapia a base di platino e fluoropirimidine, come indicato dallo studio CheckMate 648.

Nei pazienti con PD-L1 negativo o con livelli inferiori alle soglie di selezione per l'immunoterapia, il trattamento di prima linea rimane rappresentato dalla chemioterapia standard con doppietta a base di platino e fluoropirimidine. In questi pazienti, se si verifica progressione di malattia dopo la prima linea, è indicato il trattamento con nivolumab in monoterapia come trattamento di II linea, come documentato dallo studio ATTRACTION-3, indipendentemente dallo stato di PD-L1.

Diversamente, nei pazienti che hanno ricevuto una combinazione di chemio-immunoterapia in prima linea, la scelta del trattamento di seconda linea ricade su chemioterapia con taxani (es. paclitaxel o docetaxel) o irinotecano, in base al profilo del paziente e alla tossicità attesa.

Tabella 16. Percorso terapeutico-assistenziale per pazienti con tumore esofageo metastatico (squamoso e adenocarcinoma)

Stadio	Trattamento
<p>Localmente avanzato, potenzialmente resecabile</p>	<p>1. Trattamento di conversione con polichemioterapia perioperatoria secondo le linee guida (adenocarcinoma) o CRT (squamoso o casi selezionati adenocarcinoma)</p> <p>2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento, comprendente ecoendoscopia, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>resecabile: intervento chirurgico Trattamento chemioterapico</p> <p>Non resecabile: prosegue</p> <p>1. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia</p> <p>2. non operabile (vedi sopra)</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Resecabile: intervento chirurgico Trattamento chemioterapico</p> <p>Non resecabile: prosegue</p>
<p>Localmente avanzato, non resecabile</p>	<p>Vedi malattia metastatica</p>
<p>Malattia metastatica (IV stadio)</p>	<p><u>Istologia Squamosa</u>: valutazione stato di PD-L1 CPS e TPS (indispensabile).</p> <p>Chemio-immunoterapia terapia di I linea a base di platino-fluorouracile + Pembrolizumab nei pazienti con PDL1 CPS ≥ 10 (valutare eventuale RT palliativa o di consolidamento).</p> <p>Chemio-immunoterapia terapia di I linea a base di platino-fluorouracile + Nivolumab nei pazienti con PDL1 TPS $> 1\%$ (valutare eventuale RT palliativa o di consolidamento).</p> <p>Nei pazienti con PDL1 < 10 considerare la sola chemioterapia a base di platino-fluorouracile.</p>

	<p><u>Istologia adenocarcinoma</u> (esofago e giunzione esofago-gastrica): valutazione stato di PD-L1 CPS ed HER2 (indispensabile). Valutazione MSI status nei Siewert III (indispensabile). Chemioterapia di I linea con platino-fluorouracile + Trastuzumab nei pazienti Her2 positivi (<u>sede: esofago e giunzione Siewert 1</u>). Chemio-immunoterapia di I linea con platino-fluorouracile + Trastuzumab + Pembrolizumab nei pazienti Her2 positivi e PDL1 CPS ≥ 1 (<u>sede: esofago e giunzione Siewert 1</u>). Chemio-immunoterapia di I linea con platino-fluorouracile + Pembrolizumab nei pazienti PDL1 CPS ≥ 10 ed HER2 negativi (<u>sede: esofago e giunzione Siewert 1</u>). <i>In alternativa:</i> Chemio-immunoterapia di I linea con FOLFOX / CAPOX + Nivolumab pazienti PDL1 CPS ≥ 5 ed HER2 negativi (<u>sede: esofago e giunzione Siewert 1-2-3</u>). Valutare l’inserimento in trials clinici. Chirurgia palliativa del primitivo in caso di stenosi serrate o Sanguinamenti Posizionamento di endoprotesi in caso di disfagia (compatibilmente ai trattamenti e all’attesa di vista) Supporto nutrizionistico (valutazione in primis per enterale, anche artificiale) Terapia antalgica</p>
	<p><u>Istologia Squamosa</u> Immunoterapia di II linea a base di Nivolumab (esclusivamente in pazienti non pretrattati con chemio-immunoterapia precedentemente). Chemioterapia a base di taxani e irinotecano in II/III linea in pazientu con buon performance status (PS 0-1) Valutare l’inserimento in trials clinici</p> <p><u>Istologia adenocarcinoma</u> Chemioterapia di II linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una I linea di trattamento.</p>

	<p>Immunoterapia di II linea (Pembrolizumab) in pazienti MSI-H (sede: esclusivamente Giunzione Siewert III, assimilabile ad adenocarcinoma gastrico) con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una I linea di trattamento e non esposti precedentemente ad immunoterapia.</p> <p>Chemioterapia di III linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una II linea di trattamento.</p> <p>Valutare l’inserimento in trials clinici.</p> <p>Terapie concomitanti palliative:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palliazione disfagia (valutazione endoprotesi o RT/brachiterapia in base all’aspettativa di vita) - Palliazione del sanguinamento (chirurgia palliativa, trattamento medico o RT) - Supporto nutrizionale (enterale sng, digiunostomia o PEG vs parenterale)
--	---

FOLLOW UP - PDTA Esofago

1. Carcinoma Squamoso dell’Esofago

Stadio	Visita clinica	*Imaging (TC torace-addome)	EGDS	Esami Ematochimici*
<ul style="list-style-type: none"> • pTis (trattati con ER) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi • Ogni 6 mesi dal III al V anno • Ogni anno dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> • Se clinicamente indicato 	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni 6 mesi per i primi 12 mesi • Ogni 12 mesi dal II al V anno 	<ul style="list-style-type: none"> • Se clinicamente indicato

<ul style="list-style-type: none"> • Stadio I - III • Trattati con CRT + Chirurgia oppure • Trattati con CRT definitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi • Ogni 6 mesi dal III al V anno • Ogni anno dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> • Se \geq pT1b • Ogni 6 mesi per i primi 3 anni • Ogni 12 mesi per dal IV al V • Se clinicamente indicato • dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> • Per pazienti trattati chirurgicamente: • Ogni 3 mesi per i primi 12 mesi • Ogni 6 mesi per dal II al III anno • Ogni 12 mesi dal III al V anno • Successivamente se clinicamente indicato • Per sottoposti a CRT definitiva: • Ogni 3/6 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi • Ogni 6 mesi dal III al V anno • Ogni anno dopo il V anno
---	--	---	--	--

* emocromo, azotemia, glicemia, Na⁺, K⁺, Ca²⁺, QPE, AST, ALT, ALP, VES, PT, PTT, INR, colesterolo totale, LDL e HDL, creatinina, Vit. B12, folati, sideremia, transferrina, ferritina, CEA

2. Adenocarcinoma Esofageo

Stadio	Visita clinica	*Imaging (TC torace-addome)	EGDS	Esami Ematochimici *
pTis (trattati con ER)	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi • Ogni 6 mesi dal III al V anno • Ogni anno dopo il V anno 	Se clinicamente indicato	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni 6 mesi per i primi 12 mesi • Ogni 12 mesi dal II al V anno 	Se clinicamente indicato

Stadio I pT1a/pT1b – pN0 (trattati chirurgicamente) e pT1a (trattati con ER)	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno 	Se clinicamente indicato	Per pazienti trattati con ER: <ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi per i primi 12 mesi Ogni 12 mesi dal II al V anno Successivamente se clinicamente indicato Per pazienti trattati chirurgicamente: <ul style="list-style-type: none"> Ogni 12 mesi fino al V anno Se clinicamente indicato dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno
Stadio II – III trattati con chemioterapia perioperatoria/adiuvante	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi per i primi 24 mesi Ogni 12 mesi dal III al V anno Se clinicamente indicato dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 12 mesi per i primi 24 mesi Ogni 24 mesi dal III al V anno Se clinicamente indicato dopo il V anno 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno

* emocromo, azotemia, glicemia, Na+, K+, Ca2+, QPE, AST, ALT, ALP, VES, PT, PTT, INR, colesterolo totale, LDL e HDL, creatinina, Vit. B12, folati, sideremia, transferrina, ferritina, CEA, Ca19.9

Procedura generale di funzionamento dei GOM

Le attività del GOM

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

Primo contatto e presa in carico del paziente

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

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

La riunione multidisciplinare

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

Comunicazione al paziente

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

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

Chiusura scheda - piattaforma ROC

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

Tipi di completamento: bisogna selezionare l'indicazione data tra i campi della piattaforma. Tipi di completamento sono: Follow-up, Chemio, Radio, Chemio-Radio, Ormonoterapia, Immunoterapia, Target therapy, Chirurgia, Sorveglianza clinico-strumentale, Indicazione al percorso oncogenetico,

Non indicazione al percorso oncogenetico, Terapia radiorecettoriale (PRRT) e Ormonoterapia/Radioterapia.

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

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

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

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

Aggiornamento scheda chiusa in piattaforma ROC

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

Ricerca Scheda Chiusa

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

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

Inserimento scheda aggiornata

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

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

Continuità territoriale, Attivazione ADI

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

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

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

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

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

Servizi

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

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

Indirizzo diverso da residenza

* Data presunta dimissione

* Relazione Servizi Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico

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

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19?

I conviventi sono stati vaccinati?

Altre infezioni in atto?

Se si, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

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

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbilità (barrare le comorbilità presenti)

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

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

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

Altre Problematiche

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

INDICE DI KARNOFSKY

Indice di Karnofsky

SCALA ECOG

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

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

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

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

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

5 - Morte

ATTIVITA' ASSISTENZIALI RICHIESTE

Nutrizione artificiale

Ossigenoterapia

Gestione accessi venosi già posizionati

Gestione Stomie

Gestione incontinenza

Gestione

Gestione catetere vescicale

Gestione drenaggi

Gestione lesione da pressione

Medicazioni

Terapia Trasfusionale

Gestione terapia del dolore

Sedazione palliativa

Necessità di riabilitazione

Assistenza infermieristica

Assistenza oncologica domiciliare

Supporto Psicologo

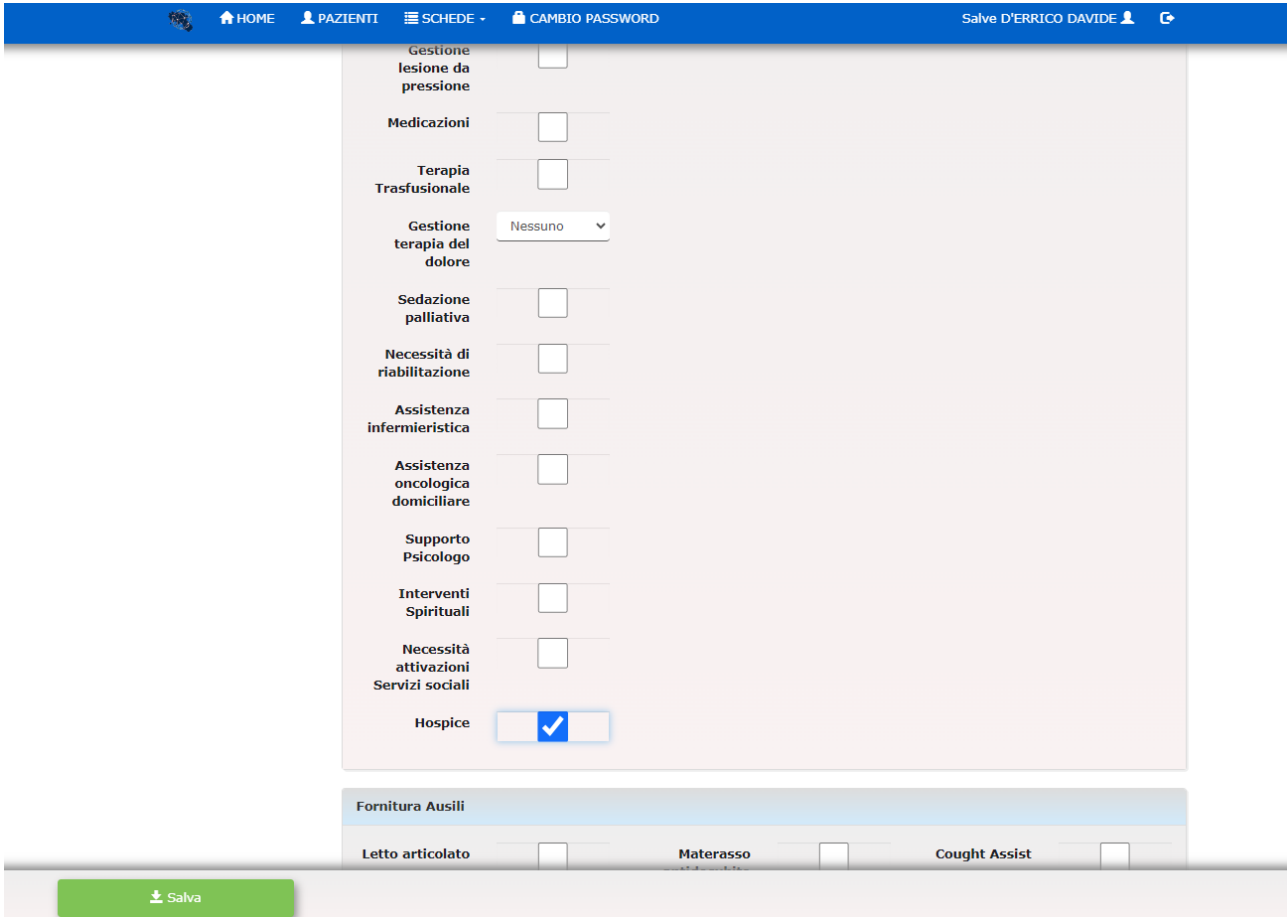
Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

Fornitura Ausili

Letto articolato Materasso antidecubito Cought Assist

Ventilazione meccanica a lungo termine Deambulatore Comunicatore



HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Gestione lesione da pressione

Medicazioni

Terapia Trasfusionale

Gestione terapia del dolore Nessuno

Sedazione palliativa

Necessità di riabilitazione

Assistenza infermieristica

Assistenza oncologica domiciliare

Supporto Psicologo

Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

Hospice

Fornitura Ausili

Letto articolato Materasso Cought Assist

Salva

Rete Cardioncologica (CardioROC)

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

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

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

Precedenti cardiologici noti		Si	<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"/>	Infarto miocardico-cardiopatia ischemica
<input type="checkbox"/>	Arteriopatia obliterante periferica	<input type="checkbox"/>	Iperensione polmonare	<input type="checkbox"/>	Tromboembolismo venoso
<input type="checkbox"/>	Fibrillazione atriale e altre aritmie	<input type="checkbox"/>	Allungamento del tratto QT		
<input checked="" type="checkbox"/>	Altro	<input type="text" value="Insufficienza valvolare mitralica di grado 1"/>			
Il paziente assume terapia cardiologica		Si	<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"/>	Diabete
<input type="checkbox"/>	Epatopatia	<input type="checkbox"/>	Anemia		
<input checked="" type="checkbox"/>	Altro	<input type="text" value="gozzo tiroideo"/>			

Figura 5

Consulenza cardiologica per paziente complesso

Anamnesi generale

* Allegato Referto [Scarica documento](#)

Fattori di rischio cardiovascolare

Diabete	<input type="checkbox"/>	Ipertensione Arteriosa	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	Fumo	<input type="checkbox"/>
Obesità	<input type="checkbox"/>	Familiarità	<input type="checkbox"/>				
Pressione Arteriosa:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	mm/Hg			

Precedenti eventi cardiovascolari

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

Comorbidità

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

Anamnesi farmacologica prossima e remota

Terapia oncologica attuale

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

Scrivere i nomi dei farmaci:

Figura 6

Valutazione per Trial Clinico

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

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

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

Nella scheda i campi richiesti sono:

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

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

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

HOME PAZIENTI SCHEDA CAMBIO PASSWORD
Salve D'ERRICO DAVIDE

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

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Trial clinico

Chiusura

Stampa

N° linee di trattamento precedenti

Le condizioni cliniche del paziente

Performance status ECOG

Eventuali comorbidità

Candidabile ad una terapia standard

Metastasi cerebrali

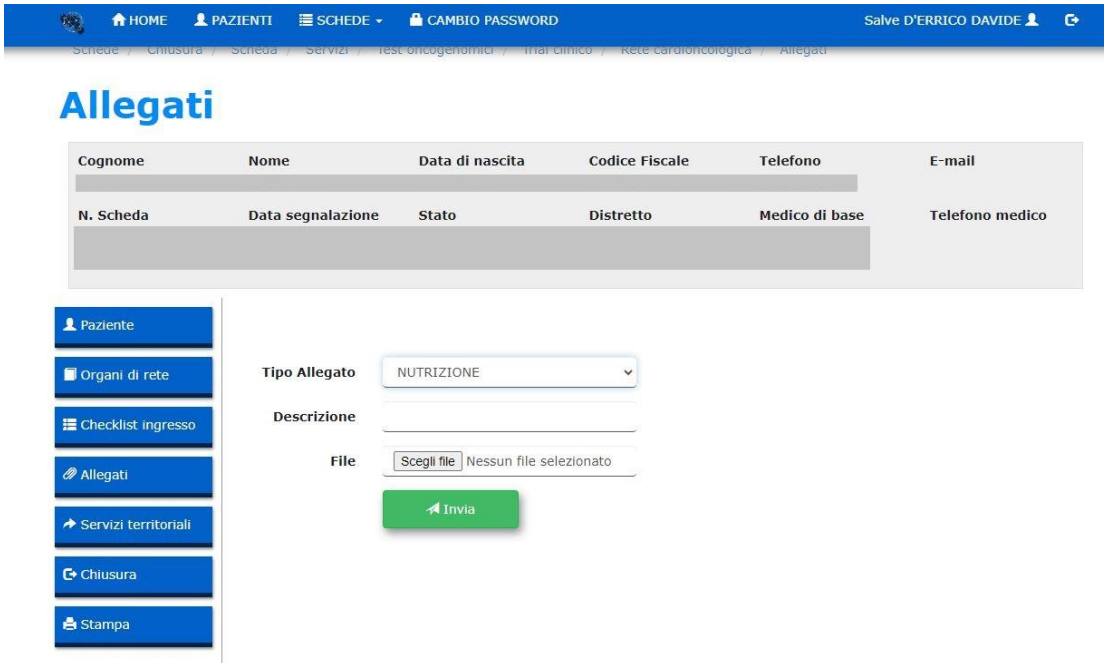
Disponibile NGS

MSI e/o altri Target

Invia

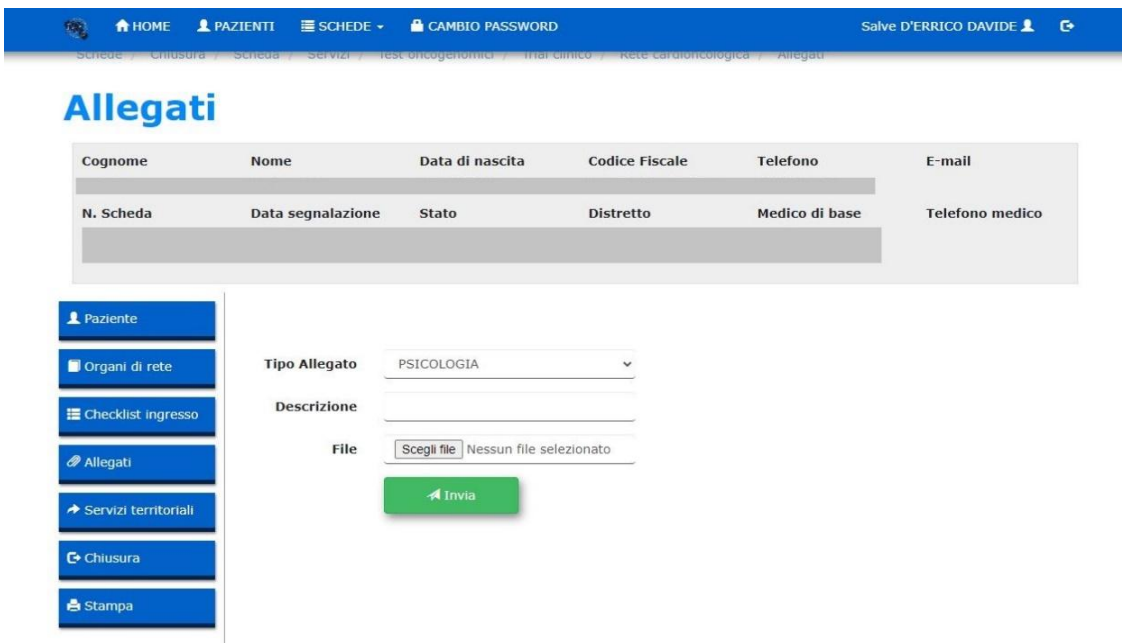
Valutazione nutrizionale e psico-oncologica

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



The screenshot shows the 'Allegati' section of the ROC platform. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD'. The user is identified as 'Salve D'ERRICO DAVIDE'. Below the navigation bar, there is a breadcrumb trail: 'Schede / Chiusura / Scheda / Servizi / Test oncogenomici / Trial clinico / Rete cardiologica / Allegati'. The main heading is 'Allegati'. Below this, there are two tables. The first table has columns: 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail'. The second table has columns: 'N. Scheda', 'Data segnalazione', 'Stato', 'Distretto', 'Medico di base', and 'Telefono medico'. On the left side, there is a vertical menu with buttons: 'Paziente', 'Organi di rete', 'Checklist ingresso', 'Allegati', 'Servizi territoriali', 'Chiusura', and 'Stampa'. The main form area contains:

- 'Tipo Allegato': A dropdown menu with 'NUTRIZIONE' selected.
- 'Descrizione': A text input field.
- 'File': A file selection button labeled 'Scegli file' and the text 'Nessun file selezionato'.
- 'Invia': A green button with a paper plane icon.



This screenshot is identical to the one above, showing the 'Allegati' section. The main difference is in the 'Tipo Allegato' dropdown menu, which now has 'PSICOLOGIA' selected. The rest of the interface, including the navigation bar, breadcrumb trail, tables, and form fields, remains the same.

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.

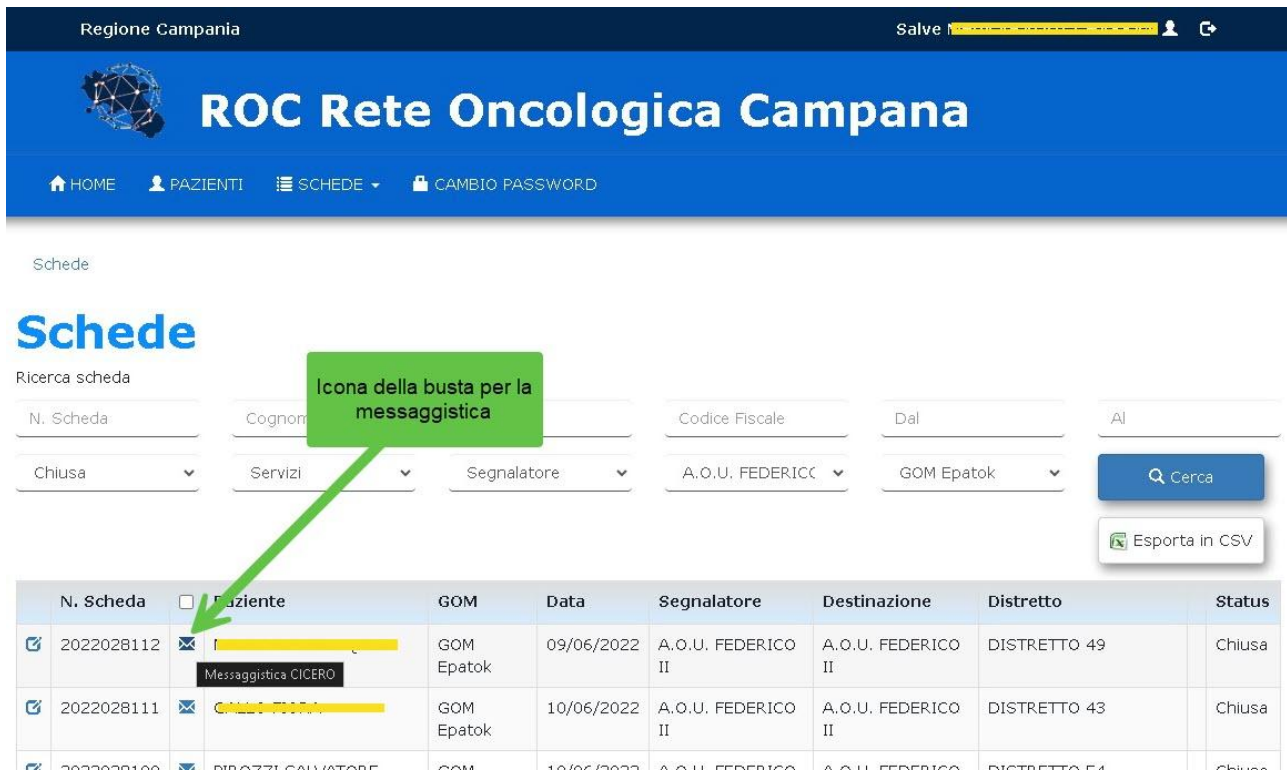
Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

- 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: [redacted] Cognome: [redacted] Codice Fiscale: [redacted] Dal: [redacted] Al: [redacted]

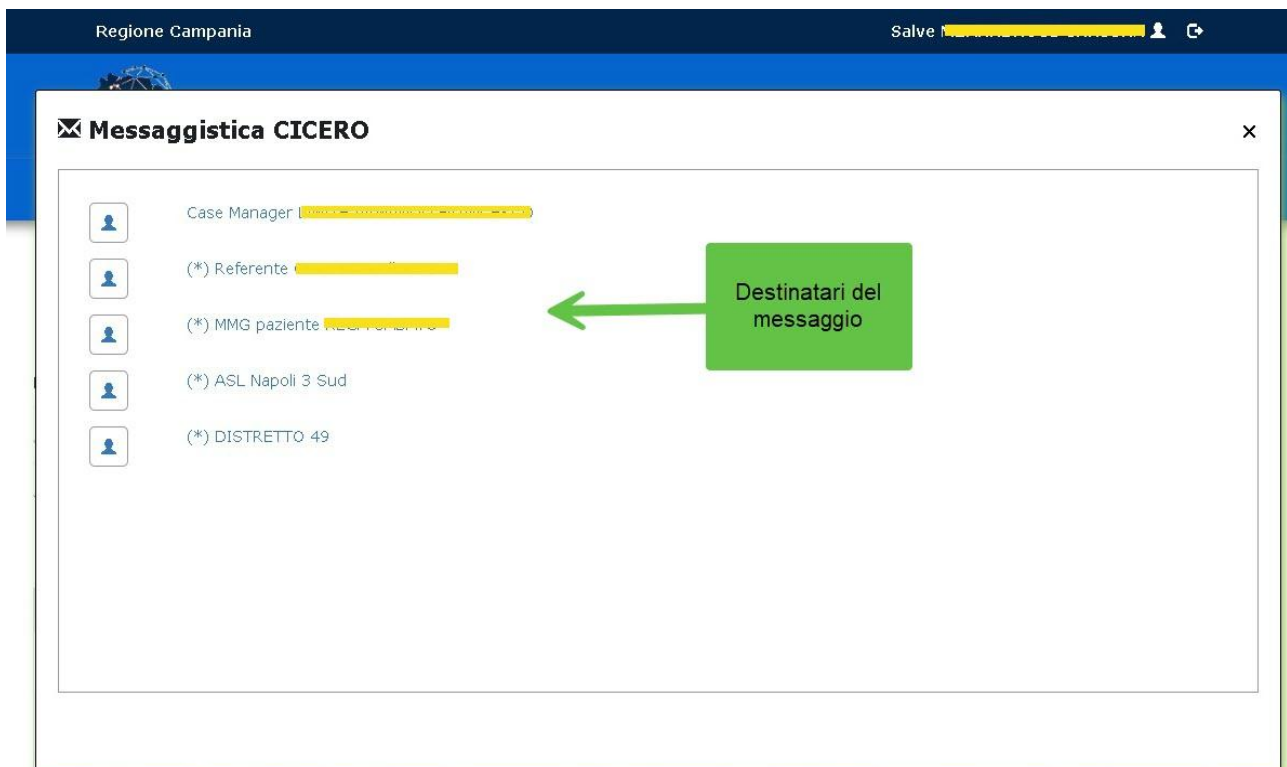
Chiusa: [redacted] Servizi: [redacted] Segnalatore: [redacted] A.O.U. FEDERICCO: [redacted] GOM Epatok: [redacted]

Cerca

Esporta in CSV

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.

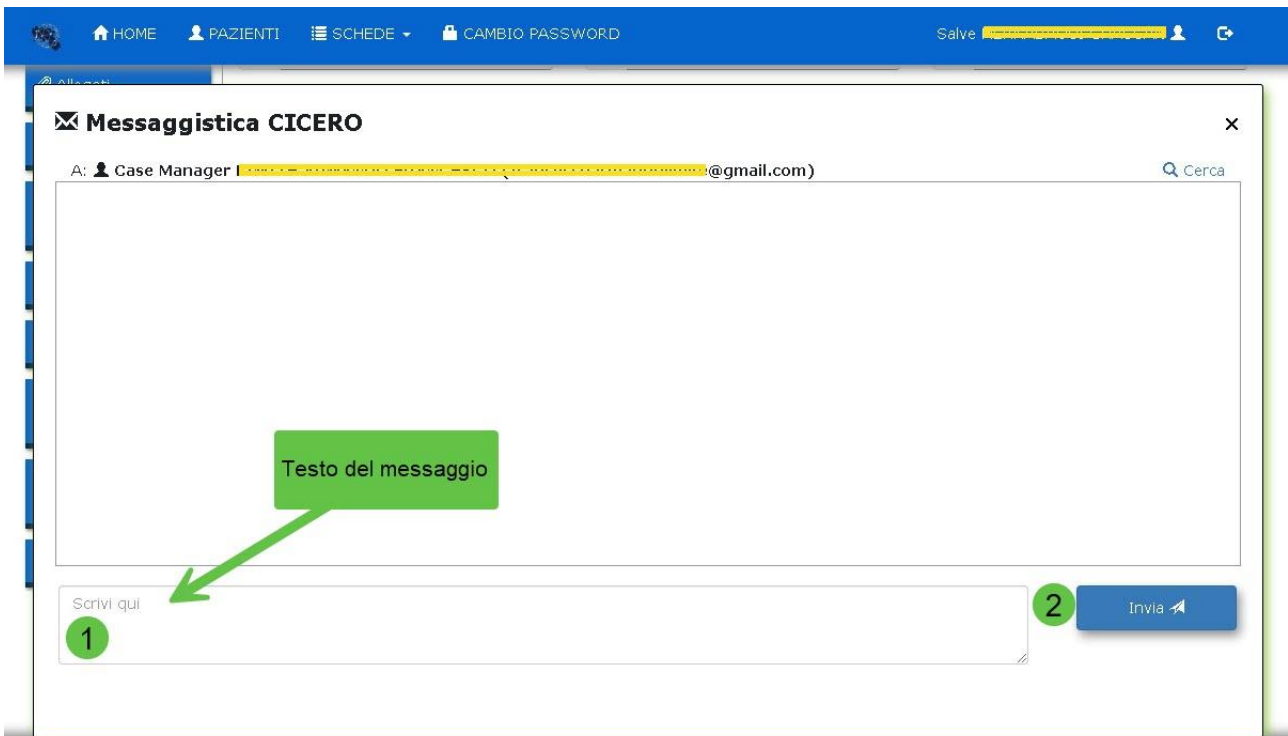


Regione Campania Salve [redacted]

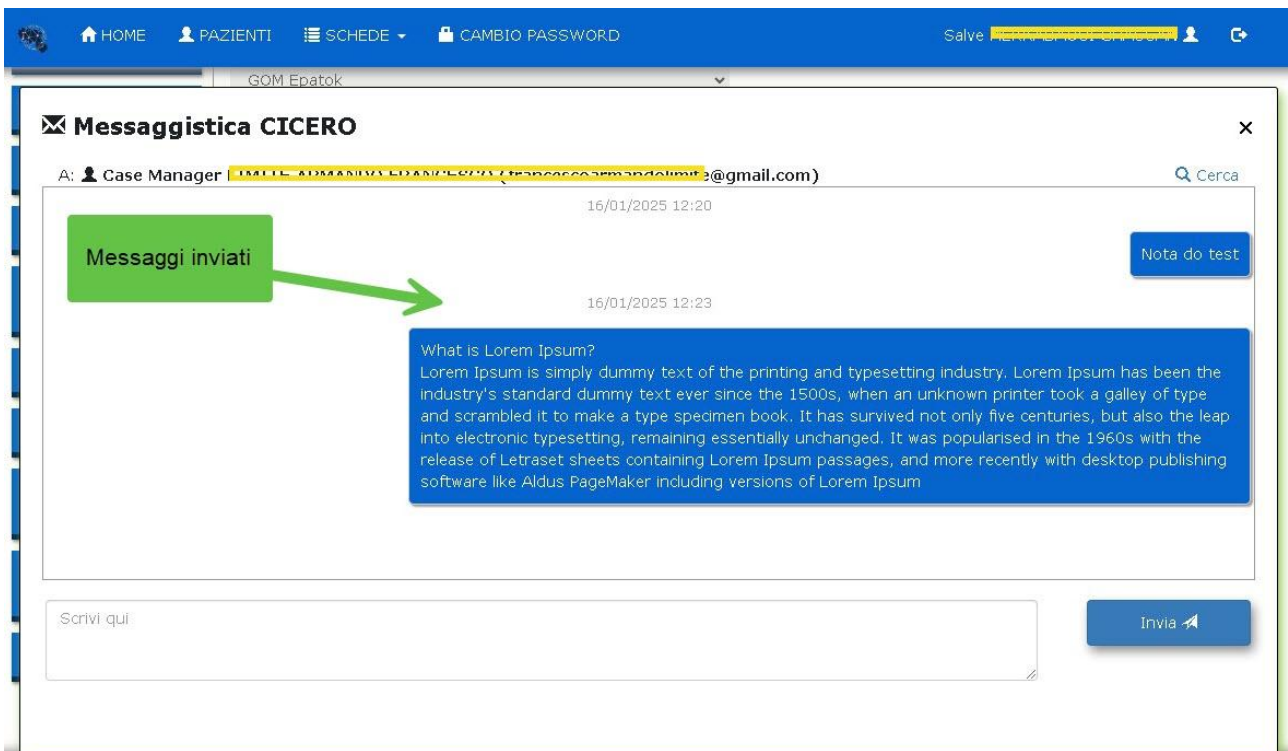
Messaggistica CICERO

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

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



Esempio di messaggi inviati.



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



Dashboard



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

Esenzione 048

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

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

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

Inserimento Richiesta esenzione E048

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



ROC Rete Oncologica Campana

HOME

PAZIENTI

SCHEDE

CAMBIO PASSWORD

Dashboard

Selezionare il menu
Pazienti

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

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 Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Esenzione / Pazienti

Nuova segnalazione

Ricerca paziente

Cognome Nome Data Nascita Localita' Nascita **Codice Fiscale** Cerca

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


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

Cliccare il Bottone
Esenzione

Paziente

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

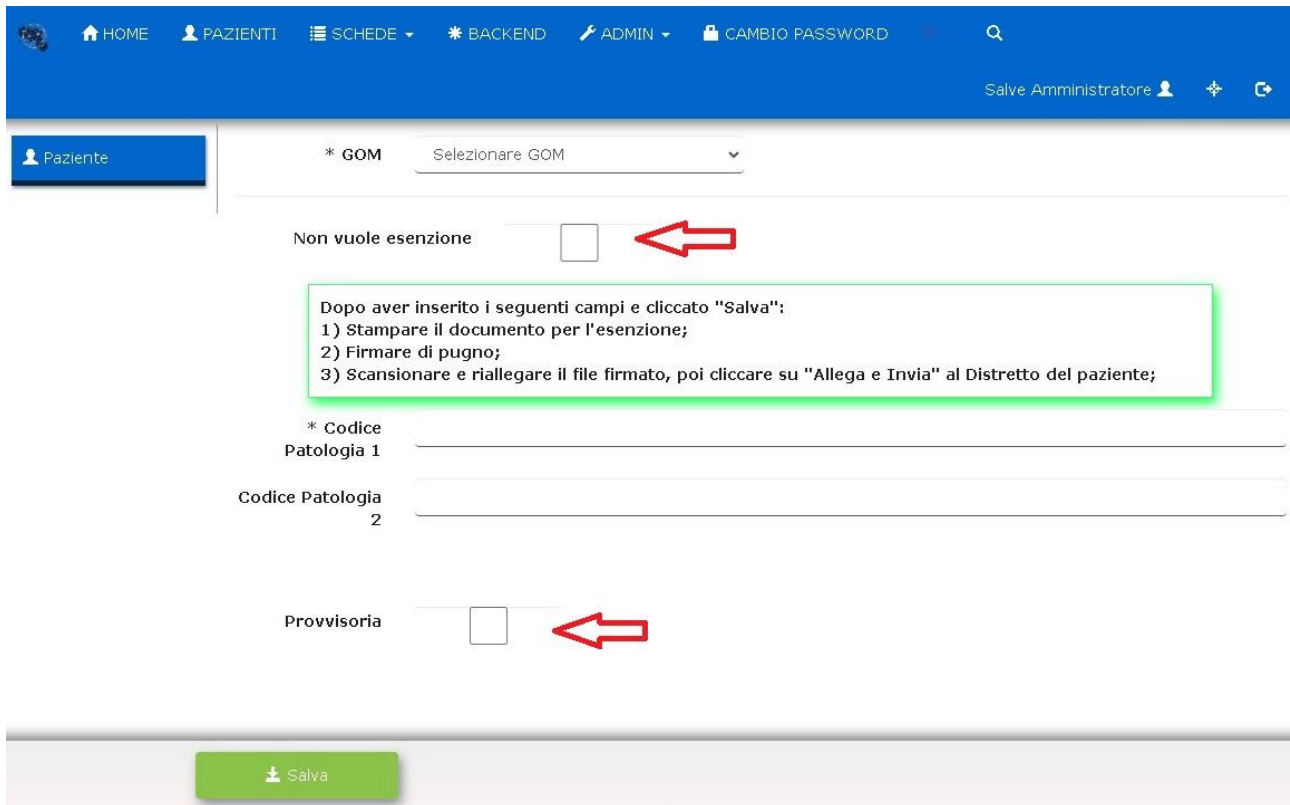
Nota: E' possibile richiedere l'Esenzione anche dalla scheda dell'Assistito.



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

Rifiuto Esenzione.

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




HOME PAZIENTI SCHEDE * BACKEND ADMIN CAMBIO PASSWORD

Salve Amministratore

Paziente

* GOM Selezionare GOM


Non vuole esenzione 

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

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

* Codice Patologia 1

Codice Patologia 2

Provvisoria 

Salva



MODULO DI RIFIUTO RICHIESTA ESENZIONE 048

La Sig.ra **CELESTE ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e
residente a **CASE (CE) VIA ROMA 218 (S.1004)**
Codice Fiscale **DELMINTESSSSSDESSSS**

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.

ROCC - RETE ONCOLOGICA CAM x +

app.reteoncologicacampana.it/RocTest/FrontEnd/E

HOME PAZIENTI SCHEDE

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

Cognome Nome

* GOM

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

E-mail

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

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

* Codice Patologia 1

Codice Patologia 2

enzione 048

nome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
<input type="text" value="Mazzoni"/>	<input type="text" value="Mazzoni"/>	<input type="text" value="01/01/1970"/>	<input type="text" value="037265617465333239313430352F30392F32303234203130..."/>	<input type="text" value="037265617465333239313430352F30392F32303234203130..."/>	<input type="text"/>

* GOM

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

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)

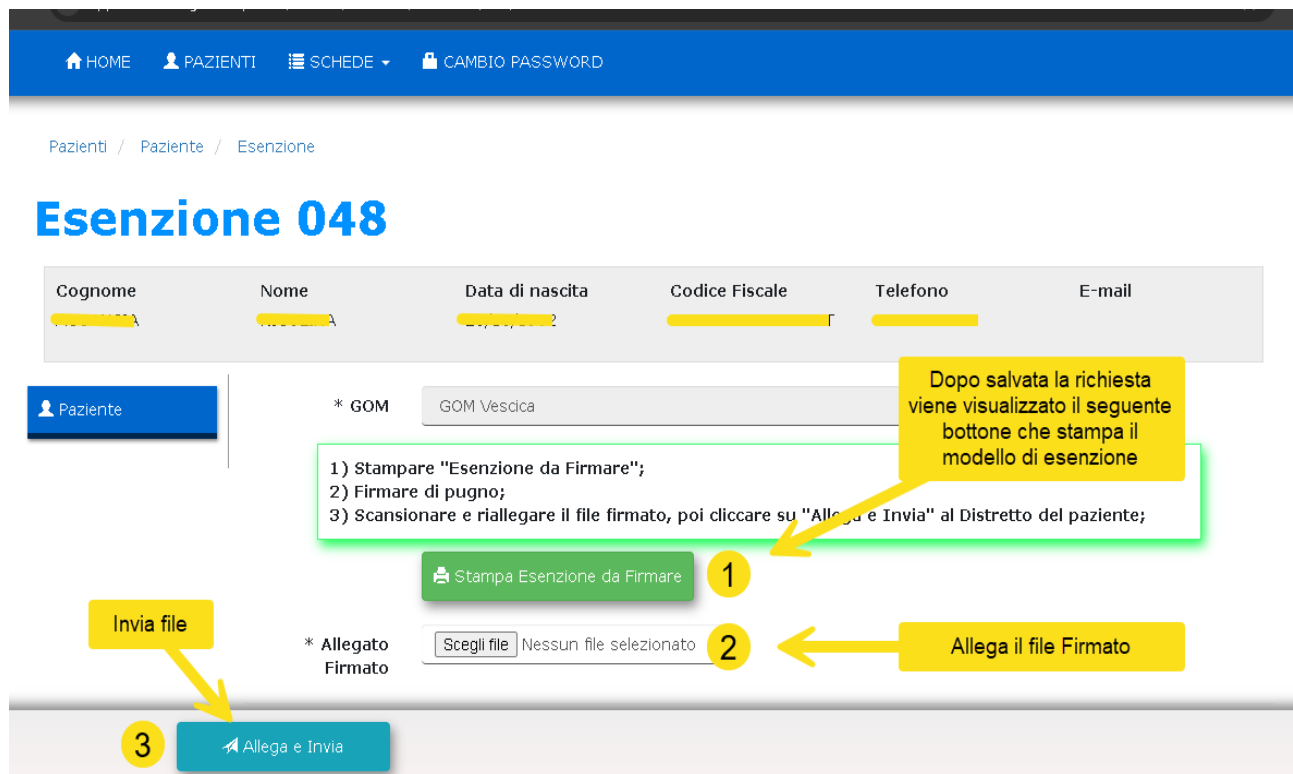
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

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.

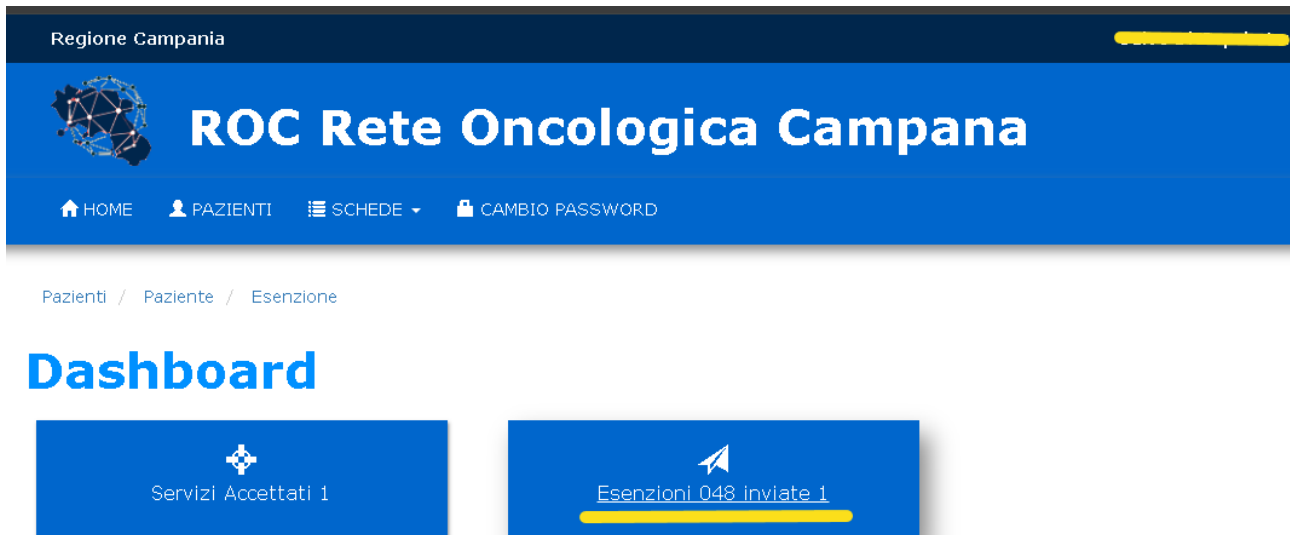
Nell'immagine seguente sono illustrati i vari passaggi richiesti.



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 yellow bars. Below the form, there is a 'Paziente' button and a 'GOM' dropdown menu set to 'GOM Vesica'. A green box highlights a list of instructions: '1) Stampare "Esenzione da Firmare"; 2) Firmare di pugno; 3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;'. Three numbered steps are indicated with yellow arrows: Step 1 points to the 'Stampa Esenzione da Firmare' button; Step 2 points to the 'Allegato Firmato' section, which includes a file selection area and an 'Allega il file Firmato' button; Step 3 points to the 'Allega e Invia' button at the bottom. A yellow callout box states: 'Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione'. Another yellow callout box says 'Invia file' pointing to the 'Allega e Invia' button.

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

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



Dashboard



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

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

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

Esenzione

Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Rifiutata

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

Elenco delle richieste rifiutate (points to search button)

Motivazione (points to 'Motivo Rifiuto' column)

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM

* Allegato Firmato

Motivo rifiuto

Dettaglio

10/09/2024 Inserita

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

1

Cliccare il bottone modifica (points to 'Modifica' button)

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente


* GOM

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


 Stampa Esenzione da Firmare

* Allegato Firmato Nessun file selezionato

Eliminare la richiesta rifiutata

 Allega e Invia

2

 Elimina

Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)

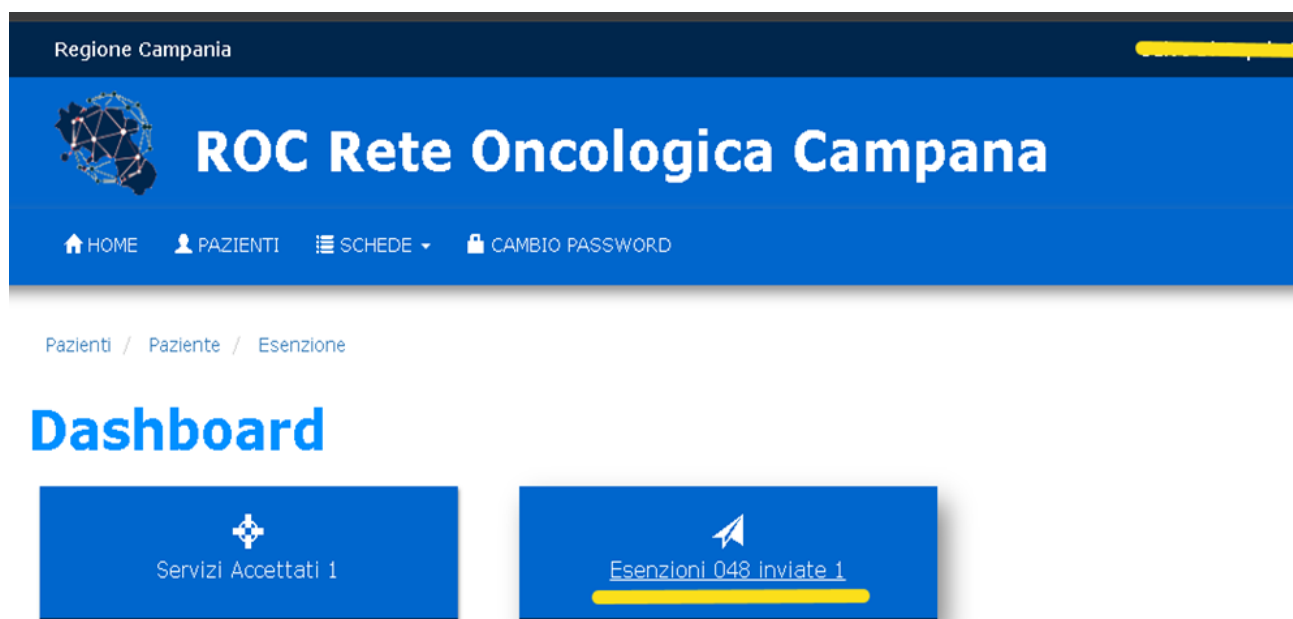
Ai “Richiedenti” verrà inviata un'e-mail automatica dal sistema, che notificherà l'avvenuta accettazione o il rifiuto dell'esenzione.

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


Verifica Richiesta esenzione E048

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

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.



Regione Campania

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

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

Regione Campania

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Inviata

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

Filtro di Ricerca

Elenco richieste

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

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

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

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve [redacted]

Esenzione 048

Cognome Nome Data di nascita Codice Fiscale Telefono E-mail

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

Data decesso [redacted]

Distretto Medico di base Telefono medico

DISTRETTO 15 [redacted]

Paziente

* GOM GOM Vesicaria

* Allegato Firmato 1

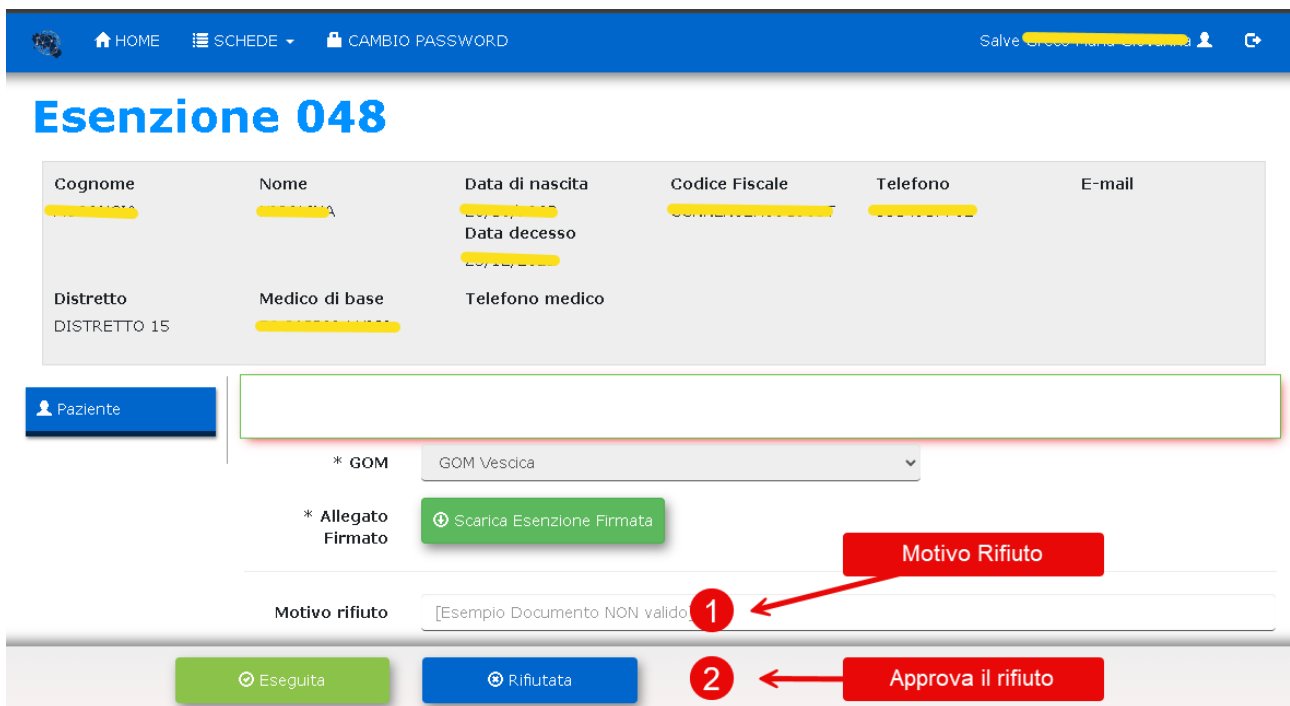
Approva la richiesta

Motivo rifiuto [Esempio Documento NON valido]

2

Rifiuto richiesta di esenzione

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



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

- Header:** HOME, SCHEDE, CAMBIO PASSWORD, Salve [nome cognome]
- Form Fields:** Cognome, Nome, Data di nascita, Codice Fiscale, Telefono, E-mail, Data decesso, Distretto (DISTRETTO 15), Medico di base, Telefono medico.
- Buttons:** Paziente, * GOM (GOM Vesdica), * Allegato Firmato (Scarica Esenzione Firmata), Eseguita, Rifiutata.
- Annotations:** A red box labeled 'Motivo Rifiuto' points to a text input field containing '[Esempio Documento NON valido]' with a red circle '1' next to it. Another red box labeled 'Approva il rifiuto' points to the 'Rifiutata' button with a red circle '2' next to it.

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

Pertanto è possibile inoltrare nuova richiesta di esenzione.

Modulo terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

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

Eleggibilità al trattamento

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

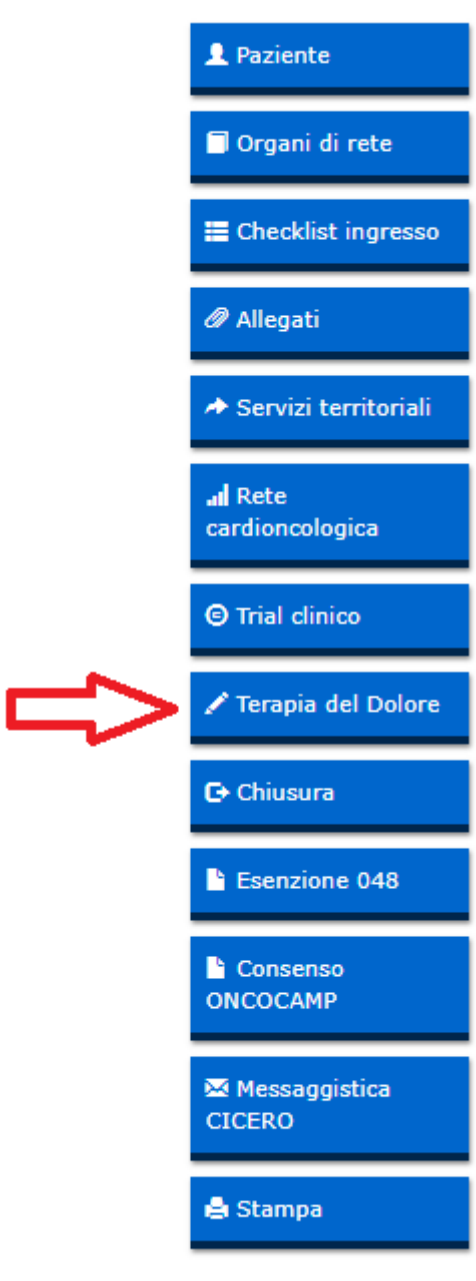
Possono accedere a questo servizio:

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

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

Richiesta della Terapia del Dolore

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



Compilare la scheda inserendo tutti i dati richiesti.

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

Terapia del Dolore

Cognome CENNIANO	Nome FORNARO	Data di nascita 06/03/1950	Codice Fiscale CNRFRN5060062397	Telefono 3473394037/3270122438	E-mail
N. Scheda 0005443484	Data segnalazione 22/07/2025	Stato Napoli	Distretto D10/NETTO-CE	Medico di base SILVANO MARIN	Telefono medico

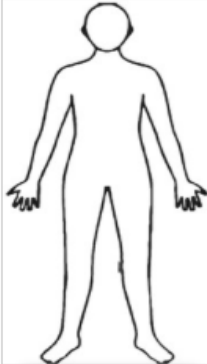
- [Paziente](#)
- [Organi di rete](#)
- [Checklist ingresso](#)
- [Allegati](#)
- [Servizi territoriali](#)
- [Terapia del Dolore](#)
- [Chiusura](#)
- [Esenzione 048](#)
- [Stampa](#)

Caratteristiche del dolore

Data rilievo

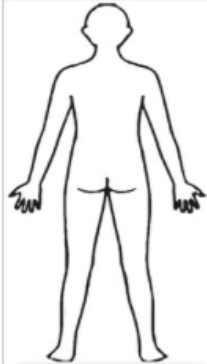
Dove
(Selezionare la parte del corpo)

Anteriore



[Modifica Anteriore](#)

Posteriore



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

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

Intensità media del dolore NRS

Allegato storia clinica Nessun file selezionato

Centro di destinazione

[Salva](#)

[Invia](#)

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

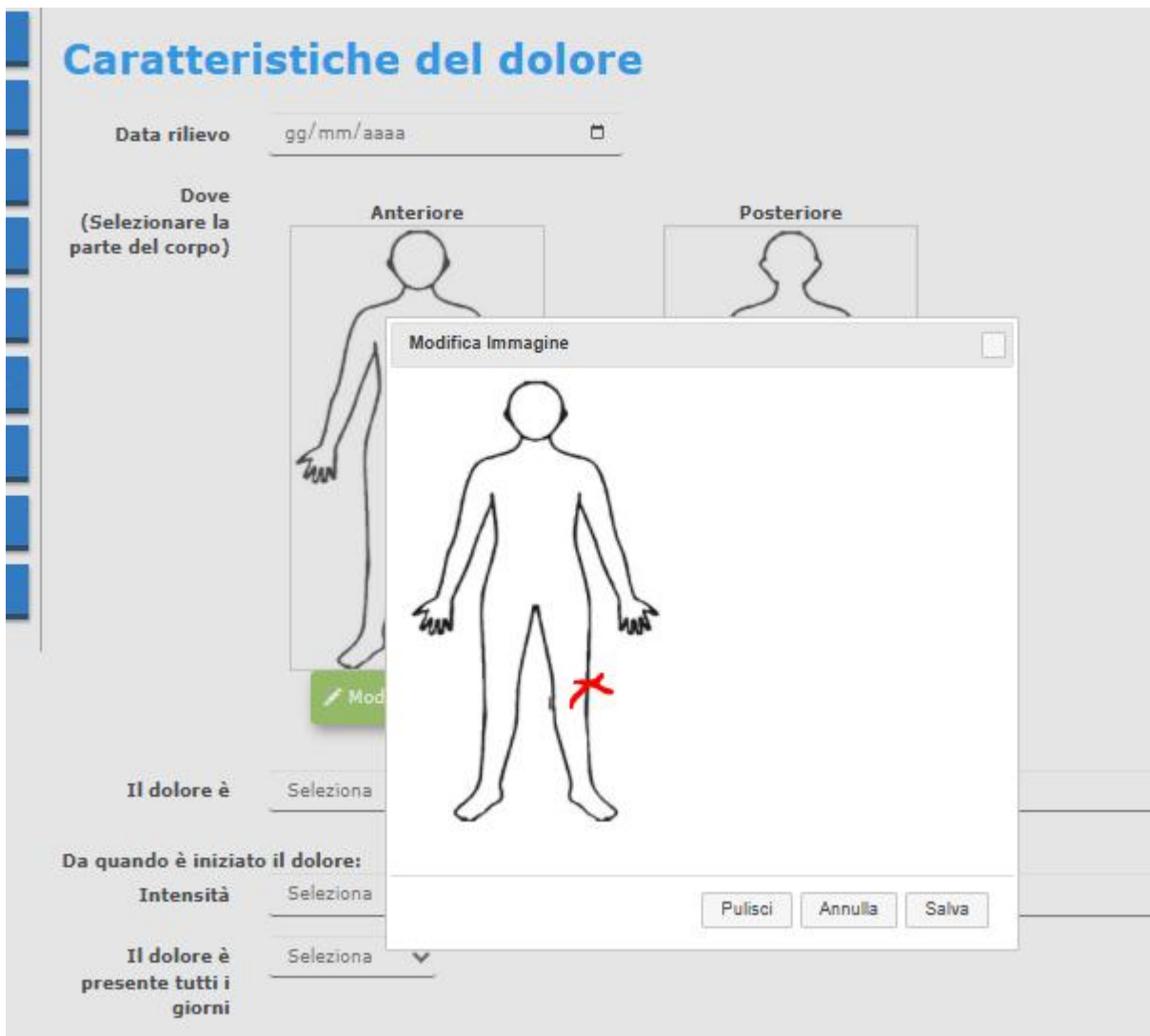
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta.**

Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.

Gestione Immagine

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

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



Caratteristiche del dolore

Data rilievo: gg/mm/aaaa

Dove (Selezionare la parte del corpo):
Anteriore Posteriore

Modifica Immagine

Il dolore è: Seleziona

Da quando è iniziato il dolore: Seleziona

Intensità: Seleziona

Il dolore è presente tutti i giorni: Seleziona

Pulisci Annulla Salva

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

Di seguito una specifica dei bottoni:

- ✓ **Pulisci** – cancella tutte le zone segnate;

- ✓ **Annulla** – chiude la finestra senza apportare modifiche;
- ✓ **Salva** – salva le modifiche e chiude la finestra;

Preso in Carico della Richiesta

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



A questo punto bisogna cliccare sul bottone relativo per visualizzare le richieste pervenute.
Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

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

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

Visita Algologica

Caratteristiche del Dolore

Visita Algologica

Paziente

Organi di rete

Allegati

Servizi territoriali

Terapia del Dolore

Chiusura

Esenzione 048

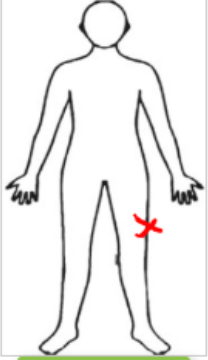
Stampa

Visita Algologica

Data rilievo

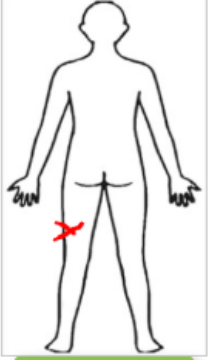
Dove (Selezionare la parte del corpo)

Anteriore



Modifica Anteriore

Posteriore



Modifica Posteriore

Il dolore è

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

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

Da quanto tempo

Area interessata

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

Se "altro" specificare

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

Conclusione

Dolore da causa neoplastica

Dolore da causa NON neoplastica

- Tipo di dolore
- nocicettivo
 - neuropatico

Terapie Farmacologiche

[+ Aggiungi Farmaco](#)

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

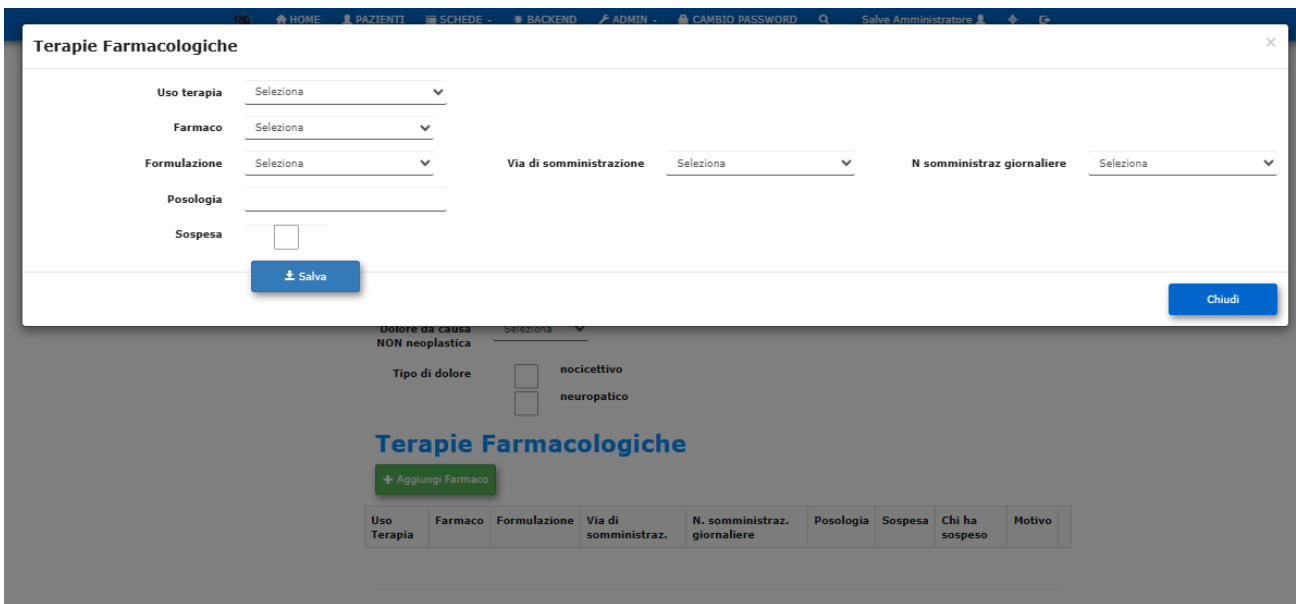
- Terapie interventistiche
- anestesia loco-regionale
 - infiltrazione con cortisonico
 - neuromodulazione elettrica transcutanea
 - neuromodulazione elettrica percutanea
 - radiofrequenza ablativa
 - radiofrequenza pulsata
 - crionalgesia
 - cifo/ vertebroplastica
 - alcolizzazione
 - pompa intratecale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

Se "altro" specificare

Note

Terapie Farmacologiche

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



The screenshot shows a web application interface for managing pharmacological therapies. The main form is titled "Terapie Farmacologiche" and contains several input fields: "Uso terapia" (dropdown), "Farmaco" (dropdown), "Formulazione" (dropdown), "Via di somministrazione" (dropdown), "N somministraz giornaliera" (dropdown), "Posologia" (text input), and "Sospesa" (checkbox). There are "Salva" and "Chiudi" buttons. Below the form, there are checkboxes for "Dolore da causa NON neoplastica" and "Tipo di dolore" (nocicettivo, neuropatico). A table with columns for "Uso Terapia", "Farmaco", "Formulazione", "Via di somministraz.", "N. somministraz. giornaliera", "Posologia", "Sospesa", "Chi ha sospeso", and "Motivo" is visible at the bottom.

Procedura generale per i Tumori rari

In aggiunta alle procedure standard contemplate in ogni PDTA, per i pazienti affetti da tumore raro è necessario implementare le seguenti fasi: **1. Presa in carico dei pazienti affetti da tumore raro**

La presa in carico dei pazienti affetti da tumore raro avviene ad opera dei Centri User, ossia di strutture proposte a livello regionale ed attualmente in attesa di *endorsement* da parte dell’AGENAS, identificate nell’ambito dei CORP e CORPUS della ROC, quali Istituzioni Sanitarie dotate di requisiti di elevata competenza ed esperienza per il trattamento dei tumori rari e che operino in stretta relazione con il Centro Regionale di Coordinamento per i

Tumori Rari (C.R.C.T.R.). Il CRCTR ha la funzione cardine di costituire il “nodo di riferimento” e di integrazione a livello regionale tra la Rete Nazionale dei Tumori Rari

(RNTR) ed il network europeo ERN-EURACAN (*European Reference Networks* –

European network for Rare Adult solid Cancer) dedicato ai tumori rari solidi dell’adulto.

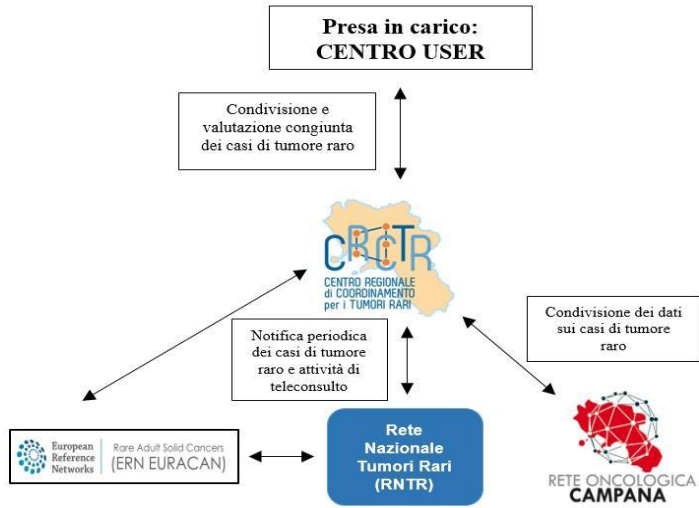
Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici tra Centro User e CRCTR

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

Registrazione dei casi ed organizzazione delle attività di teleconsulto

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

- Verificare che le attività di presa in carico e gestione clinica dei pazienti affetti da tumore raro siano coerenti con le progettualità della ROC e con le norme della RNTR, e garantire ai pazienti un accesso tempestivo ai migliori trattamenti e la continuità di cure pre- e post- ospedaliere.
- Rappresentare il nodo di comunicazione operativa tra le Istituzioni della ROC, la RNTR ed il Network ERN-EURACAN, al fine di organizzare le attività di teleconsulto, a livello regionale, nazionale e, laddove venga ritenuto necessario, a livello europeo.
- Effettuare un censimento sistematico con notifica periodica alla RNTR di tutti i casi di tumore raro presi in carico a livello regionale ed una verifica delle attività svolte in relazione alle normative ministeriali.
- A tal fine saranno disponibili piattaforme digitali per la registrazione dei casi che possano interfacciarsi ed integrarsi con la piattaforma digitale della ROC.



Ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) nei GOM

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

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

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

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

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

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

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

La piattaforma ROC consente al case manager di attivare su indicazione medica l'assistenza domiciliare integrata (ADI). I servizi richiesti vengono presi in carico dall'ASL e dal Distretto di appartenenza del paziente. I MMG possono verificare a questo punto l'avvenuto presa in carico di un loro assistito da parte del territorio.

Il case manager nella Rete Oncologica Campana

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

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

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

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

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

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

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed Internazionali (ESMO, NCCN).

Tempi di presa in carico

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

- Il primo accesso al GOM per tumore esofageo 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 10 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, almeno per quanto attiene la prima TC stadiativa, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, l'intervento chirurgico laddove indicato sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico dovrà essere disponibile **entro 15 giorni dalle procedure biotiche o dall'intervento chirurgico**.
- 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 CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 21 giorni dalla prima valutazione (ed entro 60 giorni dall'eventuale intervento chirurgico, attesi i tempi di recupero del paziente e le eventuali complicanze)**

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	F. De Vita, F. Ciardiello, R. R. Palaia, S. Falivene, C. Carlomagno, C. La Manna
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 (A.M. Grimaldi), SIMG (G.Piccinocchi)
Farmacisti revisori	Valerio Marotta, Maddalena Panico

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



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

Realizzare opuscoli informativi (cartella informativa-narrativa digitale) sul percorso di cura dei pazienti. L'opuscolo dovrebbe essere disponibile sul sito della R.O.C.

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

A:

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

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

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

Definire i criteri di accesso e le mansioni, delle associazioni di volontariato oncologico, presso gli Enti sanitari accreditati nella R.O.C., tenendo conto dei

bisogni reali dell'utenza e di quanto previsto dalle norme vigenti

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

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

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

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

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

I diritti del malato oncologico e dei care giver

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 care giver. Grazie a queste pagine il paziente oncologico ed il care giver 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>

Approfondimento: FOLLOW-UP PER PAZIENTE CON PATOLOGIA ESOFAGEA PREGRESSA

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il/la paziente rientrerà in un adeguato percorso di follow-up clinico-strumentale per i successivi 5 anni ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (Tabella 9) e della presenza di complicanze legate all'intervento chirurgico (es. anemia, dumping sindrome). Ad oggi, non esistono programmi di follow-up standardizzati. In caso di recidiva il/la paziente sarà opportunamente rivalutato/a dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali. Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in precedenza illustrati e le principali linee guida per la gestione della patologia.

Tabella 17a. Scheda di follow-up nei pazienti trattati per neoplasia esofagea istologia adenocarcinoma

	Timing	Follow-up
0-2 anni	Ogni 3-4 mesi	<ul style="list-style-type: none"> -Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni anno; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
3-5 anni	Ogni 6 mesi	<ul style="list-style-type: none"> -Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni 2 anni; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi

		-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
>5 anni	Ogni anno	-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica -Follow-up da effettuare presso ambulatori specialistici o presso MMG

Tabella 17b. Scheda di follow-up nei pazienti trattati per neoplasia esofagea istologia squamosa

	Timing	Follow-up
0-2 anni	Ogni 3-4 mesi	-Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni 3 mesi per il primo anno poi ogni 6 mesi; TC total body con mdc ogni sei mesi; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
3-5 anni	Ogni 6 mesi	-Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni 6 mesi fino al III anno, poi ogni anno; TC total body con mdc ogni sei mesi fino al IV anno, poi annuale; Ecografia addome ogni 6 mesi

		-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
>5 anni	Ogni anno	-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica -Follow-up da effettuare presso ambulatori specialistici o presso MMG

Nei pazienti sottoposti a CRT definitiva si consiglia EGDS ogni 3/6 mesi.