

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)  
per il carcinoma colon-retto**

**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** Colon-Retto.

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

## TUMORI DEL COLON – RETTO

### Brevi note epidemiologiche

#### Fattori di rischio

I principali fattori di rischio per tumori del colon retto sono rappresentati dagli stili di vita e dalla familiarità.

Tra i primi vanno annoverati fattori dietetici, quali il consumo di carni rosse, insaccati, farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso, la ridotta attività fisica, il fumo e l'eccesso di alcool. In merito alla familiarità circa un terzo dei tumori del colon-retto presenta caratteristiche ascrivibile a suscettibilità ereditarie; solo una parte di questo rischio familiare (2-5%) è riconducibile a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche associate ad aumento del rischio di carcinoma coloretale; fra queste le sindromi caratterizzate dall'insorgenza di polipi, quali la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e quelle non poliposiche come la sindrome di Lynch. L'ereditarietà è per lo più su base autosomico-dominante. Per gli individui appartenenti a gruppi familiari a rischio non ancora inquadrati in sindromi definite, il rischio di ammalare di carcinoma del colon-retto è circa doppio rispetto alla popolazione generale nel caso in cui sia presente un consanguineo di I° grado, e più che triplo qualora quest'ultimo abbia contratto il tumore prima dei 50 anni di età. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. Considerato che circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose va sottolineato il ruolo determinante che assume, nella gestione della malattia neoplastica del colon retto, lo screening organizzato di popolazione; quest'ultimo, infatti, è in grado di ridurre sia la mortalità, con la diagnosi precoce di carcinomi, che la stessa incidenza, in quanto permette l'individuazione e la rimozione di lesioni precancerose.

#### Incidenza

I tumori del colon-retto rappresentano, sia in Italia che in Campania, la terza neoplasia negli uomini (dopo i tumori di prostata e polmone) e la seconda nelle donne (dopo il tumore della mammella).

La stima al 2022 dei nuovi casi di tumori del colon retto in Europa<sup>1</sup> è di un ASR di 92,7 per 100.000 nei maschi e 58,2 per 100.000 nelle donne con un numero totale di casi atteso di 356.154 (197.456

---

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

maschi e 158.698 donne). In Italia<sup>2</sup> le stime al 2025 sono di un ASR di 68,6 per 100.000 nei maschi e 47,4 per 100.000 nelle donne con un numero di casi atteso di 41.700 (22.800 uomini e 18.900 donne). La stima in Campania<sup>3</sup> al 2025 indica un ASR di incidenza di 83,7 per 100.000 negli uomini e 55,2 per 100.000 nelle donne, con un numero di nuovi casi atteso di 4.264 (2.393 uomini e 1.871 donne). Il trend temporale in Italia<sup>4</sup>, per il periodo 2008/2017 nei maschi + femmine, è in decremento con una APC (Annual Percent Change) di -6,7 statisticamente significativa.

In Campania<sup>3</sup> invece, per il periodo 2010/2019 si osserva nei maschi un trend in incremento per il periodo 2010/2013 con una APC di +2,6 statisticamente significativa, seguito da un trend stabile per il successivo periodo 2013/2019; nelle donne si osserva per l'intero periodo 2010/2019 un trend in incremento con una APC di +0,6 statisticamente significativa.

## **Mortalità**

In Italia i decessi per tumori del colon retto rappresentano la seconda causa di morte sia nei maschi che nelle donne (rispettivamente dopo il tumore polmonare e della mammella); in Campania il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte nei maschi (dopo i tumori polmonari) e la terza causa nelle donne (dopo i tumori della mammella e del polmone). La stima al 2022 dei decessi per tumori del colon retto in Europa<sup>2</sup> è di un ASR di mortalità di 42,8 per 100.000 nei maschi e 24,6 per 100.000 nelle donne con un numero totale di decessi stimati di 158.956 (88.585 maschi e 70.371 donne). In Italia<sup>5</sup> per il 2022 sono stati stimati 24.200 decessi per neoplasie del colon-retto (13.000 uomini e 11.200 donne). La stima in Campania<sup>2</sup> al 2025 indica un ASR di mortalità di 38,0 per 100.000 negli uomini e 20,0 per 100.000 nelle donne.

Il trend temporale della mortalità in Italia<sup>4</sup>, per il periodo 2008/2017 nei maschi + femmine, è in decremento con una APC (Annual Percent Change) di -6,2 statisticamente significativa.

In Campania<sup>3</sup>, nel periodo 2010/2019 si osserva un trend di mortalità stazionario sia per i maschi, con APC di -0,4, che per le donne, con APC di -1,1, (entrambi i valori non statisticamente significativi).

---

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

<sup>3</sup> Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

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

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

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

## **Sopravvivenza**

In Italia<sup>6</sup> la sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi, per il periodo di incidenza 2013/2017, è sostanzialmente sovrapponibile nei due generi, per entrambi i tumori di colon e retto: tumore del colon pari al 67,3% nei maschi e 67,1% nelle donne; tumore del retto, pari al 64,0% nei maschi e 64,8% nelle donne.

## **Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania**

In considerazione che nell'ambito della Rete Oncologica Regionale gli indicatori di valutazione per i volumi chirurgici prodotti dalle strutture di diagnosi e cura sono diversi per colon e retto, vengono di seguito descritti in modo separato i percorsi delle due sedi di neoplasia facendo riferimento ai dati AGENAS<sup>7</sup> 2024

## **Tumore del colon**

Nel corso del 2023 sono stati trattati chirurgicamente per tumore del colon 2.411 pazienti residenti in Campania; di questi 2.182 (90,5% della casistica) sono stati trattati in 75 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 229 (9,5% della casistica) sono stati trattati in strutture extraregionali distribuite su 13 diverse regioni. L'importante mobilità passiva per chirurgia dei tumori del colon, oltre alla estrema frammentazione dei percorsi di diagnosi e cura, sia a livello regionale che extraregionale, ha subito una lieve riduzione nel 2020 - anno Covid, rispetto al triennio immediatamente precedente (8,4% anno 2020 contro l'11,3% del triennio 2017/2019), per poi stabilizzarsi intorno al 10%.

La Rete Oncologica Regionale tutt'ora riconosce 64 strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori del colon<sup>8</sup>.

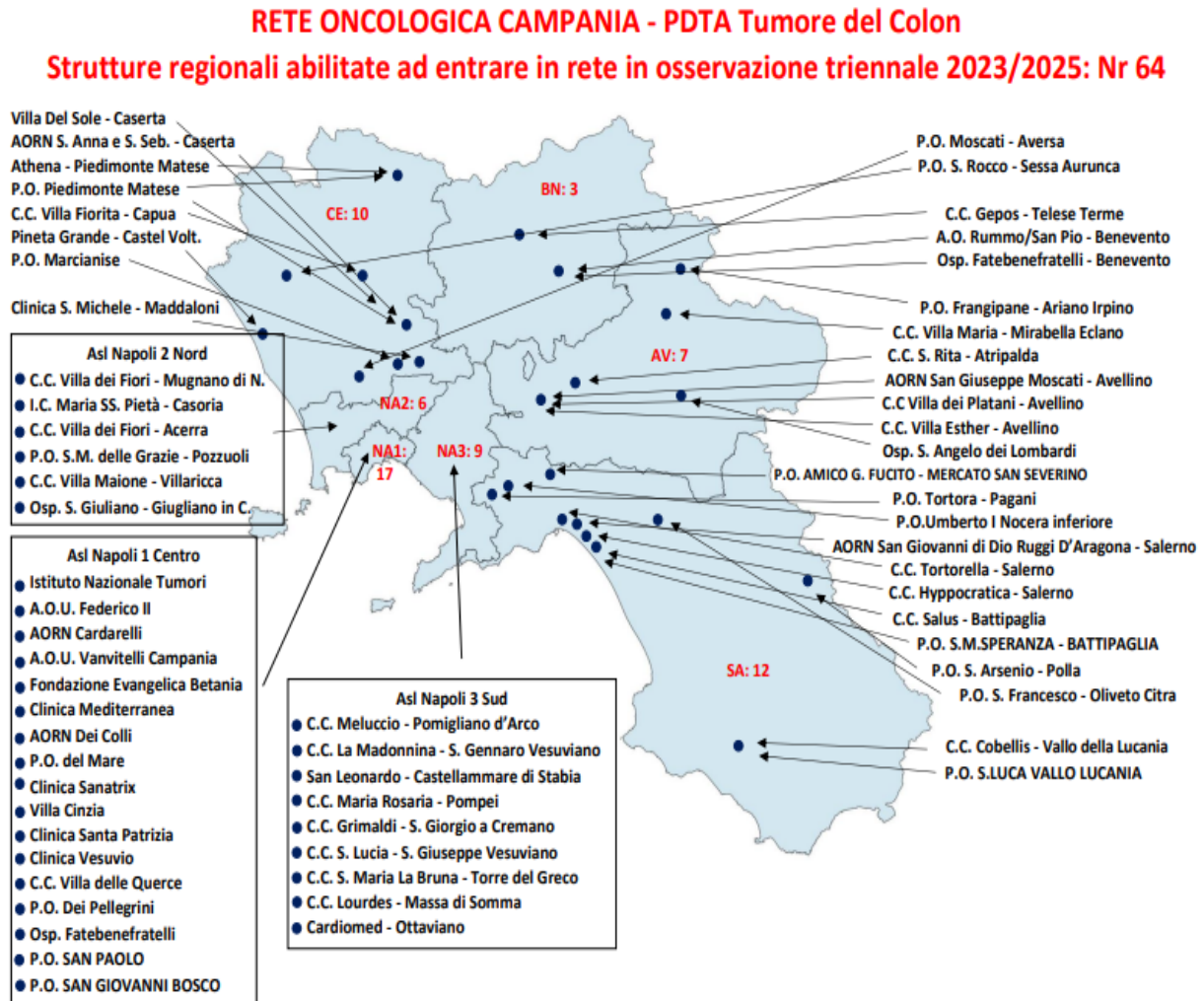
---

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

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

<sup>8</sup>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 del colon sul territorio regionale.



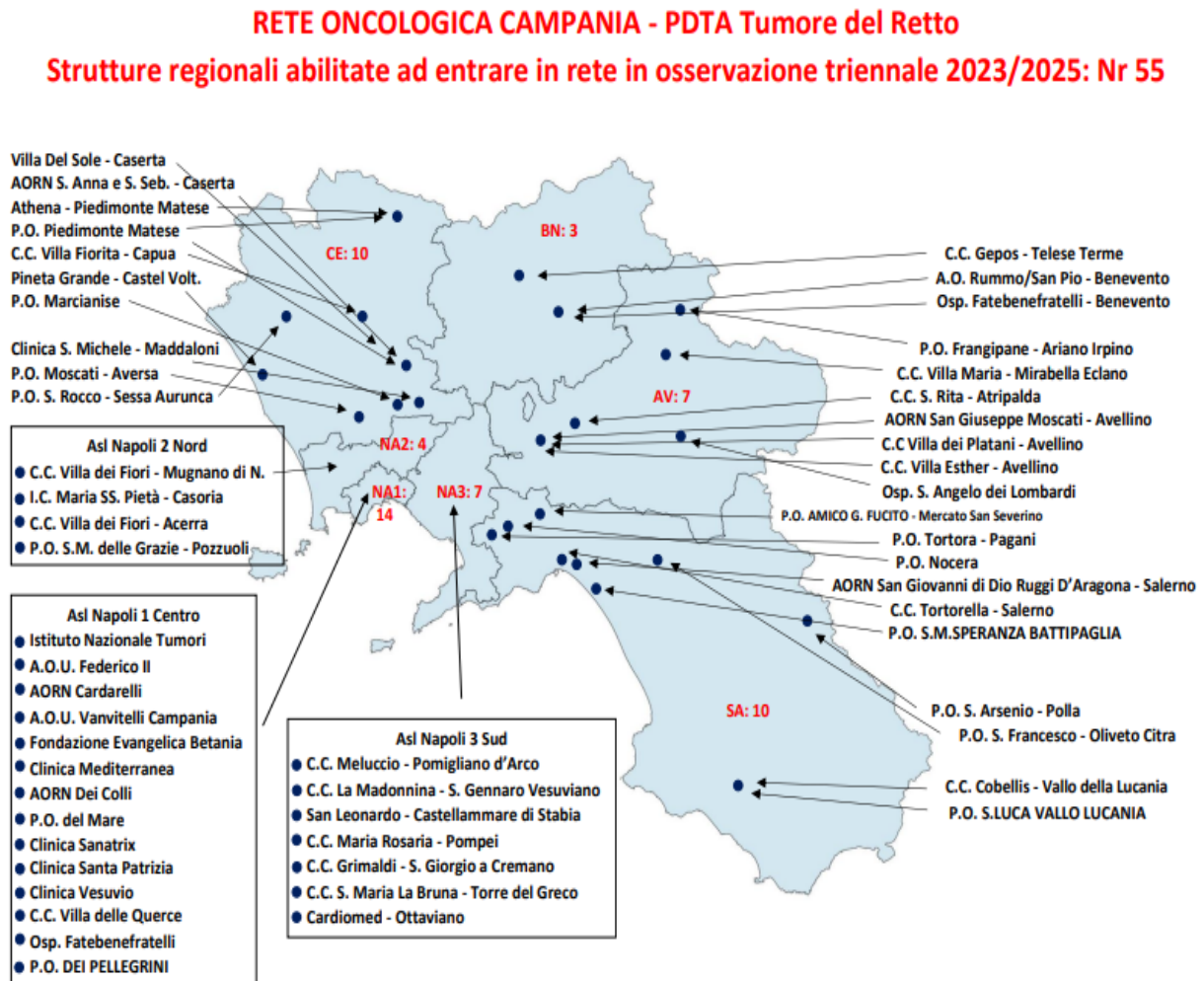
## Tumore del retto

Nel corso del 2023 sono stati trattati chirurgicamente per tumore del retto 482 pazienti residenti in Campania; di questi 425 (88,2% della casistica) sono stati trattati in 49 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 57 (11,8% della casistica) sono stati trattati in strutture extraregionali distribuite su 11 diverse regioni.

Anche per il tumore del retto l'importante mobilità passiva associata anche per questa sede alla estrema frammentazione dei percorsi di diagnosi e cura, sia a livello regionale che extraregionale, ha subito una riduzione a partire dall'anno 2020, anno Covid, rispetto al triennio immediatamente precedente (14% anno 2020 contro il 15,8% del triennio 2017/2019); riduzione progressiva che è continuata negli anni successivi.

La Rete Oncologica Regionale tutt'ora riconosce 55 strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori del retto<sup>8</sup>.

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



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

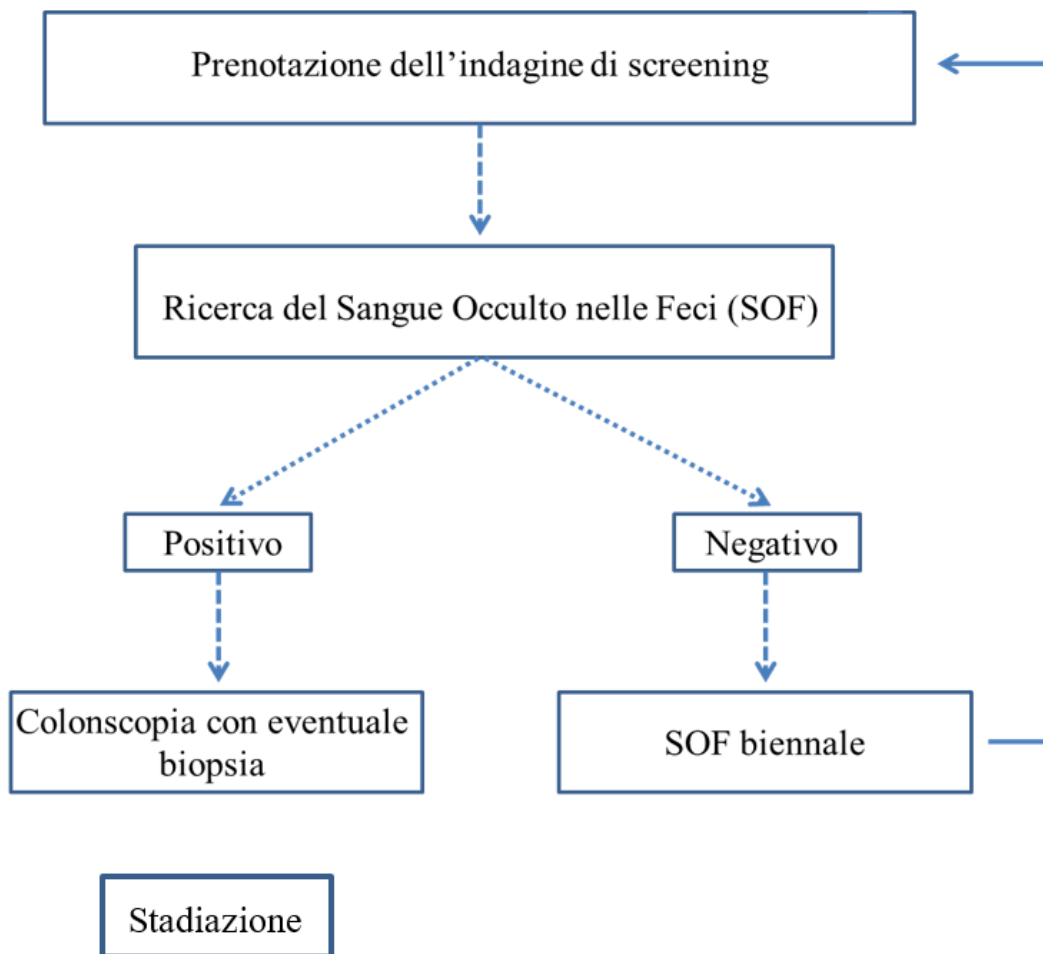
## **PERCORSO PER SEGMENTAZIONE**

- Screening con ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) per persone asintomatiche
- Percorso diagnostico per pazienti con sospetta neoplasia colon-rettale
- Percorso stadiativo/terapeutico per pazienti con neoplasia colon-rettale accertata
- Follow-up per pazienti con pregressa neoplasia colon-rettale

## **SCREENING CON RICERCA DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI (SOF) PER PERSONE ASINTOMATICHE**

Lo Screening mediante Sangue Occulto nelle Feci (SOF) è una procedura Attualizzata dalle Strutture territoriali (Presidi Ospedalieri di Base, Ambulatori delle ASL, con il contributo dei Medici di Medicina generale -MMG). La popolazione target è rappresentata da donne ed uomini nella fascia d'età compresa tra 50 e 74 anni. La negatività allo screening prevede la ripetizione biennale. Il percorso previsto per lo screening della patologia colon-rettale è riportato in figura 1.

**Figura.1 Percorso dello screening colon-rettale**



Donne e uomini positive allo screening con S.O.F. saranno inviati dalle Strutture Territoriali preposte allo screening al centro di endoscopia territorialmente più vicino per l'esecuzione di un retto/colonscopia, previo colloquio pre-colonscopico

Nel caso l'esame endoscopico risulti negativo per neoplasia la persona sarà reindirizzata al percorso screening.

I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso. Nel caso gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità il paziente sarà reindirizzato al percorso di screening.

Nel caso di esame endoscopico con sospetto di malignità, confermato dall'esame istologico, il paziente sarà inviato al Case Manager designato dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) responsabile della presa in carico, presso un centro oncologico di I o II livello appartenenti al GOM per la gestione diagnostico-terapeutica del caso (figura 3). L'esame istologico dovrà essere reso disponibile entro 14 giorni dalla procedura endoscopica.

## **PERCORSO DIAGNOSTICO PER PAZIENTI CON SOSPETTA NEOPLASIA COLON-RETTALE**

Donne e uomini di almeno 18 anni, con sintomi sospetti per neoplasia colon-rettale (es. ematochezie, rettorragia, stipsi ostinata, anemia) dovranno afferire autonomamente od opportunamente indirizzati dal proprio medico di MMG o altro medico specialista di riferimento presso un centro di endoscopia territorialmente più vicino per l'esecuzione di un retto/colonscopia. Il percorso diagnostico nel caso di una sospetta neoplasia colon-rettale è riportato in figura 2.

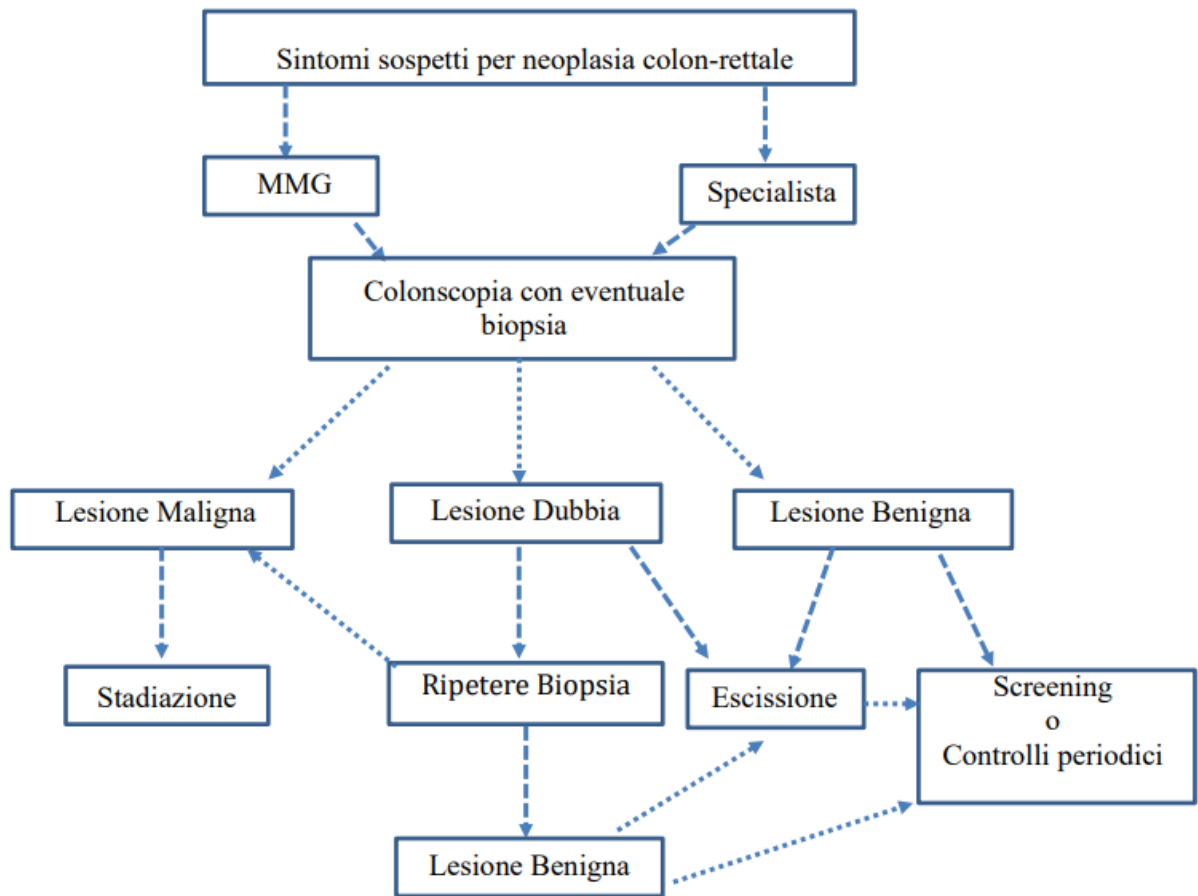
Nel caso l'esame endoscopico risulti negativo per neoplasia la persona sarà indirizzata al percorso screening e/o assistenziale, più idoneo alla sua condizione clinica come previsto dalle linee guida più attuali.

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

I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti a ulteriori approfondimenti, ritenuti opportuni caso per caso. Nel caso gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità il paziente sarà indirizzato a un percorso di screening o di follow-up.

Nel caso l'esame endoscopico istologico confermi il sospetto di malignità il paziente sarà inviato al Case Manager designato dal GOM responsabile della presa in carico, presso un CORP o CORPUS per la gestione diagnostico-terapeutica del caso, figura 3. L'esame istologico dovrà essere reso disponibile entro 14 giorni dalla procedura endoscopica.

**Figura. 2 Percorso diagnostico per pazienti con sospetta neoplasia colon-rettale**



### **PERCORSO STADIATIVO/TERAPEUTICO PER PAZIENTI CON NEOPLASIA COLON-RETTALE ACCERTATA**

Donne e uomini adulti con una diagnosi di neoplasia colon-rettale dovranno afferire autonomamente od opportunamente indirizzati dal proprio MMG o altro medico specialista di riferimento presso un CORP o CORPUS per la gestione diagnostico-terapeutica del caso da parte del GOM specifico per la patologia tumorale colon-rettale. Compito del GOM sarà quello di definire il percorso diagnostico e terapeutico-assistenziale nelle varie fasi di malattia e di coordinare le diverse figure professionali che si faranno carico del paziente affetto da tumore colon-rettale per i propri ambiti di competenza specialistica. In particolare il GOM consentirà la pianificazione del trattamento ottimale per ciascun paziente mediante:

- Un' accurata stadiazione del tumore.
- L'accesso a terapie multimodali integrate.
- L'accesso a terapie sistemiche personalizzate sulla base delle caratteristiche cliniche e molecolari della neoplasia

La presa in carico del paziente da parte del *core-team* del GOM (oncologo medico, chirurgo colon-rettale e radioterapista) avverrà entro 3 giorni dalla prenotazione mediante l'infermiere Case Manager. Quest'ultimo si occuperà anche della prenotazione degli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione (figura 3), conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico sulla base dello stadio TNM. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della presa in carico del paziente. Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici almeno una volta a settimana. Nel caso di diagnosi istologica di neoplasia del colon e del retto intraperitoneale (>12 cm dal margine anale) il paziente sarà sottoposto ad anamnesi, esame obiettivo, esami ematochimici di routine, dosaggio dei marcatori tumorali sierici CEA e Ca19.9 e alla TAC torace-addome-pelvi con mezzo di contrasto. Nel caso di diagnosi istologica di neoplasia del retto extraperitoneale ( $\leq$  12 cm dal margine anale), il paziente dovrà essere sottoposto, oltre agli esami elencati in precedenza, ad ecoendoscopia transrettale e RMN pelvi, quest'ultima necessaria per la definizione del margine circonferenziale (tabelle 2). La RMN del fegato e l'ecografia epatica con mezzo di contrasto (CEUS) non rappresentano degli esami di routine per la stadiazione del tumore colon-rettale e dovranno essere utilizzate qualora siano presenti dei reperti dubbi alla TAC relativi a localizzazioni secondarie epatiche. Allo stesso modo la PET, che non rappresenta un esame di routine, dovrebbe essere utilizzata esclusivamente nei pazienti metastatici candidati a resezione e nei casi di localizzazioni secondarie sospette alla TAC e non dirimenti con altre indagini strumentali. In caso di sospetto o certezza di neoplasia colon-rettale metastatica, dovranno essere avviate contestualmente all'esame istologico o durante la stadiazione le indagini molecolari (identificazione delle mutazioni di RAS e BRAF).

Le procedure stadiative dovranno essere completate entro 2 settimane dalla diagnosi di certezza istologica e, qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse disponibile al momento della prima visita, entro 4 settimane dalla presa in carico del paziente (figura 3).

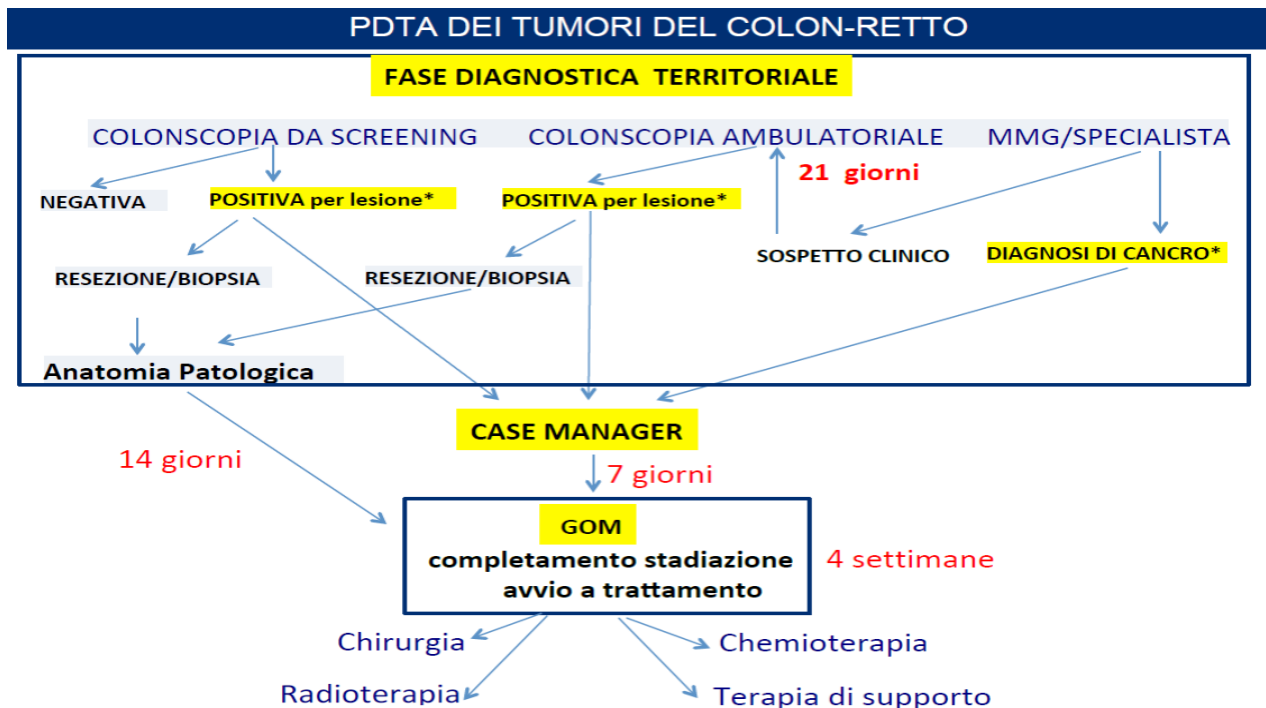
La valutazione del polimorfismo DPYD è obbligatorio per i pazienti candidati a terapia con fluoropirimidine come da indicazione AIFA.

In tutti i casi in cui si sospetta un'ereditarietà il GOM dovrà valutare l'opportunità di un counseling oncogenetico. Allo stesso modo il GOM dovrà valutare l'opportunità di un counseling psicologico e della necessità di un supporto nutrizionistico mediante l'utilizzo di un sistema di screening dello stato di malnutrizione (MUST). Nei pazienti in età fertile con necessità di trattamenti chemioterapici il GOM valuterà la necessità di un counseling di oncofertilità.

**Tabella 2: Esami diagnostici in appropriatezza per i PDTA colon-retto**

Colonscopia completa
Diagnostica per immagini
TAC con mdc:
Torace
Addome e pelvi
RMN per i tumori del retto extraperitoneale (<12 cm dal margine anale)
Ecoendoscopia per i tumori del retto extraperitoneale (<12 cm dal margine anale)
Esami di laboratorio:
Emocromo, coagulazione, parametri di funzionalità epatica e renale, albumina
CEA
PET solo in pazienti con malattia localmente avanzata o metastasi candidate a resezione

**Figura.3 Percorso stadiativo/terapeutico per pazienti con neoplasia colon-rettale**



L'inquadramento con queste indagini permette di definire lo stadio di malattia, per lo meno in relazione o meno alla presenza delle metastasi a distanza, che andrà poi integrato con i dati ottenuti dal pezzo operatorio, in caso di candidabilità del paziente alla chirurgia.

#### **Stadiazione (secondo il sistema TNM)**

**Stadio I:** tumori che invadono la sottomucosa (T1) o la muscolare propria (T2), senza interessamento dei linfonodi loco-regionali ed in assenza di localizzazioni a distanza;

**\*Stadio II:** tumori che invadono la sottosierosa o i tessuti pericolici (T3) oppure che invadono direttamente altri organi o strutture e/o perforano direttamente il peritoneo viscerale (T4), senza interessamento dei linfonodi loco-regionali ed in assenza di localizzazioni a distanza;

**\*Stadio III:** tumori con qualsiasi T e metastasi nei linfonodi loco-regionali (ogni T, N1-2), in assenza di localizzazioni a distanza;

**Stadio IV:** tumori con qualsiasi T, qualsiasi N e metastasi a distanza, confinate ad un organo (M1a) o in più organi (M1b).

**\*Negli stadi II e III delle neoplasie del retto extraperitoneale è importante definire anche il margine circonferenziale (MCR  $\leq$  oppure  $>$  1 mm)**

Come stabilito dal DCA 100/2019 della Regione Campania ogni caso andrà valutato in immunohistochimica per instabilità dei microsatelliti come modalità di screening per i tumori ereditari del colon.

In base alla stadiazione clinica e/o patologica, verrà definito dal GOM il piano di trattamento per il singolo paziente.

### **Stadi di malattia limitata (stadio I, II, III)**

Per quanto riguarda le neoplasie del colon, il trattamento è solitamente chirurgico, se non vi sono problematiche cliniche (comorbidità, età del paziente) che ne limitino la fattibilità. Le tecniche chirurgiche per il carcinoma del colon prevedono la colectomia segmentaria in base alla sede della neoplasia: tale procedura, da effettuare, in assenza di controindicazioni, con approccio laparoscopico, deve prevedere la rimozione in blocco del o dei peduncoli vascolari con resezione ampia della parte interessata di intestino assicurando l'integrità del mesocolon ed una adeguata linfektomia. Le opzioni chirurgiche per il trattamento del cancro rettale includono invece la resezione anteriore con exeresi parziale o totale del mesoretto a seconda della sede del tumore, la resezione addomino-perineale, la escissione locale mediante exeresi transanale tradizionale o con microchirurgia/videoassistita (in casi ben selezionati con basso rischio di metastasi linfonodali mesorettali e/o sincrone). L'approccio miniinvasivo (laparoscopico o robotico) è opzionale ma auspicabile soprattutto deve essere utilizzato in centri ad alto volume e con provata esperienza di chirurgia mini invasiva. Nel percorso preparatorio alla chirurgia è opportuno inserire il paziente in protocolli di riabilitazione perioperatoria (ERAS) che permettono una significativa riduzione delle complicanze chirurgiche.

Nei casi in cui si è dovuto ricorrere ad una stomia è importante la figura dell'infermiere stoma terapeuta; il professionista che, seguendo tutte le fasi del nursing, si occupa della persona portatrice di stomia, attraverso specifici interventi di prevenzione, cura, riabilitazione ed educazione. È fondamentale anche il contributo dello psico-oncologo.

Dopo la chirurgia, il paziente verrà sottoposto ad una nuova visita oncologica per decidere il proseguo terapeutico sulla base della diagnosi istopatologica (pTNM):

- nei tumori del colon in stadio I e II di malattia senza fattori di rischio, il paziente proseguirà soltanto con visite di follow up figura 4;
- nei tumori del colon in stadio II con almeno un fattore di rischio (T4, grading G3, invasione asolare e/o perineurale, meno di 12 linfonodi asportati, esordio clinico con occlusione/perforazione) e stadio III, il paziente è candidato a ricevere un trattamento postoperatorio precauzionale (chemioterapia adiuvante) al fine di ridurre il rischio di recidiva della malattia, figura 4.

Il trattamento standard prevede l'utilizzo di fluoro-pirimidine (capecitabina o 5-fluorouracile) in associazione ad oxaliplatino, da intraprendere dopo 4 e sino ad un massimo di 8 settimane dopo la chirurgia, per una durata complessiva di circa 3-6 mesi, secondo i seguenti schemi:

- XELOX, oxaliplatino ev 130 mg/m<sup>2</sup> giorno 1 e capecitabina per os 2000 mg/m<sup>2</sup> bid per 14 giorni, ogni 21 giorni, per 8 cicli, con la possibilità di somministrare 4 cicli (3 mesi di trattamento) di XELOX nei pazienti in III stadio definiti a basso di recidiva (pT1-3N1).

- FOLFOX6 modificato, oxaliplatino ev 85 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, Acido folico 200 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, 5fluorouracile (5FU) bolo ev 400 mg/m<sup>2</sup> giorno 1 e 5FU 2400 mg/m<sup>2</sup> in infusione continua (ic) per 46 ore, ogni 14 giorni, per 12 cicli, in particolare nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che non consentano la somministrazione di una terapia orale.

Nei pazienti in cui non si ritenga indicata una terapia di associazione, in particolare nei pazienti anziani può essere intrapreso un trattamento adiuvante con l'utilizzo soltanto delle fluoropirimidine secondo gli schemi:

- capecitabina in monoterapia, 2500 mg/m<sup>2</sup> bid per 14 giorni ogni 21 per 8 cicli

FUFA 5fluorouracile (5FU) bolo ev 400 mg/m<sup>2</sup> giorno 1 e 5FU 2400 mg/m<sup>2</sup> in infusione continua (ic) per 46 ore, ogni 14 giorni, per 12 cicli.

In considerazione della pari efficacia, della minore incidenza di neutropenia febbrile e della maggiore convenienza (minor numero di accessi in DH e assenza di necessità di posizionare un catetere venoso centrale), lo schema di scelta è rappresentato da XELOX e capecitabina in monoterapia.

Indipendentemente dal tipo di schedula adottata, il giorno 1 di ciascun ciclo è prevista una visita ambulatoriale di controllo, valutazione clinica con registrazione degli eventi avversi ed esame obiettivo.

Per le neoplasie del retto intraperitoneale, l'approccio terapeutico non si differenzia sostanzialmente da quello dei tumori del resto del colon. Va precisato che nelle neoplasie del retto e del sigma intraperitoneali con linfonodi positivi o "marginalmente operabili" può essere valutato l'utilizzo della RT o CT-RT neoadiuvante.

Per quanto riguarda invece le neoplasie del retto extraperitoneale, negli stadi molto precoci (stadio I) o avanzati (stadio IV) le opzioni terapeutiche non si differenziano sostanzialmente da quelle del tumore del colon mentre, per quanto riguarda i tumori localmente avanzati ovvero gli stadi II e III alla stadiazione clinica, il trattamento da considerarsi standard è rappresentato dalla sola radioterapia o dal trattamento combinato chemio-radioterapico preoperatorio (neoadiuvante), figura 4.

Le indicazioni al trattamento neoadiuvante sono le seguenti:

- **cT2N0 retto basso**, altrimenti destinato ad amputazione addomino perineale.

**-cT3 (MRF-/+) N0 retto**

**-cT3-4 N0-2**

**- T3-T4 (MRF+) N0-N2**

Esistono due modalità di trattamento radiante preoperatorio:

**RADIOTERAPIA CONCOMITANTE ALLA CHEMIOTERAPIA (CRT, CICLO LUNGO-LONG COURSE):** con dosaggio di 45-50.4 Gy totali sui linfonodi pelvici e mesoretto , mediante frazioni: 25-28 fr.1.8 Gy/die , ed eventuale boost (non mandatorio fino a 55.4 Gy) sulla malattia macroscopica (T ed eventuali N). *Chemioterapia concomitante con fluoropirimidine* (infusione continua di 5-Fluorouracile 225 mg/mq/die o capecitabina 825 mg/mq/bid per os per tutta la durata della RT).

**RADIOTERAPIA ESCLUSIVA (CICLO BREVE - SHORT COURSE):** con dosaggio di 25 Gy totali in 5 frazioni da 5 Gy/die. Questa modalità di trattamento non è preferibile qualora si volesse ottenere un downsizing del tumore, per cui non va utilizzata se si vuole ottenere una preservazione sfinterica o se il tumore ha interessato o è vicino alla fascia mesoretale ( $\leq 1$  mm). E' invece da preferire nei casi di sanguinamento (scopo emostatico) o nei pazienti anziani che mal tollerebbero un trattamento Long Course.

L'intervento chirurgico verrà pianificato a 6-8 settimane dalla fine del trattamento radiante, previa ristadiazione endoscopica e radiologica. Anche se le recenti metaanalisi e lavori propongono di dilazionare l'approccio chirurgico anche con tempistiche superiori (fino a 12 settimane) magari quando possibile associando ulteriore trattamento sistemico tra la fine della RT e la chirurgia.

I pazienti operati, a prescindere dallo stadio iniziale, verranno poi rivisti in ambito multidisciplinare per programmare il proseguo terapeutico sulla base della stadiazione patologica (ypTNM), figura 4. Qualora fosse indicata una terapia adiuvante, essa andrà proseguita per 6 mesi complessivi, 4 mesi di terapia post-chirurgica, considerando anche l'eventuale trattamento chemioterapico pre-operatorio. Al termine del trattamento, il paziente proseguirà con le visite di controllo in regime ambulatoriale.

### **Malattia avanzata (stadio IV)**

È soprattutto in questo stadio che la valutazione multidisciplinare è fondamentale nel definire una strategia comune, attraverso la condivisione della sequenza dei trattamenti e la tempistica degli stessi, più idonea per il singolo paziente. In caso di tumore primitivo colon-rettale poco o per nulla sintomatico, l'approccio in prima istanza è solitamente oncologico con rivalutazione per resezione chirurgica, sia del primitivo che delle metastasi, in base alla risposta evidenziata alla rivalutazione strumentale. In caso invece di tumore primitivo sintomatico (ad esempio per sanguinamento od

occlusione), la scelta più appropriata può essere la resezione del tumore intestinale in prima istanza seguita dal trattamento chemioterapico, figura 4. Nei casi di neoplasia in stadio avanzato, l'introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci (oxaliplatino, irinotecan, bevacizumab, aflibercept, cetuximab, panitumumab, regorafenib, trifluridina-tipiracile) ha progressivamente migliorato la sopravvivenza portandone la mediana ad oltre 24 mesi e consentendo in alcuni casi un downstaging efficace e tale da rendere operabile la malattia metastatica, figura 4. Nei casi in cui non sia fattibile un trattamento con intento radicale, l'obiettivo del trattamento sistemico sarà quello di ridurre o posticipare l'insorgenza dei sintomi legati alla malattia, migliorare la qualità di vita e prolungare la sopravvivenza, figura 4.

La scelta del trattamento avverrà quindi in base a:

- Caratteristiche del paziente (condizioni generali, età, comorbidità);
- Caratteristiche della malattia (malattia aggressiva vs malattia indolente, malattia resecabile vs potenzialmente resecabile vs malattia non resecabile);
- Analisi mutazionali (gene RAS e BRAF).
- Analisi di Mismatch repair (MMR)/Instabilità microsatellitare (MSI)
- Sede del tumore primitivo

Queste ultime, oltre a caratterizzare la neoplasia dal punto di vista biologico, sono fondamentali nella scelta dei farmaci biologici da associare alla chemioterapia (anticorpi monoclonali anti-EGFR, nei pazienti RAS wild-type, ed anti-angiogenici altrimenti), anche nell'ambito di protocolli sperimentali. La chemioterapia può essere composta da fluoropirimidine (soprattutto nel paziente anziano o con importanti comorbidità), dall'associazione di queste con irinotecano od oxaliplatino, oppure dall'insieme di tutti e tre i citotossici in casi selezionati. In funzione del quadro di malattia, le modalità di somministrazione dei trattamenti ed una più facile gestione in caso di supporto endovenoso domiciliare, viene proposto, ai pazienti con malattia avanzata, il posizionamento di un accesso venoso centrale tipo port-a-cath o p.i.c.c. (peripherally inserted central catheter).

Gli schemi di scelta nella prima linea prevedono una schedula di chemioterapia, generalmente una doppietta o tripletta, in associazione ad un anticorpo monoclonale in base al profilo mutazionale.

- FOLFOX 6 modificato (oxaliplatino ev 85 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, acido levofolinico 200 mg/m<sup>2</sup> e 5FU bolo ev 400 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, 5FU 2400 mg/m<sup>2</sup> in ic per 46 ore) in associazione a bevacizumab 5 mg/kg, in assenza di controindicazioni all'anti-VEGF, ogni 14 giorni;

- FOLFOX 6 modificato (oxaliplatino ev 85 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, acido levofolinico 200 mg/m<sup>2</sup> e 5FU bolo ev 400 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, 5FU 2400 mg/m<sup>2</sup> in ic per 46 ore) in associazione a panitumumab 6 mg/kg, ogni 14 giorni oppure in associazione a cetuximab (400 mg/m<sup>2</sup> giorno 1 del primo ciclo poi 250 mg/m<sup>2</sup> giorno 8 del primo ciclo e dosi successive), ogni 14 giorni;
- XELOX (oxaliplatino ev 130 mg/m<sup>2</sup> giorno 1 e capecitabina per os 2000 mg/m<sup>2</sup> bid per 14 giorni) in associazione a bevacizumab 7.5 mg/kg, ogni 21 giorni;
- FOLFIRI (irinotecan 180 mg/m<sup>2</sup>, acido levofolinico 200 mg/m<sup>2</sup> e 5FU bolo 400 mg/m<sup>2</sup>, 5FU 2400 mg/m<sup>2</sup> ic 46 ore in associazione a bevacizumab 5 mg/kg, ogni 14 giorni
- FOLFIRI ogni 14 giorni in associazione a cetuximab (400 mg/m<sup>2</sup> giorno 1 del primo ciclo poi 250 mg/m<sup>2</sup> giorno 8 del primo ciclo) o panitumumab (6mg/kg) ogni 14 giorni;
- FOLFOXIRI (oxaliplatino ev 85 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, irinotecan ev 150 mg/m<sup>2</sup> giorno 1, 5FU 3200 mg/m<sup>2</sup> giorno 1 ic 46 ore) eventualmente in associazione a bevacizumab, ogni 14 giorni;
- Capecitabina 2500 mg/m<sup>2</sup> bid per 14 giorni, in particolare nei pazienti anziani o “fragili”, se possibile in associazione a bevacizumab 7.5 mg/kg, ogni 21 giorni.

Indipendentemente dal tipo di schedula adottata, il giorno 1 di ciascun ciclo è prevista una visita ambulatoriale di controllo comprensiva di prelievo ematochimico, valutazione clinica con registrazione degli eventi avversi ed esame obiettivo. Dopo 4-6 cicli di trattamento saranno ripetuti ematochimica completa con marcatori di malattia ed una TAC di rivalutazione Torace/Addome con mezzo di contrasto in base alla quale si deciderà il proseguo del trattamento secondo l'entità della risposta e della tolleranza. La chemioterapia verrà generalmente eseguita per un 6 mesi, oltre ai quali, a seconda dei casi, il trattamento può essere proseguito con una terapia “depotenziata” di mantenimento generalmente costituita dall'anticorpo monoclonale cetuximab o dalla combinazione di bevaizumab e fluoropirimidina.

Dopo la progressione alla prima linea di terapia sistemica, se le condizioni cliniche lo consentono, il trattamento d'elezione è rappresentato dalla somministrazione di una doppietta di chemioterapia in associazione eventualmente ad un anticorpo monoclonale in base a comorbidità e profilo di tossicità, trattamento sistemico somministrato in prima linea, istologia e profilo mutazionale di RAS e BRAF. Il trattamento d'elezione a progressione può essere rappresentato dalla sola chemioterapia (fluoropirimidine +/- irinotecan od oxaliplatino, a seconda di quanto già eseguito) eventualmente in associazione ad un anticorpo monoclonale. Se non l'avessero già ricevuto durante il trattamento di prima linea, i pazienti senza riscontro di mutazione di RAS potranno ricevere un anticorpo anti-EGFR

(cetuximab o panitumumab) in II o III linea di trattamento oppure un anticorpo anti-VEGF (come aflibercept 4 mg/kg ogni 14 giorni associato al FOLFIRI), sino a progressione o tossicità intollerabile. In terza linea od oltre si è recentemente reso disponibile regorafenib, al dosaggio di 160 mg/die per 21 giorni ogni 4 settimane, oppure la trifluoridina-tipiracile al dosaggio di 35mg/mq g1-5, g8-12, ogni 28 giorni (indicazione in EMA ma non rimborsabile). Qualora possibile, va valutato ed incoraggiato in questo setting l'arruolamento nell'ambito di studi clinici.

Durante la prima o le successive linee di trattamento o nel corso della terapia di mantenimento, il follow-up clinico e radiologico è previsto ogni 2-3 mesi, al fine di poter iniziare precocemente una nuova linea di trattamento in caso di progressione di malattia.

Negli ultimi anni sono emerse chiare evidenze dell'importanza del trattamento con l'Immunoterapia nei pazienti con l'assenza di una delle proteine del MMR, valutate mediante immunoistochimica, o positività del MSI, valutata mediante PCR. In base alle ultime evidenze scientifiche e alle recenti approvazioni per la rimborsabilità avvenute nel nostro paese tali pazienti in caso di tali alterazioni dovranno praticare in prima linea trattamento con Pembrolizumab alla dose di 200 mg, come flat dose, ogni tre settimane (Andrè T. et al N Engl J Med 2020 Dec 3;383(23):2207-2218) per due anni o fino progressione di malattia. Inoltre in base alle recenti evidenze dello studio checkmate 142 confermate ad un follow up mediano di 4 anni, i pazienti con alterazioni di MMR o MSI non trattati in prima linea con pembrolizumab potranno ricevere in seconda linea trattamento con Nivolumab 3mg/m<sup>2</sup> + Ipilimumab 1 mg/m<sup>2</sup> per 4 cicli seguiti da mantenimento con Nivolumab 240 mg, flat dose, ogni 2 settimane (Overman MJ, et al. J Clin Oncol. 2018;36:773-779; Overman MJ J Clin Oncol. 2019;37:635; Andrè T et al Ann Oncol 2022 Oct;33(10):1052-1060).

Quindi durante il percorso stadiativo/terapeutico dei pazienti con neoplasia colon-rettale accertata si procederà alla:

### **Valutazione oncologica**

Anamnesi e valutazione clinica completa. È essenziale che il paziente rechi con sé alla visita tutta la documentazione clinica recente in suo possesso.

Programmazione degli esami ematochimici e strumentali per la definizione dell'estensione di malattia (stadiazione) qualora non già eseguiti o per l'eventuale completamento della stadiazione.

Richiesta di indagini molecolari sul materiale istologico nei pazienti con malattia metastatica, analisi mutazionale dei geni RAS (KRAS e NRAS) e BRAF, in quanto costituiscono test predittivi di risposta ai farmaci a bersaglio molecolare anti-EGFR e forniscono importanti informazioni prognostiche utili nella pianificazione della strategia terapeutica per ciascun paziente.

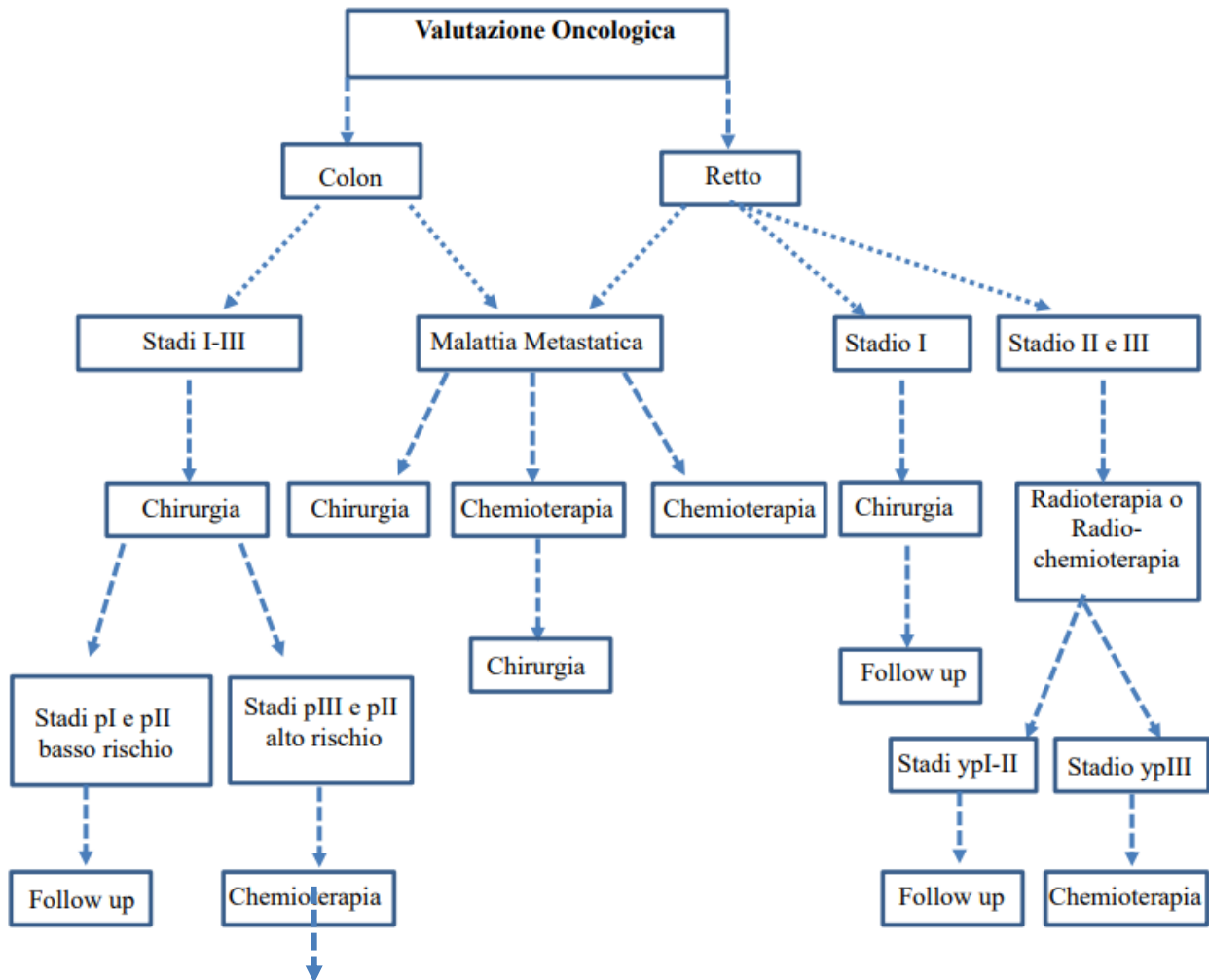
È auspicabile pertanto, fatta salvaguardia di eventuali limiti di sicurezza, che la quantità di materiale biotico consenta l'esecuzione di tali indagini aggiuntive. Eventuali indagini molecolari aggiuntive potranno essere eseguite, previo consenso informato del paziente, nell'ambito di progetti di ricerca

Al termine del percorso stadiativo si procederà alla:

### **Definizione e comunicazione del programma terapeutico**

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

**Figura.4 Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia colon-rettale accertata**



**FOLLOW-UP PER PAZIENTI CON PREGRESSA NEOPLASIA COLON-RETTALE -  
OPERATI E SOTTOPOSTI O MENO A TRATTAMENTO ADIUVANTE**

Livello di rischio	Colonscopia	Imaging* (TC torace-addome e pelvi con mdc)	RX del torace ed Ecografia addome	CEA ed esame clinico
<b>Stadio I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro un anno dall'intervento chirurgico</li> <li>• Ogni 3-5 anni 1 anno dopo la chirurgia</li> <li>• A seguire ogni 3-5 anni se negativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni 12 mesi per i primi 3 anni (solo in casi ad alto rischio)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni</li> <li>• A seguire ogni 6-12 mesi per i 2 anni successivi</li> </ul>
<b>Stadio II-III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro un anno dall'intervento chirurgico</li> <li>• Ogni 3-5 anni 1 anno dopo la chirurgia</li> <li>• A seguire ogni 3-5 anni se negativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni 6-12 mesi per i primi 3 anni</li> <li>• A seguire ogni 12 mesi fino al quinto anno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni 6 mesi per i primi 3 anni</li> <li>• A seguire ogni 12 mesi fino al quinto anno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni</li> <li>• A seguire ogni 6-12 mesi per i 2 anni successivi</li> </ul>
<b>Stadio IV sottoposti a metastasectomia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro un anno dall'intervento chirurgico</li> <li>• Ogni 3-5 anni 1 anno dopo la chirurgia</li> <li>• A seguire ogni 3-5 anni se negativa (ESMO, AIOM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni</li> <li>• Ogni 6-12 mesi fino al quinto anno</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni</li> <li>• A seguire ogni 6-12 mesi per i 2 anni successivi</li> </ul>

## **Procedura generale di funzionamento dei GOM**

### **Le attività del GOM**

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

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

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

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

### **La riunione multidisciplinare**

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

## **Comunicazione al paziente**

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

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

## **Chiusura scheda - piattaforma ROC**

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Ricerca Scheda Chiusa**

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

### **Inserimento scheda aggiornata**

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

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

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

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

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

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

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

## Servizi

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

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

Indirizzo diverso da residenza

\* Data presunta dimissione

\* Relazione Servizi  Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico

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

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19?

I conviventi sono stati vaccinati?

Altre infezioni in atto?

Se si, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

**Precedenti trattamenti attuati**

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

**Aspettativa di vita (presunta)**

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

**Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)**

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

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

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

**Altre Problematiche**

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

**INDICE DI KARNOFSKY**

Indice di Karnofsky

**SCALA ECOG**

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

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

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

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

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

5 - Morte

**ATTIVITA' ASSISTENZIALI RICHIESTE**

Nutrizione artificiale

Ossigenoterapia

Gestione accessi venosi già posizionati

Gestione Stomie

Gestione incontinenza

Gestione 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

Gestione catetere vescicale

Gestione drenaggi

Gestione lesione da pressione

Medicazioni

Terapia Trasfusionale

Gestione terapia del dolore

Sedazione palliativa

Necessità di riabilitazione

Assistenza infermieristica

Assistenza oncologica domiciliare

Supporto Psicologo

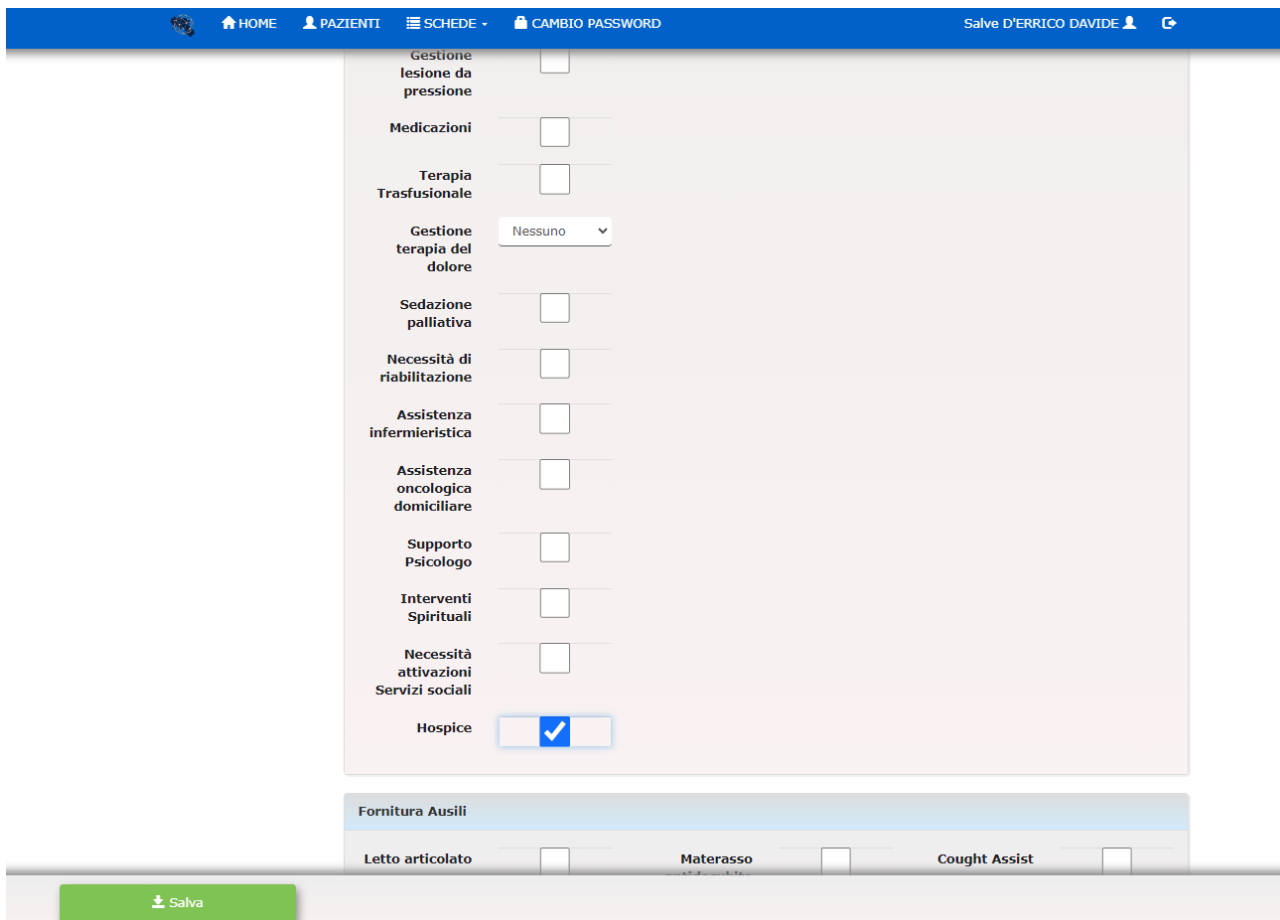
Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

**Fornitura Ausili**

Letto articolato  Materasso antidecubito  Cought Assist

Ventilazione meccanica a lungo termine  Deambulatore  Comunicatore



HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Gestione lesione da pressione

Medicazioni

Terapia Trasfusionale

Gestione terapia del dolore Nessuno ▾

Sedazione palliativa

Necessità di riabilitazione

Assistenza infermieristica

Assistenza oncologica domiciliare

Supporto Psicologo

Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

Hospice

Fornitura Ausili

Letto articolato  Materasso  Cought Assist

Salva

## Rete Cardioncologica (CardioROC)

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

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

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

Precedenti cardiologici noti      Si       No

---

Se si specificare:

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

---

Il paziente assume terapia cardiologica      Si       No

---

Terapia oncologica attuale:

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

---

Radioterapia su campo cardiaco:

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

---

Trattamenti antineoplastici precedenti:      Si       No

---

Comorbidità

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

**Figura 5**

### Consulenza cardiologica per paziente complesso

#### Anamnesi generale

\* Allegato Referto [Scarica documento](#)

---

#### Fattori di rischio cardiovascolare

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

---

#### Precedenti eventi cardiovascolari

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

---

#### Comorbidità

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

---

#### Anamnesi farmacologica prossima e remota

##### Terapia oncologica attuale

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

Scrivere i nomi dei farmaci:

Figura 6

## **Valutazione per Trial Clinico**

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

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

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

Nella scheda i campi richiesti sono:

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

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

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

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

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

N° linee di trattamento precedenti

### Le condizioni cliniche del paziente

Performance status ECOG

Eventuali comorbidità

Candidabile ad una terapia standard

Metastasi cerebrali

Disponibile NGS

MSI e/o altri Target

[Invia](#)

## Valutazione nutrizionale e psico-oncologica

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

[Schede](#) / [Chiusura](#) / [Scheda](#) / [Servizi](#) / [Test oncogenomici](#) / [Trattamenti](#) / [Rete cardioc oncologica](#) / [Allegati](#)

## Allegati

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

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Chiusura

Stampa

**Tipo Allegato**

**Descrizione**

**File**  Nessun file selezionato

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Scheda Chiusura Schede Servizi Test oncogenomica Mail clinico Rete cardiologica Allegati

## Allegati

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

- Paziente
- Organi di rete
- Checklist ingresso
- Allegati
- Servizi territoriali
- Chiusura
- Stampa

Tipo Allegato:

Descrizione:

File:  Nessun file selezionato

## CICERO

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

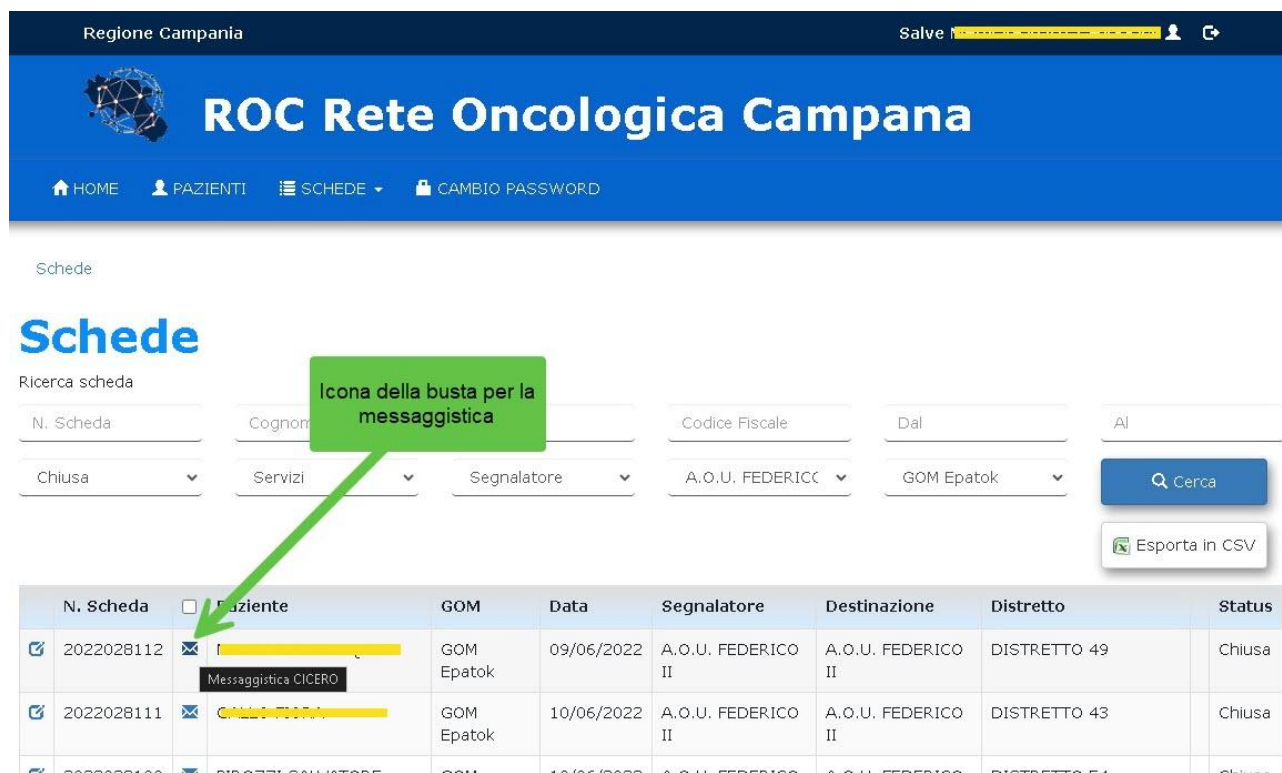
Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

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

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

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

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



Regione Campania Salve [nome] [cognome]

## ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

### Schede

Ricerca scheda

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

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

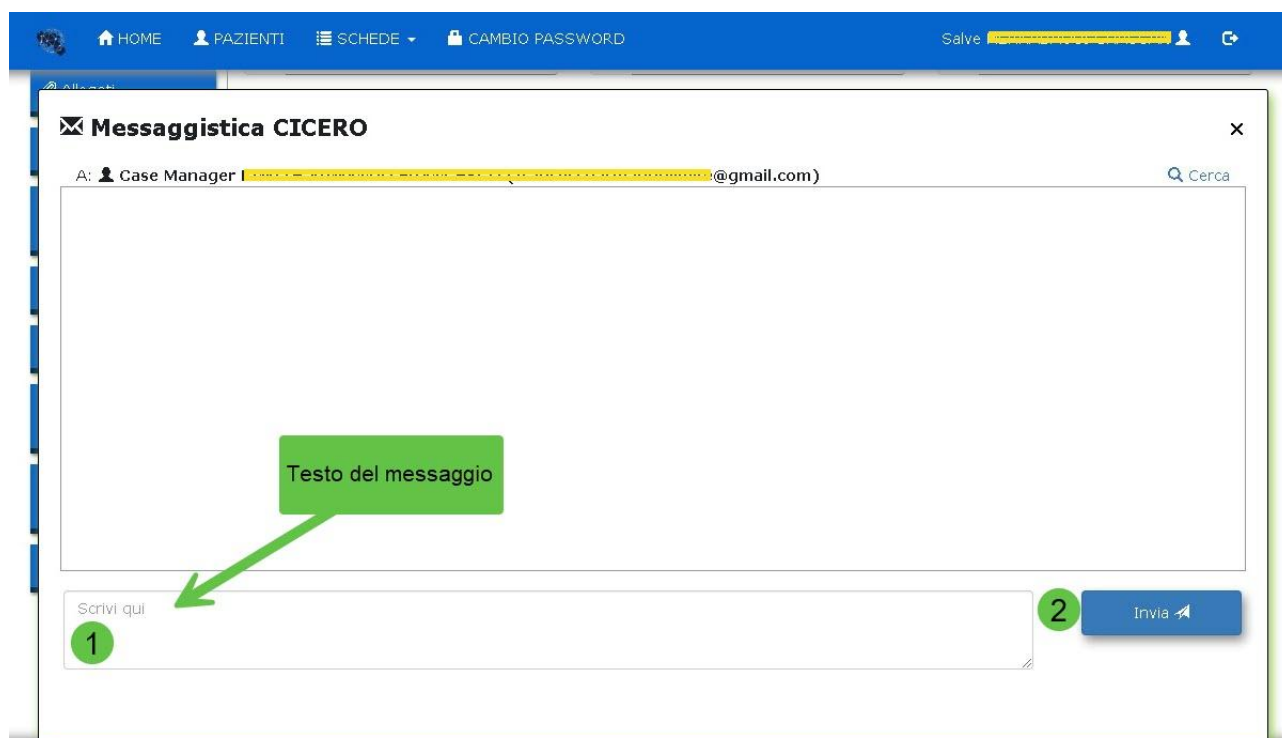
[Cerca] [Esporta in CSV]

N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
2022028112	[Icona busta] [Paziente] Messaggistica CICERO	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa
2022028111	[Icona busta] [Paziente]	GOM Epatok	10/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 43	Chiusa
2022028100	[Icona busta] [Paziente]	GOM	10/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 54	Chiusa

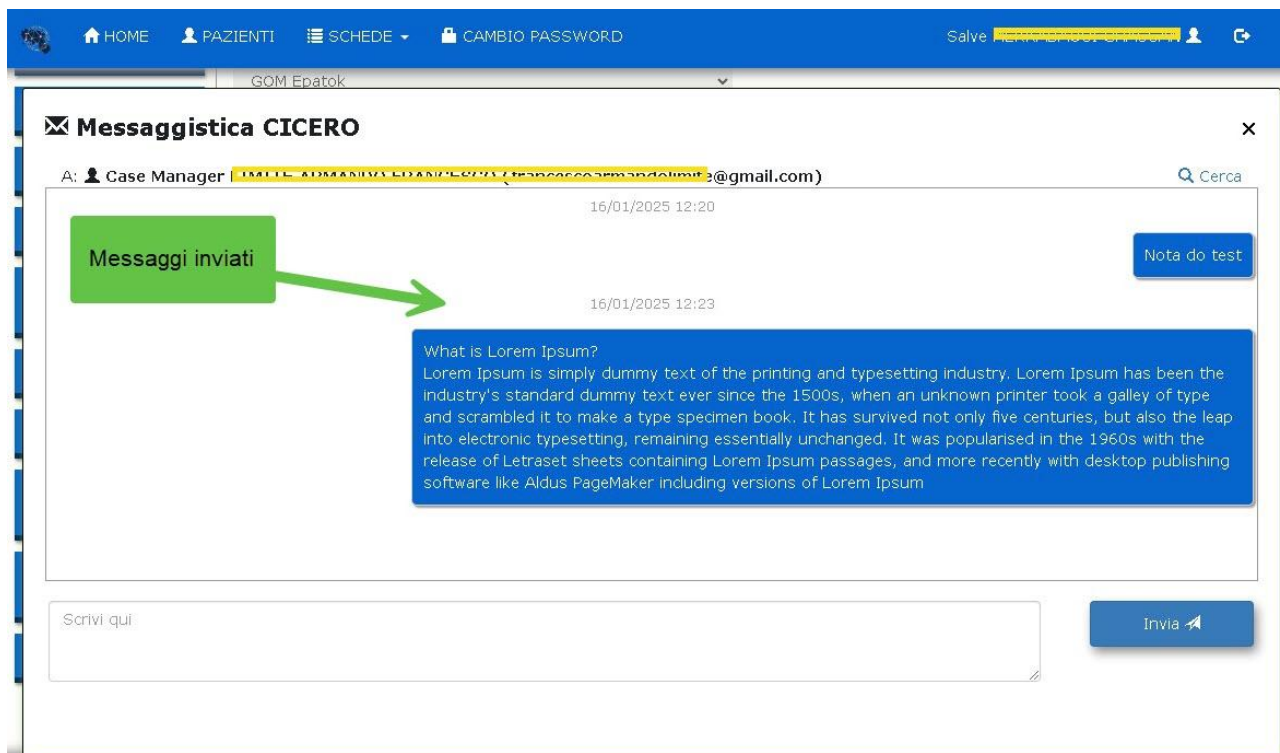
In questo modo si invia una richiesta per la pratica relativa agli attori coinvolti nel processo. Di seguito la maschera che mostra i destinatari del messaggio.



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



Esempio di messaggi inviati.



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

Regione Campania Salve |  

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD  Messaggistica CICERO

Messaggio da leggere

## Dashboard

 In attesa <span style="float: right;">1</span>	 Rimessa in rete <span style="float: right;">1</span>	 In carico <span style="float: right;">1</span>
 Servizi Inseriti <span style="float: right;">1</span>	 Servizi Richiesti <span style="float: right;">1</span>	 Servizi Accettati <span style="float: right;">1</span>
 Trasferito <span style="float: right;">1</span>	 Chiuse <span style="float: right;">1</span>	 Trial Clinico chiuso <span style="float: right;">1</span>

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

Regione Campania Salve |  

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

## Schede

Ricerca scheda

N. Scheda

Status

Codice Fiscale

Dal

Al

A.O.U. FEDERICC

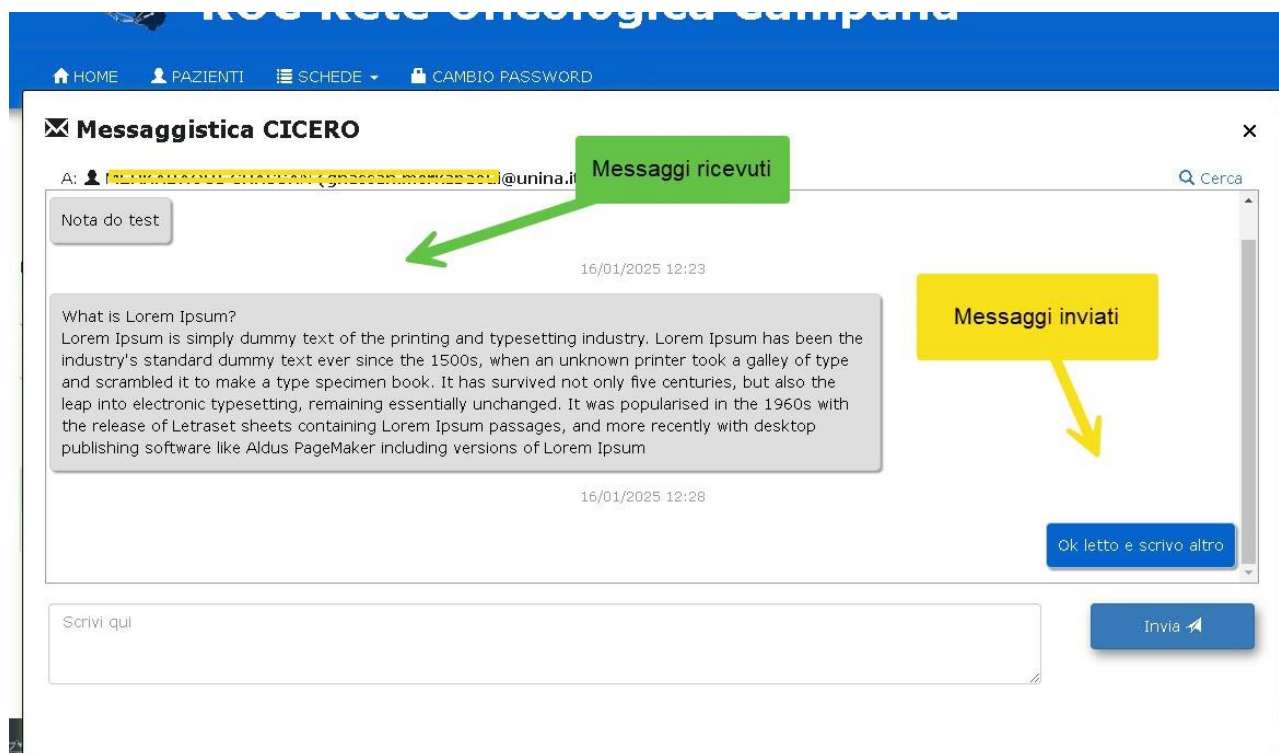
Gom

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

N. Scheda	<input checked="" type="checkbox"/>	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
 2022028112		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Visualizza Messaggi CICERO da Leggere</span>	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa

Esempio di messaggi ricevuti.

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



### Esenzione 048

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


Il percorso digitale può essere attivato sia dai "Richiedenti" che dai Medici di Medicina Generale (MMG). I "Richiedenti" (specialisti medici del centro della rete) possono utilizzare la piattaforma per patologie gestite dalla ROC, mentre gli MMG possono attivare la procedura anche per patologie non trattate dalla rete oncologica. In ogni caso il MMG dovrà inserire una certificazione rilasciata da un

medico specialista che attesti la patologia dell'assistito. Questa integrazione garantisce un processo più snello e accessibile, migliorando il supporto per i pazienti.

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

Inserimento Richiesta esenzione E048

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



Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

## ROC Rete Oncologica Campana

HOME **PAZIENTI** SCHEDE CAMBIO PASSWORD

### Dashboard

Selezionare il menu Pazienti

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

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



Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

## ROC Rete Oncologica Campania

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Esenzione / Pazienti

### Nuova segnalazione

Ricerca paziente

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

Cognome	Nome	Data Nascita	Codice Fiscale	Localita' Nascita
				MADDALONI

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

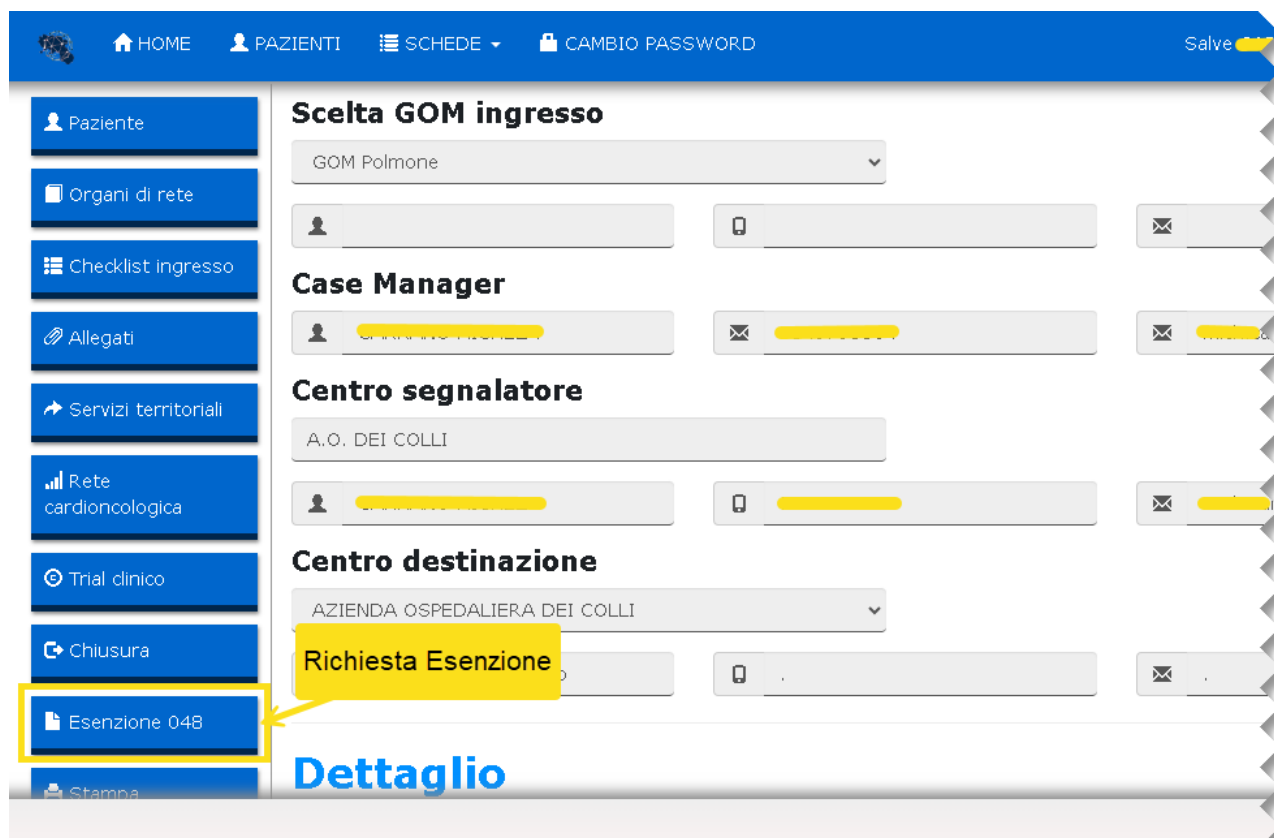
# Paziente

Cliccare il Bottone Esenzione

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

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

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



HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve

Paziente  
Organi di rete  
Checklist ingresso  
Allegati  
Servizi territoriali  
Rete cardioncologica  
Trial clinico  
Chiusura  
**Esenzione 048**  
Stampa

### Scelta GOM ingresso

GOM Polmone

Case Manager

Centro segnalatore

A.O. DEI COLLI

Centro destinazione

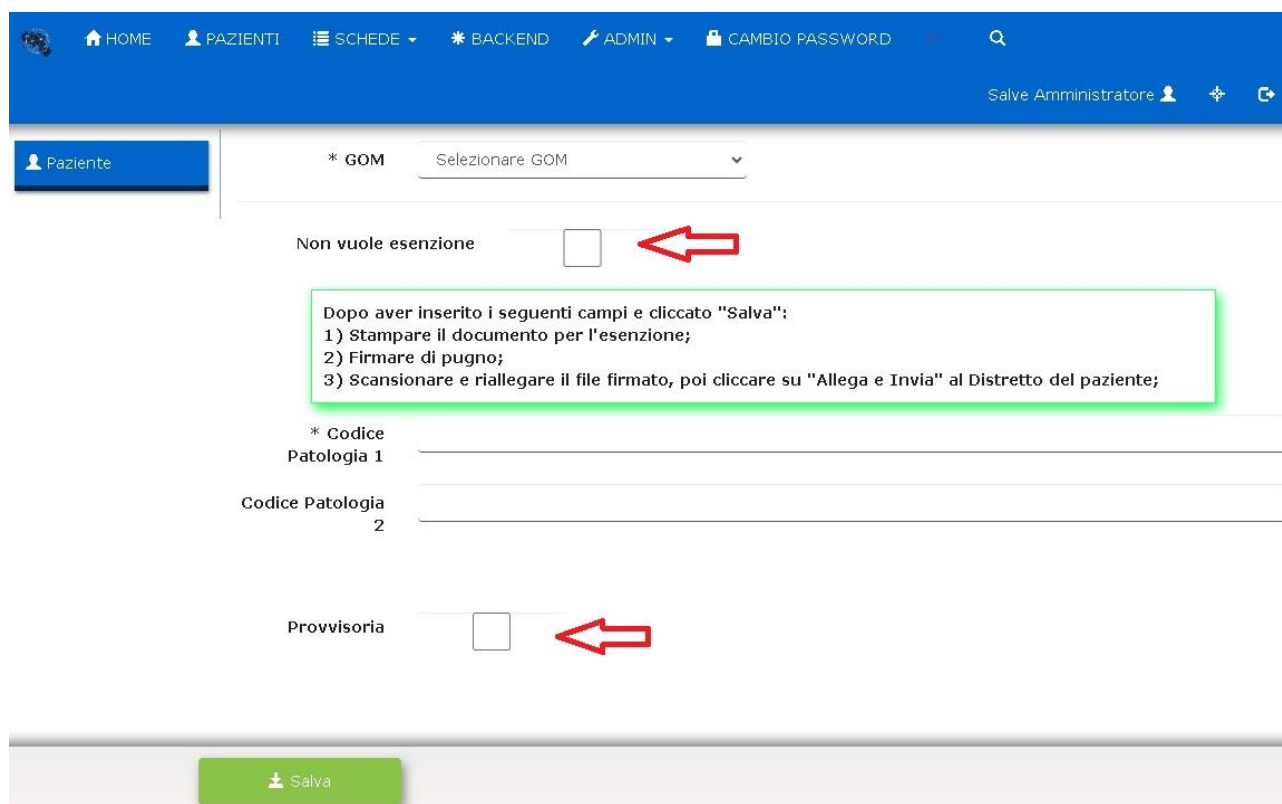
AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI

**Richiesta Esenzione**

## Dettaglio

## Rifiuto Esenzione.

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



HOME PAZIENTI SCHEDE \* BACKEND ADMIN CAMBIO PASSWORD

Salve Amministratore

Paziente

\* 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 **[REDACTED]** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e  
residente a **[REDACTED]**  
Codice Fiscale **[REDACTED]**

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

Paziente

\* GOM

- Selezionare GOM
- GOM Vesnica
- 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 Vesnica

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 Carcinomi in situ della vescica

Codice Patologia 2

Salva

## enzione 048

nome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail

Paziente

\* GOM GOM Vesnica

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

Vesd

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

Salva

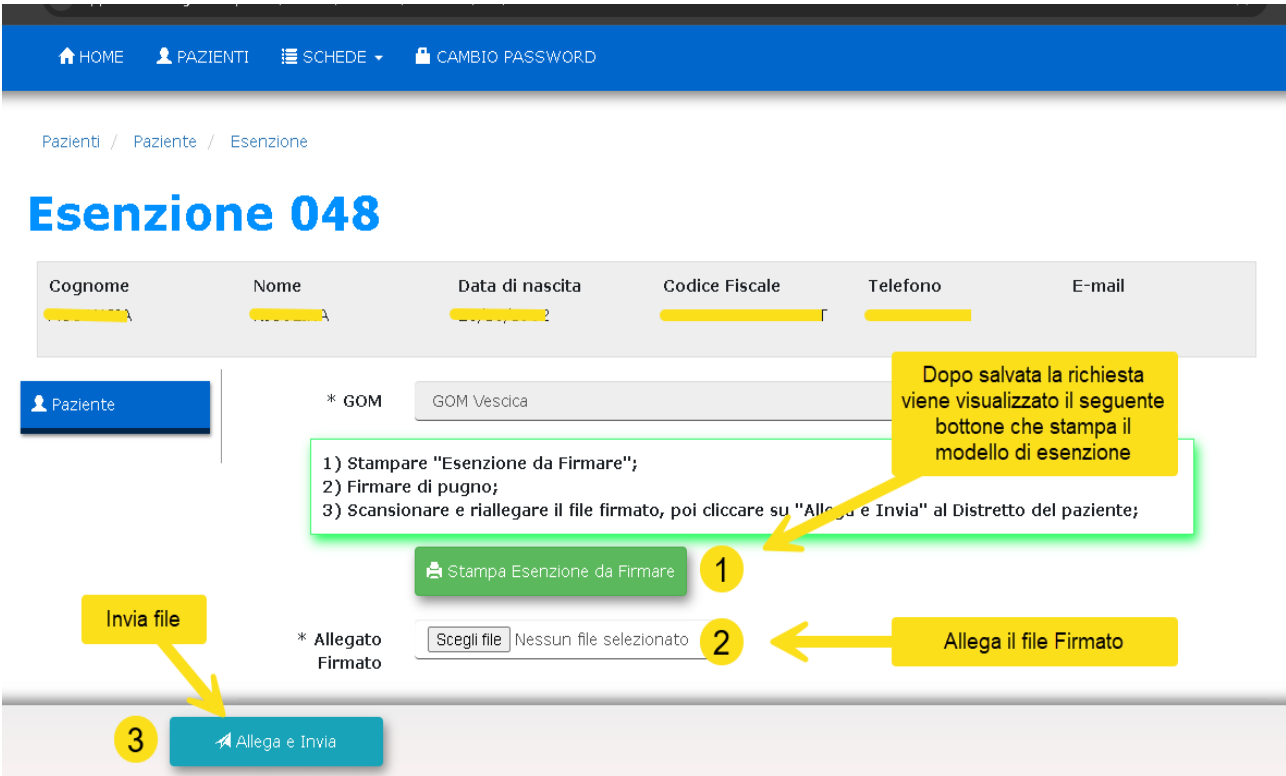
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

A questo punto è necessario:

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

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

Nell'immagine seguente sono illustrati i vari passaggi richiesti.

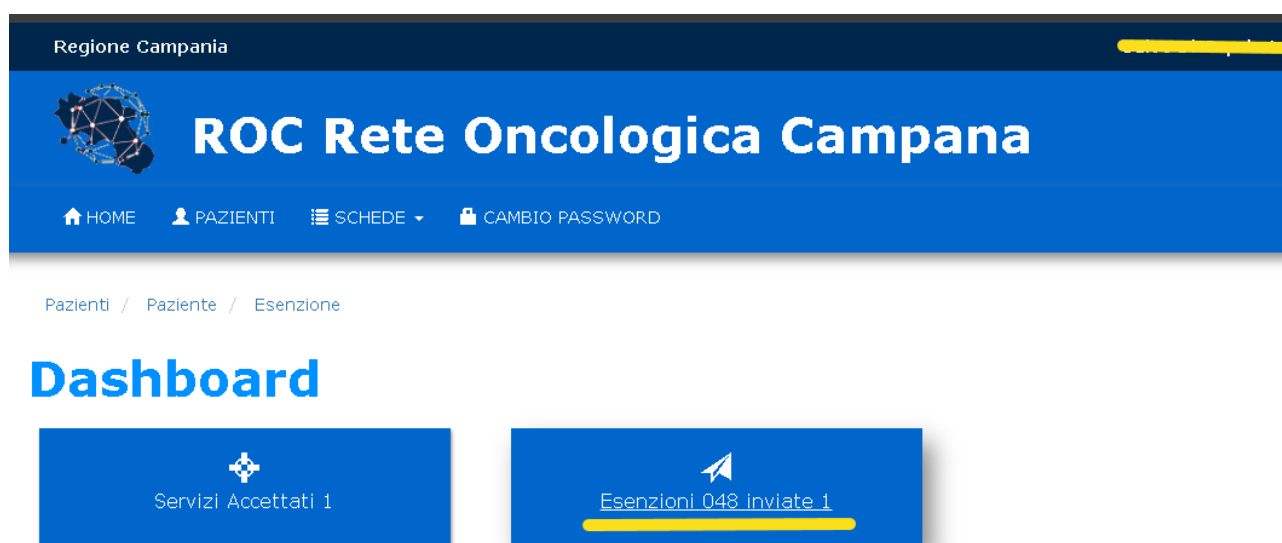


The screenshot shows the 'Esenzione 048' page in a patient portal. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD'. Below it, the breadcrumb 'Pazienti / Paziente / Esenzione' is visible. The main heading is 'Esenzione 048'. A form contains fields for 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail', all of which are filled with redacted information. Below the form, there is a 'Paziente' button and a 'GOM' field with the value 'GOM Vesdica'. 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;'. A yellow callout box points to the 'Stampa Esenzione da Firmare' button (labeled '1') with the text: 'Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione'. Below this, the 'Allegato Firmato' section shows a file selection area with 'Scegli file' and 'Nessun file selezionato' (labeled '2'). A yellow callout box points to this area with the text: 'Allega il file Firmato'. At the bottom, the 'Allega e Invia' button (labeled '3') is highlighted with a yellow callout box that says 'Invia file'.




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

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



Regione Campania

 **ROC Rete Oncologica Campania**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

## Dashboard

Servizi Accettati 1

**Esenzioni 048 inviate 1**

## Gestione Richieste Rifiutate

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



### 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

*Annotations: Yellow boxes highlight the search filters and the table. Arrows point from labels 'Elenco delle richieste rifiutate' and 'Motivazione' to the table and 'Motivo Rifiuto' column respectively.*

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve 

Esenzione

## Esenzione 048

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

**Paziente** \* GOM

\* Allegato Firmato

**Motivo rifiuto** Documento NON valido

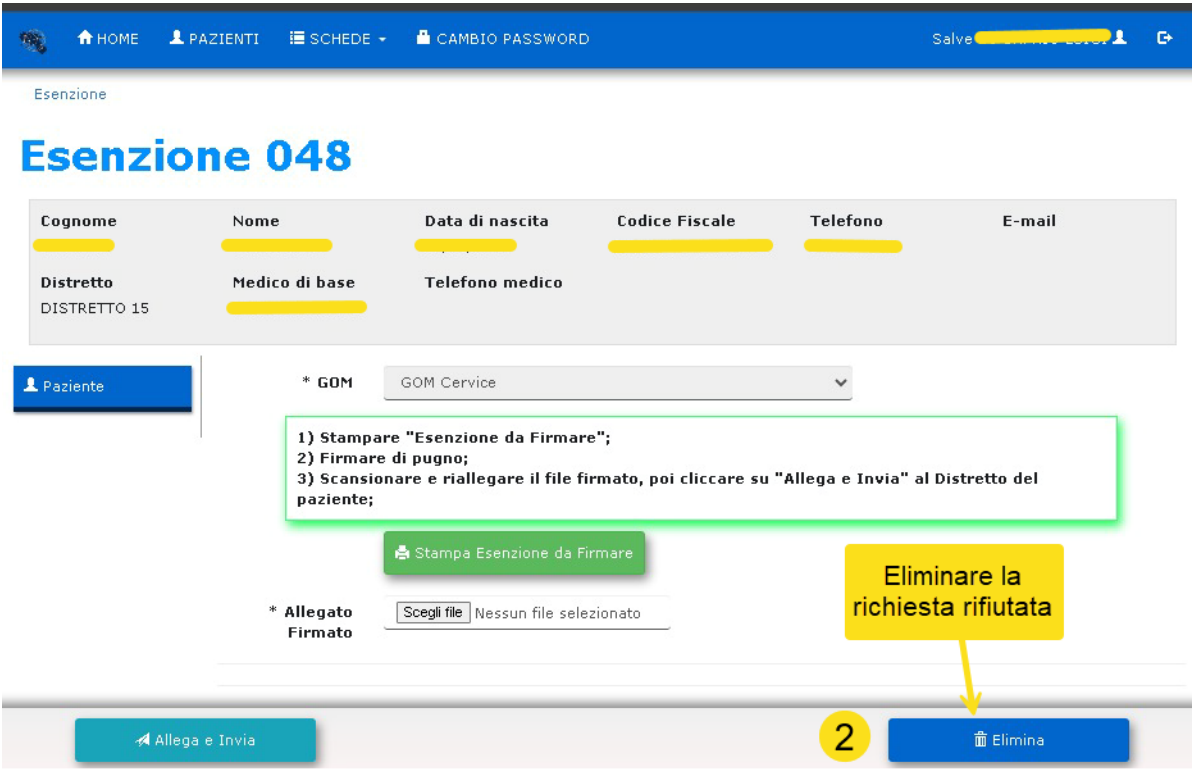
### Dettagli

**10/09/2024 Inserita**

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

**1**

*Annotation: A yellow box with the text 'Cliccare il bottone modifica' points to the 'Modifica' button.*



Esenzione

## Esenzione 048

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

**\* GOM** GOM Service

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

Stampa Esenzione da Firmare

**\* Allegato Firmato** Scegli file Nessun file selezionato

Allega e Invia

2 Elimina

Eliminare la richiesta rifiutata

### 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 Inviata 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

Cerca

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

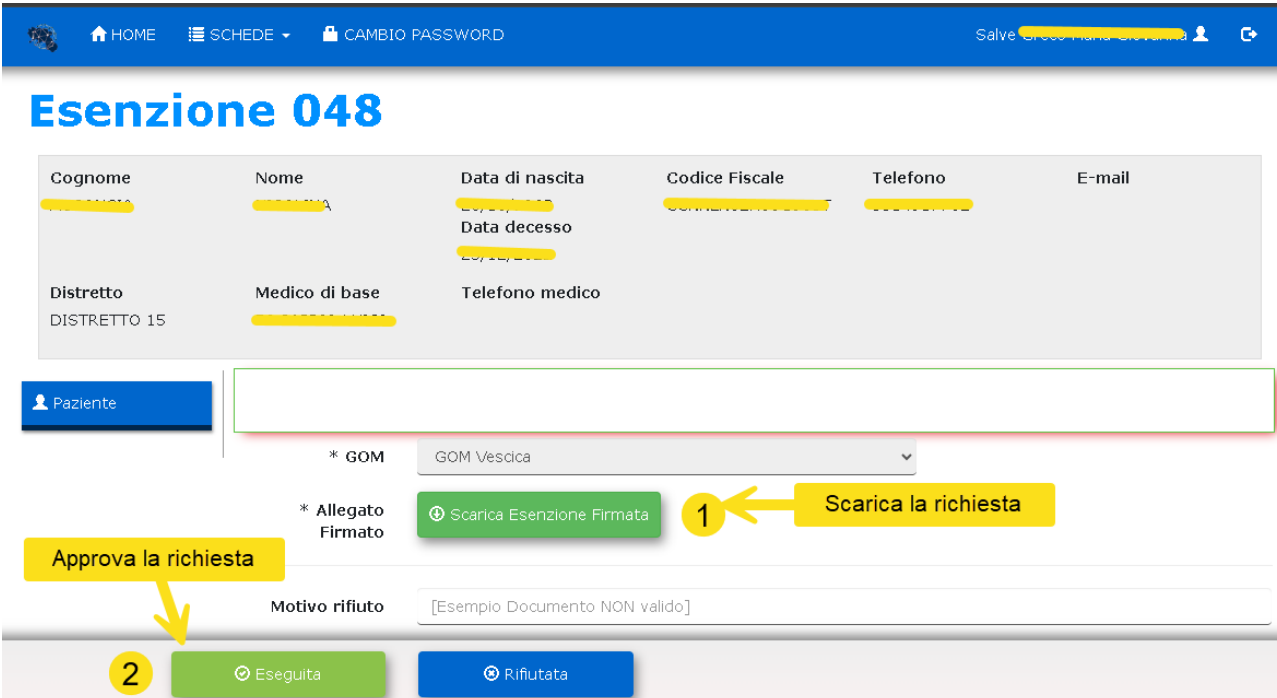
Filtro di Ricerca

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



**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 Vesdica

\* Allegato Firmato: Scarica Esenzione Firmata (1) Scarica la richiesta

Approva la richiesta

Motivo rifiuto: [Esempio Documento NON valido]

2 Eseguita Rifiutata

### Rifiuto richiesta di esenzione

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

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve [nome] [cognome]

## Esenzione 048

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

Paziente

\* GOM GOM Vesica

\* Allegato Firmato Scarica Esenzione Firmata

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

Eseguita Rifiutata **2** ← Approva il rifiuto

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

Pertanto è possibile inoltrare nuova richiesta di esenzione.

## **Modulo terapia del dolore**

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

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

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

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

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

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

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

### Eleggibilità al trattamento

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

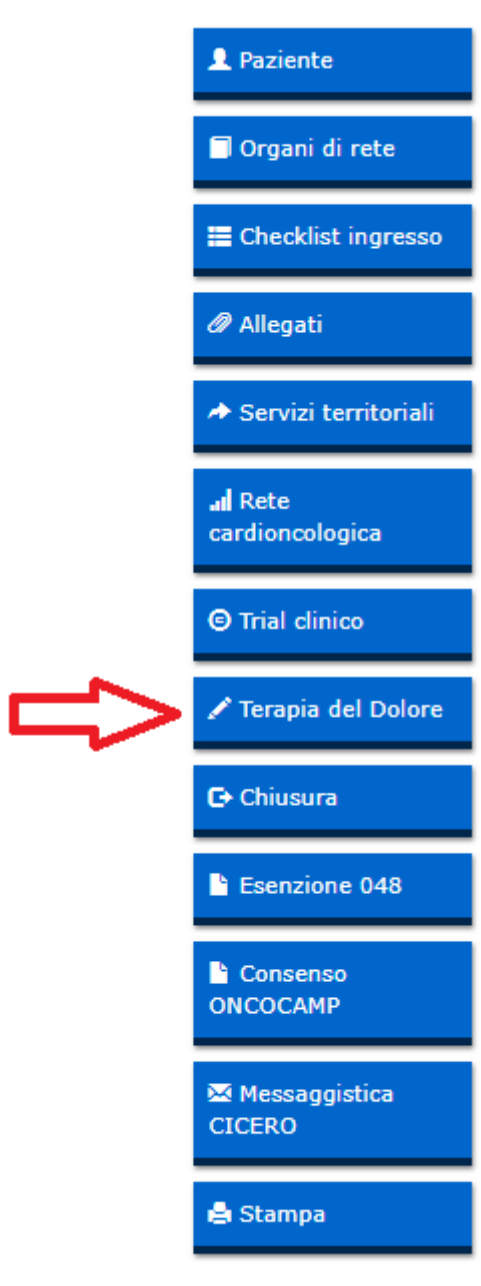
Possono accedere a questo servizio:

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

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

## Richiesta della Terapia del Dolore

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



Compilare la scheda inserendo tutti i dati richiesti.

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

## Terapia del Dolore

<b>Cognome</b> CERNICHELLI	<b>Nome</b> FORNARI	<b>Data di nascita</b> 06/03/1950	<b>Codice Fiscale</b> CNRFRN50C000299N	<b>Telefono</b> 3473354037/3270122430	<b>E-mail</b>
<b>N. Scheda</b> 0005110104	<b>Data segnalazione</b> 20/07/2025	<b>Stato</b> Napoli	<b>Distretto</b> SUD NORD OVEST	<b>Medico di base</b> SILVANO MARIN	<b>Telefono medico</b>

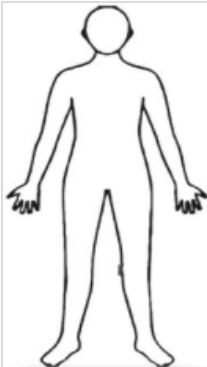
- [Paziente](#)
- [Organi di rete](#)
- [Checklist ingresso](#)
- [Allegati](#)
- [Servizi territoriali](#)
- [Terapia del Dolore](#)
- [Chiusura](#)
- [Esenzione 048](#)
- [Stampa](#)

### Caratteristiche del dolore

**Data rilievo**

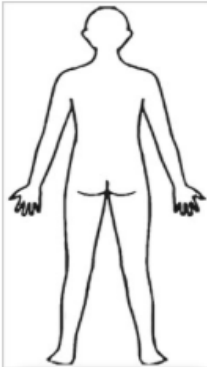
**Dove (Selezionare la parte del corpo)**

**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.

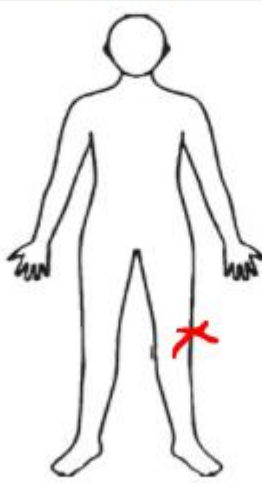
## Caratteristiche del dolore

Data rilievo

Dove  
(Selezionare la parte del corpo)

Anteriore  Posteriore

Modifica Immagine



Pulisci Annulla Salva

Il dolore è

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Il dolore è presente tutti i giorni

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;

## Presa in Carico della Richiesta

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



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

Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

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

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

## Visita Algologica

- Paziente
- Organi di rete
- Allegati
- Servizi territoriali
- Terapia del Dolore
- Chiusura
- Esenzione 048
- Stampa

Caratteristiche del Dolore

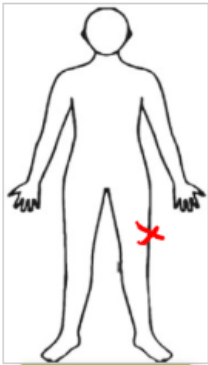
Visita Algologica

### Visita Algologica

**Data rilievo**

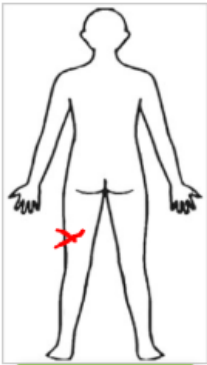
**Dove (Selezionare la parte del corpo)**

**Anteriore**



✎ Modifica Anteriore

**Posteriore**



✎ Modifica Posteriore

**Il dolore è**

**Da quanto tempo**

**Indicare numero**

**Da quando è iniziato il dolore:**

**Intensità**

**Area interessata**

**Il dolore è presente tutti i giorni**

**Durante la giornata il dolore è**

sempre presente

a riposo è lieve o assente

cambia con la deambulazione/movimenti o in alcune posizioni

cambia con i pasti

è prevalente nelle ore serali/notturne

è prevalente al mattino

**Intensità media del dolore NRS**

**Presenza di picchi BTcP**

- Qualità del dolore
- opprimente
  - lacinante
  - 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**

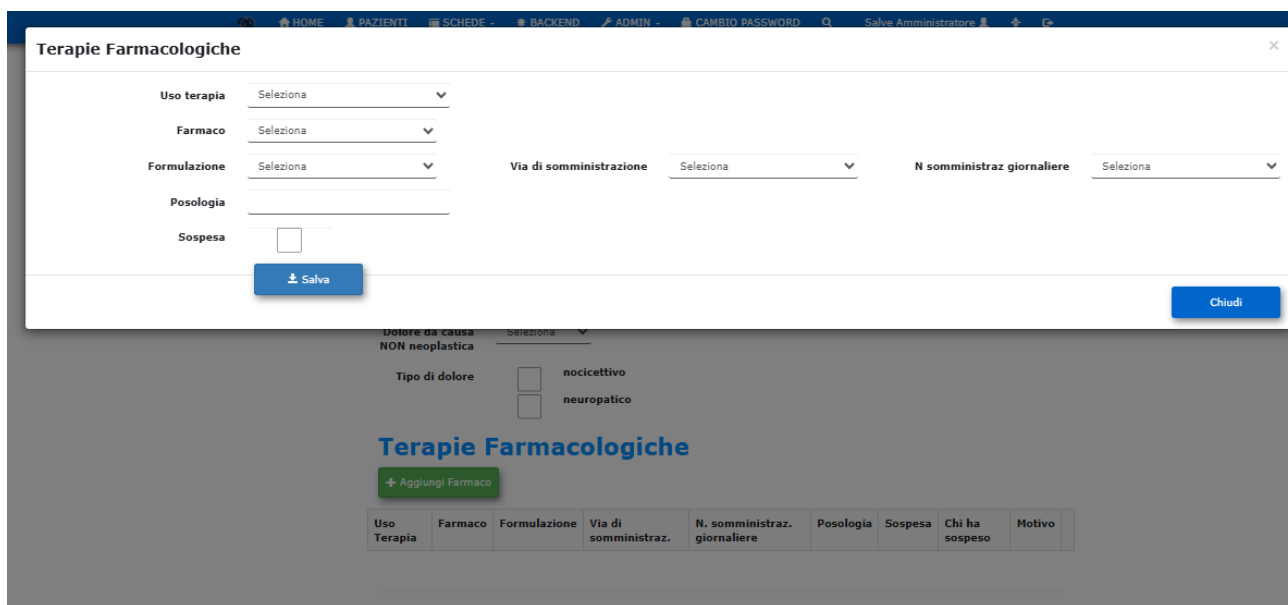
- anestesia loco-regionale
- infiltrazione con cortisonico
- neuromodulazione elettrica transcutanea
- neuromodulazione elettrica percutanea
- radiofrequenza ablativa
- radiofrequenza pulsata
- crionanalgesia
- cifo/ vertebroplastica
- alcolizzazione
- pompa intratecale
- neurostimolatore midollare
-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

**Se "altro"  
specificare**

**Note**

## Terapie Farmacologiche

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



**Terapie Farmacologiche**

Uso terapia:

Farmaco:

Formulazione:

Via di somministrazione:

N somministraz giornaliere:

Posologia:

Sospesa:

**Salva** **Chiudi**

Dolore da causa NON neoplastica

Tipo di dolore:  nocicettivo  neuropatico

**Terapie Farmacologiche**

**+ Aggiungi Farmaco**

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

## Eredo Familiare

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

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

HOME PAZIENTI SCHEDA CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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

### In carico

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

Paziente

Organi di rete

Allegati

Chiusura

Stampa

**\* Data visita GOM**

**\* Allegato**  Nessun file selezionato

**Note**

---

**Test**

---

**Richiesta esenzione**

---

**Sorveglianza clinico strumentale**

**Deviazioni rispetto alle Linee Guida**

### **Ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) nei GOM**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Il case manager nella Rete Oncologica Campana**

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

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

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

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

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

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

### **Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)**

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

- Il primo accesso al GOM per tumore del colon avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campania
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico il paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l’indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall’intervento**.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico **entro 7 giorni**; 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 40 giorni** dall’intervento chirurgico.

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

## Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata, IRCCS Pascale
Primi estensori	F. Ciardiello, B. Daniele, A. Avallone, E. Martinelli, M.Muto, M. Coccaro P. Delrio, G.Facchini, C. Carlomagno, F. Pesce, L. Di Donato.
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL Sandro Pignata, IRCCS Fondazione G Pascale Ferdinando Riccardi, A.O.R.N. Cardarelli Vincenzo Montesarchio A.O.R.N. Dei Colli Cesare Gridelli, A.O.R.N. Moscati Antonio Grimaldi, A.O.R.N. Rummo San Pio Michele Orditura, A.O.R.N. S. Anna S. Sebastiano Fortunato Ciardiello, A.O.U. Luigi Vanvitelli Stefano Pepe, A.O.U. Ruggi Bruno Daniele, Ospedale del Mare Roberto Bianco, A.O.U. Federico II Gaetano Facchini, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli Bruno Marra e Rodolfo Cangiano, ASL Caserta Filomena Sibilio, ASL Napoli 2 Nord Gino Leo, ASL Napoli 3 Sud Annarita Roscigno, ASL Salerno Rosanna Ortolani, ASL Napoli 1 Centro Elena Fossi, ASL Benevento Tania Losanno, ASL Avellino
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche	M. Fusco: Registro Tumori Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM (R.Bianco), CIPOMO (A.M Grimaldi), SIMG (G.Piccinocchi)
Farmacisti revisori	Ersilia Lupoli, Teresa Marzano, A.O.R.N. S. Anna S. Sebastiano

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



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

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

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

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

A:

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

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

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

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

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

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

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

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

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

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

### **I diritti del malato 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 caregiver. Grazie a queste pagine il paziente oncologico ed il caregiver avranno a disposizione una panoramica generale su tutte le tutele più importanti dal punto di vista assistenziale, previdenziale e lavorativo, su quali sono i requisiti per ottenerle e su come richiederle.

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

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

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