

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
per il Carcinoma dell'Endometrio**

Edizione 2025



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

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

TUMORI DELL'ENDOMETRIO

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio

Il carcinoma endometriale è il primo tumore ginecologico per incidenza nei paesi industrializzati, ed il quarto nella fascia di età 50-69 anni dopo mammella, colon-retto e polmone. In circa l'80% di queste lesioni, l'iperestrogenismo gioca un ruolo fondamentale e caratterizza neoplasie di tipo endometrioide, che insorgono su una serie di lesioni precancerose (iperplasia complessa, eventualmente con atipie). I principali fattori di rischio di queste forme sono rappresentati da: alto numero di cicli anovulatori, nulliparità, menopausa tardiva, obesità, diabete e ipertensione arteriosa. Un ulteriore fattore di rischio può essere rappresentato dalla terapia ormonale estrogenica (non associata a progestinici) e da un effetto paradossale dell'ormonoterapia con antagonisti degli estrogeni utilizzata per il trattamento del carcinoma della mammella. Le neoplasie dell'endometrio estrogeno-indipendenti si associano invece a scarsa differenziazione, insorgono in età più avanzata, presentano differenziazioni in senso sieroso o a cellule chiare e non sono associate a pregressa iperplasia dell'endometrio. Non più da annoverare tra i sarcomi ma tra i carcinomi endometriali di tipo II sono invece i tumori misti carcino-sarcomi, ad insorgenza in età più avanzata (intorno ai 65 anni) e comportamento più aggressivo. Tra i fattori di rischio per questo tipo di neoplasie si annoverano le radiazioni (tumore iatrogeno post irradiazione pelvica) e il possibile ruolo della terapia con antagonisti degli estrogeni nel carcinoma mammario.

Non ci sono evidenze per lo screening del cancro dell'endometrio nella popolazione generale.

Incidenza

La stima al 2022 dei nuovi casi di tumori del corpo dell'utero in Europa¹ è di un ASR di 26,6 per 100.000 con un numero di casi atteso di 69.163. In Italia², al 2025, è stimato un ASR di 22,0 per 100.000 ed un numero di casi attesi di 8.260. La stima dell'incidenza in Campania³, nel 2025, indica un ASR di 24,2 per 100.000 con un numero di nuovi casi attesi di 791.

¹ JRC-ENCR: ECIS - European Cancer Information System (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

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

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

³ Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

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

Il trend temporale di incidenza in Italia⁴, per il periodo 2013/2017 mostra un andamento stazionario, con una APC (Annual Percentage Change) di -0,1 non statisticamente significativa; in Campania³, per il periodo 2010/2019, si conferma tale andamento con una APC di +1,2 non statisticamente significativa.

Mortalità

La stima al 2022 dei decessi per tumori del corpo dell'utero in Europa² è di un ASR di mortalità di 6,2 per 100.000 con un numero di decessi stimati di 17.301. In Italia⁵ il numero dei decessi stimati al 2022 è di 2.500. La stima in Campania³, al 2025, indica un ASR di 2,0 per 100.000 donne. Il trend temporale di mortalità in Italia⁴, per il periodo 2013/2017, indica un andamento stazionario, con una APC di +1,6 non statisticamente significativa; in Campania³, per il periodo 2010/2019, si conferma tale trend con una APC di +0,4 non statisticamente significativa.

Nella valutazione dei dati di mortalità per i tumori del corpo dell'utero va considerato che in una consistente quota, quasi il 50%, delle certificazioni di morte, sia a livello nazionale che regionale, viene indicato come sede del tumore causa di morte "utero NAS" (Non Altrimenti Specificato), per cui i dati di entrambi le sedi, utero corpo ed utero cervice, di fatto sono sottostimati; per la Regione Campania, la stima al 2025 dei decessi per utero in toto (Corpo, Cervice e NAS) mostra un ASR di 9,0 per 100.000 ed un trend, per il periodo 2010/2019, stazionario con una APC di -1,5 non statisticamente significativa.

Sopravvivenza

In Italia la sopravvivenza netta a 5 anni per tumore dell'endometrio⁶ è pari al 77,9%. Inoltre, la probabilità di vivere ulteriori 5 anni, condizionata dall'aver superato il primo ed il quinto anno dalla diagnosi di tumore, è rispettivamente del 82,1% e del 88,2%.

Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

I dati AGENAS⁷ 2024 evidenziano che nell'anno 2023 sono stati trattate chirurgicamente per tumore dell'utero 986 donne residenti in Campania; di queste 804 (81,5% della casistica) sono state trattate

⁴ Trends-in-cancer-incidence-and-mortality-in-Italy, 2013-2017 -Cancer Epidemiology 97 (2025)102855 – <https://doi.org/10.1016/j.canep.2025.102855>

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

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

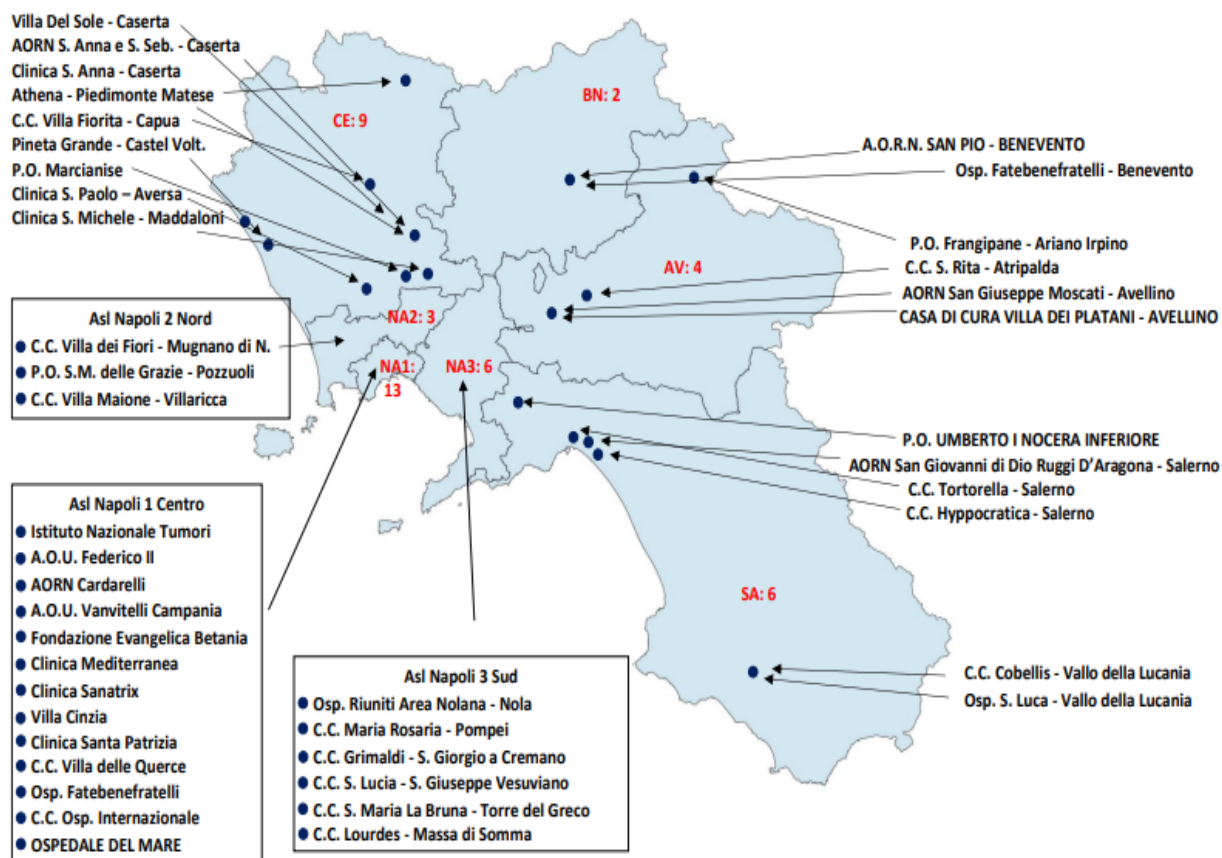
⁷ Ministero della Salute – Agenas - <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=23>

in 46 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 182 (18,5% della casistica) sono state trattate in strutture extraregionali distribuite su 12 diverse regioni.

La Rete Oncologica Regionale tutt'ora riconosce 43 strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori dell'endometrio⁸.

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

RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore dell'Endometrio
Strutture regionali abilitate ad entrare in rete in osservazione triennale 2023/2025: Nr 43



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

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

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Percorso diagnostico / stadiativo per pazienti con sospetta neoplasia dell'endometrio
- Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia dell'endometrio accertata
- Percorso terapeutico per pazienti con recidiva
- Follow-up

PERCORSO DIAGNOSTICO / STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA DELL'ENDOMETRIO

Anamnesi personale e familiare

La presenza di perdite ematiche atipiche in post-menopausa o con metrorragie, sanguinamenti intermestruali in epoca peri e premenopausale, tensione endopelvica accompagnata da algie ipogastriche e lombosacrali e leucoxantorrea è fortemente sospetta di tumore dell'endometrio. Una neoplasia endometriale va sempre sospettata in donne obese o oligo-anovulatorie che in età perimenopausale o premenopausale presentino frequenti e prolungati episodi metrorragici, mentre il riscontro di linfedema agli arti inferiori e/o edema ai genitali esterni deve orientare per un quadro clinico manifesto di diffusione linfonodale iliaco-otturatoria.

L'obesità, l'ipertensione arteriosa, le epatopatie croniche, il diabete, il menarca precoce e la menopausa tardiva, la policistosi ovarica, la nulliparità, tumori a cellule germinali dell'ovaio secernenti estrogeni, iperplasia dello stroma corticale del surrene e l'utilizzo di terapie ormonali estrogeniche, non bilanciate da progestinici sono considerati fattori di rischio. Particolare attenzione deve essere rivolta alle donne con anamnesi personale di carcinoma della mammella in trattamento con Tamoxifene, modulatore selettivo degli estrogeni che esercitando un'azione agonista sui recettori estrogenici dell'endometrio, risulta associato a un maggiore di rischio di sviluppo di carcinoma endometriale.

Nell'ambito dell'anamnesi familiare è opportuno identificare eventuali sindromi eredo-familiari nel cui contesto il tumore dell'endometrio potrebbe essersi sviluppato. In particolare, l'insorgenza di tale neoplasia in una donna giovane, in epoca premenopausale, può essere considerato evento sentinella della sindrome Lynch in un difetto dei meccanismi di "*mismatch repair*" ereditato come autosomico dominante. Queste pazienti presentano un rischio molto elevato di neoplasia del colon (probabilità

del 70% di ammalare entro i 70 anni di età), ed è nota anche l'associazione con il tumore della mammella; pertanto, devono essere avviate ad un ambulatorio di *counseling* genetico per la corretta pianificazione della sorveglianza clinica (vedi paragrafo).

Visita ginecologica

Permette di rilevare attraverso la palpazione bimanuale rettovaginale alterazioni della consistenza, della mobilità e del profilo superficiale dell'utero, annessi, cervice, vagina e retto.

Ecografia pelvica trans-vaginale

Permette di valutare lo spessore endometriale che varia da valori ≤ 5 mm nella donna in menopausa a valori da 1 a 14 mm nella donna in età fertile. Anomalie dello spessore, perdita di ecogenicità, vacuolizzazione dell'endometrio, ovvero la scomparsa o interruzione dell'alone periendometriale, alterazioni della perfusione ematica dell'endometrio valutati al color doppler, permettono di identificare processi sospetti. In mani esperte, permette inoltre di studiare il processo eteroplastico endometriale valutandone anche il rapporto con il miometrio e l'eventuale infiltrazione dello stesso.

Isteroscopia

Consente la valutazione della cavità endometriale in tutte le sue parti, degli osti tubarici, la topografia di eventuali formazioni, la focalità, l'estensione e la distanza dal canale cervicale. La metodica combinata di isteroscopia con concomitante biopsia endometriale permette prelievi mirati che, nel sospetto di neoplasia, devono essere multipli su tutte le zone maggiormente sospette. In particolare, su collo e corpo separati, lungo le porzioni basali e i corni tubarici che sono sede preferenziale di carcinomi e polipi. La biopsia guidata che dovrebbe essere favorita rispetto ad altre tecniche biotiche non mirate, deve essere tale da consentire di ottenere una quantità di tessuto sufficiente per una diagnosi istologica con relativo grading.

Nuova classificazione molecolare

Per l'analisi patologica si rimanda al documento sulla refertazione patologica standard. Ai fini dell'inquadramento dei tumori endometriali secondo la nuova classificazione molecolare del TGCA è raccomandato introdurre le analisi in immunistochemica di p53 e del MMR. La ricerca della mutazione del gene POLE, ove testabile, andrebbe aggiunta in quanto identifica un sottogruppo di pazienti a prognosi molto favorevole con possibile impatto sulla decisione terapeutica post-chirurgica.

La classificazione molecolare completa sarebbe auspicabile in tutti i carcinomi endometriali, specie nei tumori di alto grado confinati all'utero; la ricerca della mutazione di POLE può essere omessa nella malattia di basso grado a rischio basso.

PERCORSO DIAGNOSTICO / STADIATIVO / TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA DELL'ENDOMETRIO ACCERTATA

Ogni neoplasia dell'endometrio deve essere valutata dal Ginecologo Oncologo.

La tabella 1 riassume gli esami di stadiazione per le neoplasie dell'endometrio in fase diagnostica

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
TC total-body con e senza mdc	Appropriata in casi selezionati
RMN addome e pelvi con mdc	Appropriata in casi selezionati
TC torace	Appropriato in casi selezionati
Ecografia trans-vaginale	Appropriata
Scintigrafia ossea	Appropriata in casi selezionati

Stadiazione pre-operatoria

In fase preoperatoria, l'iter stadiativo strumentale dovrebbe essere diversificato in base al rischio di diffusione extrauterina basato sul profilo istologico (istotipo e grado) ed ultrasonografico eseguito per via transvaginale e/o transrettale (valutazione del diametro tumorale, della giunzione endometrio-miometrio e di eventuale diffusione extrauterina). Nei casi di carcinoma endometrioide ben differenziato con diametro tumorale ≤ 2 cm e non evidenza di massiva infiltrazione miometriale e/o infiltrazione cervicale o sospetta diffusione extrauterina, non si ritiene necessaria ulteriore integrazione di diagnostica per immagini. Negli altri casi, è opportuno integrare l'ultrasonografia con TC torace-addome-pelvi con mdc al fine di identificare eventuali secondarismi o dalla combinazione di TC torace e RM addome-pelvi. Quest'ultima metodica consente di valutare meglio il grado di invasione miometriale e i rapporti con le strutture circostanti. Nel sospetto clinico di metastasi ossee trova indicazione l'impiego della scintigrafia ossea. Non esistono biomarcatori per i tumori dell'endometrio.

STADIAZIONE FIGO 2009

Stadio I	Tumore limitato al corpo dell'utero
IA	Nessuna infiltrazione o < 1/2 del miometrio
IB	Infiltrazione > 1/2 del miometrio
Stadio II	Tumore esteso allo stroma cervicale, ma non fuori dall'utero
Stadio III	Estensione locale o regionale
IIIA	Estensione alla sierosa uterina, o alle ovaie
IIIB	Estensione alla vagina o ai parametri
IIIC	Estensione ai linfonodi pelvici o lombo-aortici
	IIIC1 Linfonodi pelvici positivi
	IIIC2 Linfonodi lombo-aortici positivi, indipendentemente dai pelvici
Stadio IV	Estensione alla mucosa vescicale o intestinale o metastasi a distanza
IVA	Estensione alla mucosa vescicale o intestinale
IVB	Metastasi a distanza

NUOVA STADIAZIONE FIGO 2023 (Pubblicata a Giugno 2023)*

Stadio I	
IA	IA1 Polipi endometriali o tumori confinati all'endometrio ad istotipo non aggressivo
	IA2 Coinvolgimento <50% del miometrio, senza o con "focale" LVSI, ad istotipo non aggressivo
	IA3 Tumore endometriale di basso grado limitato all'utero (<50% del miometrio, LVSI negativa o "focale") e con singola localizzazione ovarica (senza invasione o rottura della capsula)
IB	Tumori con invasione ≥ 50% del miometrio, senza o con "focale" LVSI, ad istologia non aggressiva
IC	Polipi endometriali o tumori limitati all'endometrio, ad istologia aggressiva
Ia^{mp}POLE^{mut}	Tumori POLE mutati confinati all'utero o con estensione cervicale, indipendentemente dall'LVSI, dall'invasione miometriale e dall'istotipo
Stadio II	

IIA	Tumori che invadono lo stroma cervicale, ad istologia non aggressiva
IIB	Tumori con LVSI “sostanziale”, ad istotipo non aggressivo
IIC	Tumori con invasione miometriale (< o ≥ del 50%), ad istotipo aggressivo
IIC_{mp53abn}	Tumori p53 mutati confinati all’utero o con estensione cervicale, indipendentemente dagli altri fattori prognostici
Stadio III	
IIIA	IIIA1 Interessamento di ovaio e tuba (quando non rispettati i criteri per lo stadio IA3)
	IIIA2 Interessamento della sottosierosa uterina o diffusione attraverso la sierosa
IIIB	IIIB1 Diffusione diretta o metastasi alla vagina e/o ai parametri
	IIIB2 Metastasi al peritoneo pelvico (definito dalla linea che unisce le due spine iliache antero-superiori)
IIIC	IIIC1: tumori con interessamento dei linfonodi pelvici con micrometastasi (IIIC1i) o con macrometastasi (IIIC1ii)
	IIIC2: tumori con interessamento dei linfonodi para-aortici fino ai vasi renali, con o senza interessamento dei linfonodi pelvici, con la distinzione tra micrometastasi (IIIC2i) e macrometastasi (IIIC2ii)
Stadio IV	
IVA	Estensione alla mucosa vescicale o intestinale
IVB	Metastasi peritoneali al di fuori della pelvi
IVC	Metastasi a distanza (inclusi i linfonodi extra addominali o addominali che si trovano al di sopra dei vasi renali renali)

Di più recente introduzione è la nuova stadiazione FIGO che nasce dalla necessità di integrare la vecchia stadiazione FIGO 2009 con la classificazione molecolare ESGO/ESTRO/ESP 2021. La stadiazione integra:

- (1) istotipo e grado di differenziazione (“non aggressive histological types”: tumori endometrioidi di basso grado (grado basso G1 e grado moderato G2) versus “aggressive histological types”: tumori endometrioidi di alto grado (G3), carcinoma sieroso, carcinoma a cellule chiare, carcinoma misto, carcinoma indifferenziato, carcinosarcoma, carcinoma mesonephric-like, carcinoma mucinoso gastrointestinal-type);
- (2) invasione degli spazi linfovascolari (“assente” se nessun vaso interessato, “focale” se interessati < 5 vasi, “sostanziale” se almeno 5 vasi interessati); l’infiltrazione linfovascolare

assente e focale sono considerate “LVSI negativa”, mentre l’infiltrazione sostanziale è considerata “LVSI positiva”;

- (3) maggiore attenzione alla stadiazione linfonodale, con distinzione tra micrometastasi (0.2 – 2 mm) e macrometastasi (> 2 mm) e conseguente distinzione degli stadi IIIC1 (coinvolgimento linfonodi pelvici) e IIIC2 (para-aortici fino ai vasi renali) in IIIC1i, IIIC1ii, IIIC2i e IIIC2ii. Viene inoltre introdotto il concetto di metastasi a distanza in caso di coinvolgimento di linfonodi addominali al di sopra dei vasi renali (IVC);
- (4) classificazione molecolare (POLE mutate, Mismatch Repair Deficiency - MMRd, abnormal p53*, no specific molecular profile - NSMP).
- (5) Coinvolgimento annessiale con distinzione tra tumore primario sincrono (se pT1a dunque senza invasione o rottura della capsula e se rispettati i criteri di invasione miometriale < 50%, LVSI assente o focale e assenza di ulteriori metastasi) stadiato come IA3, e tumore metastatico (se non rispettati i criteri elencati), stadiato come IIIA1.

Stage	Description
Stage I	Confined to the uterine corpus and ovary ^c
IA	Disease limited to the endometrium OR non-aggressive histological type, i.e. low-grade endometrioid, with invasion of less than half of myometrium with no or focal lymphovascular space involvement (LVSI) OR good prognosis disease IA1 Non-aggressive histological type limited to an endometrial polyp OR confined to the endometrium IA2 Non-aggressive histological types involving less than half of the myometrium with no or focal LVSI IA3 Low-grade endometrioid carcinomas limited to the uterus and ovary ^c
IB	Non-aggressive histological types with invasion of half or more of the myometrium, and with no or focal LVSI ^d
IC	Aggressive histological types ^e limited to a polyp or confined to the endometrium
Stage II	Invasion of cervical stroma with extrauterine extension OR with substantial LVSI OR aggressive histological types with myometrial invasion
IIA	Invasion of the cervical stroma of non-aggressive histological types
IIB	Substantial LVSI ^d of non-aggressive histological types
IIC	Aggressive histological types ^e with any myometrial involvement
Stage III	Local and/or regional spread of the tumor of any histological subtype
IIIA	Invasion of uterine serosa, adnexa, or both by direct extension or metastasis IIIA1 Spread to ovary or fallopian tube (except when meeting stage IA3 criteria) ^c IIIA2 Involvement of uterine subserosa or spread through the uterine serosa
IIIB	Metastasis or direct spread to the vagina and/or to the parametria or pelvic peritoneum IIIB1 Metastasis or direct spread to the vagina and/or the parametria IIIB2 Metastasis to the pelvic peritoneum
IIIC	Metastasis to the pelvic or para-aortic lymph nodes or both ^f IIIC1 Metastasis to the pelvic lymph nodes IIIC1i Micrometastasis IIIC1ii Macrometastasis IIIC2 Metastasis to para-aortic lymph nodes up to the renal vessels, with or without metastasis to the pelvic lymph nodes IIIC2i Micrometastasis IIIC2ii Macrometastasis
Stage IV	Spread to the bladder mucosa and/or intestinal mucosa and/or distance metastasis
IVA	Invasion of the bladder mucosa and/or the intestinal/bowel mucosa
IVB	Abdominal peritoneal metastasis beyond the pelvis
IVC	Distant metastasis, including metastasis to any extra- or intra-abdominal lymph nodes above the renal vessels, lungs, liver, brain, or bone
Stage designation	Molecular findings in patients with early endometrial cancer (Stages I and II after surgical staging)
Stage IA _m ^{POLEmut}	POLEmut endometrial carcinoma, confined to the uterine corpus or with cervical extension, regardless of the degree of LVSI or histological type
Stage IIC _m ^{p53abn}	p53abn endometrial carcinoma confined to the uterine corpus with any myometrial invasion, with or without cervical invasion, and regardless of the degree of LVSI or histological type

FIGO staging of endometrial cancer: 2023

Chirurgia

Stadi iniziali FIGO I – II

Per lo stadio I e II, considerati stadi iniziali, il trattamento chirurgico standard è rappresentato dall'isterectomia extrafasciale (senza colpetto vaginale) e annessiectomia bilaterale, mentre l'omentectomia infracolica è riservata ad istotipi sierosi, carcinosarcomi e carcinoma indifferenziato; non più raccomandata l'isterectomia radicale nello stadio II, non più considerata obbligatoria la citologia peritoneale. La conservazione delle ovaie può essere presa in considerazione per età inferiore ai 45 anni con tumore endometrioidi di grado 1, invasione miometriale <50%, in assenza di malattia ovarica o extrauterina; è comunque controindicata nelle pazienti con storia familiare di neoplasia che comporta il rischio di cancro ovarico (mutazioni BRCA, MMR, etc.).

La letteratura corrente ha evidenziato i vantaggi di un approccio chirurgico mininvasivo, anche negli istotipi ad alto rischio, dimostrando sopravvivenze simili al classico approccio chirurgico laparotomico a fronte di una ripresa post-chirurgica più rapida e ricoveri più brevi. La chirurgia mininvasiva è quindi da considerarsi l'approccio chirurgico di scelta, anche nella malattia ad alto rischio, mentre le metastasi extrauterine, incluse quelle linfonodali, costituiscono controindicazioni relative; va in ogni caso evitato qualsiasi spandimento tumorale intraperitoneale, anche mediante endo-bag e/o mini-laparotomia.

Per quanto riguarda la tecnica da adottare per una dissezione linfonodale a scopo stadiativo, mediante eventuale tra linfadenectomia pelvica ed eventualmente lombo-aortica e la tecnica del linfonodo sentinella, non vi è uniformità di pensiero. Le evidenze scientifiche sono sempre più concordi nell'assegnare alla biopsia del linfonodo sentinella con verde indocianina una buona *performance* diagnostica con scopo stadiativo rappresentando un buon compromesso, con significativa riduzione della morbilità postoperatoria. In particolare, la biopsia del linfonodo sentinella può essere presa in considerazione a fini stadiativi nella malattia in stadio iniziale a rischio basso e intermedio, e omessa in assenza di invasione miometriale; la linfadenectomia sistematica non è raccomandata in questo gruppo di pazienti. Nella malattia a rischio intermedio/alto e alto la linfadenectomia sistematica comprendente la dissezione linfonodale pelvica e aortica infrarenale è indicata, anche se la biopsia del linfonodo sentinella rappresenta una valida alternativa anche in questo gruppo di pazienti a rischio intermedio/alto e alto e la sua negatività istologica è accettata come linfonodo negativo per la stadiazione anche nelle pazienti ad alto rischio.

L'approccio consigliato, secondo le linee guida AIOM e ESGO/ESTRO/ESP varia a seconda della classe di rischio:

- **Basso rischio** (G1-G2 con infiltrazione miometriale <50%) non si effettua linfadenectomia sistematica e il linfonodo sentinella può essere considerato.
- **Rischio intermedio** (G1-G2 con infiltrazione miometriale >50%) linfadenectomia stadiativa (pelvica o linfonodo sentinella)
- **Rischio intermedio/alto** (G1-G2 con infiltrazione miometriale >50% con infiltrazione degli spazi linfovaskolari oppure G3 con infiltrazione miometriale <50%) linfadenectomia stadiativa (pelvica o linfonodo sentinella)
- **Alto rischio** (G3 con infiltrazione miometriale >50%) linfadenectomia stadiativa (pelvica e paraortica sistematica o linfonodo sentinella).

Sempre raccomandata la stadiazione linfonodale (mediante linfadenectomia o linfonodo sentinella) nello stadio II e la rimozione di linfonodi di volume aumentato.

Il trattamento chirurgico preclude la fertilità e potrebbe essere rifiutato da giovani donne desiderose di preservare il proprio potenziale riproduttivo. In tali donne il carcinoma endometriale si presenta generalmente con caratteristiche prognostiche favorevoli: istotipo endometriode, ben differenziato, minima/assente invasione miometriale. In questi casi, considerato il buon esito oncologico (riportate sopravvivenze libera da malattia a 5 e a 10 anni pari rispettivamente al 99.2% e al 98%), può essere proposto un trattamento conservativo che preveda la somministrazione orale (medrossiprogesterone o megestrolo acetato) o endouterina (spirale levonorgestrel-medicata) di un progestinico. Il trattamento farmacologico può essere preceduto o meno da chirurgia resettoscopica. Il trattamento conservativo è comunque da considerarsi temporaneo e finalizzato all'ottenimento della gravidanza, questa deve essere fortemente incoraggiata a partire dal riscontro di una risposta tumorale completa, definita da almeno due biopsie endometriali consecutive con esito di risposta completa, con un intervallo minimo di 3 mesi. Il trattamento chirurgico standard è raccomandato in caso di progressione di malattia, mancata risposta tumorale completa a 12 mesi, e al termine della gravidanza. Per quanto attiene alla preservazione delle ovaie, una metanalisi dimostrerebbe che la conservazione delle gonadi non peggiora la sopravvivenza rispetto a chi si sottopone ad un'annessiectomia bilaterale. La conservazione della gonade non deve essere proposta negli istotipi speciali (sierosi) o in caso di familiarità positiva per tumori ginecologici (ovaio, utero).

L'omentectomia dovrebbe essere eseguita negli adenocarcinomi sierosi, nei carcinosarcomi e negli adenocarcinomi indifferenziati stadio I.

Stadi avanzati III – IV

Nelle pazienti che si presentano in fase stadiativa, ovvero in stadio III e IV intra-addominale, e qualora le condizioni della paziente e la diffusione di malattia lo permettano, sembra preferibile, un approccio

chirurgico a scopo citoreducente in combinazione con chemioterapia e/o radioterapia. L'incertezza delle linee guida rende il trattamento dei terzi stadi personalizzato in funzione delle sedi di malattia. Nelle altre pazienti in stadio IV l'approccio chirurgico può avere un ruolo palliativo in quanto il trattamento di scelta è quello sistemico.

Se le condizioni generali delle pazienti non lo permettano o in presenza di una malattia non resecabile in maniera completa, la scelta primaria sarà una radioterapia definitiva per fasci esterni e brachiterapia, e/o in aggiunta chemioterapia.

TERAPIA ADIUVANTE

Per la definizione delle successive scelte terapeutiche è opportuno suddividere le pazienti in classi di rischio prognostico secondo la classificazione aggiornata dalle linee guida ESGO/ESTRO/ESP 2020 (**Tabella 2**), basata su grading istologico, presenza o assenza di infiltrazione miometriale, stadio secondo FIGO 2009, tipo istologico, presenza o assenza di invasione linfovaskolare, conoscenza o meno del profilo molecolare di malattia (p53, MSH6, PMS2, POLEmut). La caratterizzazione molecolare di malattia è consigliata soprattutto nei tumori di alto grado e nella malattia ad alto rischio. A questi fattori di rischio, sulla scorta di numerosi studi clinici vanno aggiunte anche l'età (> 60 anni secondo PORTEC1, PORTEC2), nella valutazione complessiva per l'indicazione ai trattamenti adiuvanti.

Tabella 2. Fattori prognostici - categorie di rischio e terapia adiuvante

CLASSE DI RISCHIO	STADIO FIGO 2023	TERAPIA ADIUVANTE
Basso	<ul style="list-style-type: none"> • IA1m (tutti i gruppi molecolari) • IA2-IA3m POLEmut, MMRd, NSMP basso grado e ERpos • ICm POLEmut, MMRd, NSMP alto grado o ERneg, p53abn • IIm POLEmut 	Nessuna terapia adiuvante
Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> • IBm MMRd, NSMP basso grado e ER+ • IIAm NSMP basso grado e ERpos • IICm MMRd, senza invasione cervicale stromale e LVSI- 	<ul style="list-style-type: none"> • Brachiterapia vaginale Opzioni alternative⁵: • Nessuna terapia adiuvante
Intermedio-alto	<ul style="list-style-type: none"> • IIAm MMRd 	• Radioterapia a fasci esterni

	<ul style="list-style-type: none"> • IIBm MMRd, NSMP basso grado e ER+ • IICm MMRd, con invasione cervicale stromale e/o LVSI+ 	<p>Opzioni alternative⁵ (soprattutto nelle pazienti in cui è stata eseguita una stadiazione chirurgica linfonodale con linfonodi esenti da metastasi all'esame istologico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brachiterapia vaginale • Nessuna terapia adiuvante
Alto	<ul style="list-style-type: none"> • IA2-IBm NSMP alto grado o ER-, p53abn • IIm NSMP alto grado o ER-, p53abn • IIIIm MMRd, NSMP basso grado e ER+, NSMP alto grado o ERneg, p53abn* 	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia a fasci esterni con chemioterapia concomitante e adiuvante <p>Opzioni alternative⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia e radioterapia sequenziale • Chemioterapia con o senza brachiterapia vaginale

¹ Necessaria discussione con la paziente su rapporto rischio/beneficio.

* Lo stadio IIIIm POLEmut non ha una collocazione in una delle classi di rischio per mancanza di adeguate evidenze scientifiche. Una de-escalation del trattamento previsto dalla classe di rischio alto può essere considerata.

Legenda

ER+: estrogen receptor positive; ER-: estrogen receptor negative; m: molecular; MMRd: mismatch repair deficient; NSMP: no specific molecular profile; p53abn: p53 abnormal; POLEmut: DNA polymerase epsilon (POLE) gene mutated.

Il trattamento adiuvante va pertanto modulato secondo le seguenti classi prognostiche (**Tabella 2**):

- ✓ **CLASSE DI RISCHIO BASSO:** non è raccomandata nessuna terapia adiuvante, le pazienti verranno avviate a programma di follow-up clinico strumentale.
- ✓ **CLASSE DI RISCHIO INTERMEDIO:** per il controllo della recidiva locale è indicata la brachiterapia sulla cupola vaginale. Per le pazienti con età <60 anni è comunque proponibile anche la sola osservazione. All'interno di questo gruppo intermedio ci sono le pazienti con tumori endometroidi e/o P53 abn con stadio IA senza invasione miometriale e in assenza di LVSI.

Tuttavia, queste pazienti non sono state incluse negli studi randomizzati. Pertanto, il potenziale beneficio della terapia adiuvante per tali pazienti non è chiaro.

- ✓ **CLASSE DI RISCHIO INTERMEDIO/ALTO:** in caso di stadiazione chirurgica linfonodale eseguita con linfonodi risultati negativi è indicata la sola brachiterapia endovaginale; la radioterapia pelvica a fasci esterni e l'eventuale aggiunta di chemioterapia è da considerare solo nei G3 e/o in presenza di invasione linfovaskolare franca o in presenza di fattori aggiuntivi come l'età o le dimensioni del T. L'avvio ad un programma di Follow-up con stretto monitoraggio può essere considerato, su richiesta della paziente, negli stadi IA endometrioidi dopo condivisione del bilancio rischio/beneficio. In assenza di una stadiazione chirurgica linfonodale, è preferibile procedere a radioterapia a fasci esterni con l'eventuale aggiunta di chemioterapia nei G3 e/o in presenza di invasione linfovaskolare franca. Nelle pazienti sottoposte a radioterapia pelvica adiuvante, l'aggiunta di un sovradosaggio sulla cupola vaginale con brachiterapia è indicata solo nello stadio II (invasione dello stroma cervicale).
- ✓ **CLASSE DI RISCHIO ALTO:** per lo stadio IIIA-B-C (in assenza di residuo tumorale), indipendentemente da una stadiazione chirurgica linfonodale sistematica, è indicata la radiochemioterapia (radioterapia a fasci esterni seguita da brachiterapia in caso di presenza di invasione stromale cervicale). Nello stadio IIIC2 è indicata anche l'irradiazione delle stazioni linfonodali paraortiche. Lo schema PORTEC 3 è da preferire. Ulteriori opzioni terapeutiche sono: la radiochemioterapia sequenziale e la sola chemioterapia. Negli istotipi speciali in stadio IA con invasione miometriale potrebbe essere proposta la radiochemioterapia sequenziale o in casi selezionati la sola radioterapia pelvica.
- ✓ **MALATTIA AVANZATA: Stadio III e IVA con malattia residua:** in presenza di residuo tumorale dopo chirurgia, la sola chemioterapia o la combinazione di radio e chemioterapia (concomitante + sequenziale o sequenziale) sono entrambe opzioni accettabili.
Nella malattia localmente avanzata non resecabile, il trattamento deve essere individualizzato (radioterapia definitiva +/- chemioterapia, chemioterapia neoadiuvante a chirurgia o a radioterapia definitiva).
- ✓ **MALATTIA METASTATICA:** Nella malattia metastatica il trattamento **chemioterapico sistemico** secondo lo schema Carboplatino-Paclitaxel è la terapia di scelta, la radioterapia riveste un ruolo esclusivamente palliativo (Tab.3).
Nelle pazienti in IV stadio in condizioni generali scadute o non candidabili a chemioterapia oppure asintomatiche con malattia di basso grado (G1-G2), non estesa e a comportamento "indolente", con elevata espressione del recettore degli estrogeni (ER) e del progesterone (PgR)

può essere proposta l'ormonoterapia con medrossiprogesterone acetato, megestrolo acetato o tamoxifene.

La **Tabella 3** riassume gli esami di stadiazione per le neoplasie dell'endometrio in fase avanzata recidivata

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
TC Total-body con e senza mdc	Appropriata
RMN addome e pelvi con mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea	Appropriata in casi selezionati

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON RECIDIVA DI NEOPLASIA DELL'ENDOMETRIO

Quando la malattia si presenta sotto forma di recidiva vaginale isolata nelle pazienti che non hanno ricevuto un precedente trattamento radiante, la radioterapia rappresenta un trattamento curativo nel 75-80% delle pazienti. Nelle pazienti che hanno già ricevuto una precedente radioterapia e con buon *performance status*, l'opzione chirurgica rappresenta il trattamento di scelta purché sia possibile ottenere una resezione completa del tumore. L'approccio chirurgico varia dalla citoriduzione secondaria alla pelvectomia. Tecniche di radioterapia stereotassica o brachiterapia image-guided possono essere prese in considerazione in casi selezionati di recidiva pelvica (sia locale che linfonodale), anche in pazienti già precedentemente irradiate.

Nella maggior parte dei casi, le pazienti presentano ripresa di malattia multifocale o a distanza e pertanto una chemioterapia o ormonoterapia sistemica rappresentano le sole opzioni terapeutiche perseguibili. Le pazienti che non abbiano ricevuto un precedente trattamento chemioterapico sistemico vengono avviate ad un regime di terapia di I linea standard. Con l'utilizzo sempre più diffuso della chemioterapia adiuvante, le opzioni terapeutiche per i pazienti con una ripresa di malattia sono decisamente ridotte poiché i farmaci di II linea hanno dimostrato generalmente risposte limitate e di breve durata. Sebbene siano stati studiati diversi regimi, mancano studi randomizzati e quindi nessun regime può essere proposto come standard.

I farmaci di nuova indicazione a partire dalla prima linea, che hanno rivoluzionato la pratica clinica e la sopravvivenza delle pazienti affetta da carcinoma endometriale avanzato o ricorrente, sono gli inibitori del checkpoint immunitario: in Italia, per le pazienti che presentano dMMR/MSI-H è approvato e rimborsato il dostarlimab in combinazione con la chemioterapia standard di prima linea

con carboplatino e paclitaxel oppure è possibile richiedere il durvalumab sempre in combinazione con la chemioterapia grazie ad un programma di Expanded Access (EAP). Per le pazienti con profilo molecolare pMMR/MSS è possibile richiedere, in combinazione con la chemioterapia standard di prima linea con carboplatino e paclitaxel, dostarlimab oppure durvalumab e olaparib, entrambi in EAP.

In seconda linea, per le pazienti con instabilità dei microsatelliti (MSI) / deficit del Mismatch Repair (MMRd), trattate in precedenza con carboplatino e paclitaxel è possibile effettuare trattamento con dostarlimab o pembrolizumab in monoterapia; invece l'associazione di pembrolizumab e lenvatinib è utilizzabile indipendentemente dello stato del mismatch repair/ instabilità microsatellitare.

Nelle pazienti con carcinoma sieroso papillare uterino ricorrente, dati recenti di uno studio prospettico di fase II suggeriscono che l'aggiunta di trastuzumab fornisce un ulteriore beneficio nelle pazienti che sono risultate positive per il recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2) /neu, per cui in queste pazienti è possibile somministrare Carboplatino + Paclitaxel + Trastuzumab (Legge 648).

Altri e già noti farmaci in indicazione in questo setting di pazienti sono: doxorubicina liposomiale pegilata (response rate 9-10%), paclitaxel (response rate 8 %) e topotecan (response rate 9%). L'impiego di antiangiogenici non ha prodotto vantaggi terapeutici pertanto non vengono utilizzati. L'ormonoterapia è riservata alle pazienti in condizioni cliniche generali scadute e non in grado di ricevere un trattamento chemioterapico sistemico. Progestinici quali medrossiprogesterone acetato o megestrolo acetato, e tamoxifene sono i farmaci più usati (Tabella 4).

Tabella 4. Trattamento malattia avanzata o recidivata

Istotipo	Terapia
<i>Recidiva locoregionale</i>	
Tutti gli istotipi	Chirurgia o radioterapia in pazienti non irradiate +/- chemioterapia
<i>Recidiva sistemica</i>	
Endometrioide basso grado	Ormonoterapia Opzione: Chemioterapia con carboplatino e paclitaxel
Alti gradi ed istotipi speciali	Carboplatino e paclitaxel per sei cicli Carboplatino e Paclitaxel e Dostarlimab (pazienti MSI)

	<p>Carboplatino e Paclitaxel e Durvaluamb (pazienti MSI, EAP)</p> <p>Carboplatino e Paclitaxel e Dostarlimab (pazienti MSS, EAP)</p> <p>Carboplatino e Paclitaxel e Dostarlimab, Olaparib(pazienti MSS, EAP)</p> <p>Carboplatino e Paclitaxel e Trastuzumab (tumori sierosi HER2/neu 2+, legge 648)</p> <p><u>Dalla seconda linea</u></p> <p>Dostarlimab (pazienti con MSI)</p> <p>Pembrolizumab (pazienti MSI)</p> <p>Pembrolizumab + lenvatinib (pazienti non MSI/MSI)</p> <p>Singoli agenti chemioterapici (doxorubicina liposomiale pegilata, paclitaxel, topotecan)</p>
Terapia palliativa	Terapia di supporto o radioterapia

FOLLOW-UP delle pazienti operate e sottoposte a terapia adiuvante

Livello di rischio	Visita ginecologica	*Imaging (TC torace-addome)	Citologia vaginale (scraping cupola)	Ca125
Alto (stadio FIGO 2009 III-IV, non endometrioid, EEC G3, p53 abn, LVSI substantial)	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi Ogni 6 mesi dal III al V anno Ogni anno dopo il V anno (SGO) 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi per i primi III anni A seguire 1 ogni 12 mesi per gli altri due anni ** 	Non raccomandato (NCCN, SGO Guide Lines, Asian Oncology Summit 2009, AIOM)	Se alla diagnosi Ca125 elevato, ogni 6 mesi per i primi 3 anni (Consensus)
Intermedio (stadio FIGO 2009 IB-II). MMRd, NSMP	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 3 mesi per i primi 12 mesi Ogni 6 mesi dal II al V anno ogni anno dopo il V anno (SGO) 	1 ogni 12 mesi per i primi due anni. (TOTEM trial §)	Non raccomandato (NCCN, SGO Guide Lines, Asian Oncology Summit 2009, AIOM)	Non raccomandato (NCCN, SGO Guide Lines, Asian Oncology Summit 2009, AIOM)
Basso (stadio FIGO 2009 IA -G 1/2), POLE mut	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi per i primi 24 mesi ogni anno per i successivi 3 anni (SGO, TOTEM trial) 	Non raccomandato (AIOM, SGO Guide Lines, NCCN, TOTEM trial)	Non raccomandato (NCCN, SGO Guide Lines, Asian Oncology Summit 2009, AIOM)	Non raccomandato (NCCN, SGO Guide Lines, Asian Oncology Summit 2009, AIOM)

* Imaging è raccomandato in base ai sintomi o alla visita ginecologica/oncologica

** dati insufficienti (TOTEM 6% stage III-IV, 8% non-endometrioid) Consensus esperti. § minimalist regimen

CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO E SINDROME EREDO-FAMILIARE

L'analisi di MSI (individuazione immunoistochimica di difetti del MMR, e test metilazione del promotore MLH1 in caso di perdita di espressione di MLH1/PMS2) dovrebbe essere effettuata in tutti i carcinomi endometriali, a prescindere dall'istotipo, allo scopo di identificare le pazienti con sindrome di Lynch mediante offerta di counseling e test genetico germinale (si rinvia al PDTA eredo-familiare 2023).

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESGO/ESTRO/ESP, NCCN).

Procedura generale di funzionamento dei GOM

Le attività del GOM

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

Primo contatto e presa in carico del paziente

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

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

La riunione multidisciplinare

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

Comunicazione al paziente

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

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

Chiusura scheda - piattaforma ROC

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aggiornamento scheda chiusa in piattaforma ROC

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

Ricerca Scheda Chiusa

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

Inserimento scheda aggiornata

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

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

Continuità territoriale, Attivazione ADI

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

piattaforma COT; tale segnalazione verrà presa in carico e gestita da parte della struttura/servizio ricevente.

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

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

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

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

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

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

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

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

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

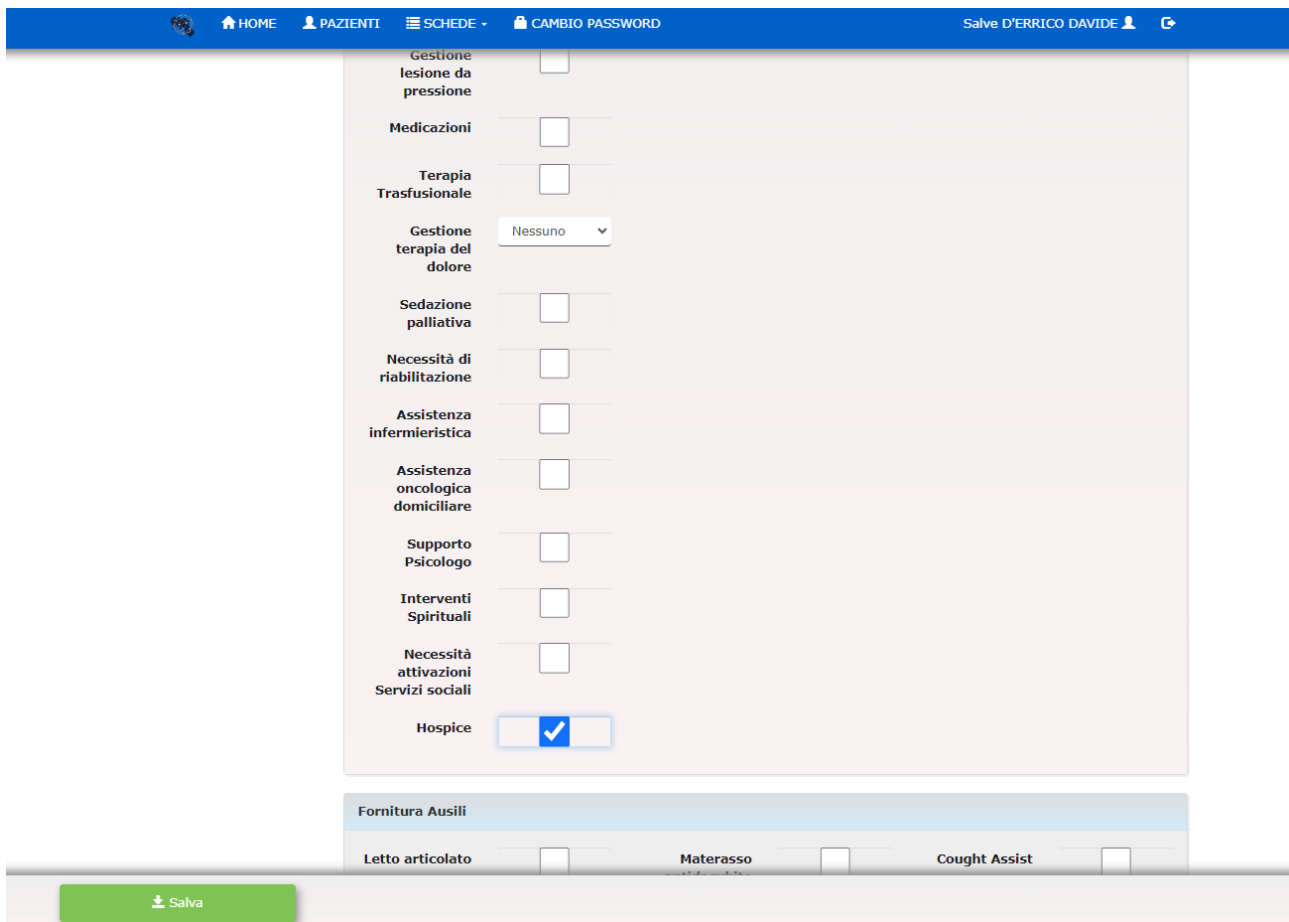
Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

Fornitura Ausili

Letto articolato Materasso antidecubito Cought Assist

Ventilazione meccanica a lungo termine Deambulatore Comunicatore



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

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

Salva

Rete Cardioncologica (CardioROC)

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

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

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

Precedenti cardiologici noti Si No

Se si specificare:

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

Il paziente assume terapia cardiologica Si No

Terapia oncologica attuale:

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

Radioterapia su campo cardiaco:

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

Trattamenti antineoplastici precedenti: Si No

Comorbidità

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

Figura 5

Consulenza cardiologica per paziente complesso

Anamnesi generale

* Allegato Referto [Scarica documento](#)

Fattori di rischio cardiovascolare

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

Precedenti eventi cardiovascolari

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

Comorbidità

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

Anamnesi farmacologica prossima e remota

Terapia oncologica attuale

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

Figura 6

Valutazione per Trial Clinico

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

I pazienti che devono essere valutati per una terapia sperimentale, avendo dato consenso a questa valutazione, vengono inviati da qualsiasi Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) ai GOM degli altri centri per la stessa patologia per essere valutati per una terapia sperimentale (incluso studi clinici di fase I). La richiesta giunge contemporaneamente a tutti gli altri GOM della patologia e ai centri di fase 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 oncogenomico / Tira Clinico / Rete cardiologica / Allegati

Allegati

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

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

Tipo Allegato: NUTRIZIONE

Descrizione:

File: Nessun file selezionato

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Chiusura / Scheda / Servizi / Test oncogenomico / Tira Clinico / Rete cardiologica / Allegati

Allegati

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

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

Tipo Allegato: PSICOLOGIA

Descrizione:

File: 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.

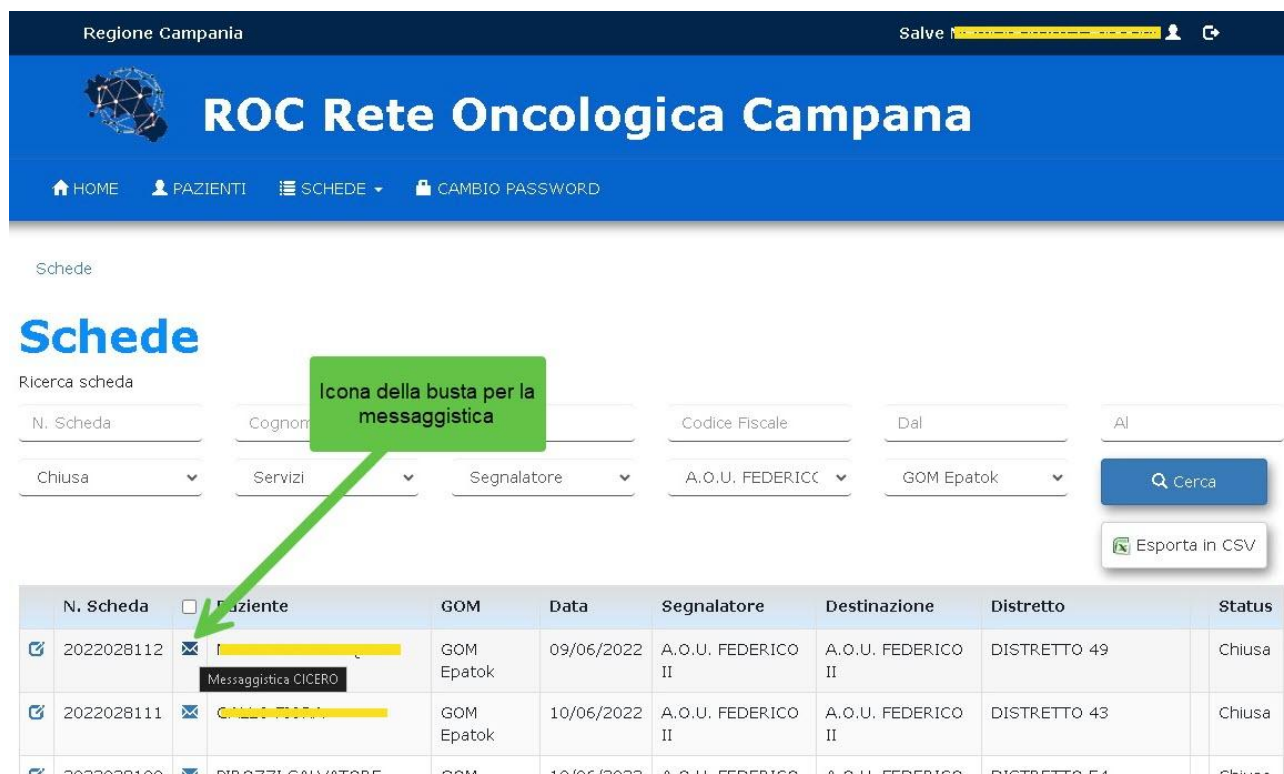
Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

- 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.

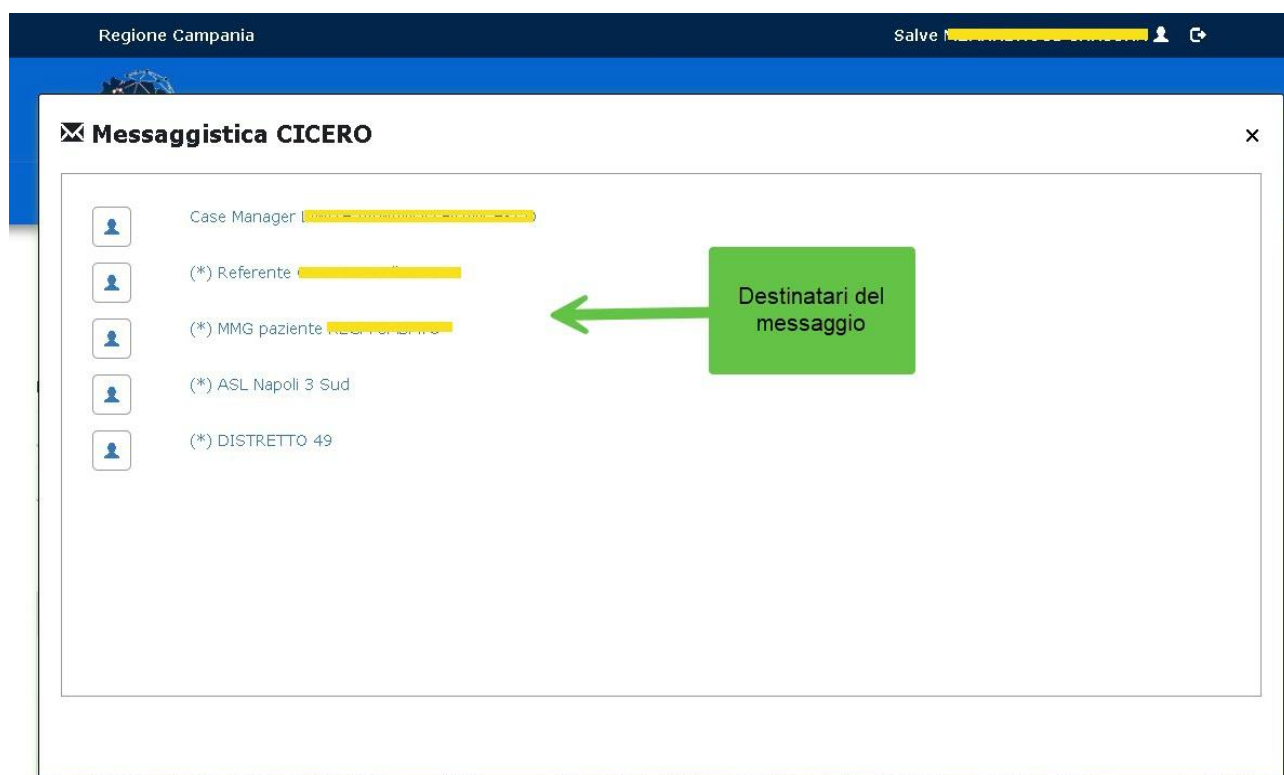
Nel corso di questa guida, esploreremo il funzionamento del modulo, le sue caratteristiche principali e come utilizzarlo al meglio per migliorare la gestione delle pratiche all'interno di ROC.

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

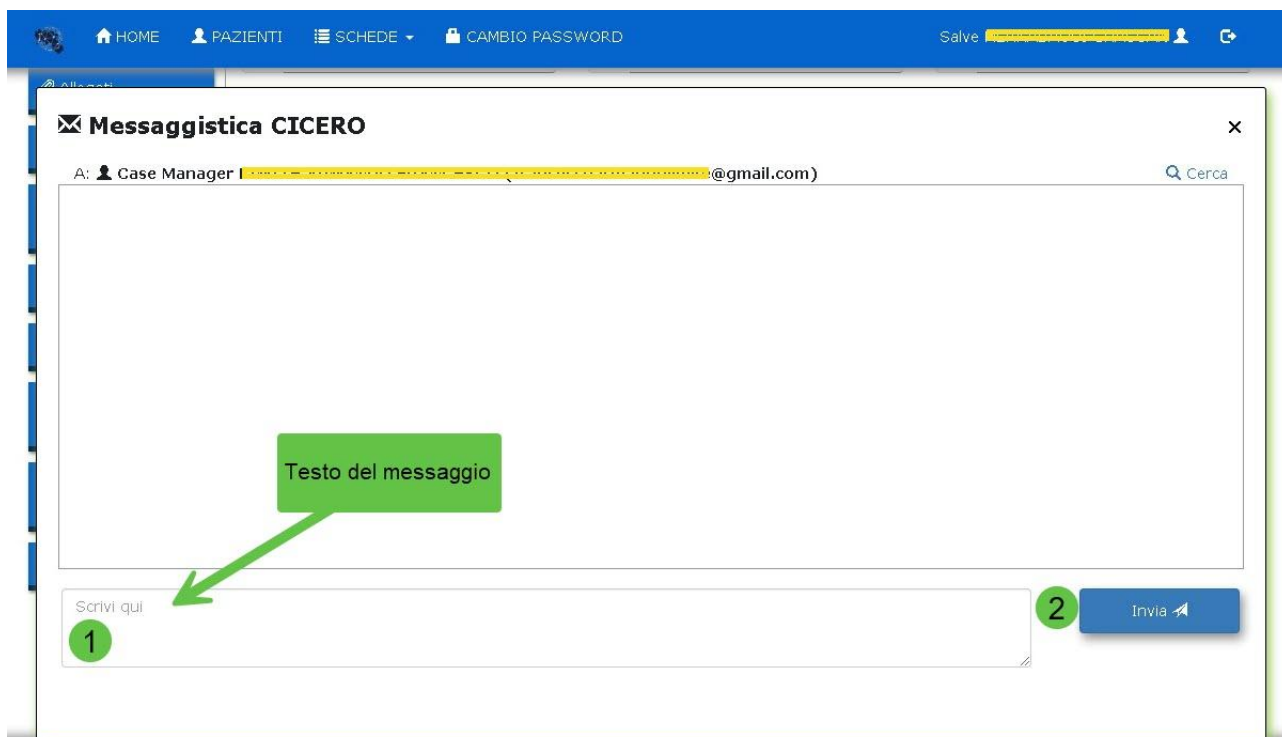


N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
2022028112	✉ [Redacted] Messaggistica CICERO	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICCO II	A.O.U. FEDERICCO II	DISTRETTO 49	Chiusa
2022028111	✉ [Redacted]	GOM Epatok	10/06/2022	A.O.U. FEDERICCO II	A.O.U. FEDERICCO II	DISTRETTO 43	Chiusa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

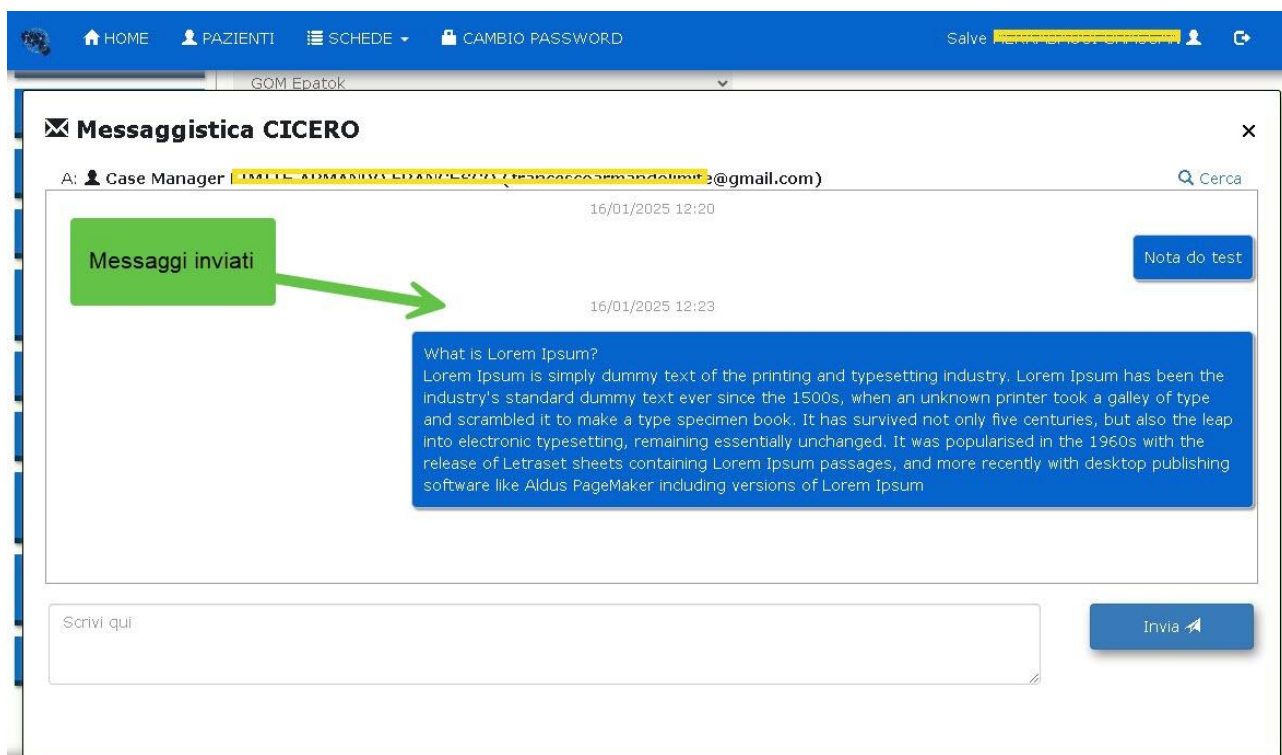
In questo modo si invia una richiesta per la pratica relativa agli attori coinvolti nel processo. Di seguito la maschera che mostra i destinatari del messaggio.



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  ← **Messaggio da leggere**

Messaggistica CICERO

Dashboard

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

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

Regione Campania Salve |  

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

Schede

Ricerca scheda

N. Scheda Codice Fiscale Dal Al

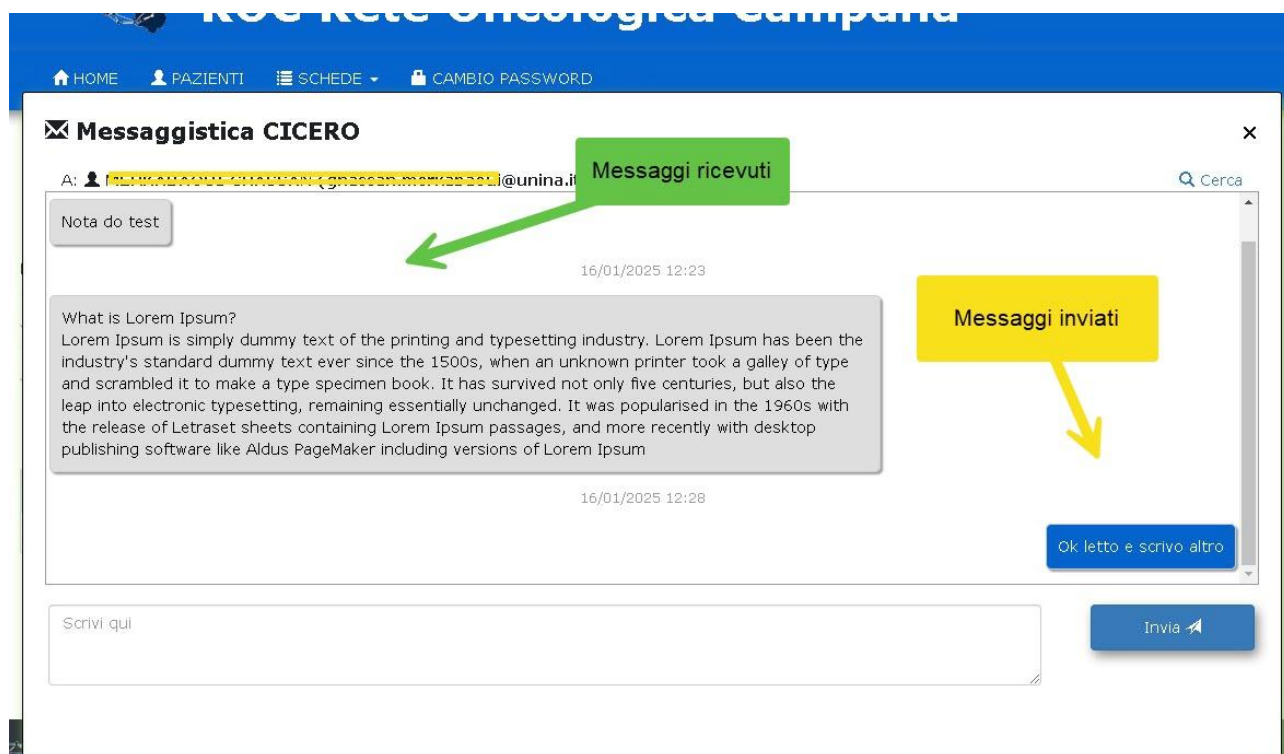
Status A.O.U. FEDERIC Gom

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		Visualizza Messaggi CICERO da Leggere	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa

Esempio di messaggi ricevuti.

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



Esenzione 048

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

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

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

Inserimento Richiesta esenzione E048

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



Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

ROC Rete Oncologica Campania

HOME **PAZIENTI** SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Dashboard

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

Dati Filtro di Ricerca
1
2

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

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

Salve D'ERRICO DAVIDE

Paziente

Crea Nuova Scheda
Servizi
Esenzione
Consenso

Cliccare il Bottone Esenzione

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

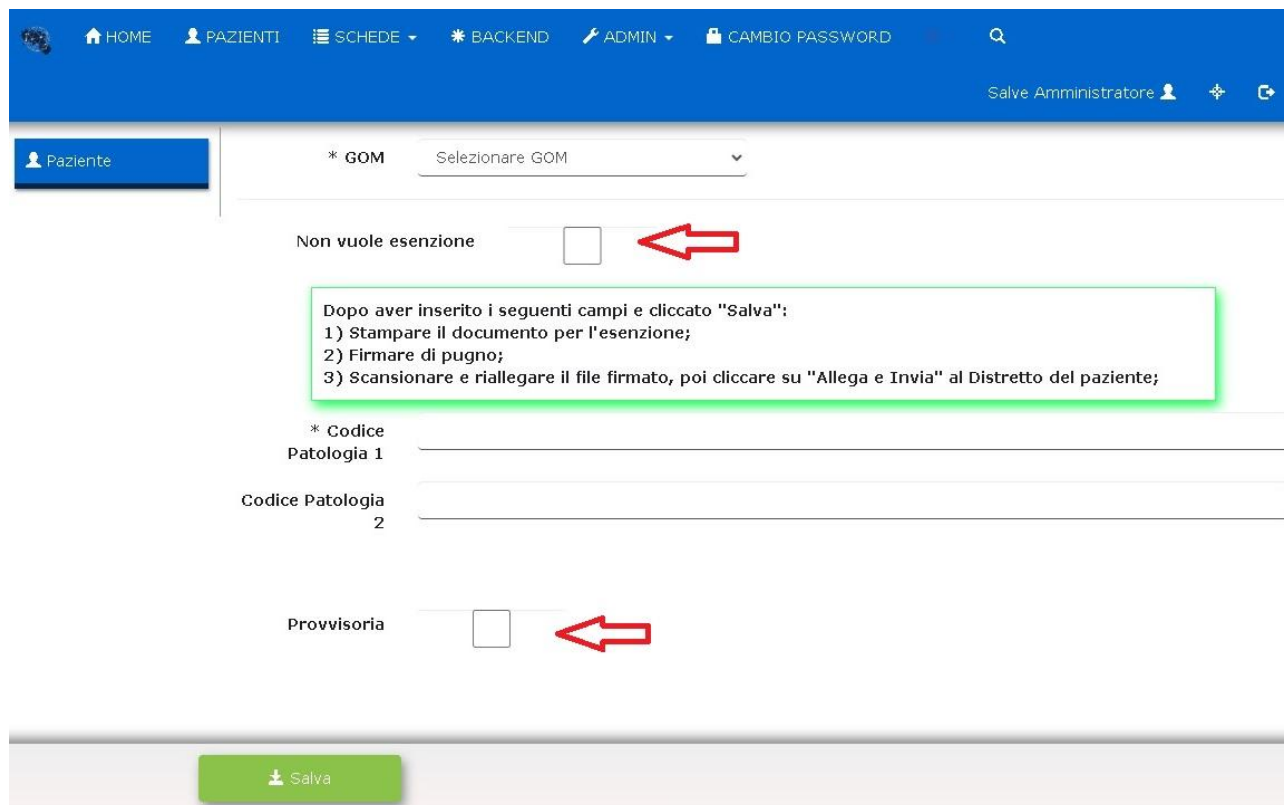
Nota: E' possibile richiedere l'Esenzione anche dalla scheda dell'Assistito.



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

Rifiuto Esenzione.

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



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 ~~CE. EVELIA ANTONIETTA~~ nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e
residente a ~~VIALE (CE) VIA ROMANA 218 (S.ITALIA)~~
Codice Fiscale ~~DELANNI78999422222~~

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 CAMPANA

app.reteoncologiacampana.it/RocTest/FrontEnd/E

HOME PAZIENTI SCHEDE

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

Cognome Nome

* GOM

Selezionare GOM

- GOM Vesdica
- GOM Carcinoma dello Stomaco
- GOM Cervice
- GOM Colangiocarcinoma
- GOM Colon
- GOM Cutanei non Melanoma
- GOM Endometrio
- GOM Epatok
- GOM Eredo Familiare
- GOM Esofago
- GOM Mammella
- GOM Melanoma Coroidale
- GOM Melanoma Cutaneo e delle Mucose
- GOM Mesotelioma
- GOM Vesdica

Scegliere il GOM

E-mail

Paziente

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

Esenzione 048

nome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail

Paziente

* GOM GOM Vesdica

Selezionare la Patologia dalla tendina. Sono riportati i codici ICD-9

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

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

* Codice Patologia 1 Vesd

Codice Patologia 2

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

Salva

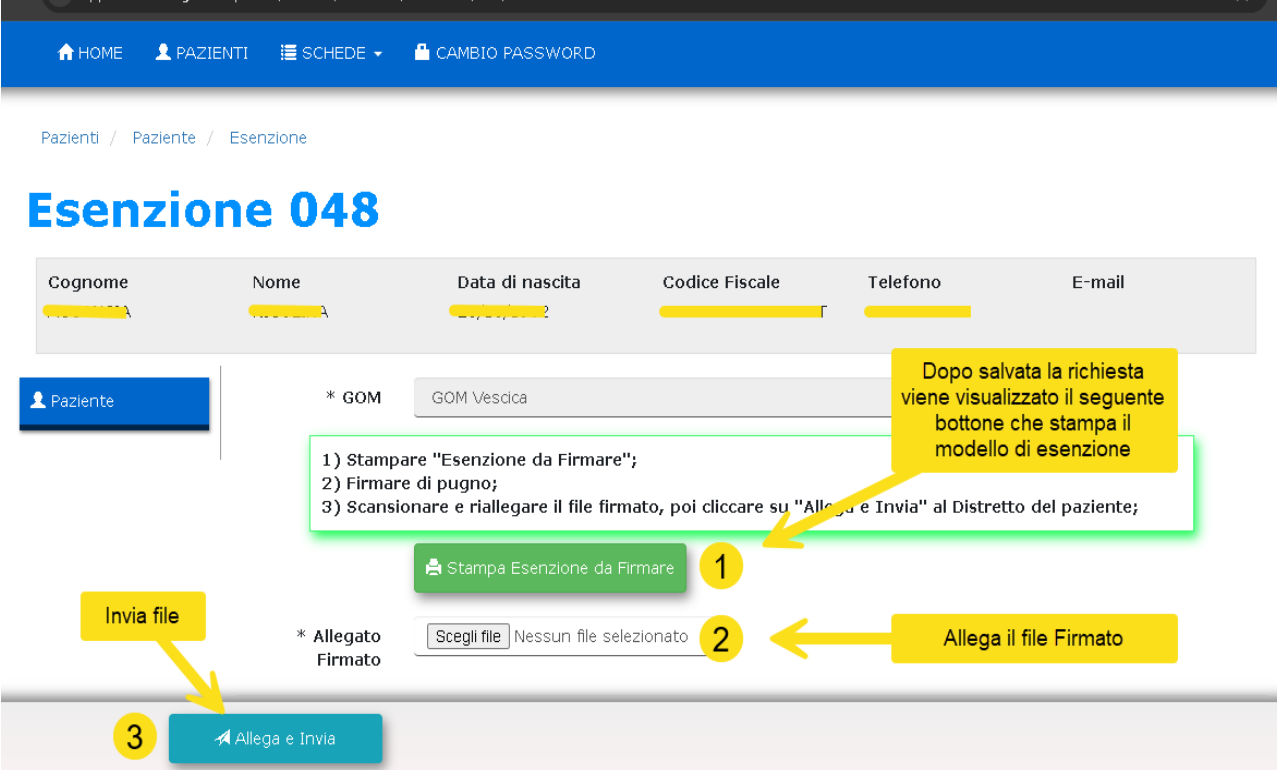
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

A questo punto è necessario:

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

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

Nell'immagine seguente sono illustrati i vari passaggi richiesti.



The screenshot shows a web interface for patient exemption. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD'. Below it, the breadcrumb 'Pazienti / Paziente / Esenzione' is visible. The main heading is 'Esenzione 048'. A form contains fields for 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail', all of which are filled with redacted information. A 'Paziente' button is on the left. The form includes a section for '* GOM' with a dropdown menu showing 'GOM Vesdica'. Below this, a green box contains 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 green button labeled 'Stampa Esenzione da Firmare' is marked with a yellow circle '1'. Below it is a file upload section for '* Allegato Firmato' with a 'Scegli file' button and the text 'Nessun file selezionato', marked with a yellow circle '2'. A yellow callout box points to the 'Stampa Esenzione da Firmare' button with the text: 'Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione'. A yellow callout box points to the file upload section with the text: 'Allega il file Firmato'. At the bottom, a blue button labeled 'Allega e Invia' is marked with a yellow circle '3'. A yellow callout box points to this button with the text: 'Invia file'.

Modello per la richiesta.

Di seguito il certificato redatto in automatico dalla piattaforma.

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

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



MODULO DI RICHIESTA ESENZIONE 048

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

La Sig.ra **DE BALDI ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a ALIFE (CE) **DE BALDI ANTONIETTA**
Codice Fiscale **DEBALDIAN88C21E988D**

GOM: GOM Cervice

E affetto da:

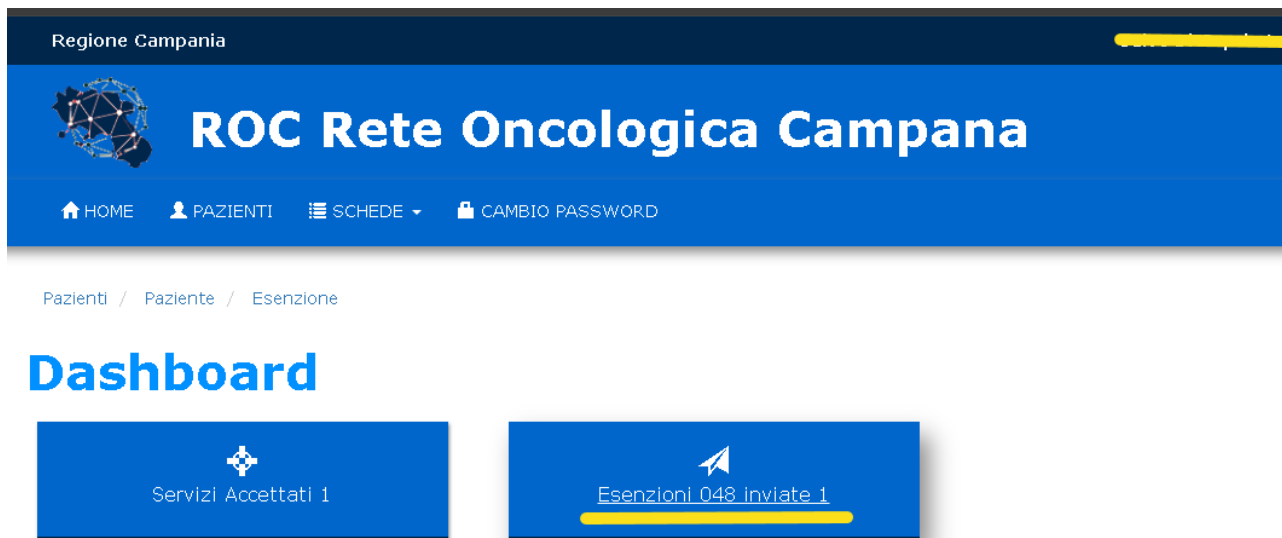
CODICE PATOLOGIA *1: Altri tumori benigni della cervice uterina (2190)

Napoli, li **07/02/2022**

Il Medico Specialista

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

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



Regione Campania

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1	Esenzioni 048 inviate 1
---------------------	-------------------------

Gestione Richieste Rifiutate

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



Regione Campania Salve 

ROC Rete Oncologica Campania

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Dashboard

Esenzioni 048 rifiutate 1

Evidenza delle richieste rifiutate

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

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

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



Regione Campania Salve 

ROC Rete Oncologica Campania

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Esenzione

Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Rifiutata

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

Elenco delle richieste rifiutate

Motivazione

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

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM: GOM Cervice

* Allegato Firmato: Scarica Esenzione Firmata

Motivo rifiuto: Documento NON valido

1 [← Modifica](#)

10/09/2024 Inserita

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

Cliccare il bottone modifica

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

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM: GOM Cervice

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

Stampa Esenzione da Firmare

* Allegato Firmato: Scegli file Nessun file selezionato

2 [← Allega e Invia](#) [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**.

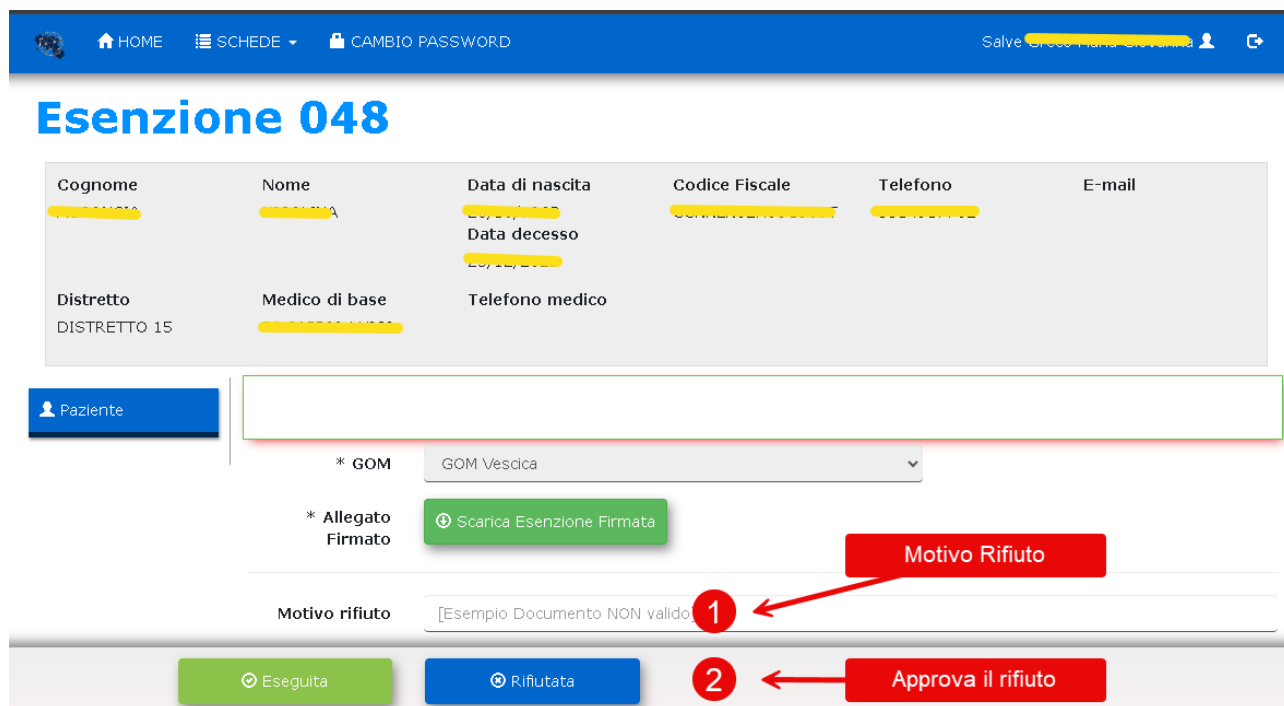
Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.



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

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

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



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

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

Pertanto è possibile inoltrare nuova richiesta di esenzione.

Modulo terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

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

Eleggibilità al trattamento

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

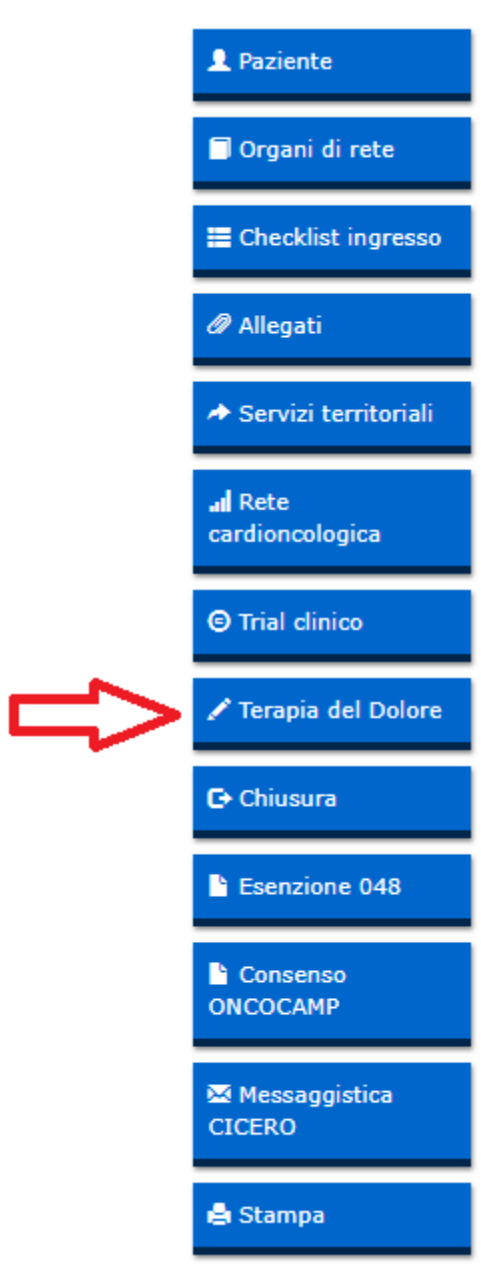
Possono accedere a questo servizio:

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

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

Richiesta della Terapia del Dolore

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



Compilare la scheda inserendo tutti i dati richiesti.

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

Terapia del Dolore

Cognome CENTRUCO	Nome FORNARO	Data di nascita 06/03/1959	Codice Fiscale CNRFRN50C00L239N	Telefono 3473394037/327012430	E-mail
N. Scheda 0025443404	Data segnalazione 22/07/2025	Stato Napoli	Distretto D1012770-05	Medico di base SILVANO MARIN	Telefono medico


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

Caratteristiche del dolore

Data rilievo

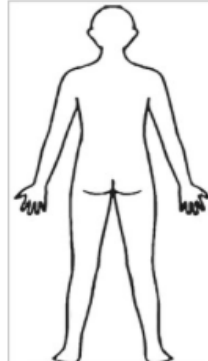
Dove (Selezionare la parte del corpo)

Anteriore



[Modifica Anteriore](#)

Posteriore



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

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

Intensità media del dolore NRS

Allegato storia clinica Nessun file selezionato

Centro di destinazione

[Salva](#)

[Invia](#)

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

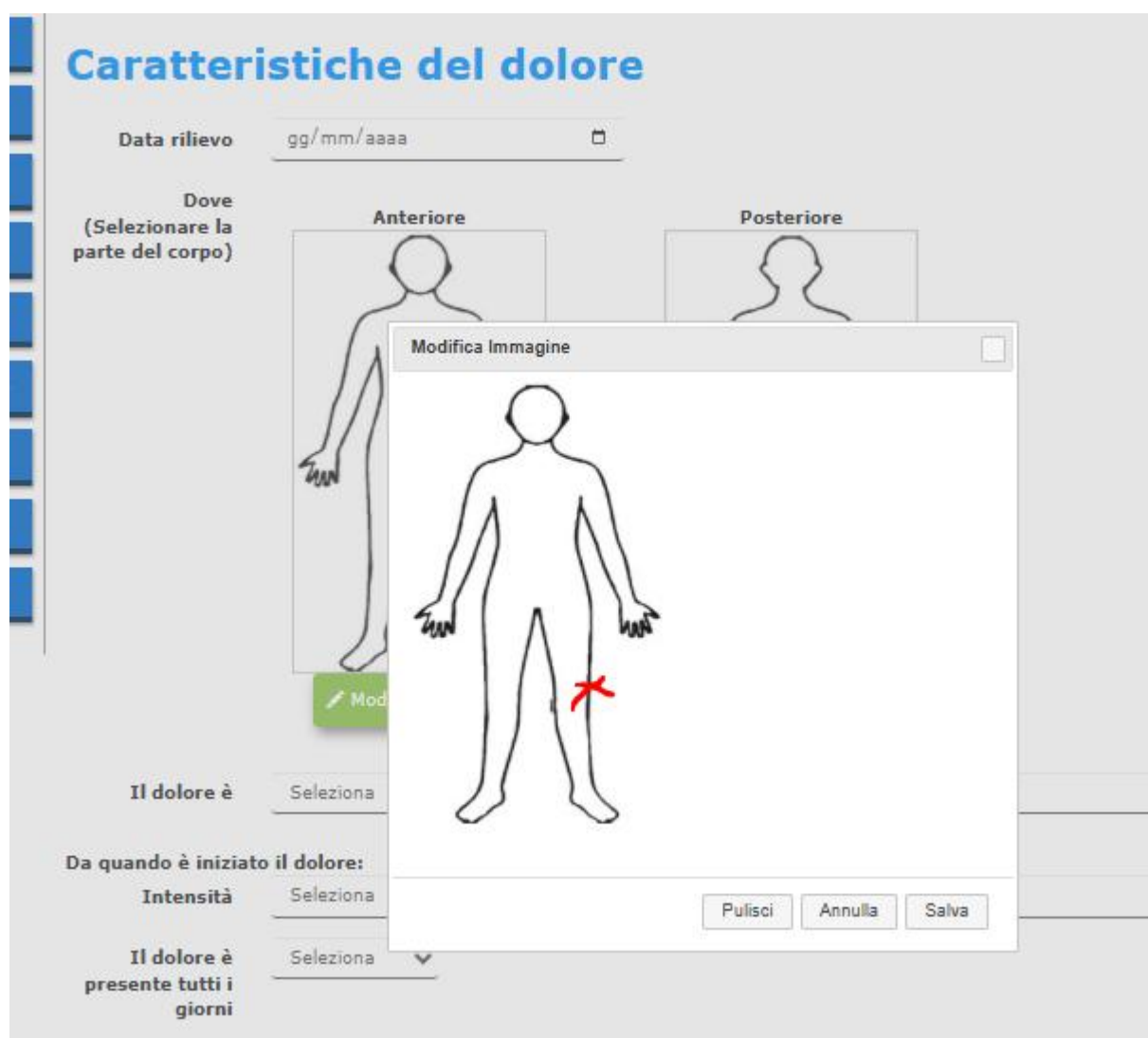
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta.**

Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.

Gestione Immagine

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

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



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

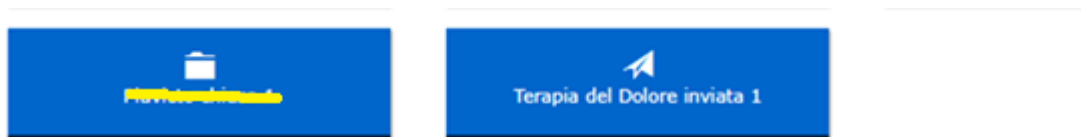
Di seguito una specifica dei bottoni:

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

✓ **Salva** – salva le modifiche e chiude la finestra

Preso in Carico della Richiesta

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



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

Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

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

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

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

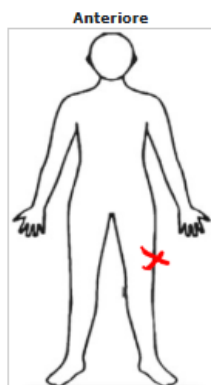
Caratteristiche del Dolore

Visita Algologica

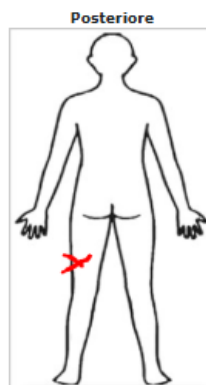
Visita Algologica

Data rilievo 

Dove
(Selezionare la
parte del corpo)



[Modifica Anteriore](#)



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

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

Intensità media del dolore NRS

Presenza di picchi BTcP

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

Se "altro" specificare _____

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

Conclusione

Dolore da causa neoplastica

Dolore da causa NON neoplastica

- Tipo di dolore
- nocicettivo
 - neuropatico

Terapie Farmacologiche

[+ Aggiungi Farmaco](#)

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

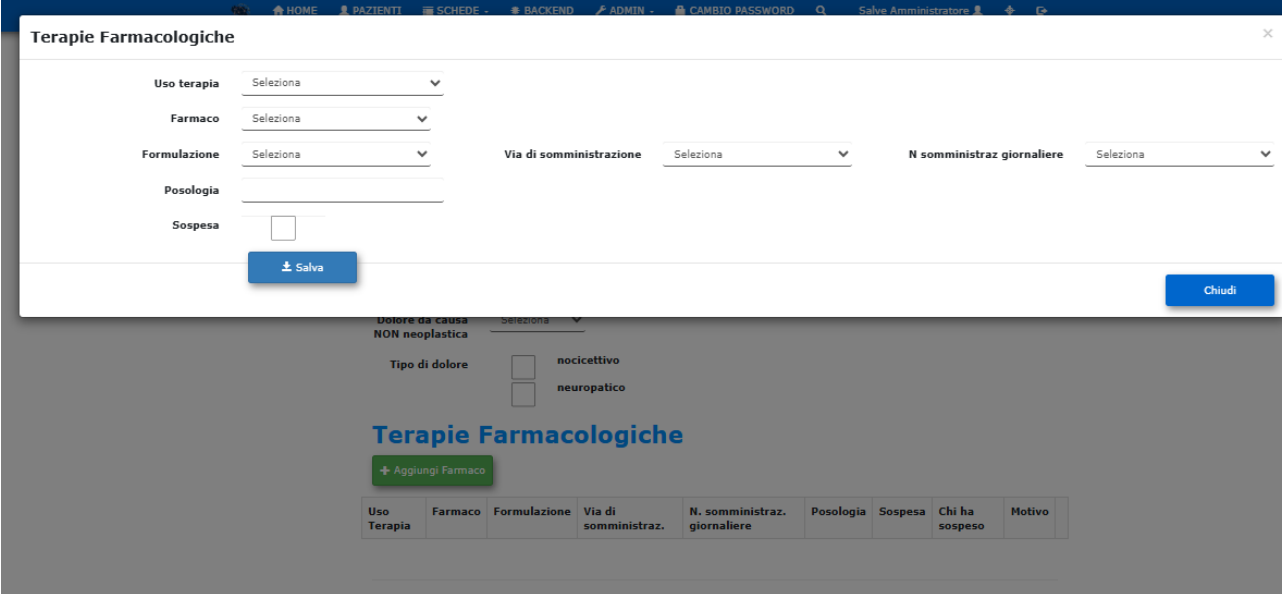
- Terapie interventistiche
- anestesia loco-regionale
 - infiltrazione con cortisonico
 - neuromodulazione elettrica transcutanea
 - neuromodulazione elettrica percutanea
 - radiofrequenza ablativa
 - radiofrequenza pulsata
 - crionalgnesia
 - cifo/ vertebroplastica
 - alcolizzazione
 - pompa intratecale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

Se "altro" specificare _____

Note

Terapie Farmacologiche

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



Terapie Farmacologiche

Uso terapia:

Farmaco:

Formulazione:

Via di somministrazione:

N somministraz giornaliere:

Posologia:

Sospesa:

Dolore da causa NON neoplastica

Tipo di dolore: nocicettivo neuropatico

Terapie Farmacologiche

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

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 dell'endometrio avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campana.
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico la paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 - 50 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall'intervento**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, o provvederà ad indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, la paziente presso altre Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campana.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 4-8 settimane** dall'intervento chirurgico.

Piano di revisione del PDTA

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

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



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

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

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

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

A:

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

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

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

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

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

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

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

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

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

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

I diritti del malato di cancro e del caregiver

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

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

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

RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA					
VOLUMI MINIMI CHIRURGICI SEDI SPECIFICI INDICATI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA - FASE DI TRANSIZIONE					
	VOLUMI CHIRURGICI DI RIFERIMENTO - n°pazienti		VOLUMI MINIMI FASE DI TRANSIZIONE *** n.° pazienti		
	CUT OFF RIFERIMENTO *	CUT OFF ridotto (20%) **	1° anno - 2022	2° anno - 2023	3° anno - 2024
SEDE TUMORALE			50% - n°	70% - n°	100% - n°
MAMMELLA	150	120	60	84	120
COLON	50	40	20	28	40
RETTO	30	24	12	17	24
STOMACO	30	24	12	17	24
PANCREAS	15	12	6	8	12
POLMONE	100	80	40	56	80
MELANOMA	50	40	20	28	40
PROSTATA	30	24	12	17	24
RENE	30	24	12	17	24
VESCICA	20	16	8	11	16
CERVICE	15	12	6	8	12
OVAIO	30	24	12	17	24
TESTICOLO	20	16	8	11	16
ENDOMETRIO	15	12	6	8	12
TESTA COLLO	20	16	8	11	16
SNC	30	24	12	17	24
FEGATO CHIRURGIA.	30	24	12	17	24
FEGATO NON CHIRURGIA	20	16	8	11	16
TIROIDE	20	16	8	11	16

*I CUT OFF DI RIFERIMENTO INDICATI PER SINGOLA PATOLOGIA SI RIFERISCONO AL NUMERO OTTIMALE DI PAZIENTI CHE OGNI STRUTTURA DOVREBBE TRATTARE CHIRURGICAMENTE OGNI ANNO PER LA PATOLOGIA ONCOLOGICA INDICATA

** CUT OFF DI RIFERIMENTO RIDOTTI DEL 20% . COSTITUISCONO IL RIFERIMENTO SU CUI VENGONO CALCOLATI I VOLUMI CHIRURGICI MINIMI INDICATI PER LA FASE DI TRANSIZIONE.

*** CALCOLATI SUI CUT OFF RIDOTTI