

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)  
per i Tumori Pediatrici dell'Addome-Pelvi**

**Edizione 2025**



**CONTENUTI DEL DOCUMENTO**

- 1. ATTUALE CONTESTO REGIONALE E BREVE DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' RELATIVE AI TUMORI DELL'ADDOME DELL'ETA' PEDIATRICA.**
- 2. BREVI NOTE EPIDEMIOLOGICHE**
  - 2.1. Incidenza
  - 2.2. Sopravvivenza
- 3. OBIETTIVI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER I PAZIENTI PEDIATRICI RESIDENTI IN REGIONE CAMPANIA CON TUMORE DELL'ADDOME**
- 4. PERCORSI PER SEGMENTAZIONE**
  - 4.1. Percorso diagnostico/stadiativo per pazienti pediatrici con sospetto tumore solido della regione addominale
  - 4.2. Modalità di contatto – trasferimento delle informazioni e degli esami – presa in carico
  - 4.3. Descrizione sintetica dell'iter diagnostico nel centro oncologico pediatrico e nei centri oncologici dell'adulto di riferimento
- 5. PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTI PEDIATRICI AFFETTI DA TUMORI DELL'ADDOME**
  - 5.1. Inquadramento diagnostico: stadiazione dello stato di malattia.
  - 5.2. Trattamento
    - 5.2.1. Chirurgia
    - 5.2.2. Chemioterapia
    - 5.2.3. Radioterapia
  - 5.3. Preservazione della funzionalità gonadica e della fertilità
  - 5.4. Descrizione sintetica dei trattamenti
- 6. CONTROLLI E TERAPIE DI SUPPORTO DURANTE I TRATTAMENTI**
- 7. FOLLOW-UP**
- 8. TEMPI DI PRESA IN CARICO (IN GIORNI LAVORATIVI)**
- 9. PROCEDURA GENERALE PER TUMORI RARI**

**10. PIANO DI REVISIONE DEL PDTA**

**11. COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI ACCREDITATE E FONDAZIONI DEDICATE**

**12. ABBREVIAZIONI**

**13. PERCORSI SUGGERITI DALLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI ADERENTI A FAVO CAMPANIA DA SVILUPPARE NELLA ROC PRIMA DELLA PROSSIMA REVISIONE ANNUALE DEL PDTA**

**1 ATTUALE CONTESTO REGIONALE E BREVE DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' RELATIVE AI TUMORI SOLIDI DELL'ADDOME DELL'ETA' PEDIATRICA**

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (AORN) Santobono-Pausilipon di Napoli rappresenta il Centro di Riferimento regionale per tumori solidi in età pediatrica, svolgendo attività di assistenza e

di ricerca clinica. L'approccio terapeutico è di tipo multimodale e prevede l'utilizzo di chemioterapia, chirurgia per lo più a scopo conservativo e radioterapia in casi selezionati

Per la presa in carico e il trattamento di pazienti pediatrici (0-18 anni) affetti da tumore solido, il Centro di Riferimento Oncologico Pediatrico dell'AORN Santobono-Pausilipon (di seguito definito con l'acronimo AORN-SB), lavora in stretta sinergia con l'IRCCS INT G. Pascale di Napoli (di seguito definito con l'acronimo INT), l'AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno (di seguito definito con l'acronimo AOU-RUGGI) e l'AORN Antonio Cardarelli di Napoli (di seguito definito con l'acronimo AORN-CARD).

Nell'organigramma seguente sono riportate le figure professionali ed unità Operative Complesse (SC/UOC) o Semplici (UOS/UOSD) che attualmente sono deputate all'accoglienza e Presa in Carico ed Assistenza dei tumori solidi pediatrici. Le malattie linfoproliferative saranno in futuro inquadrare in un PDTA a se stante. Pertanto, le unità operative che si occupano dei linfomi e delle leucemie non sono incluse nell'elenco.

Nell'organigramma seguente sono riportate le figure professionali ed unità Operative Complesse (SC/UOC) o Semplici (UOS/UOSD) che attualmente sono deputate all'accoglienza e Presa in Carico ed Assistenza dei tumori solidi pediatrici.

ACCOGLIENZA	Personale Medico	SC Oncologia Pediatrica (AORN-SB)
	Personale infermieristico	UOSD Chirurgia Oncologica (AORN-SB)
		UOC Chirurgia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Otorinolaringoiatria (AORN-SB)
		SC Urologia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Ortopedia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Ortopedia Oncologica (INT)
		SC Neurochirurgia Pediatrica (AORN-SB)
		SS Chirurgia Plastica ed Ustioni (AORN-SB)
		SC Chirurgia Toracica (AORN-CARD)
Psico-oncologi Pediatrici	UOSD Endocrinologia e Auxologia (AORN-SB)	
	Dermatologia Pediatrica (AORN-SB)	
	Dip. Oncologia Pediatrica (AORN-SB)	
	Volontari	Associazioni accreditate

PRESA IN CARICO	Oncologi Medici	SC Oncologia Pediatrica (AORN-SB)
	Chirurghi	UOSD Chirurgia Oncologica (AORN-SB)
		UOC Chirurgia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Otorinolaringoiatria (AORN-SB)
		SC Urologia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Ortopedia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Ortopedia Oncologica (INT)
		SC Neurochirurgia Pediatrica (AORN-SB)
	Radioterapia	SS Chirurgia Plastica ed Ustioni (AORN-SB)
		SC Chirurgia Toracica (AORN-CARD)
	Altri Specialisti	UOC Radioterapia (INT)
UOSD Radioterapia Pediatrica (AOU-RUGGI)		
UOSD Endocrinologia e Auxologia (AORN-SB)		
	Dermatologia Pediatrica (AORN-SB)	
	Volontari	Associazioni accreditate

ASSISTENZA	Pediatri Oncologi Medici	SC Oncologia Pediatrica (AORN-SB)
	Onco-Ematologi	SC Trapianto di Cellule Emopoietiche e Terapie Cellulari (AORN-SB)
	Chirurghi	UOSD Chirurgia Oncologica (AORN-SB)
		SC Otorinolaringoiatria (AORN-SB)
		SC Urologia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Ortopedia Pediatrica (AORN-SB)
		SC Ortopedia Oncologica (INT)
	Radioterapisti	SC Neurochirurgia Pediatrica (AORN-SB)
		SS Chirurgia Plastica ed Ustioni (AORN-SB)
	Anestesisti Pediatrici	UOC Radioterapia (INT)
		UOC Radioterapia - UOS Radioterapia Pediatrica (AOU-RUGGI)
Psico-oncologi Pediatrici Fisiatri/Fisioterapisti	UU.OO. Anestesia e Rianimazione (AORN-SB)	
	UOSD Terapia Intensiva Pediatrica (AORN-SB)	
Pediatri Oncologi, Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa)	UOSD CRR Terapia dolore e cure palliative pediatriche (AORN-SB)	
	Dip. Oncologia Pediatrica (AORN-SB)	
Personale infermieristico	UOSD Riabilitazione e Recupero Funzionale (AORN-SB)	
Ginecologo	Strutture dedicate Dip.Oncologia Pediatrica AORN SB:	
	- Ambulatorio - Day Hospital - Ricovero Ordinario	
VALUTAZIONE		UO Fisiopatologia della Riproduzione (AORN SG Moscati Avellino)

---

MULTIDISCIPLINA - Ambulatorio Oncofertilità presso  
RE Dipartimento Oncologico Pausilipon

---

Farmacisti	SC Farmacia (AORN-SB)
Biologi	UOSD Ba.S.Co. Manipolazione Cellulare e Immunogenetica (AORN-SB)
Personale Medico	SC Oncologia Pediatrica (AORN-SB)
Personale infermieristico	SC Ortopedia Pediatrica (AORN-SB)
Personale Dedicato	SC Ortopedia Oncologica (INT) SC Sarcomi e Tumori Rari (INT) UOSD Chirurgia Oncologica (AORN-SB) UOC Chirurgia Pediatrica (AORN-SB) SC Otorinolaringoiatria (AORN-SB) SC Urologia Pediatrica (AORN-SB) SC Neurochirurgia Pediatrica (AORN-SB) SS Chirurgia Plastica ed Ustioni (AORN-SB) SC Chirurgia Toracica (AORN-CARD) UOC Radioterapia (INT) UOSD Radioterapia Pediatrica (AOU-RUGGI) SC Anatomia Patologica (AORN-SB) SC Anatomia Patologica (INT) SC Anatomia Patologica (AORN-CARD) UOSD Radiologia (AORN-SB) SC Radiologia Generale (AORN-SB) UOSD Radiologia Pronto Soccorso (AORN-SB) SC Radiodiagnostica (INT)

---

---

UOC Medicina Nucleare (INT)  
UOC Anestesia e Rianimazione (AORN-SB)  
UOSD Anestesia e Terapia Intensiva Pediatrica (AORN-SB)  
UOSD CRR Terapia dolore e cure palliative pediatriche (AORN-SB)  
UOSD Riabilitazione e Recupero Funzionale (AORN-SB)  
SC Pneumologia e UTSIR (AORN-SB)  
UOSD Cardiologia Pediatrica (AORN-SB)  
Psico-oncologi Pediatrici (AORN-SB)  
SC Farmacia (AORN-SB)  
UOSD Endocrinologia e Auxologia (AORN-SB)  
Dermatologia Pediatrica (AORN-SB)  
Registro Tumori Infantili della Regione Campania (AORN-SB)

---

## **2 BREVI NOTE EPIDEMIOLOGICHE**

Il distretto anatomico addomino-pelvico rappresenta un sito di origine piuttosto comune dei tumori che insorgono nei bambini e negli adolescenti, essi rappresentano globalmente il 18% del totale dei tumori della fascia di età 0-19 anni. I neuroblastomi, che nei bambini rappresentano le neoplasie più frequenti dopo i tumori ematologici ed intracranici, insorgono, nella maggioranza dei casi, a livello della ghiandola surrenale.

In questa breve descrizione epidemiologica, finalizzata a fornire una sintesi dell'incidenza e della sopravvivenza dei tumori dell'addome e della pelvi, oggetto del PDTA, sono state escluse le classi diagnostiche dei linfomi e dei sarcomi dell'osso e dei tessuti molli, in quanto oggetto di specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

### **2.1 Incidenza**

I dati utilizzati sono stati forniti dal Registro Tumori Infantili della Regione Campania e fanno riferimento al periodo di incidenza 2008-2017. Nel distretto anatomico addomino-pelvico in media il numero di nuovi casi tra i residenti campani di età compresa tra 0 e 19 anni è pari a 40 casi all'anno, 24 tra i bambini e 16 tra gli adolescenti. Nei bambini si osserva un tasso di incidenza pari a circa 26 casi per milione di abitanti all'anno con livelli sovrapponibili nei maschi e nelle femmine. Nei bambini le diagnosi più frequenti in questa sede riguardano i tumori di origine embrionale: i neuroblastomi rappresentano il 39% delle diagnosi (circa 9 casi all'anno), i nefroblastomi il 27% (circa 6 casi all'anno) e gli epatoblastomi il 6% (circa 1,5 casi all'anno). Nel primo anno di vita si osserva l'incidenza più elevata con un tasso pari a 110 casi per milione di abitanti all'anno, circa il 60% di tali tumori è rappresentato dai neuroblastomi. Con l'aumentare dell'età diminuisce l'incidenza per la progressiva minore frequenza dei tumori embrionali. Nella fascia 1-4 anni l'incidenza è pari a 40 casi per milione di abitanti all'anno, essa si riduce a 12 e 14 casi per milione di abitanti all'anno rispettivamente delle fasce di età 5-9 e 10-14 anni. In quest'ultima fascia di età inizia ad emergere l'incidenza dei tumori a cellule germinali (46% del totale dei tumori) e dei carcinomi e neoplasie epiteliali (22% del totale dei tumori).

Negli adolescenti si osserva un incremento dell'incidenza con un tasso pari a 45 casi per milione di abitanti e una marcata differenza tra i due generi (rapporto maschi/femmine pari a 2). I tumori a cellule germinali rappresentano la diagnosi più frequente (61%), con il maggiore differenziale tra i due generi (rapporto maschi/femmine 2,2), dovuto all'incidenza dei tumori del testicolo.

## **2.2 Sopravvivenza**

I tumori addominali e pelvici si differenziano anche per la prognosi. Essa risulta collegata al tipo di diagnosi nonché allo stadio in cui viene diagnosticata.

Le stime di sopravvivenza sono state calcolate attraverso i dati relativi alle diagnosi dei tumori insorti nel periodo 2008-2014 nei residenti 0-19 anni campani con follow-up fino al 31/12/2019, raccolti e analizzati dal Registro Tumori Infantili della Regione Campania.

Globalmente nella fascia di età 0-14 anni, i tumori maligni addomino-pelvici presentano una probabilità di sopravvivenza a 1 anno dalla diagnosi pari al 91% (IC95% 95%-94%), attestandosi all'81% (IC95% 74%-86%) a 5 anni dalla diagnosi. In questo gruppo hanno una prognosi peggiore gli epatoblastomi (sopravvivenza a 5 anni pari al 71% IC95% 41%-88%) e i neuroblastomi (sopravvivenza a 5 anni pari al 76% IC95% 64%-84%), rispetto ai tumori renali (sopravvivenza a 5 anni pari al 88% IC95% 76%-95%).

Negli adolescenti la prognosi dopo una diagnosi di tumore maligno a origine dal distretto anatomico addomino-pelvico è sensibilmente migliore rispetto ai bambini. La probabilità di sopravvivenza a 1 anno dalla diagnosi è pari al 94% (IC95% 87%-98%) e raggiunge l'89% (IC95% 80-94) a 5 anni dalla diagnosi. I tumori a cellule germinali, più frequenti in questa fascia di età, a 5 anni dalla diagnosi presentano una sopravvivenza pari al 96% (IC95% 87%-99%), con livelli simili tra maschi e femmine. I carcinomi e le neoplasie maligne epiteliali presentano negli adolescenti una prognosi sensibilmente peggiore, sebbene le stime siano imprecise per i piccoli numeri con le quali sono state calcolate, con una sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi pari al 67% (IC95% 38%-85%).

### **3 OBIETTIVI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER I PAZIENTI PEDIATRICI RESIDENTI IN REGIONE CAMPANIA CON TUMORE SOLIDO DELL'ADDOME**

Gli obiettivi principali del PDTA sono così sintetizzati:

- 4 Promuovere la diagnosi precoce
- 5 Ridurre l'impatto socio-economico della migrazione sanitaria
- 6 Garantire la presa in carico e la gestione multidisciplinare di ogni singolo assistito attraverso la costituzione del GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare) dedicato
- 7 Condividere e diffondere linee guida e protocolli di trattamento aggiornati
- 8 Garantire la continuità assistenziale mediante il lavoro di rete tra le strutture coinvolte (territoriali, ospedaliere, centro di riferimento)
- 9 Favorire l'affido agli specialisti dell'età adulta nella fase di transizione adolescenziale
- 10 Ottimizzare la gestione degli effetti collaterali delle terapie antitumorali a breve, medio e lungo termine.

Più in dettaglio, gli obiettivi del PDTA possono così essere declinati:

- Inquadramento diagnostico precoce del paziente pediatrico (0-18 anni) portatore di tumore addominale, attraverso il coordinamento delle attività delle strutture e dei servizi coinvolti a livello territoriale, ospedaliero e del centro di riferimento. La diagnosi precoce è un obiettivo cruciale del PDTA. In base ai dati epidemiologici, ridurre la possibilità di diffusione metastatica all'esordio, attraverso percorsi che favoriscono la diagnosi e la presa in carico

precoce, si traduce in un significativo impatto sulla sopravvivenza complessiva dei pazienti con diagnosi di tumore addominale.

- Riduzione e governo del fenomeno della migrazione sanitaria extra-regionale, con notevoli ricadute di carattere socio-economico soprattutto a carico delle famiglie degli assistiti. Il fenomeno è ancor più diffuso nella fascia di età adolescenziale (14-18 anni) dove è importante impedire la dispersione dei casi.
- Discussione multidisciplinare dei nuovi assistiti presi in carico, attraverso la costituzione del GOM dedicato, all'interno del quale sono definiti i ruoli degli specialisti coinvolti. La valutazione multidimensionale del bambino e dell'adolescente richiede la definizione di percorsi dedicati anche per quanto attiene al sostegno psicologico e ai trattamenti riabilitativi.
- Garanzia dell'appropriatezza e dell'uniformità delle indicazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali mediante l'applicazione di trattamenti multimodali e polispecialistici basati su evidenze scientifiche, linee guida e protocolli di trattamento aggiornati.; promozione della ricerca clinica e traslazionale sulla biologia dei tumori e la sua rapida applicazione in ambito clinico.
- Condivisione delle strategie terapeutiche e dei protocolli di sorveglianza con le strutture territoriali e ospedaliere regionali, a garanzia della continuità assistenziale durante le fasi di cura e durante il follow-up a breve, medio e lungo termine.
- L'affido da parte degli specialisti pediatri agli specialisti dell'adulto rappresenta spesso difficoltà e criticità per le persone con patologia tumorale. Tra gli obiettivi principali deve essere pertanto incluso un percorso che faciliti tale affido nella fase di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta.
- Gli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali hanno un enorme impatto sulla qualità di vita sia dei pazienti in terapia sia di coloro che sono guariti. L'individuazione e la gestione degli effetti collaterali a breve, medio e lungo termine risulta più efficace mediante un'azione di rete tra i vari specialisti coinvolti (Pediatri di Libera Scelta, Medici di Famiglia, Pediatri Ospedalieri ed Oncologi Pediatri). Obiettivo del PDTA è promuovere e rafforzare la rete di cure intorno agli assistiti portatori di patologia tumorale.

I PDTA inerenti al settore della patologia tumorale in età pediatrica che si andranno man mano a completare rappresentano gli strumenti di governo della futura Rete Oncologica Pediatrica, da attivare all'interno della già esistente Rete Oncologica della Campania (ROC). Nell'immediato

futuro sarà necessario definire le strategie operative funzionali al raggiungimento di tutti gli obiettivi fissati.

#### 4 PERCORSI PER SEGMENTAZIONE

- Percorso diagnostico/stadiativo per pazienti pediatrici con sospetto tumore dell'addome
- Percorso terapeutico per pazienti pediatrici affetti da tumore dell'addome
- Follow-up dei pazienti pediatrici affetti da tumore dell'addome.

##### 4.1. PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTI PEDIATRICI CON SOSPETTO TUMORE SOLIDO DELL'ADDOME

Il quadro clinico di esordio di un tumore solido della regione addominale in pazienti da 0 ai 18 anni dipende dalla sede di sua insorgenza. Oltre ai segni e sintomi legati alla sede di insorgenza è importante la valutazione di eventuali sintomi sistemici o di disfunzione d'organo, oltre alla valutazione dei parametri vitali incluso la pressione arteriosa.

Gli estensori del presente documento lavoreranno per definire e diffondere algoritmi decisionali condivisi all'interno della futura rete oncologica pediatrica attraverso l'organizzazione di incontri e webinar.

Distinguiamo di seguito i più frequenti tumori solidi localizzati nel distretto addominale in età pediatrica (ad esclusione dei tumori rari per cui si rimanda a PDTA dedicato):

- Neuroblastoma
- Tumori renali (tra cui il più frequente è il Tumore di Wilms)
- Sarcomi dei tessuti molli (Rabdomiosarcoma e non-rabdomiosarcoma)
- Tumori a cellule germinali e tumori gonadici non germinali
- Tumori epatici (epatoblastoma, epatocarcinoma)
- *Linfomi (si rimanda a PDTA dedicato).*

I tumori solidi del distretto **addomino-pelvico** si presentano solitamente con massa addominale, dolore e aumento volumetrico dell'addome. Talvolta il riscontro di una neoformazione addominale o di un aumento volumetrico degli organi ipocondriaci (come il fegato nel caso di tumori epatici) può essere occasionale durante una visita richiesta per altri sintomi, quali anoressia, nausea, vomito, dolore addominale, disuria, stipsi. Occasionalmente

possono essere presenti edema scrotale e agli arti inferiori, ipertensione arteriosa (più frequente nel tumore di Wilms), quadri di addome acuto (per emorragie spontanee).

Nei tumori germinali e gonadici non germinali, i sintomi dipendono dalla zona dove origina il tumore che può iniziare con la comparsa di una tumefazione spesso non dolorosa a livello testicolare oppure con una massa nella zona pelvica, associata a dolori addominali e ascite, nel caso di sviluppo a livello delle ovaie. È possibile in entrambi i casi un inizio brusco con dolore dovuto alla torsione testicolare o con addome acuto per torsione ovarica o rottura della massa nella cavità addominale. In entrambe le situazioni è indicato l'intervento chirurgico in urgenza. La localizzazione del tumore nella zona sacro-coccigea si presenta in genere come tumefazione presente già prima o alla nascita, o anche dai primi mesi di vita. Si può associare a stipsi, dolori, infezione delle vie urinarie, disturbi sfinterici.

Nei maschi i tumori gonadici non germinali sono più frequenti nella prima infanzia, nella femmina possono presentarsi anche dopo il menarca; una parte delle forme che originano dallo stroma gonadico inoltre produce ormoni in modo anormale per l'età o il sesso (femminilizzanti o mascolinizzanti) e i segni endocrini possono essere notati per primi.

In tutti i casi di un tumore solido, può aiutare nel porre il sospetto diagnostico l'identificazione di quadri clinici correlati alla produzione di sostanze, come le catecolamine nel neuroblastoma (ipertensione arteriosa, sudorazione, tachicardia, rash cutanei).

Di fronte al sospetto di neoplasia addominale, avviare le valutazioni di I livello (Tabella 1).

**Tabella 1.**

<p><b>ESAMI DI I LIVELLO IN CASO DI SOSPETTO TUMORE SOLIDO A CARICO DELLA REGIONE TESTA-COLLO - TORACE - ADDOME</b></p>
---

Anamnesi personale, fisiologica e familiare	Valutazione delle tempistiche di esordio ed evoluzione clinica della sintomatologia, della comparsa del dolore, dell'eventuale presenza di sintomi sistemici o disfunzioni d'organo
Esame obiettivo	Esame obiettivo generale con rilevazione della pressione arteriosa e degli altri parametri vitali (FC, FR, SatO2, temperatura corporea, dolore) e valutazione del distretto interessato dalla sintomatologia
Esami ematochimici	Emocromo, prove emogeniche, funzionalità epatica e renale, PCR, LDH, fosfatasi alcalina
Ecografia addome	Consente di rilevare l'eventuale presenza di neoformazioni misurandone il volume, la morfologia, l'ecostruttura e l'eventuale coinvolgimento delle strutture contigue
Radiografia del torace	Lo studio del torace in proiezioni antero-posteriore e latero-laterale permette di stabilire l'eventuale coinvolgimento del comparto toracico.

Una volta avvalorato il sospetto di possibile neoplasia addominale, l'assistito dovrà afferire autonomamente o opportunamente indirizzati dal proprio Pediatria di Libera Scelta (PLS) o medico di Medicina Generale (MMG) o Medico Ospedaliero, presso il centro oncologico di riferimento per l'effettuazione degli esami di II Livello (Tabella 2) e la gestione diagnostico-terapeutica del caso da parte del GOM specifico per la patologia tumorale dell'età pediatrica.

**Tabella 2.**

<b>ESAMI DI II LIVELLO IN CASO DI SOSPETTO TUMORE ADDOMINALE</b>
--

Ecografia con valutazione color-power doppler	Oltre ai rapporti con le strutture circostanti, permette di valutare lo stato di vascolarizzazione di una neoformazione
Esami ematochimici	A seconda delle situazioni: markers specifici a seconda del sospetto clinico (VMA e HVA urinari, catecolamine urinarie, alfa-fetoproteina, Beta-HCG), ferritina, NSE.
TC addome con mdc	Consente di definire i rapporti con le strutture ossee, con le strutture vascolari e il possibile coinvolgimento dei linfonodi tributari
RMN addome con mdc	È spesso l'esame di scelta in quanto permette di definire con precisione le dimensioni, il compartimento ed i rapporti con le strutture vascolari e nervose
PET total body con FDG o altro tracciante specifico	Permette di valutare l'intensità dell'attività metabolica della regione sospetta e di eventuali sedi secondarie
TAC torace senza mdc	Permette di valutare l'eventuale presenza di secondarismi a livello toraco-polmonare
Scintigrafia scheletrica	Sempre meno utilizzata in età pediatrica. Ormai quasi completamente sostituita dall'esame PET
Scintigrafia con Metaiodobenzilguanidina (MIBG)	Esame mandatorio nel sospetto o in caso di conferma di tumore neuroblastico
Ecografia con mdc	Opzionale. Consente di distinguere aree vascolarizzate dalle necrotiche e selezionare meglio le zone da sottoporre a biopsia diagnostica

<p>Biopsia Osteomidollare/Aspirato Midollare</p>	<p>Da effettuarsi in presenza di diagnosi di tumore con potenzialità di infiltrazione midollare.</p>
--	--

Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici confermino il sospetto di tumore, l'assistito sarà sottoposto agli opportuni esami necessari per la diagnosi:

- Biopsia della lesione con ago tranciante o incisionale e diagnosi istologica secondo classificazione WHO
- Centralizzazione e revisione centralizzata dell'esame istologico laddove indicata
- Analisi molecolari, quando previste.

Il referto istologico, comprensivo di valutazioni di biologia molecolare, dovrà essere disponibile entro 1-2 settimane dalla procedura.

Verrà effettuata una revisione centralizzata dell'esame istologico in tutte le situazioni in cui questa è prevista dal protocollo di trattamento in cui il paziente è arruolato oppure sulla base delle indicazioni degli specialisti del Gruppo Oncologico Multidisciplinare.

#### **4.2. MODALITA' DI CONTATTO – TRASFERIMENTO DELLE INFORMAZIONI E DEGLI ESAMI – PRESA IN CARICO**

Le modalità di contatto tra i medici curanti di famiglia (PLS e MMG), gli specialisti pediatri ospedalieri e il centro di riferimento avverrà inizialmente per via telefonica.

Contatti telefonici della SC Oncologia Pediatrica AORN Santobono-Pausilipon:

**Stanza Medici:** 081 2205510

**Infermeria Reparto:** 081 2205669

**Day Hospital:** 081 2205552

**Cellulare di Reparto:** 333-6167723 (attivo dalle 9 alle 17 dal lunedì al venerdì non festivi)

Gli estensori del presente documento lavoreranno per stabilire nell'immediato futuro le strategie e i percorsi atti a promuovere la Presa in Carico precoce in caso di sospetto tumore addominale. Tra questi, sarà anche valutata l'implementazione di una piattaforma digitale per la trasmissione rapida delle informazioni e degli esami strumentali.

Nei casi in cui è richiesta una prima visita oncologica pediatrica da parte del centro di riferimento, questa sarà effettuata presso l'ambulatorio dedicato nella prima data disponibile, comunque non oltre i 7 giorni dalla prenotazione. La visita oncologica può essere prenotata attraverso il CUP/Call Center dell'Ospedale Santobono-Pausilipon al numero 081 19022033.

**Ambulatorio Oncologia Pediatrica (II Piano Ospedale Pausilipon) – Via Posillipo 226 Napoli**

L'Ospedale Pausilipon ha i seguenti giorni e orari di ambulatorio di Oncologia Pediatrica, con riserva di posti per prime visite o visite urgenti:

- Lunedì - mercoledì - venerdì: ore 13 - 15
- Giovedì: ore 11-13.

La presa in carico dell'assistito nella sua globalità prevede l'integrazione di più professionisti (oncologo, chirurgo, dermatologo, otorinolaringoiatra, endocrinologo, radiologo, radioterapista, genetista, anatomo-patologo, biologo molecolare, medico nucleare, ginecologo, psico-oncologo, fisiatra, terapista del dolore) che faranno parte Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) dedicato. Per i tumori solidi pediatrici (tumori testa-collo, torace, addome) verrà creato un unico GOM. Il GOM dedicato ai tumori solidi pediatrici verrà comunicato dopo la delibera dei singoli PDTA (distinti per regioni anatomiche testa/collo, torace e addome) e sarà periodicamente aggiornato. Il GOM dedicato avrà uno o più Case Manager incaricati alla supervisione della corretta applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici stabiliti collegialmente.

**4.3 DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ITER DIAGNOSTICO NEL CENTRO ONCOLOGICO PEDIATRICO E NEI CENTRI ONCOLOGICI DELL'ADULTO DI RIFERIMENTO**

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
------------	-----------	---------------------	---------------------------

Sospetto tumore addominale	Ecografia sede interessata	SC/UOSD Radiologia Centri Impegnativa interna o del MMG tramite i C.U.P	< 1 settimana
Sospetto tumore addominale	Rx torace	SC/UOSD Radiologia Centri Impegnativa interna o del MMG tramite i C.U.P	< 1 settimana
Sospetto tumore addominale	Tomografia Computerizzata Addome	SC/UOSD Radiologia Centri Impegnativa interna o del MMG tramite i C.U.P	1 settimana
Sospetto tumore addominale	Risonanza Magnetica Nucleare Addome	SC/UOSD Radiologia Centri Impegnativa interna o del MMG tramite i C.U.P	1-2 settimane
Sospetto tumore addominale	Biopsia lesione sospetta/biopsia osteomidollare/ aspirato midollare	SC Ortopedia Pediatrica (AORN-SB) SC Ortopedia Oncologica (INT) UOSD Chirurgia Oncologica (AORN-SB) UOC Chirurgia Pediatrica (AORN-SB) SC Neurochirurgia Ped. (AORN-SB) SC Chirurgia Toracica (AORN-CARD)	1-2 settimane
Sospetto tumore addominale	Esame istologico, immunoistochimico e molecolare	SC Anatomia Patologica (AORN-SB) SC Anatomia Patologica (INT) SC Anatomia Patologica (AORN-CARD)	1-2 settimane
Diagnosi di tumore addominale	TC Total Body con mdc o TC torace	SC/UOSD Radiologia Centri Impegnativa interna o del MMG tramite i C.U.P	1-2 settimane

Diagnosi di tumore addominale	PET Total Body con FDG	SC Medicina Nucleare (INT) Impegnativa interna o del PLS/MMG tramite i C.U.P	1-2 settimane
Diagnosi di tumore addominale	Scintigrafia con Metaiodobenzilguanidina (MIBG)	SC Medicina Nucleare (INT) Impegnativa interna o del PLS/MMG tramite i C.U.P	1-2 settimane
Diagnosi di tumore addominale	Scintigrafia tiroidea o con Octeotide o Dotatoc	SC Medicina Nucleare (INT) Impegnativa interna o del PLS/MMG tramite i C.U.P	1-2 settimane
Diagnosi di tumore addominale	Scintigrafia ossea	SC Medicina Nucleare (INT) Impegnativa interna o del PLS/MMG tramite i C.U.P	1-2 settimane

## 5 PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTI PEDIATRICI AFFETTI DA TUMORI DELL'ADDOME

L'approccio terapeutico nei tumori solidi pediatrici differisce a seconda dell'età del paziente e delle caratteristiche istologiche.

I percorsi sono stati stabiliti seguendo le raccomandazioni dei protocolli di trattamento indicati dall'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP), dalla Società Internazionale di Oncologia Pediatrica (SIOP) e linee guida internazionali e verranno aggiornati nel tempo secondo la loro evoluzione. Tutti i pazienti verranno trattati seguendo uno specifico protocollo di trattamento. Tranne in rari casi selezionati sarà sempre disponibile la diagnosi istologica.

### 5.1 Inquadramento diagnostico: stadiazione dello stato di malattia

La valutazione dell'estensione della sede primitiva del tumore è effettuata attraverso gli esami di primo livello e di secondo livello. Per la rilevazione delle lesioni secondarie è mandatoria l'esecuzione della TC torace senza mdc, per rilevare l'eventuale presenza di secondarismi a livello polmonare, e l'esecuzione della PET total body con FDG o altro

tracciante specifico, esame preferito alla scintigrafia ossea, per valutare la presenza di eventuali localizzazioni di malattia di tipo secondario in altre sedi.

## **5.2 Terapia**

### **5.2.1 Chirurgia**

Il trattamento locale è essenziale, soprattutto per i tumori solidi non metastatici. Esso può essere realizzato mediante chirurgia, radioterapia o entrambi. Lo scopo del trattamento locale è quello di curare il paziente senza o con conseguenze minime a lungo termine. La scelta del trattamento locale dipenderà dalla sede e dalle dimensioni del tumore primario, dall'età del paziente e dalla risposta alla chemioterapia neoadiuvante. La pianificazione dell'intervento chirurgico dovrebbe includere tutte le procedure di ricostruzione ed ottimizzare il timing per l'eventuale radioterapia aggiuntiva. La resezione del tumore o la radioterapia vengono solitamente eseguite tenendo conto della risposta alla chemioterapia neoadiuvante intesa come riduzione del volume tumorale.

Nella maggior parte dei casi con sospetto tumore solido il primo atto chirurgico è rappresentato dalla biopsia diagnostica. La pianificazione dell'intervento definitivo, a seconda dei protocolli di trattamento, viene solitamente eseguita dopo una fase di chemioterapia preoperatoria citoreducente. La qualità della resezione è definita dai margini di resezione ed è solitamente classificata in: R0 (= resezione microscopica completa = resezione radicale), R1 (= resezione microscopicamente incompleta = resezione marginale) e R2 (= resezione macroscopicamente incompleta = resezione intralesionale). La possibilità di ottenere un'asportazione chirurgica completa del tumore rappresenta uno dei principali fattori prognostici.

### **5.2.2 Chemioterapia**

Nella maggior parte dei casi, il trattamento chemioterapico viene iniziato non appena completato l'inquadramento diagnostico iniziale (stadiazione e diagnosi istologica) e previo posizionamento di un accesso venoso centrale (CVC). Il trattamento chemioterapico prevede in genere una fase di trattamento preoperatorio con scopo citoreducente ed una fase di consolidamento e/o mantenimento post-operatorio. La scelta dei farmaci chemioterapici da utilizzare si inserisce nell'ambito di specifici protocolli di trattamento e/o raccomandazioni

(nazionali, europei ed internazionali) e, quando necessario, viene personalizzata sulla base del quadro clinico del paziente.

Gli schemi di trattamento variano a seconda dell'istologia e dello stadio del tumore.

L'attuale trattamento del neuroblastoma si differenzia a seconda dello stadio di malattia all'esordio, età del paziente, presenza o meno di caratteristiche isto-biologiche sfavorevoli del tumore, come l'amplificazione dell'oncogene MYCN e alcune alterazioni cromosomiche segmentali (SCA). I Neuroblastomi a rischio basso-intermedio vengono trattati secondo il protocollo SIOPEN "European Low and Intermediate Risk Neuroblastoma"; i Neuroblastomi ad alto rischio vengono invece trattati secondo il protocollo SIOPEN "High Risk Neuroblastoma" che prevede una tempistica di trattamento più lunga, megaterapia con successivo trapianto di cellule staminali autologhe ed immunoterapia, oltre a chirurgia e radioterapia sul tumore primitivo

Per i tumori renali, tra cui il più frequente tumore di Wilms, un atteggiamento oggi sempre più condiviso a livello internazionale prevede l'utilizzo di una fase di chemioterapia pre-operatoria, che consente l'intervento chirurgico più agevole e più sicuro. Il trattamento farmacologico riveste un ruolo importante e i farmaci più attivi sono actinomicina-D, vincristina e adriamicina. Nei pazienti con un tumore resistente a questi farmaci, o con caratteristiche istologiche sfavorevoli, altri farmaci (ifosfamide, etoposide e carboplatino) si sono dimostrati efficaci nell'indurre la remissione. Gli attuali schemi di trattamento si basano sul più recente protocollo di studio europeo "Umbrella protocol SIOP-RTSG 2016".

Diverse combinazioni di farmaci si sono rivelate efficaci contro i rabdomiosarcomi, che vengono trattati secondo il protocollo europeo EpSSG RMS. I regimi più utilizzati sono: VAC (vincristina, actinomicina D, ciclofosfamide), VACA (VAC più adriamicina in alternanza con actinomicina D), IVA (come VAC, ma con ifosfamide in sostituzione della ciclofosfamide) e VAIA (IVA con adriamicina in alternanza con actinomicina D).

Il ruolo della chemioterapia nel trattamento dei tumori dei tessuti molli non rabdomiosarcomi è controverso in quanto questi sono considerati tumori con incerta chemio-sensibilità, pertanto la chemioterapia viene riservata ai tumori di alto grado o ad alto rischio e segue le linee guida del protocollo europeo EpSSG NRSTS per le forme non metastatiche; le forme metastatiche invece vengono trattate secondo gli schemi terapeutici utilizzati per i rabdomiosarcomi.

Per i tumori germinali giudicati inoperabili da parte del chirurgo, è bene procedere (dopo la biopsia) al trattamento chemioterapico e rinviare la chirurgia al termine. Il trattamento farmacologico riveste un ruolo importante per gli stadi avanzati (residuo post chirurgico, malattia inoperabile, localizzazioni secondarie linfonodali, metastasi). I farmaci più attivi sono cisplatino, etoposide e bleomicina (la combinazione dei tre rappresenta lo schema PEB), carboplatino, ifosfamide, vinblastina; meno codificati, ma attivi taxolo, gemcitabina e oxaliplatino. Attualmente le indicazioni AIEOP per i bambini e gli adolescenti con tumore germinale pediatrico sono di utilizzare lo schema PEB per 3-4 cicli; i residui di malattia dopo la chemioterapia andrebbero, se tecnicamente fattibile, rimossi chirurgicamente. Per i tumori gonadici non germinali la chemioterapia trova spazio nel caso di disseminazione o dimensioni tumorali che ne impediscono l'asportazione completa, e questo accade soprattutto per le forme ovariche, e può rendersi necessario anche dopo l'intervento chirurgico. Anche per questi tumori, si utilizzano protocolli approvati dall'AIEOP.

La chemioterapia ha un ruolo fondamentale nella cura dei bambini con tumore epatico. Gli attuali protocolli dei maggiori gruppi di studio internazionali hanno portato ad un importante miglioramento della sopravvivenza anche nel gruppo "ad alto rischio". Le combinazioni di farmaci chemioterapici si differenziano sulla base dei gruppi di rischio; dal 2018 in Italia è aperto il nuovo protocollo di trattamento internazionale PHITT (*Pediatric Hepatic International Tumor Trial*).

### 5.2.3 Radioterapia

La radioterapia trova spazio nel trattamento di alcuni tumori solidi con finalità esclusiva, neoadiuvante e adiuvante, a trattamento chirurgico o chemioterapico, o con finalità palliativa. I bambini di età inferiore a 3-4 anni effettuano il trattamento radioterapico in sedazione. Gli assistiti devono effettuare una valutazione anestesiologicala pediatrica presso l'ospedale pediatrico di riferimento preliminare alla prima visita radioterapica. Entrambi i genitori o il/i tutore/i legali del paziente firmano il consenso informato alla procedura anestesiologicala. Una copia viene allegata nella cartella di Radioterapia.

L'EBRT (*External Beam Radiation Therapy*) utilizza anche tecniche come la IMRT (*Intensity-Modulated Radiation Therapy*) o VMAT (*Volumetric Modulated Arc Therapy*), che rappresentano un'evoluzione della tecnica 3D-CRT (*Conformal Radiation Therapy*) ed è preferito il frazionamento standard. La radioterapia stereotassica (*stereotactic body radiation*

*therapy -SBRT*) può essere utilizzata in caso di ritrattamento e in casi selezionati condivisi nell'ambito del GOM.

Per lesioni localizzati in adiacenza ad organi critici (midollo spinale, radici nervose) e nei casi con elevate dosi di prescrizione per ridurre i margini di espansione dal CTV al PTV è necessario utilizzare sistemi di IGRT (*Image-Guided Radiation Therapy*) integrati ai LINAC. La terapia con adroni (protoni, carboni), può trovare indicazione in caso di istotipi tumorali particolarmente radioresistenti oppure in caso di ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia, o in casi selezionati di tumori localizzati in sedi particolarmente critiche.

### 5.3 PRESERVAZIONE DELLA FUNZIONALITA' GONADICA E DELLA FERTILITA'

Alcuni trattamenti determinano un rischio elevato di danno degli ovociti o degli spermatozoi con conseguente ipogonadismo che può risultare permanente, rendendo necessario il ricorso a terapie ormonali sostitutive. Per quanto siano note soluzioni alternative di genitorialità, riuscire a garantire la fertilità ad una persona che si dovrà sottoporre a trattamenti gonadotossici ha rappresentato uno dei maggiori successi in ambito oncologico, con le prevedibili ricadute positive sul benessere del futuro guarito. Nel Dipartimento di Oncologia Pediatrica dell'Ospedale Santobono-Pausilipon è attivo a partire da settembre 2021 l'Ambulatorio di Oncofertilità, condotto dalla Struttura di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Moscati di Avellino. Insieme ai colleghi ginecologi sarà valutata e programmata la criopreservazione del tessuto ovarico o il deposito del seme, a seconda dei casi.

### 5.4 DESCRIZIONE SINTETICA DEI TRATTAMENTI

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Diagnosi di tumore addominale	Chemioterapie	SC Oncologia Pediatrica (AORN-SB)	< 1 settimana

Diagnosi di tumore addominale	Chirurgia	- UOSD Chirurgia Oncologica (AORN-SB) - UOC Chirurgia Pediatrica (AORN-SB) - SC Neurochirurgia Ped. (AORN-SB)	1-2 settimane
Diagnosi di tumore addominale	Radioterapia	SC Radioterapia (INT) UOSD Radioterapia Pediatrica (AOU-RUGGI)	1-2 settimane
Diagnosi di tumore addominale	Terapia antalgica	UOC Anestesia e Rianimazione (AORN-SB) UOSD Terapia Intensiva Pediatrica (AORN-SB) UOSD CRR Terapia dolore e cure palliative pediatriche (AORN-SB)	0-1 giorno
Diagnosi di tumore addominale	Valutazione gonadotossicità	SC Oncologia Pediatrica (AORN-SB) Ambulatorio Oncofertilità (AORN-SB)	< 1 settimana

## 6 CONTROLLI E TERAPIE DI SUPPORTO DURANTE I TRATTAMENTI

Nel corso dei trattamenti antitumorali c'è necessità di effettuare periodici controlli degli esami ematochimici nonché la cura degli accessi venosi (CVC). Inoltre, durante i cicli di chemioterapia si rende spesso necessario il ricorso a terapie di supporto trasfusionale, antibioticoterapia, utilizzo di fattori di crescita e in taluni casi di nutrizione parenterale. Spesso si rende necessario il ricovero in ambiente ospedaliero dedicato per la gestione delle complicanze e delle terapie di supporto. L'ottimizzazione dei percorsi sulla gestione dei supporti necessari durante i trattamenti antineoplastici fa parte degli obiettivi principali della Rete Oncologica Pediatrica Regionale che si andrà a definire e che vedrà coinvolti sia i medici di famiglia (PLS e MMG) che le strutture ospedaliere della Regione Campania.

## 7 FOLLOW-UP

Al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, l'assistito rientrerà in un adeguato percorso di follow-up clinico-strumentale, ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza. In caso di recidiva, l'assistito sarà opportunamente

rivalutato dal GOM al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida del momento.

Durante il percorso di follow-up verranno valutate e gestite le complicanze precoci e tardive derivate dai trattamenti effettuati.

Le complicanze attese legate alla chemioterapia sono prevalentemente acute e di tipo ematologico. Più raramente possono insorgere complicanze a carico di organi ed apparati quali il rene, il fegato, il polmone o il cuore ed in genere si tratta di complicanze più tardive. Tutti i pazienti pediatrici riceveranno durante il follow-up una valutazione adeguata delle possibili complicanze tardive attraverso la valutazione clinica, gli esami ematochimici di funzionalità epatica e renale e gli esami strumentali (ecocardiogramma, prove di funzionalità respiratoria). Particolare attenzione sarà posta per la sorveglianza di eventuale insorgenza di seconde neoplasie come effetto iatrogeno o perché nell'ambito di una sindrome onco-predisponente. Risulterà pertanto cruciale la condivisione dei protocolli di sorveglianza con le strutture territoriali e ospedaliere regionali, a garanzia della continuità assistenziale durante tutte le fasi di cura e di follow-up, inclusa la fase di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta.

Più nello specifico, il follow-up dipende dall'istotipo. Di seguito riportiamo il follow-up dei più frequenti tumori solidi dell'addome:

#### - **Neuroblastoma**

La possibilità di ricaduta dipende dallo stadio iniziale di malattia e dalle caratteristiche molecolari della stessa. Nella maggior parte dei casi le ricadute si verificano entro 24 mesi dall'inizio della terapia. La programmazione dei controlli successivi alla terapia deve essere modulata in modo da consentire una diagnosi precoce delle eventuali ricadute e della eventuale comparsa di seconde neoplasie, così che possano essere efficacemente trattabili. Sono consigliabili controlli clinico-laboratoristici, includenti la misurazione della pressione arteriosa ed il dosaggio di VMA e HVA urinari, e controlli strumentali mediante esami TAC e/o RMN del distretto corporeo interessato con cadenza trimestrale nel primo biennio, quadrimestrale nel terzo e quarto anno, quindi semestrali nel quinto anno e annuali successivamente. Nei casi trattati con radioterapia i controlli richiedono anche la valutazione del radioterapista.

#### - **Tumore di Wilms**

Il tumore di Wilms presenta elevate possibilità di guarigione. Tuttavia, ricadute locali o a distanza di malattia sono possibili nei primi due anni dallo stop della terapia. Sono consigliabili controlli

clinico-laboratoristici, includenti la misurazione della pressione arteriosa e gli esami di funzionalità epatica e renale, e controlli strumentali mediante esame ecografico e/o RMN addome con mdc con cadenza trimestrale nel primo biennio, quadrimestrale nel terzo e quarto anno, quindi semestrali nel quinto anni e annuali successivamente. Nei casi trattati con radioterapia i controlli richiedono anche la valutazione del radioterapista.

- **Sarcomi delle parti molli (Rabdomiosarcoma e non-rabdomiosarcoma)**

Terminato il protocollo terapeutico, tutti i pazienti devono essere seguiti per la possibile ricaduta tumorale e per il monitoraggio degli effetti collaterali del trattamento.

o Follow-up delle recidive tumorali

I pazienti devono essere sottoposti ad esame clinico, ecografia + TC o RMN del sito del tumore primitivo, radiografia del torace:

- ogni 3 mesi durante il 1° anno di follow-up
- ogni 4 mesi durante il 2° e 3° anno
- ogni 6 mesi durante il 4° e 5° anno
- ogni 12 mesi fino a 10 anni dalla diagnosi.

o Monitoraggio effetti collaterali tardivi

I pazienti dovrebbero essere sottoposti a:

- valutazione di peso e altezza ad intervalli di 6-12 mesi: in qualsiasi bambino che mostra una decelerazione della curva di crescita di 20-25 unità percentili sui grafici di crescita standard rispetto al pre-trattamento, dovrebbe essere valutata la funzione tiroidea e pituitaria
- controllo annuale della pressione arteriosa
- valutazione dello stadio maturativo gonadico secondo Tanner fino alla maturità raggiunta con valutazione di FSH, LH, estradiolo/testosterone all'età di 12-14 anni per le femmine e 14 anni per i maschi se vi è evidenza di ritardo di maturazione sessuale secondaria
- valutazione dei cicli mestruali nelle femmine per possibile insufficienza ovarica secondaria a radioterapia locale o chemioterapia con alchilanti
- monitoraggio dello sviluppo psicomotorio e scolastico
- sorveglianza cardiologica annuale per almeno 5 anni nei pazienti che hanno ricevuto trattamento con antracicline o trattamento radiante in prossimità del cuore.

Nei tumori solidi del distretto addominale:

- valutazione anamnestica inerente problemi conseguenti all'irradiazione addominale/pelvica che

possono includere ostruzione intestinale, diarrea cronica, assorbimento inadeguato, stenosi rettale e problemi sfinteriali.

- monitoraggio annuale della funzionalità renale nei pazienti che sottoposti a irradiazione sui linfonodi para-aortici o altri siti addominali che includano i reni.
- valutazione anamnestica di eventuale intolleranza all'esercizio fisico o mancanza di respiro se la radioterapia è stata somministrata a tumori con metastasi polmonari

#### - **Tumori germinali**

Dopo il termine della chemioterapia sono consigliati i seguenti esami, considerando come momento di inizio la data della diagnosi:

- valutazione clinica, dosaggio LDH, Rx torace, ecografia e/o TAC retroperitoneo, ecografia  $\pm$  TAC  $\pm$  RMN del tumore primitivo e/o delle metastasi ogni 2 mesi per il primo anno, ogni 3 mesi per il secondo anno, ogni 4 mesi per il terzo anno, indi a cadenza annuale per il quarto e quinto anno
- dosaggio  $\alpha$ FP/ $\beta$ HCG ogni mese per il primo anno, ogni 2-3 mesi per il secondo anno, ogni 4 mesi per il terzo anno, indi annualmente per il quarto e quinto anno per i tumori secernenti; nei casi di tumori non secernenti, i markers andranno valutati ogni 6 mesi per i primi due anni, indi annualmente.

Per la valutazione delle sequele iatrogene, solo per i pazienti sottoposti a chemioterapia, si richiedono i seguenti esami:

- emocromo e funzionalità renale ogni 4 mesi per il primo anno, ogni 6 mesi per il secondo anno, indi a cadenza annuale per il terzo, quarto e quinto anno
- valutazione annuale per 5 anni di statura, creatinina sierica, uricemia, elettroliti sierici completi, equilibrio acido base, fosfatasi alcalina, esame urine completo, valutazione su campione di proteinuria, creatinuria, P, Na, K, beta2microglobulina e microalbumine, spirometria, esame uditivo e potenziali evocati uditivi.

#### - **Teratoma**

Per tutti i casi di teratoma è previsto un follow-up a lungo che comprende:

- esame clinico e marker sierologici (AFP, BHCG, LDH): 1 settimana dopo l'intervento chirurgico; ogni mese per il primo anno, ogni 3 mesi per i successivi due anni; ogni 6 mesi per il quarto anno
- ecografia della sede del teratoma ogni 6 mesi per i primi due anni, ogni anno per i successivi

due anni.

### - Tumori epatici

Si consiglia follow-up trimestrale che comprende: esame fisico, valutazione AFP, valutazione del tumore (ecografia e/o risonanza magnetica, con TC solo se clinicamente appropriato).

Annualmente dovrebbero essere effettuate le seguenti visite specialistiche: valutazione audiologica, valutazione cardiologica (se anormale all'esame obiettivo toracico), clearance della creatinina.

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIEOP - AIOM) ed internazionali (SIOP)

## FOLLOW UP

### PDTA Tumori pediatrici – Toraco - Addominali

	TC/RM/ecografia del Tumore Primitivo*	Imaging TC torace/Rx Torace	Marcatori plasmatici/urinari	Consulenze
Tumori Neuroblastici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 3 mesi per i primi 12 mesi</li> <li>Ogni 4 mesi il II anno</li> <li>Ogni 6 mesi dal III anno</li> </ul>		<b>Acidi urinari (omovanillico, vanilmandelico, catecolamine urinarie)</b> ad ogni controllo fino allo STOP del follow-up	<b>Valutazione clinica</b> Ogni 3 mesi per i primi 12 mesi; ogni 4 mesi il II anno; ogni 6 mesi dal III anno; Ogni 12 mesi fino al X anno <b>Visita audiometrica</b> se trattati con derivati del platino, allo stop therapy indi 1 volta/anno per due anni se nella norma <b>Visita cardiologica</b>

				con ecocardio 1 volta/anno
Tumori Renali	<p>Ecografia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi</li> <li>Ogni 6 mesi dal III al V anno</li> </ul>	Ogni 3 mesi nei metastatici per i primi 12 mesi indi RX torace ogni 6 mesi fino al V anno		<p><b>Valutazione clinica</b> Ogni 3 mesi per i primi 24 mesi; ogni 6 mesi dal III anno al V; <b>Visita nefrologica:</b> 1 volta/anno <b>Esame urine</b> per proteinuria 1 volta/anno</p>
<p>Tumori a Cellule Germinali Maligni</p> <p>* Imaging ecografico è raccomandato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 2 mesi per i primi 12 mesi</li> <li>Ogni 3 mesi nel II anno</li> <li>Ogni 4 mesi nel III anno</li> <li>1 volta /anno per i successivi due anni</li> </ul> <p>ad integrazione e sulla base dell'istotipo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 2 mesi per i primi 12 mesi</li> <li>Ogni 3 mesi nel II anno</li> <li>Ogni 4 mesi nel III anno</li> <li>1 volta /anno per i successivi due anni</li> </ul>	<p><b>Alfafetoproteina plasmatica e betaHCG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ogni 2 mesi per i primi 12 mesi</li> <li>Ogni 3 mesi nel II anno</li> <li>Ogni 4 mesi nel III anno</li> <li>1 volta /anno per i successivi due anni</li> </ul>	<p><b>Valutazione clinica</b> 2 mesi per i primi 12 mesi; ogni 3 mesi nel II anno; ogni 4 mesi nel III anno; 1 volta /anno per i successivi due anni</p>

## 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

- **Entro 21 giorni lavorativi** dalla prima visita o dal primo contatto con il centro che riferisce il caso dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita ed eseguito l'intervento chirurgico bioptico.
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico il paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni lavorativi dall'intervento bioptico**
- 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 l'assistito presso altre Istituzioni Regionali, su indicazione degli specialisti del GOM
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà il programma terapeutico; se ritenuto opportuno il GOM richiederà una *second opinion* ad altri specialisti afferenti alla rete delle Società Scientifiche presso cui l'Ospedale Santobono-Pausilipon è accreditato: AIEOP, SIOP, ISG

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

### **Le attività del GOM**

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

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

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

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

### **La riunione multidisciplinare**

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

## **Comunicazione al paziente**

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

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

## **Chiusura scheda - piattaforma ROC**

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Ricerca Scheda Chiusa**

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

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

### **Inserimento scheda aggiornata**

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

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

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

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

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

in trattamento oncologico che per paziente non più in cura

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

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

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

HOME PAZIENTI SCHEDE - CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

### Servizi

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

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

Indirizzo diverso da residenza

\* Data presunta dimissione

\* Relazione Servizi  Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico

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

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19?

I conviventi sono stati vaccinati?

Altre infezioni in atto?

Se sì, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

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

HOME PAZIENTI SCHEDE - CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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

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

Altre Problematiche

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

INDICE DI KARNOFSKY

Indice di Karnofsky

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

SCALA ECOG

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

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

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

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

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

5 - Morte

ATTIVITA' ASSISTENZIALI RICHIESTE

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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

**Fornitura Ausili**

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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

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

Salva

### Rete Cardioncologica (CardioROC)

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

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

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

Precedenti cardiologici noti      Si       No

---

Se si specificare:

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

---

Il paziente assume terapia cardiologica      Si       No

---

Terapia oncologica attuale:

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

---

Radioterapia su campo cardiaco:

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

---

Trattamenti antineoplastici precedenti:      Si       No

---

Comorbidità

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

**Figura 5**

### Consulenza cardiologica per paziente complesso

#### Anamnesi generale

\* Allegato Referto [Scarica documento](#)

---

#### Fattori di rischio cardiovascolare

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

---

#### Precedenti eventi cardiovascolari

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

---

#### Comorbidità

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

---

#### Anamnesi farmacologica prossima e remota

##### Terapia oncologica attuale

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

Scrivere i nomi dei farmaci:

Figura 6

## **Valutazione per Trial Clinico**

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

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

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

Nella scheda i campi richiesti sono:

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

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

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

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

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

N° linee di  
trattamento  
precedenti

### Le condizioni cliniche del paziente

Performance  
status ECOG

Eventuali  
comorbidità

Candidabile ad  
una terapia  
standard

Metastasi  
cerebrali

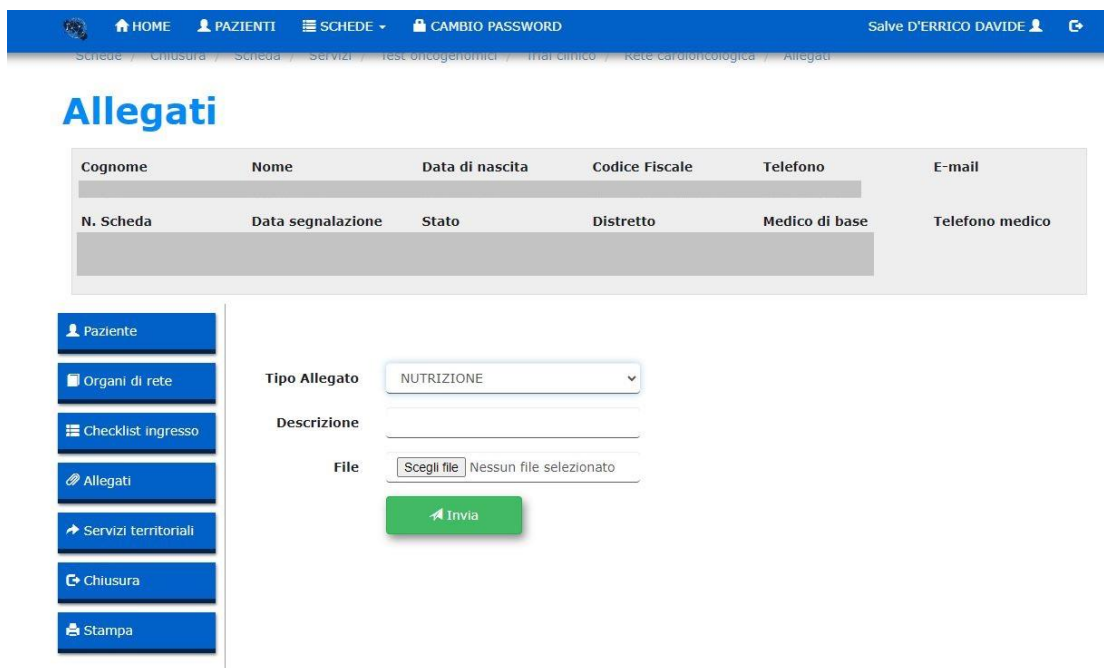
Disponibile NGS

MSI e/o altri  
Target

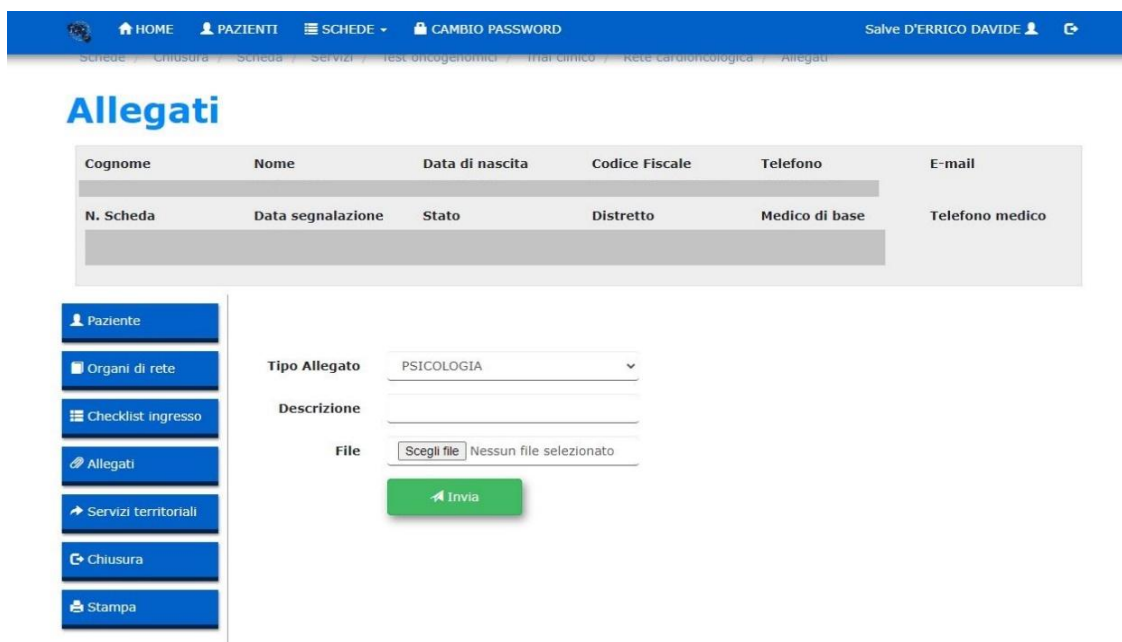
Invia

## Valutazione nutrizionale e psico-oncologica

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



The screenshot shows the 'Allegati' (Attachments) section of the ROC platform. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD' options, and the user name 'Salve D'ERRICO DAVIDE'. Below the navigation bar, there is a breadcrumb trail: 'Schede > Chiusura > Scheda > Servizi > Test oncogenomico > Inziati Clinico > Rete cardiologico > Allegati'. The main heading is 'Allegati'. Below this, there is a table with columns: 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail'. A second row of columns is: 'N. Scheda', 'Data segnalazione', 'Stato', 'Distretto', 'Medico di base', and 'Telefono medico'. To the left of the form is a sidebar with buttons: 'Paziente', 'Organi di rete', 'Checklist ingresso', 'Allegati', 'Servizi territoriali', 'Chiusura', and 'Stampa'. The main form area contains: 'Tipo Allegato' (dropdown menu set to 'NUTRIZIONE'), 'Descrizione' (text input field), 'File' (button 'Scegli file' and text 'Nessun file selezionato'), and a green 'Invia' button.



The screenshot shows the 'Allegati' (Attachments) section of the ROC platform, similar to the previous one. The navigation bar and breadcrumb trail are identical. The main heading is 'Allegati'. The table structure is the same. The sidebar is also the same. The main form area contains: 'Tipo Allegato' (dropdown menu set to 'PSICOLOGIA'), 'Descrizione' (text input field), 'File' (button 'Scegli file' and text 'Nessun file selezionato'), and a green 'Invia' button.

## **CICERO**

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



Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:


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

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

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

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

Regione Campania Salve  






 **ROC Rete Oncologica Campana**

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

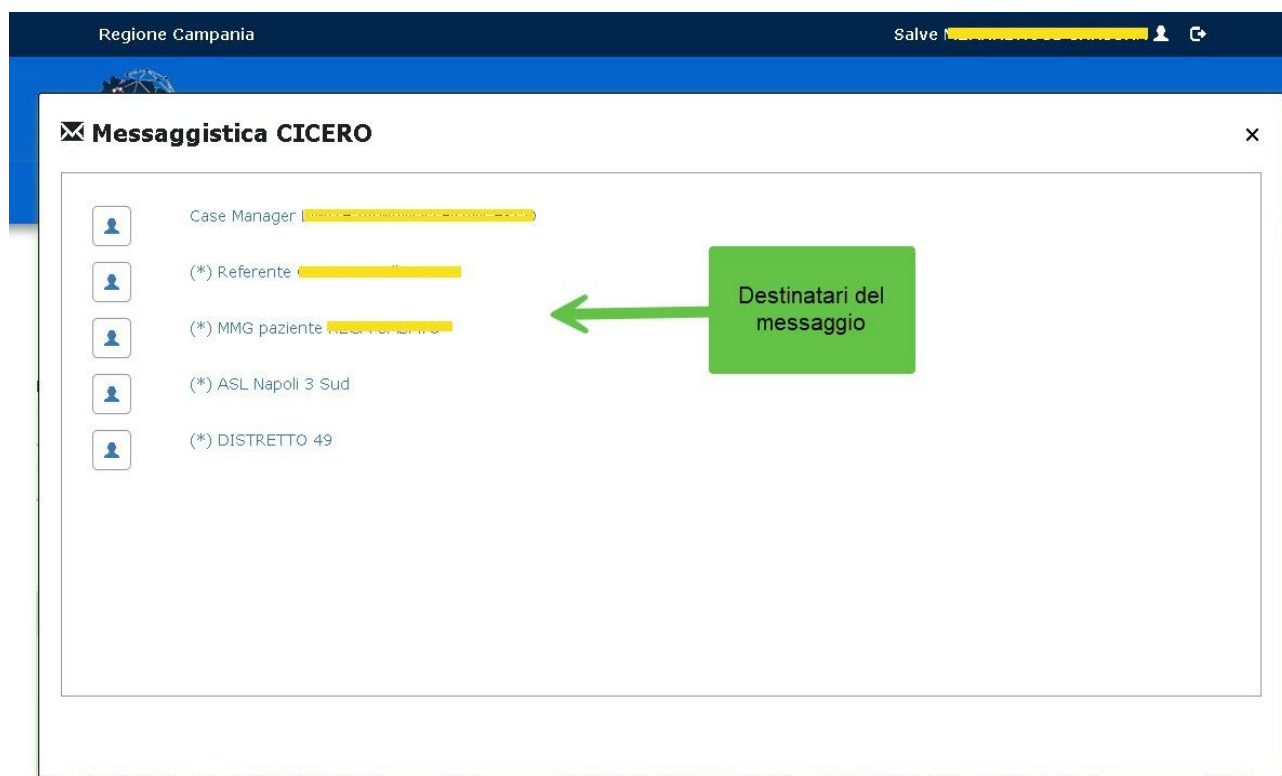
Schede

## Schede

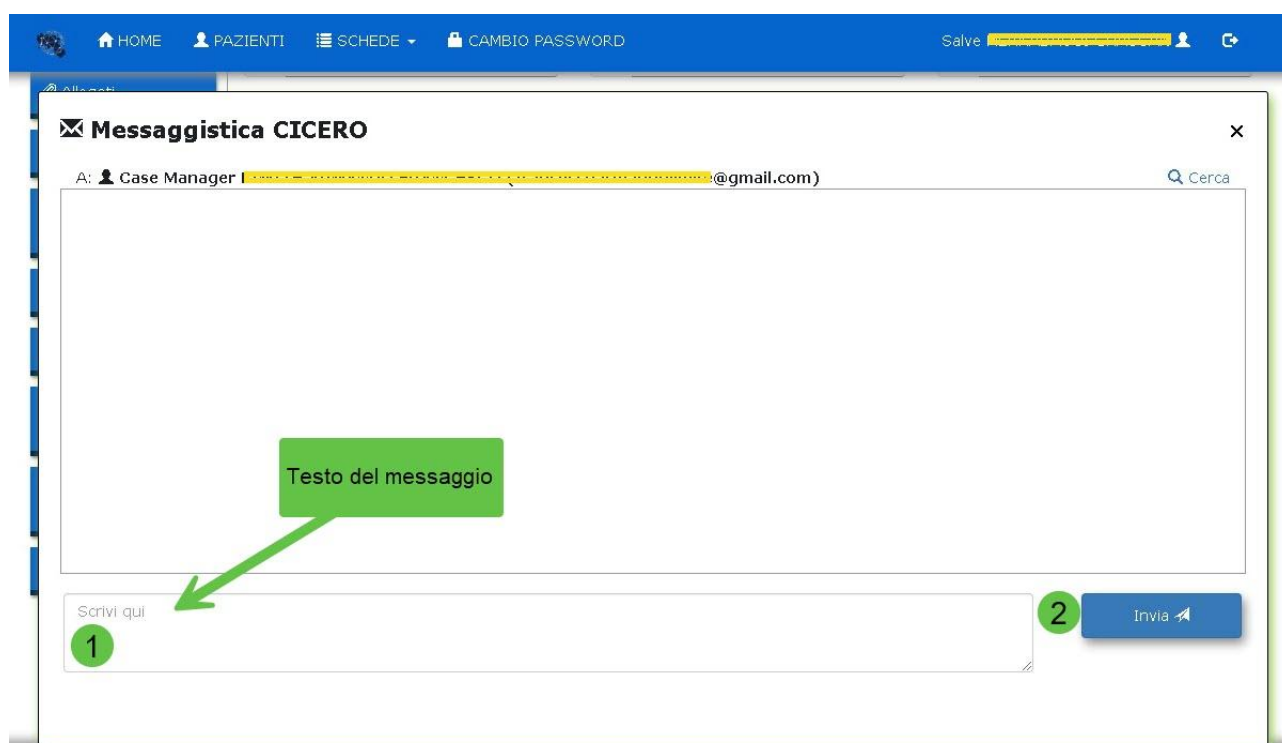
Ricerca scheda

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

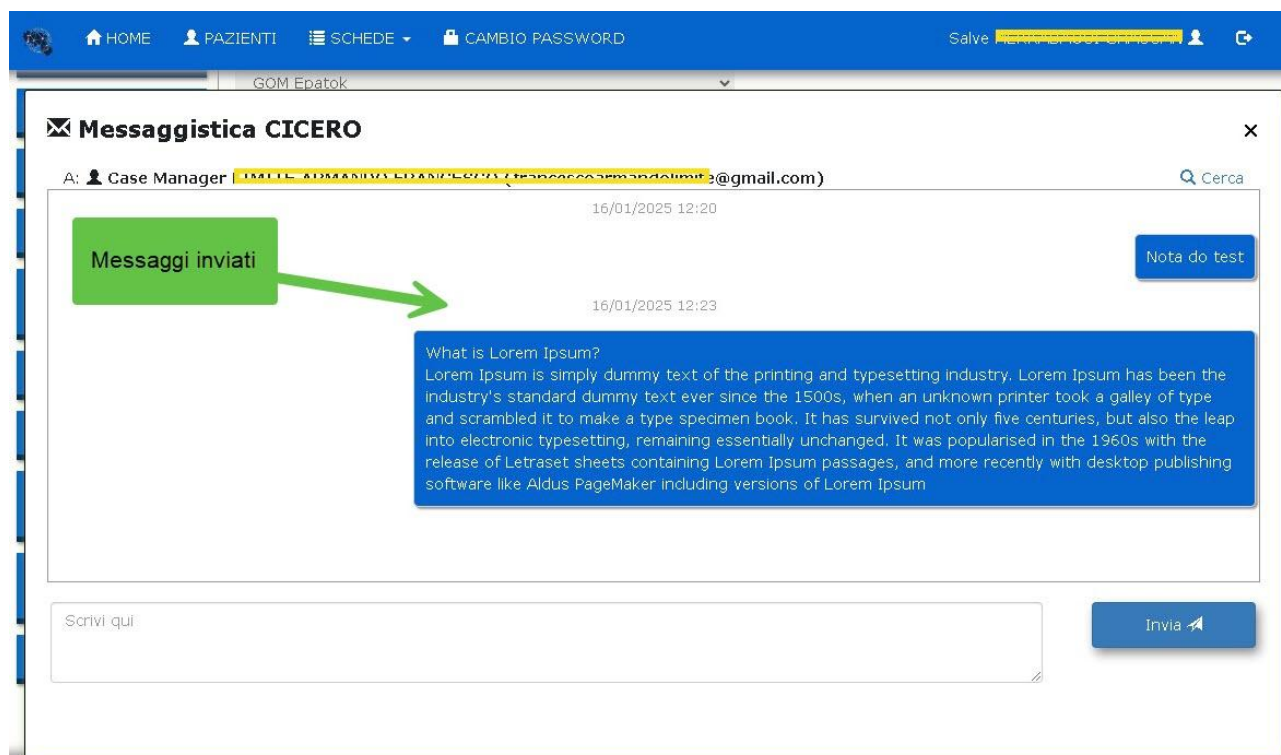
In questo modo si invia una richiesta per la pratica relativa agli attori coinvolti nel processo. Di seguito la maschera che mostra i destinatari del messaggio.



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



## Esempio di messaggi inviati.



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

Regione Campania Salve 

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD 1 Messaggio da leggere

Messaggistica CICERO

## Dashboard

 In attesa <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>	 Rimessa in rete <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>	 In carico <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>
 Servizi Inseriti <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>	 Servizi Richiesti <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>	 Servizi Accettati <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>
 Trasferito <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>	 Chiuse <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>	 Trial Clinico chiuso <span style="background-color: yellow; font-size: small;">1</span>

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

Regione Campania Salve 

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

## Schede

Ricerca scheda

N. Scheda  Codice Fiscale  Dal  Al

Status  A.O.U. FEDERICC  Gom  Cerca

Esporta in CSV

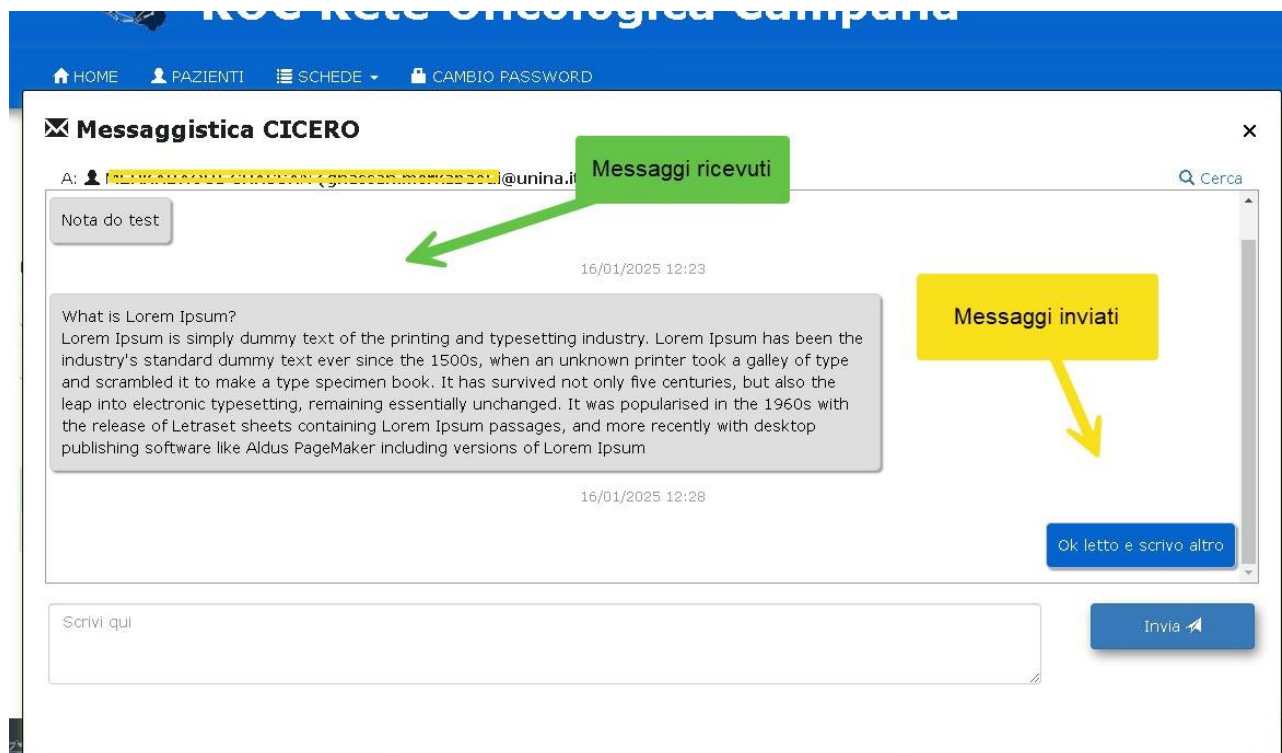
L'icona della busta indica con il colore:  
rosso = da leggere  
blu = letta

N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
	2022028112	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 Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

## Dashboard

Selezionare il menu Pazienti

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

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

Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

## ROC Rete Oncologica Campania

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Esenzione / Pazienti

### Nuova segnalazione

Ricerca paziente

Cognome Nome Data Nascita Localita' Nascita XXXXXXXXXX Cerca

Dati Filtro di Ricerca
Inserire il Codice Fiscale dell'Assistito

Cognome	Nome	Data Nascita	Codice Fiscale	Localita' Nascita
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	MADDALONI

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

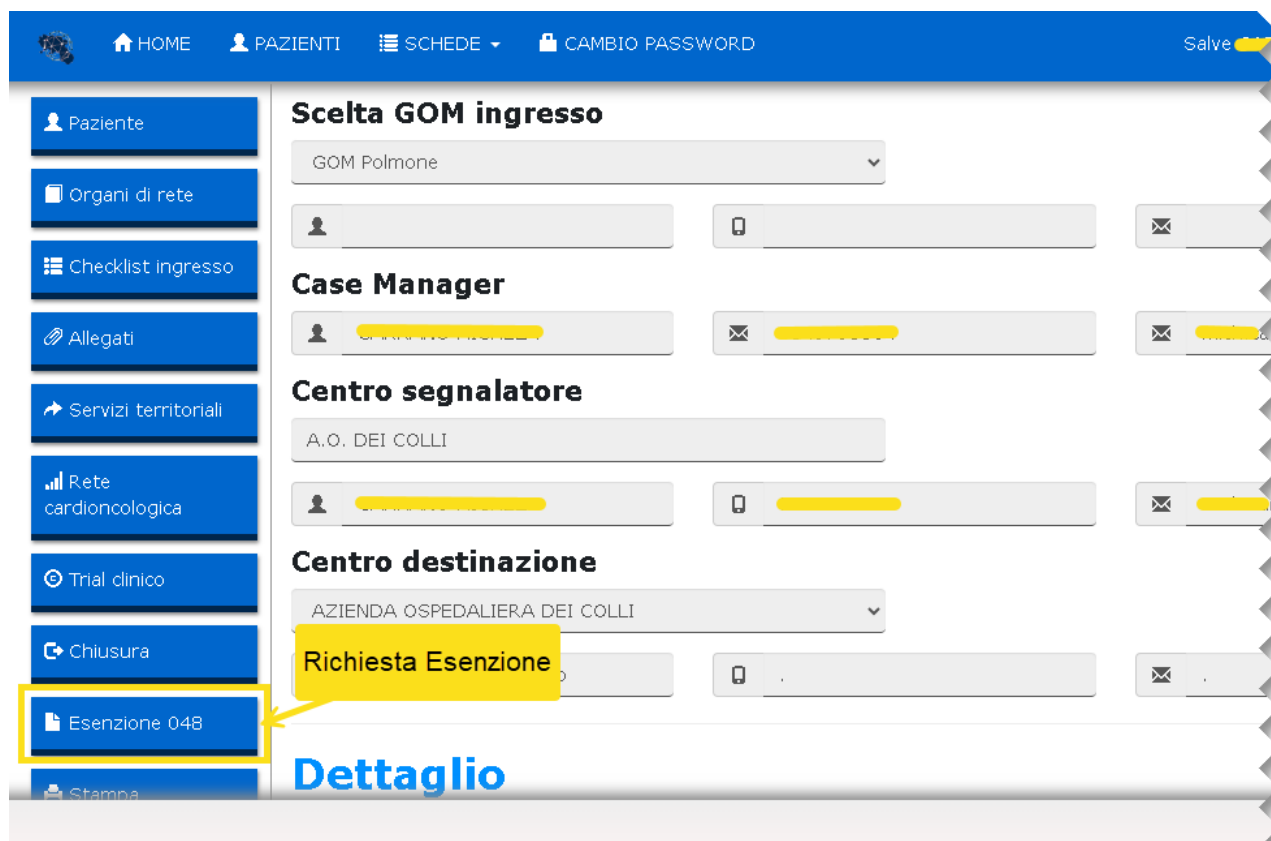
## Paziente

Crea Nuova Scheda
Servizi
Esenzione
Consenso

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

Cliccare il Bottone Esenzione

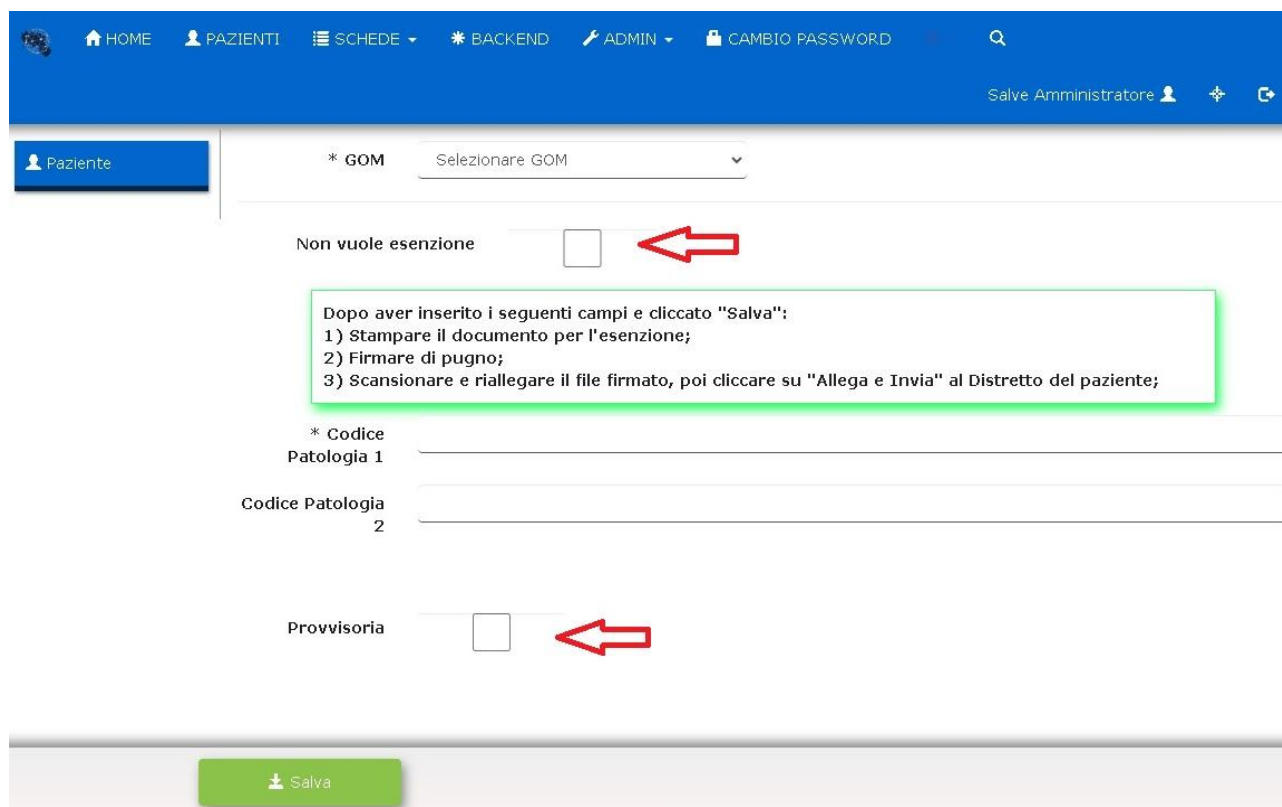
**Nota:** E' possibile richiedere l'Esenzione anche dalla scheda dell'Assistito.



The screenshot displays the user interface of the Rete Oncologica Campania system. At the top, a blue navigation bar contains the following elements: a home icon, 'HOME', a user icon, 'PAZIENTI', a list icon, 'SCHEDE', a lock icon, 'CAMBIO PASSWORD', and a 'Salve' button with a yellow progress indicator. On the left side, a vertical menu lists several options: 'Paziente', 'Organi di rete', 'Checklist ingresso', 'Allegati', 'Servizi territoriali', 'Rete cardioncologica', 'Trial clinico', 'Chiusura', 'Esenzione 048' (highlighted with a yellow box and a yellow 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 row of three input fields (person, phone, and email) where the person and email fields are highlighted in yellow; 'Centro segnalatore' with a dropdown menu showing 'A.O. DEI COLLI' and a row of three input fields (person, phone, and email) where the person and phone fields are highlighted in yellow; and 'Centro destinazione' with a dropdown menu showing 'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI' and a row of three input fields (person, phone, and email) where the person and phone fields are highlighted in yellow. A yellow callout box with the text 'Richiesta Esenzione' and a yellow arrow points 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 Selezionare GOM

Non vuole esenzione

Dopo aver inserito i seguenti campi e cliccato "Salva":  
1) Stampare il documento per l'esenzione;  
2) Firmare di pugno;  
3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

\* Codice Patologia 1

Codice Patologia 2

Provvisoria

Salva



### MODULO DI RIFIUTO RICHIESTA ESENZIONE 048

La Sig.ra **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e  
residente a **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**  
Codice Fiscale **XXXXXXXXXXXXXXX**

Rifiuta l'esenzione per la patologia 048:

L'Assistito/a

---

Richiesta Esenzione.

Per richiedere esenzione va selezionato obbligatoriamente il GOM dalla lista a tendina e successivamente il codice patologia ICD-9.

E' possibile eventualmente aggiungere una seconda patologia solo descrittiva.

Selezionare GOM

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

**Scegliere il GOM**

**Esenzione 048**

Cognome: [redacted] Nome: [redacted] E-mail: [redacted]

\* GOM: [redacted]

\* Codice Patologia 1: Carcinomi in situ della vescica

Codice Patologia 2: [redacted]

Salva

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

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

## enzione 048

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

\* GOM: GOM Vesdica

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

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

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

\* Codice Patologia 1: 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

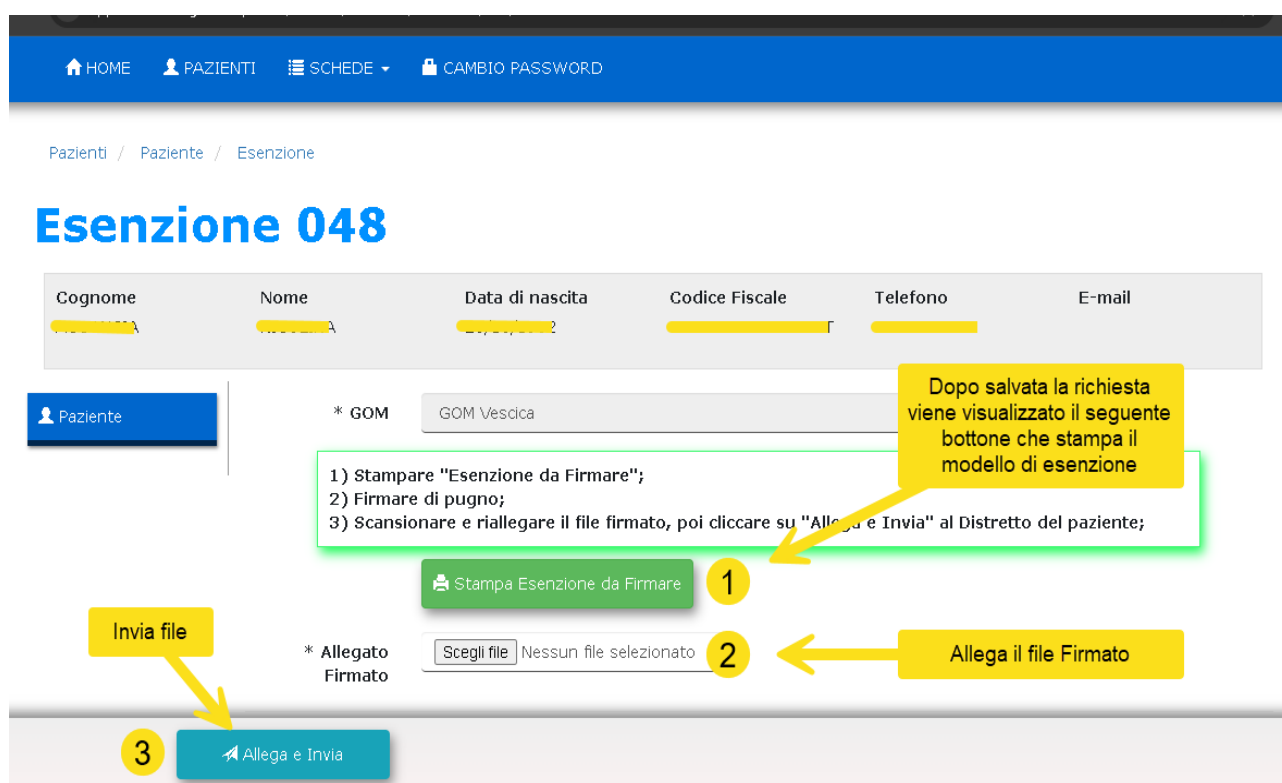
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

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 the 'Esenzione 048' page in a patient portal. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD'. Below it, the breadcrumb 'Pazienti / Paziente / Esenzione' is visible. The main heading is 'Esenzione 048'. A form contains fields for 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail', all of which are partially filled with yellow bars. Below the form, there is a 'Paziente' button and a 'GOM' field with the value 'GOM Vesica'. A green box highlights a list of instructions: '1) Stampare "Esenzione da Firmare"; 2) Firmare di pugno; 3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;'. A yellow callout box points to the 'Stampa Esenzione da Firmare' button (labeled '1') with the text: 'Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione'. Below this, there is an 'Allegato Firmato' section with a 'Scegli file' button and the text 'Nessun file selezionato'. A yellow callout box points to this area with the text: 'Allega il file Firmato'. At the bottom, a blue 'Allega e Invia' button is highlighted with a yellow callout box labeled '3' and 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 SIO ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a ALIFE (CE) **XXXXXX**  
Codice Fiscale **XXXXXXXXXX**

GOM: GOM Cervice

E affetto da:

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

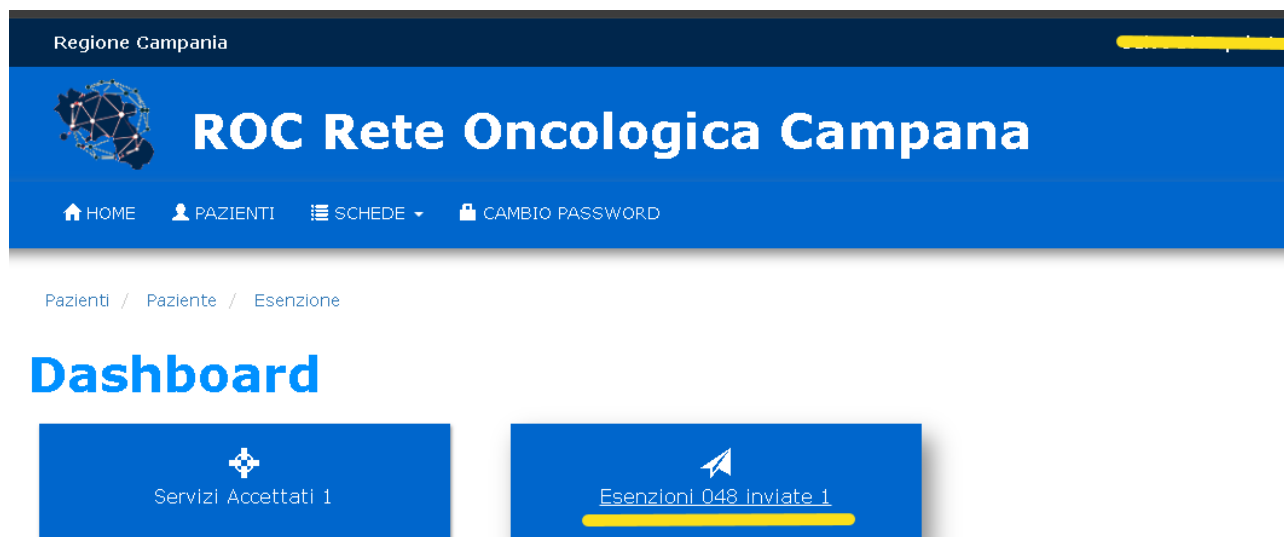
Napoli, li **XXXXXX**

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.



### Dashboard



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

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

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



Esenzione

## Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Rifiutata

Cerca

Elenco delle richieste rifiutate

Motivazione

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

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

Esenzione

## Esenzione 048

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

Paziente

\* GOM: GOM Cervice

\* Allegato Firmato: Scarica Esenzione Firmata

Motivo rifiuto: Documento NON valido

### Dettaglio

10/09/2024 Inserita

DI CARPIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

1 Modifica

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
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Distretto	Medico di base	Telefono medico			
DISTRETTO 15	[redacted]	[redacted]			

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

Allega e Invia

2 Elimina

Eliminare la  
richiesta rifiutata

## Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)

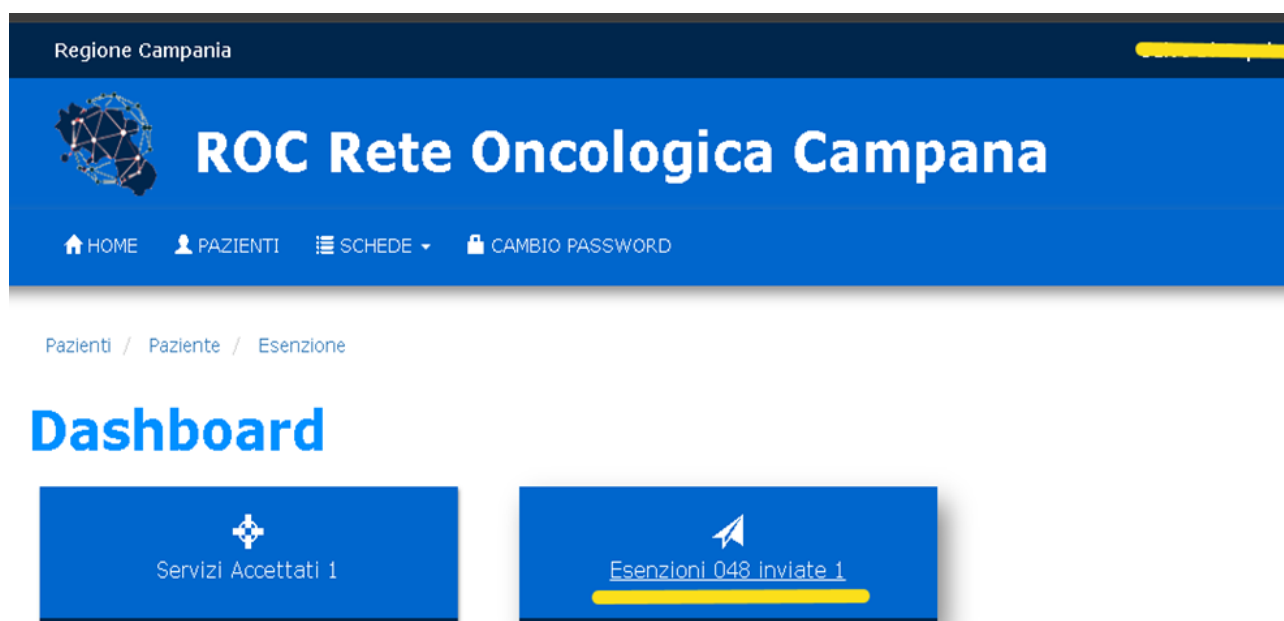
Ai “Richiedenti” verrà inviata un'e-mail automatica dal sistema, che notificherà l'avvenuta accettazione o il rifiuto dell'esenzione.

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


## Verifica Richiesta esenzione E048

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

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.



Regione Campania

 **ROC Rete Oncologica Campana**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

## Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

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

Regione Campania

# ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

## Esenzione 048

Filtro di Ricerca

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Inviata

Cerca

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

Elenco richieste

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

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

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

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD

## Esenzione 048

Cognome Nome Data di nascita Codice Fiscale Telefono E-mail

[REDACTED]

Data di nascita [REDACTED]  
Data decesso [REDACTED]

Distretto DISTRETTO 15 Medico di base [REDACTED] Telefono medico [REDACTED]

Paziente

\* GOM GOM Vesdica

\* Allegato Firmato Scarica Esenzione Firmata

1 Scarica la richiesta

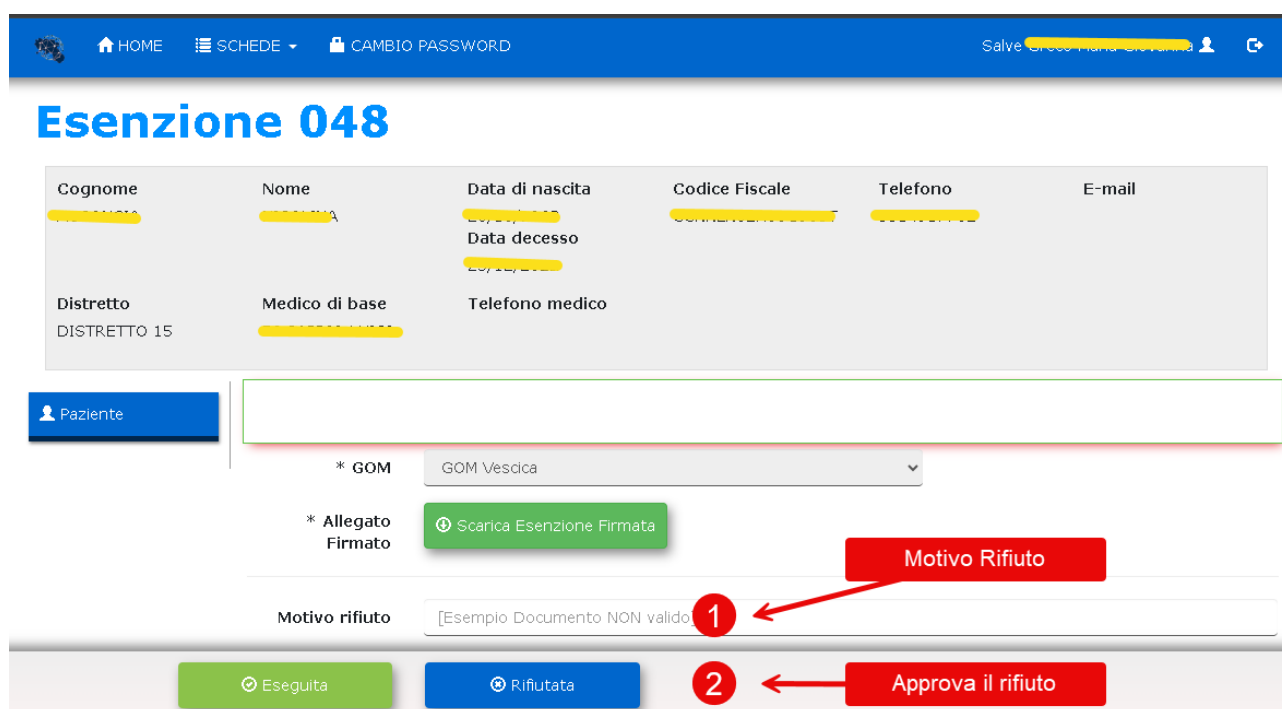
Approva la richiesta

Motivo rifiuto [Esempio Documento NON valido]

2 Eseguita Rifiutata

## Rifiuto richiesta di esenzione

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



The screenshot shows the 'Esenzione 048' interface. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD' options. The main header displays 'Esenzione 048'. Below this, a form contains patient details: Cognome, Nome, Data di nascita, Codice Fiscale, Telefono, E-mail, Data di decesso, Distretto (DISTRETTO 15), Medico di base, and Telefono medico. A 'Paziente' button is visible on the left. The 'Motivo rifiuto' field is highlighted with a red box and a red arrow labeled '1' pointing to it, with the text '[Esempio Documento NON valido]'. Below the form, there are three buttons: 'Eseguita' (green), 'Rifiutata' (blue), and 'Approva il rifiuto' (red). A red arrow labeled '2' points to the 'Approva il rifiuto' button. A 'Motivo Rifiuto' label is also present above the input field.

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

Pertanto è possibile inoltrare nuova richiesta di esenzione.

## Modulo terapia del dolore

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

La gestione efficace del dolore, sia cronico che acuto, rappresenta una componente essenziale

per migliorare il benessere e la qualità della vita dei pazienti. Attraverso questo nuovo modulo, è possibile ricevere indicazioni tempestive e mirate da esperti della terapia del dolore, garantendo così un percorso di cura più coordinato e centrato sulle esigenze individuali.

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

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

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

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

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

### **Eleggibilità al trattamento**

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

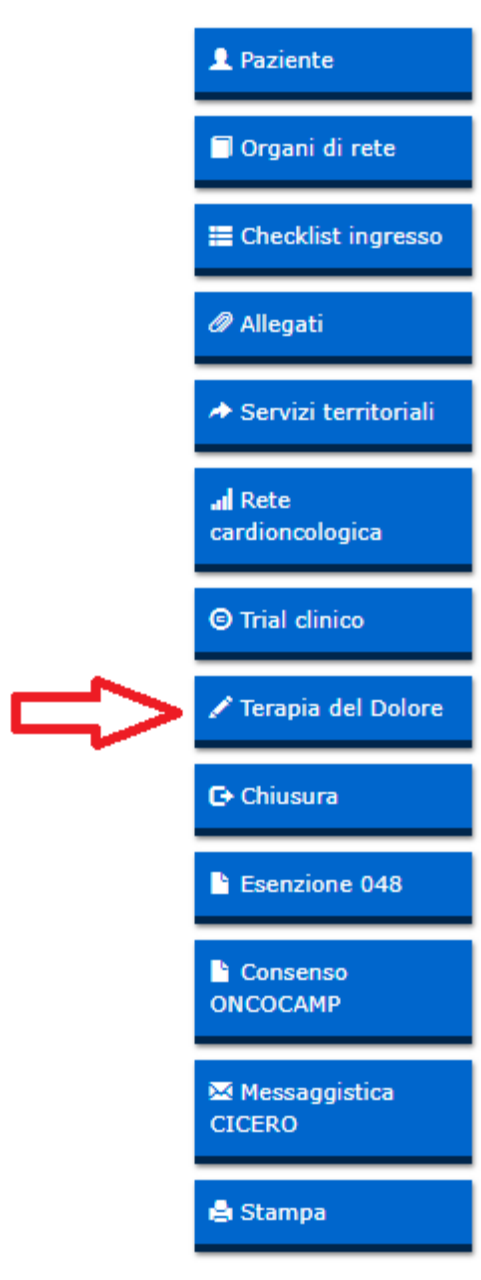
Possono accedere a questo servizio:

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

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

## Richiesta della Terapia del Dolore

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



Compilare la scheda inserendo tutti i dati richiesti.

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

## Terapia del Dolore

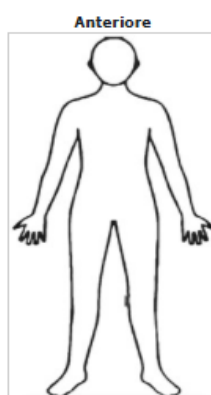
<b>Cognome</b> CEFRALDELLA	<b>Nome</b> FORUMMO	<b>Data di nascita</b> 00/00/1900	<b>Codice Fiscale</b> CPR11N500002531	<b>Telefono</b> 3473334037/3270122430	<b>E-mail</b>
<b>N. Scheda</b> 0000110101	<b>Data segnalazione</b> 20/07/2025	<b>Stato</b> Svezia	<b>Distretto</b> DISTRETTO-55	<b>Medico di base</b> MEDICINA PRIMARIA	<b>Telefono medico</b>

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

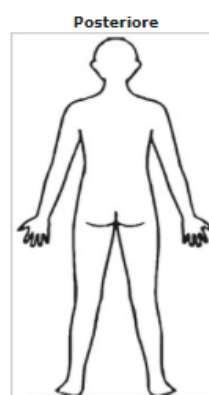
### Caratteristiche del dolore

Data rilievo

Dove  
(Selezionare la  
parte del corpo)



[Modifica Anteriore](#)



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è  sempre presente

a riposo è lieve o assente

cambia con la deambulazione/movimenti o in alcune posizioni

cambia con i pasti

è prevalente nelle ore serali/notturne

è prevalente al mattino

Intensità media del dolore NRS

Allegato storia clinica  Nessun file selezionato

Centro di destinazione

[Salva](#)

[Invia](#)

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

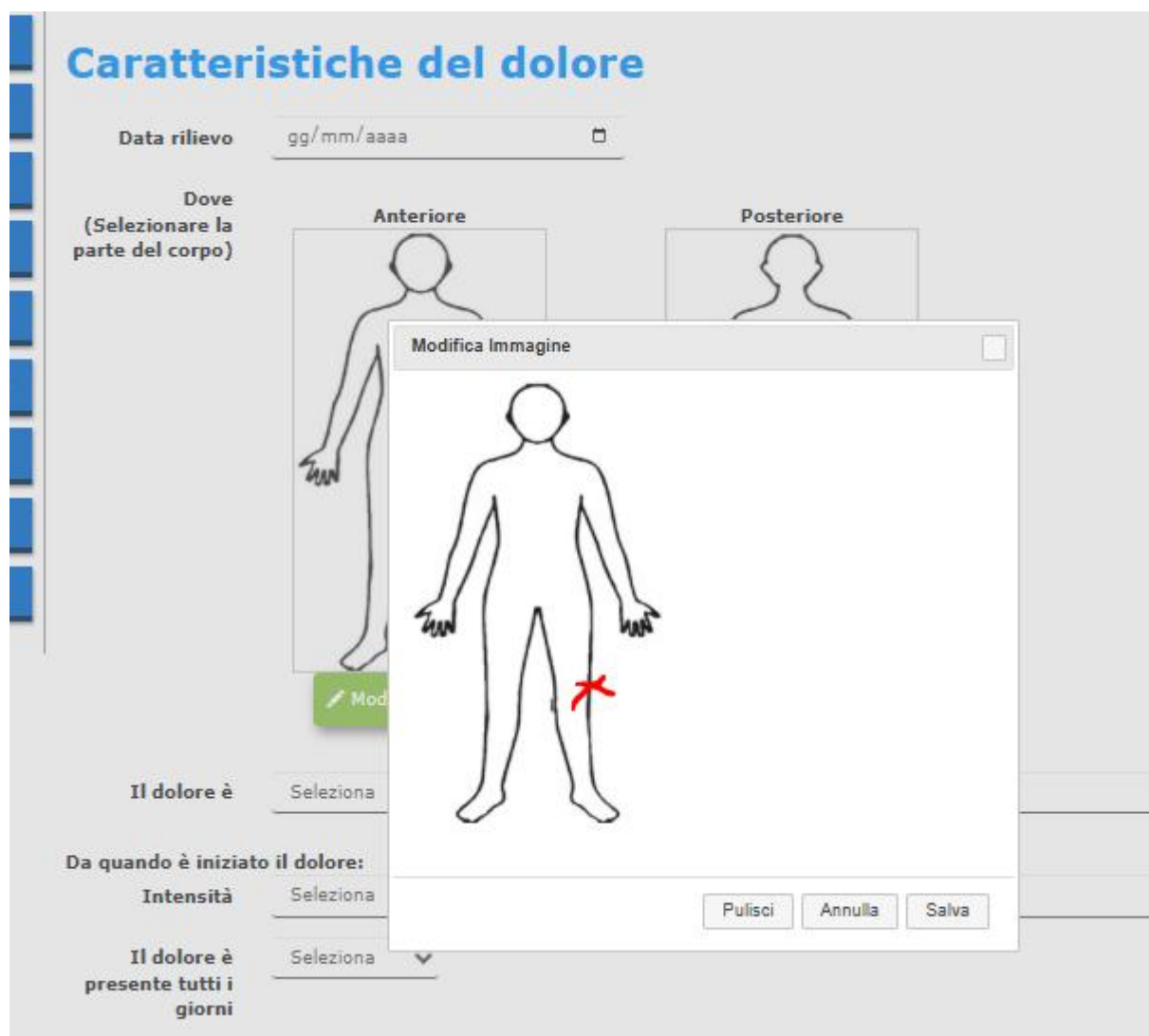
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta.**

**Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.**

### Gestione Immagine

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

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



**Caratteristiche del dolore**

Data rilievo: gg/mm/aaaa

Dove (Selezionare la parte del corpo):  
 Anteriore  Posteriore

Il dolore è: Seleziona

Da quando è iniziato il dolore: Seleziona

Intensità: Seleziona

Il dolore è presente tutti i giorni: Seleziona

Modifica Immagine

Pulisci Annulla Salva

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

possono compiere.

Di seguito una specifica dei bottoni:

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

### **Presenza in Carico della Richiesta**

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



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

Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

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

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

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

[← Caratteristiche del Dolore](#)

[Visita Algologica](#)

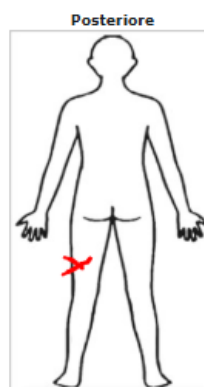
## Visita Algologica

Data rilievo  

Dove  
(Selezionare la parte del corpo)



[Modifica Anteriore](#)



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

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

Intensità media del dolore NRS

Presenza di picchi BTcP

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

Se "altro" specificare

---

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

## Conclusione

Dolore da causa neoplastica  ▼

Dolore da causa NON neoplastica  ▼

- Tipo di dolore
- nocicettivo
  - neuropatico

## Terapie Farmacologiche

[+ Aggiungi Farmaco](#)

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

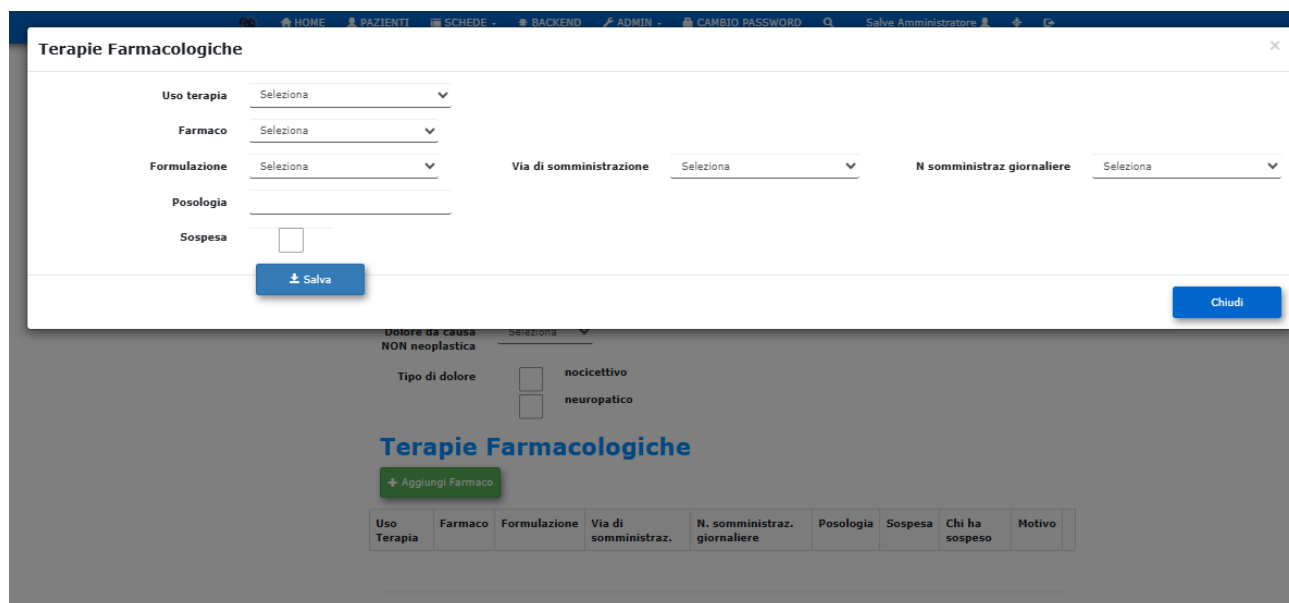
- Terapie  
interventistiche**
- anestesia loco-regionale
  - infiltrazione con cortisonico
  - neuromodulazione elettrica transcutanea
  - neuromodulazione elettrica percutanea
  - radiofrequenza ablativa
  - radiofrequenza pulsata
  - crionalgesia
  - cifo/ vertebroplastica
  - alcolizzazione
  - pompa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

Se "altro"  
specificare

Note

## Terapie Farmacologiche

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



The screenshot shows a web application interface for managing pharmacological therapies. The main form, titled "Terapie Farmacologiche", contains the following fields:

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

Buttons: **Salva** (with a save icon) and **Chiudi**.

Below the form, there are additional fields:

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

A table is visible below these fields, with the following columns:

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

## **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 multidisciplinari 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

## 8 PROCEDURA GENERALE PER I TUMORI RARI

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

### **Presa in carico dei pazienti affetti da tumore raro**

La presa in carico dei pazienti affetti da tumore raro avviene ad opera dei Centri User, ossia di strutture proposte a livello regionale ed attualmente in attesa di endorsement da parte dell'AGENAS, identificate nell'ambito dei CORP e CORPUS della ROC, quali Istituzioni Sanitarie dotate di requisiti di elevata competenza ed esperienza per il trattamento dei tumori rari e che operino in stretta relazione con il Centro Regionale di Coordinamento per i Tumori Rari (C.R.C.T.R.). Il CRCTR ha la funzione cardine di costituire il “nodo di riferimento” e di integrazione a livello regionale tra la Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) ed il network europeo ERN-EURACAN (European Reference Networks – European network for Rare Adult solid Cancer) dedicato ai tumori rari solidi dell'adulto.

### **Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici tra Centro User e CRCTR**

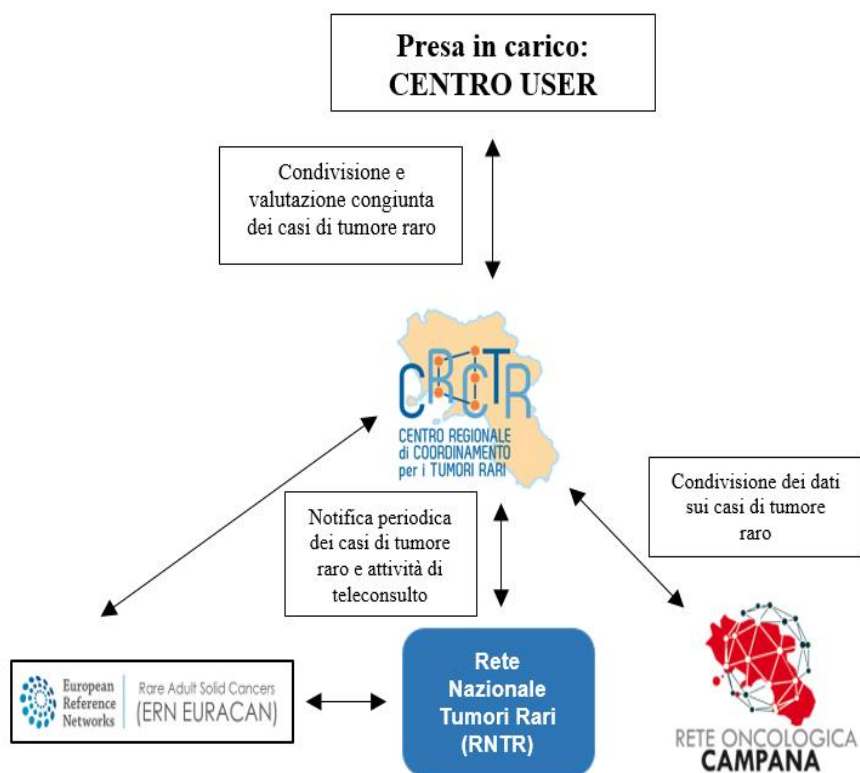
In ottemperanza alle norme stabilite dal Ministero della Salute nell'ambito della organizzazione della RNTR, ogni Centro User della Regione Campania condivide con il CRCTR il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da tumore raro al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata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

### **Registrazione dei casi ed organizzazione delle attività di teleconsulto**

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

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

A tal fine saranno disponibili piattaforme digitali per la registrazione dei casi che possano interfacciarsi ed integrarsi con la piattaforma digitale della ROC.



## 9 PIANO DI REVISIONE DEL PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	M.E. Abate, M.A. Capozza,, P. Muto, E. Iannacone, S. De Placido, A. Servetto, P.Pirisi, G. Gaglione, G. Di Iorio, Rossi, F. Esposito, R. Mamone, S. Lastoria, M. De Fazio, M. Perri, M.C. Verga, E.M. Covelli, C. Picardi, N.Cecchi, L.Quaglietta, C.Monorchio, A. Vitale, G. Di Mauro, A. D’Avino, P. Gallo, D. Cascone, A. Nastro, D. Cicala
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 identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche	M.E. Abate, F. Vetrano, F. Savoia, C. Cali
Società Scientifiche	AIEOP, SIOP, AIRO, ISG

## **10 COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI ACCREDITATE E FONDAZIONI DEDICATE**

Le Associazioni accreditate e le Fondazioni dedicate saranno invitate a valutare l'aderenza del presente documento al principio della centralità del malato ed a fornire eventuali indicazioni migliorative ad ogni suo futuro aggiornamento.

## **11 ABBREVIAZIONI**

AIEOP: Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica

AIRO: Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia Clinica

CORP: Centro Oncologico Regionale Polispecialistico

CORPUS: Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico Universitario o a carattere Scientifico

GOM: Gruppo Oncologico Multidisciplinare

ISG: Italian Sarcoma Group

MMG: Medico di Medicina Generale

PLS: Pediatria di Libera Scelta

ROC: Rete Oncologica della Campania

SIOP: Société Internationale de Oncologie Pédiatrique.

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



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

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

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

A:

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

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

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

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

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

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

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

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

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

### **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>**