

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

**Edizione 2024**



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

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

## TUMORE DELLO STOMACO

### Brevi note epidemiologiche

#### Fattori di rischio

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

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

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

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

## **Incidenza**

La stima al 2022 dei nuovi casi di tumori dello stomaco in Europa<sup>1</sup> è di un ASR di 21,3 per 100.000 nei maschi e 10,6 per 100.000 nelle donne con un numero totale di casi atteso di 74.580 (45.246 maschi e 29.334 donne). Le equivalenti stime indicano per l'Italia<sup>1</sup>, un ASR di 24,0 per 100.000 nei maschi e 13,6 per 100.000 per le donne con un numero totale di casi atteso di 13.501 (7.728 maschi e 5.773 donne). In Campania<sup>2</sup> è stato rilevato, per il periodo 2014/2018, nei maschi un ASR di 25,5 per 100.000, e nelle donne un ASR di 14,0 per 100.000.

Il trend temporale di incidenza in Campania<sup>2</sup> evidenzia, nel periodo 2010/2024 un decremento significativo per entrambi i generi:

- nei maschi con una APC (Annual Percentage Change) di -1,4 (IC95%: -2,4; -0,3), ed un ASR stimato al 2024 di 22,7 per 100.000 con un numero di 683 nuovi casi annui attesi;
- nelle donne con una APC (Annual Percentage Change) di -1,1 (IC 95%: -2,2; -0,1) ed un ASR stimato al 2024 di 12,9 per 100.000 con un numero di 439 nuovi casi annui attesi.

## **Mortalità**

La stima al 2022 dei decessi per tumori dello stomaco in Europa<sup>1</sup> è di un ASR di mortalità di 15,0 per 100.000 nei maschi e 7,2 per 100.000 nelle donne con un numero di decessi totali annui stimati

---

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

<sup>2</sup> Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

di 51.781(31.519 maschi e 20.262 donne). In Italia<sup>2</sup> gli equivalenti dati stimati al 2022 indicano un ASR di 17,7 per 100.000 nei maschi e di 9,4 per 100.000 nelle donne con un numero totale di decessi di 9.885 (5.688 maschi e 4.197 donne). In Campania<sup>2</sup>, nel quinquennio 2015/2019, è stato rilevato un ASR di mortalità di 18,8 per 100.000 nei maschi e 9,7 per 100.000 nelle donne.

## **Sopravvivenza**

La sopravvivenza a 5 anni in Italia<sup>3</sup> è stimata relativamente più elevata (30% negli uomini, 35% nelle donne) rispetto alla media Europea (25%), benchè il tumore gastrico continui a rappresentare una neoplasia aggressiva collocata tra quelle a cattiva prognosi; in Campania si osserva una sopravvivenza simile a quella rilevata a livello nazionale, con il 29% di sopravvivenza a 5 anni nei maschi ed il 31% nelle donne.

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

Nel corso dell'anno 2022 sono stati trattati chirurgicamente per tumore dello stomaco 401 pazienti residenti in Campania; di questi 341 (85% della casistica) sono stati trattati in 48 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 60 (15 % della casistica) sono stati trattati in ulteriori 32 diverse strutture extraregionali.

La mobilità passiva per chirurgia delle neoplasie dello stomaco, oltre alla marcata frammentazione dei percorsi di diagnosi e cura, sia a livello regionale che extraregionale, ha fatto registrare una leggera flessione nel solo anno 2020 (12,7% - anno Covid rispetto al periodo pre-Covid- triennio 2017/2019 in cui presentava valori del 14,7%) per poi però riprendere ad aumentare nel 2021 (15%) e nel 2022, riportandosi ai valori registrati nel periodo pre-Covid con un incremento di 2,6 punti percentuali rispetto al 2020.

Tale andamento suggerisce un attento monitoraggio dei percorsi di diagnosi e cura dei pazienti oltre all'attivazione di possibili meccanismi correttivi nell'ambito della Rete Oncologica regionale per meglio impattare sulla migrazione extraregionale per la chirurgia delle neoplasie gastriche.

La Rete Oncologica Regionale ha identificato, nel dicembre del 2023, 37 strutture regionali abilitate ad entrare in Rete, in osservazione triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori gastrici<sup>4</sup>.

(Vedi mappa per la distribuzione delle strutture sul territorio regionale)

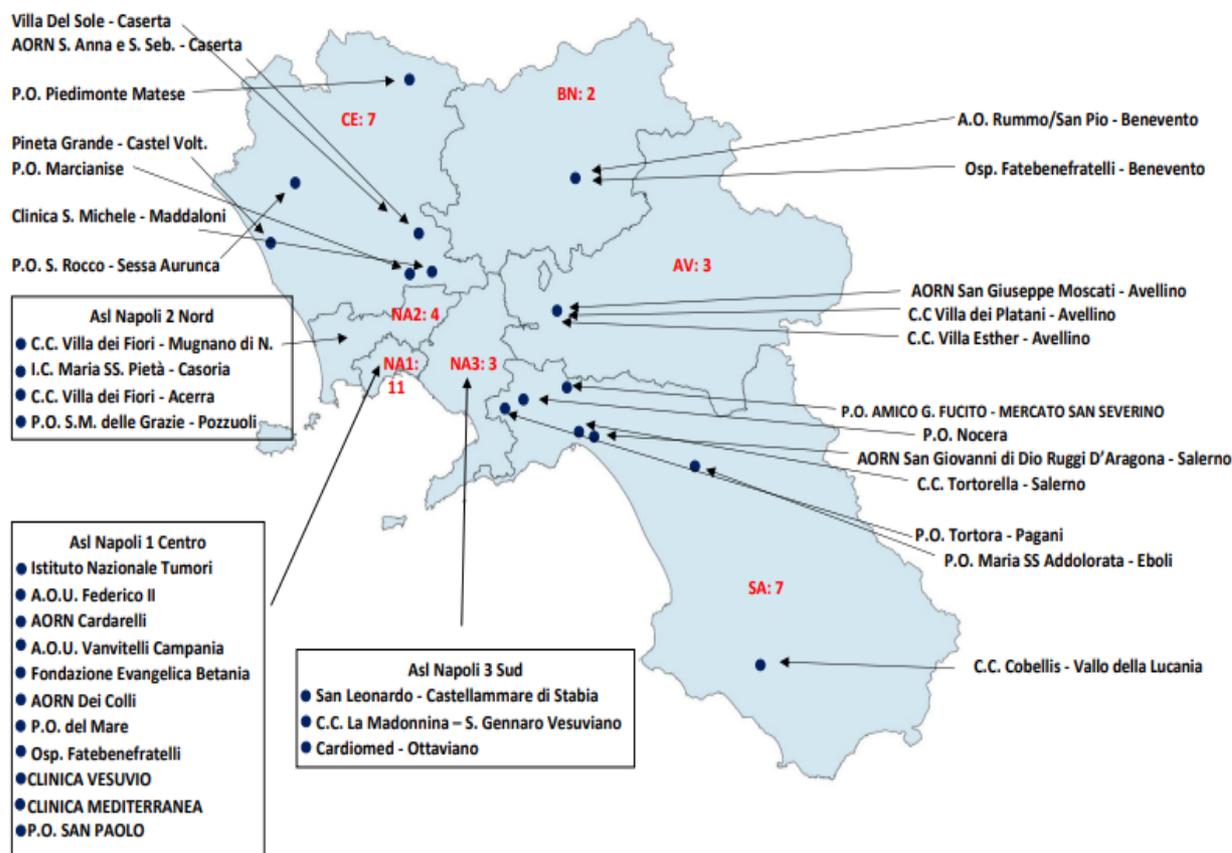
---

<sup>3</sup> La sopravvivenza per cancro in Italia – dati AIRTUM 2016

<sup>4</sup> Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania DGRC 477 del 04/11/2021; DGRC 798 del 29/12/2023

## RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore dello Stomaco

### Strutture regionali abilitate ad entrare in rete in osservazione triennale 2023/2025: Nr 37



La mappa è in fase di revisione in base alla valutazione annuale del Decreto n.477 del 4 novembre 2021 attuato con Delibera 272 del 7.6.2022. Gli aggiornamenti della mappa saranno pubblicati sul sito della Rete Oncologica Campana

(<https://www.reteoncologicacampana.it/>)

### PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

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

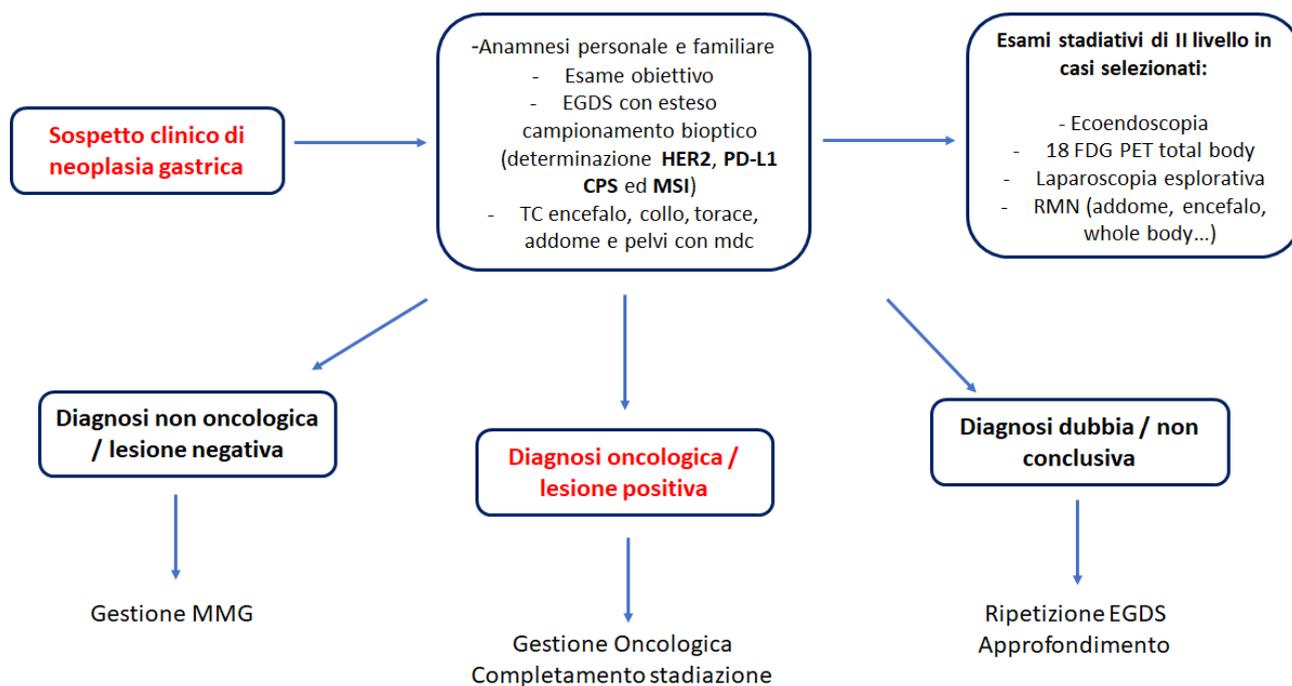
## **PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA GASTRICA.**

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

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

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

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



**Tabella 2. Percorso stadiativo-assistenziale per tumore dello stomaco**

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

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

Valutazione anatomopatologica comprendente l'istotipo (sec. Lauren) e grading e la determinazione IHC dello stato di HER-2, microsatellitare, PD-L1 CPS

Consuelling oncogenetico se sospetta ereditarietà

Consuelling di oncofertilità se pazienti in età fertile con necessità di trattamenti antitumorali

Consuelling psicologico

Valutazione/supporto nutrizionistico

Valutazione del dolore e terapia antalgica

**Esami di II livello in casi selezionati e/o sintomatici:**

RMN addome/encefalo (o altra sede) con mdc

Scintigrafia ossea total body

18 FDG-PET total body

Laparoscopia esplorativa

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

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS / Ecoendoscopia con biopsia multiple per esteso campionamento (almeno 6 prelievi)	Appropriata
TAC encefalo – collo – torace – addome e pelvi con e senza mdc	Appropriata

Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc (o altra sede)	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati
Laparoscopia esplorativa	Appropriata in casi selezionati

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

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

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

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

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

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

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

**Tabella 6. Percorso terapeutico per tumore dello stomaco non metastatico**

Stadio	Trattamento	
<b>Tis-T1a, N0</b>	<p><b>Chirurgico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resezione endoscopica mucosale (EMR) oppure</li> <li>- Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD) in caso di tumori &lt; 20 mm, G1, senza invasione vascolare e/o linfatica</li> <li>- Gastrectomia R0, totale o subtotale distale in base alla sede della neoplasia con linfadenectomia D1-D2 e ricostruzione alla Roux (da preferire rispetto alla Billroth)</li> </ul>	
<b>T1b, N0</b>	<p><b>Chirurgico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastrectomia R0, totale o subtotale distale in base alla sede della neoplasia con linfadenectomia D2 e ricostruzione alla Roux (da preferire rispetto alla Billroth)</li> </ul>	
<b>≥ T2 o N+</b>	<p><b>Trattamenti integrati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polichemioterapia perioperatoria e chirurgia</li> <li>- Radiochemioterapia preoperatoria nelle forme giunzionali in pazienti con buon performance status (PS)</li> <li>- Chirurgia seguita da monochemioterapia adiuvante o da chemioradioterapia adiuvante in casi selezionati di resezioni R1 (residuo microscopico) o linfadenectomia &lt; D2. Tale opzione è da riservare a pazienti non trattati in fase preoperatoria, in quanto sono sempre preferibili i trattamenti preoperatori.</li> </ul>	
<b>Paziente non resecabile per controindicazioni</b>	-	<p><b>Medico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chemioradioterapia</li> <li>- Chemioterapia esclusiva</li> </ul>

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

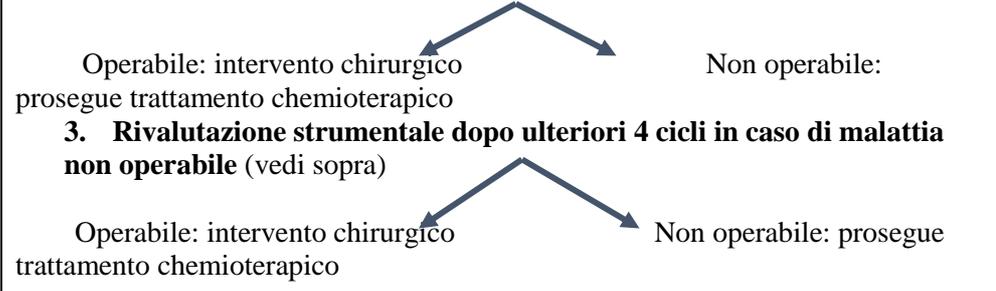
Si riporta in tabella 7 il percorso terapeutico per persone affette da neoplasia gastrica in fase localmente avanzata o metastatica. I percorsi indicati sono stati costruiti in base alle raccomandazioni presenti nelle principali linee guida nazionali ed internazionali più aggiornate, e saranno modificati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

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

In caso di tumore metastatico alla diagnosi, oggi è mandatoria la valutazione sul campione tumorale dello stato di espressione del recettore HER-2 mediante tecnica immunohistochimica ed eventualmente di ibridazione in situ nei casi di dubbia positività (score 2+). Tale valutazione deve necessariamente essere effettuata presso centri di anatomia patologica accreditati nell'ambito di strutture di I livello ed il risultato dovrà essere disponibile entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta, salvo difficoltà tecniche caso specifiche. Una ulteriore determinazione immunohistochimica oggi indispensabile è rappresentata dall'analisi dello stato del recettore PD-L1 secondo CPS (*combined positive score*) in considerazione della possibilità di offrire in I linea, nei pazienti HER-2 negativi e con PD-L1 CPS  $\geq 5$ , una combinazione di chemio-immunoterapia. Ulteriori marcatori predittivi molecolari, potenzialmente utili nella malattia in fase avanzata, sono lo stato microsatellitare (tumori instabili (MSI-H) possono giovare, in prima linea o nelle linee successive, di eventuale approccio immunoterapico, anche in monoterapia). Sarebbe auspicabile che il risultato fosse disponibile prima dell'inizio del trattamento di I linea. Il GOM valuterà il paziente nella sua interezza, considerando sia trattamenti standard sia l'inserimento in protocolli clinici per farmaci innovativi, sempre dopo aver discusso con il paziente e tenendo conto delle sue volontà e possibilità. Inoltre, Il GOM dovrà

valutare la sintomatologia del paziente e supportarlo nella palliazione dei sintomi mediante un rapporto nutrizionistico continuativo, un counselling psiconcologico, un counselling genetico in caso si sospetti una patologia ereditaria, un supporto antalgico e l'esecuzione di interventi chirurgici o endoscopici palliativi in caso di sanguinamenti o stenosi serrate. Tale scopo sarà raggiunto mediante l'attivazione da parte del Case Manager di GOM di consulenze presso gli ambulatori dedicati presso l'UOC di Nutrizione clinica, servizio di psiconcologia, UOC Genetica medica, UOC anesthesiologia e terapia del dolore afferenti al GOM stesso.

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

Stadio	Trattamento
<p><b>Localmente avanzato, potenzialmente resecabile</b></p>	<p><b>1. Trattamento di conversione con polichemioterapia preoperatoria secondo le linee guida</b></p> <p><b>2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento, comprendente EGDS, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body</b></p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD     A[Operabile: intervento chirurgico prosegue trattamento chemioterapico]     B[Non operabile:]     C[Operabile: intervento chirurgico trattamento chemioterapico]     D[Non operabile: prosegue trattamento chemioterapico]     A --&gt; B     B --&gt; C     B --&gt; D     </pre> </div> <p><b>3. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia non operabile (vedi sopra)</b></p>
<p><b>Localmente avanzato, non resecabile</b></p>	<p>Vedi malattia metastatica</p>
<p><b>IV stadio</b></p>	<p>Chemioterapia di I linea in base allo stato di HER-2 e PD-L1 CPS (<u>mandatorio</u>). Valutazione stato microsatellitare (auspicabile). Valutare l'inserimento in trials clinici. Chirurgia palliativa del primitivo in caso di stenosi serrate o sanguinamenti Chirurgia di protezione in caso di stenosi da carcinosi peritoneale Posizionamento di endoprotesi in caso di disfagia Supporto nutrizionistico Terapia antalgica</p>
	<p>Chemioterapia di II linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una I linea di trattamento. Valutare l'inserimento in trials clinici</p> <p>Chemioterapia di III linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una II linea di trattamento. Valutare l'inserimento in trials clinici Valutazione immunoterapia (nel contesto di programmi compassionevoli o off-label (se fattibili) in pazienti con malattia MSI-H in linee successive alla prima</p>

## FOLLOW-UP PER PAZIENTE CON PATOLOGIA GASTRICA PREGRESSA

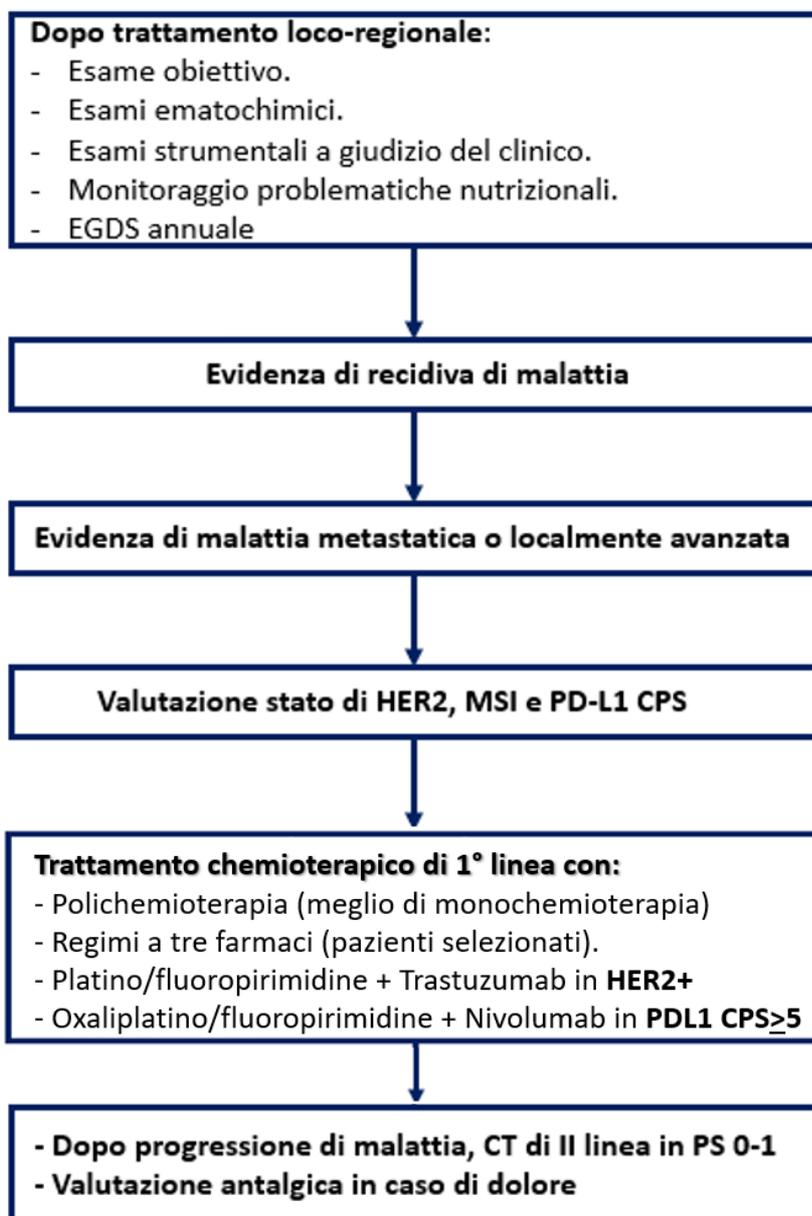
Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il/la paziente rientrerà in un adeguato percorso di follow-up clinico-strumentale per i successivi 10 anni ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (vedi Figura 2 e tabella 5) e della presenza di complicanze legate all'intervento chirurgico (es. anemia, dumping sindrome).

Ad oggi, non esistono programmi di follow-up standardizzati. In caso di recidiva il/la paziente sarà opportunamente rivalutato/a dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali. Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in precedenza illustrati e le principali linee guida per la gestione della patologia.

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

	Timing	Follow-up
<b>0-2 anni</b>	Ogni 3-4 mesi	-Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni anno; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
<b>3-5 anni</b>	Ogni 6 mesi	-Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni 2 anni; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
<b>&gt;5 anni</b>	Ogni anno	-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica -Follow-up da effettuare presso ambulatori specialistici o presso MMG

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



## CURE PALLIATIVE

La attivazione dei percorsi di cure palliative non è riservata esclusivamente ai pazienti in fase di terminalità. Il sistema della ROC intende seguire il modello della simultaneous care con la collaborazione delle 7 ASL. È opportuno che tale attività sia svolta da un team cross-funzionale, costituito da oncologo medico, terapista del dolore in collaborazione con i servizi Cure Palliative, competenti territorialmente in base alla residenza del paziente e della famiglia. Tali percorsi sono attivabili attraverso la piattaforma ROC.

Viene considerato non appropriato un trattamento antitumorale palliativo entro 30 giorni prima del decesso o un trattamento chirurgico nell'arco dello stesso tempo quando questo non sia rivolto a migliorare la qualità di vita del paziente. È opportuno costituire un team cross-funzionale, costituito da oncologo medico, terapista del dolore ed attivare i servizi Cure Palliative, competenti territorialmente in base alla residenza del paziente e della famiglia attraverso la piattaforma ROC, per istruire l'iter di cure versus dolore e palliazione da terminalità.

I criteri generali per la definizione di malattia terminale sono:

- Terapeutico: esaurimento/assenza o inutilità delle terapie oncologiche per la cura del tumore, o rifiuto da parte del malato.
- Clinico: presenza di un quadro clinico che comporta limitazioni dell'autonomia e un frequente bisogno di cure mediche, caratterizzato da un Indice di Karnofsky < 50.
- Prognostico: previsione di sopravvivenza < 6 mesi

Quando la malattia è in fase terminale, il Responsabile del Team Multidisciplinare Ospedaliero che comprende, tra gli altri, l'oncologo ed il palliativista, detterà precise indicazioni affidando attraverso la piattaforma ROC il paziente ed il nucleo familiare all'U.O. Cure Palliative Domiciliari, competenti per territorio, per la presa in carico con programmi di assistenza domiciliare, disponendo il ricovero presso un Hospice per un programma di assistenza palliativa residenziale.

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

## Tempi di presa in carico

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

- Il primo accesso al GOM per tumore dello stomaco avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campania
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico il paziente sarà erogata **entro 10 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, almeno per quanto attiene la prima TC stadiativa, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, l'intervento chirurgico laddove indicato sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico dovrà essere disponibile **entro 15 giorni dalle procedure biotiche o dall'intervento chirurgico**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, o provvederà ad indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, la paziente presso altre Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campania.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 21 giorni dalla prima valutazione (ed entro 60 giorni dall'eventuale intervento chirurgico, attesi i tempi di recupero del paziente e le eventuali complicanze)**

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

**Edizione 2024**



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

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

## TUMORE DELL'ESOFAGO

### Brevi note epidemiologiche

#### Fattori di rischio

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

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

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

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

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

Accanto a questi fattori dietetico-comportamentali, una serie di altre condizioni sono considerate ad aumentato rischio: la tilosi (rara sindrome genetica caratterizzata da ipercheratosi e papillomatosi con un rischio del 95% di sviluppare un carcinoma squamoso prima dei 65 anni), la sindrome di Plummer-Vinson, l'acalasia (disordine motorio dell'esofago con rischio di sviluppare un carcinoma

esofageo fino a 30 volte superiore alla popolazione generale) e una progressa ingestione di caustici (con una lunga latenza anche di 40 anni tra esposizione agli agenti acidi e diagnosi di tumore).

## **Incidenza**

Nel 2020 l'incidenza di nuovi casi di tumore dell'esofago in Europa<sup>1</sup> è stata stimata nell'ordine di ASR di 10.9 per 100.000 nei maschi e 2.7 per 100.000 nelle donne, con un numero di casi complessivi di oltre 30000 (23000 nei maschi e 7000 nelle femmine). Esiste una netta variabilità geografica che vede Olanda e Irlanda come i due paesi a maggiore incidenza (ASR >20 per 100.000).

L'Italia<sup>2</sup> è considerato uno dei paesi a minore incidenza (ASR 3.1 per 100.000 in entrambi i sessi) con dati stimati al 2020 per un totale di 2400 nuove diagnosi (1700 nei maschi e 700 nelle donne).

La stima in Campania<sup>5</sup> al 2021 indica un ASR di 3,1 per 100.000 negli uomini e 0.9 per 100.000 nelle donne, con un numero di nuovi casi attesi di 124 (91 uomini e 33 donne).

## **Mortalità**

La stima al 2020 dei decessi per tumori dell'Esofago in Europa<sup>1</sup> è rappresentata da un ASR di 9.4 per 100.000 per i maschi e 2.1 per 100.000 per le femmine, con un numero complessivo di decessi stimati di 25617 (19851 maschi, 5766 femmine) su oltre 500.000 decessi annui a livello globale.

In Italia<sup>2</sup> gli equivalenti dati stimati al 2020 indicano un ASR di 2.7 per 100.000 (1416 morti nei maschi e 559 nelle femmine).

La stima in Campania<sup>5</sup> al 2021 indica un ASR di mortalità di 2,8 per 100.000 negli uomini e 0,8 per 100.000 nelle donne, con un numero stimato di 98 decessi (74 uomini e 24 donne).

## **Sopravvivenza**

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

---

<sup>1</sup> ESMO (European Society for Medical Oncology) 2022 Guidelines for oesophageal cancer.

<sup>2</sup> I numeri del cancro in Italia 2022 – AIRTUM, Intermedia Editore.

<sup>5</sup> Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

## **PERCORSO PER SEGMENTAZIONE**

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

## **PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA ESOFAGEA.**

I tumori dell'esofago possono essere asintomatici o paucisintomatici nelle fasi iniziali e alcuni sintomi associati (pirosi, reflusso, rigurgito...) possono essere inizialmente confusi con condizioni patologiche aspecifiche o benigne. Tardivamente, quando il coinvolgimento circonfferenziale e stenotico del viscere è avanzato, compare il sintomo più caratteristico: la disfagia.

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

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

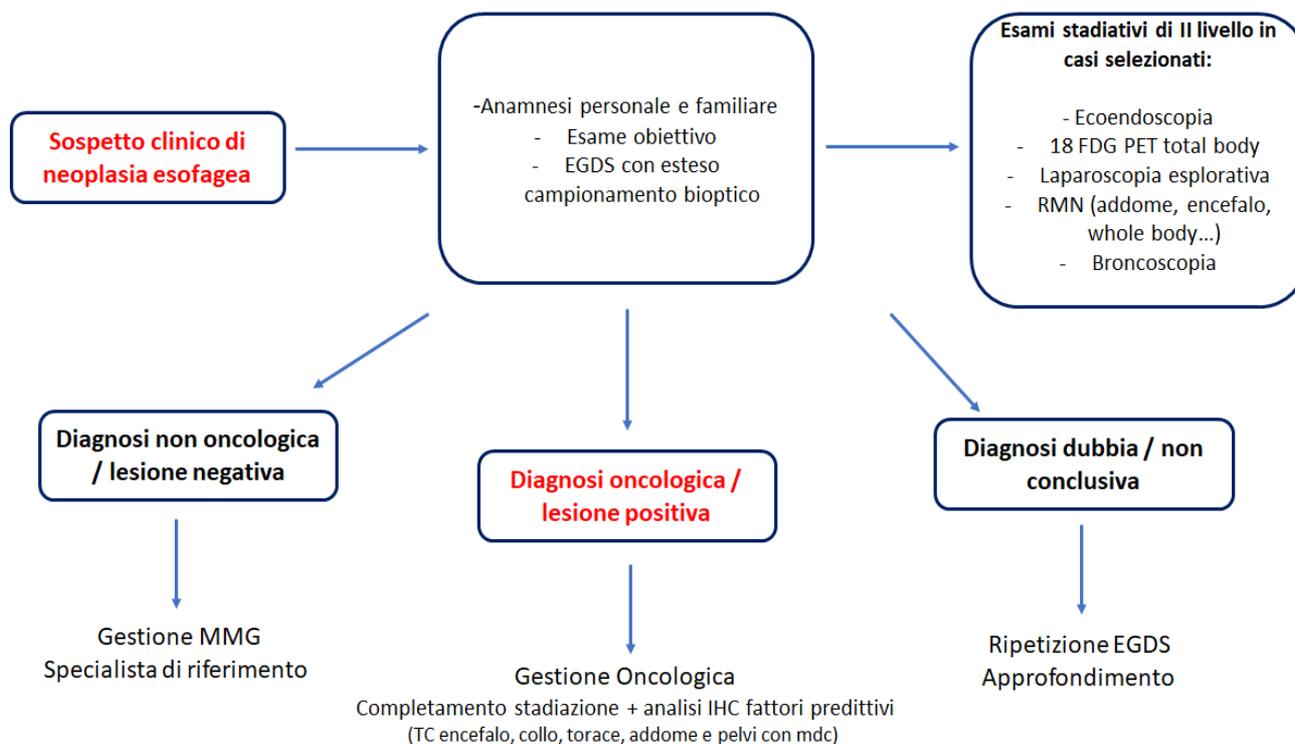
L'esame cardinale per la diagnosi del tumore dell'esofago è rappresentato dalla esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie multiple.

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

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

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

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



**Tabella 10. Percorso stadiativo-assistenziale per tumore dell esofago**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In considerazione della complessità del trattamento del paziente affetto da neoplasia dell'esofago, tutti i pazienti affetti da carcinoma esofageo alla diagnosi devono essere sottoposti a consulto nutrizionistico con eventuale integrazione nutrizionale e valutazione di strategie nutrizionali enterali artificiali (specie in caso di necessità di chemio-radioterapia), counselling psicologico, counselling genetico con eventuali analisi genetiche nel caso si sospetti una patologia ereditaria, counselling di oncofertilità, soprattutto nei pazienti giovani che necessitino di trattamenti antitumorali e abbiano desiderio di prole, valutazione ORL nei casi selezionati (preservazione della pervietà delle vie aeree superiori, esclusione di seconde neoplasie del distretto testa-collo), valutazione chirurgica o anestesiológica per il posizionamento di adeguato accesso venoso centrale o periferico (laddove non disponibile presso un ambulatorio dedicato nella UOC di Oncoematologia) o di device o intervento per nutrizione enterale (PEG o digiunostomia ecc). L'accesso venoso centrale sarà quindi posizionato da personale dedicato in centri di I e II livello prima dell'inizio del trattamento. Il Case Manager del GOM provvederà alla organizzazione e prenotazione di tutte le visite necessarie dopo la diagnosi di tumore dello stomaco e prima di intraprendere il trattamento. Il rapporto con il Nutrizionista dedicato e lo psiconcologo saranno rapporti continuativi durante il trattamento, mentre il chirurgo o anestesista con il compito di impiantare l'accesso venoso (o il personale infermieristico dedicato presso gli ambulatori di posizionamento PICC di pertinenza oncoematologica) si occuperanno della gestione e delle eventuali complicanze legate alla gestione dell'accesso venoso centrale stesso (es. infezioni), alla diagnosi ed al trattamento di queste ultime con un tempo di attesa massimo per la prima visita dopo l'insorgenza della complicanza di 3 giorni e con un tempo di reimpianto di accesso venoso, in caso di rottura, fuoriuscita, infezione o dislocazione dei dispositivi

di 7 giorni (con le dovute eccezioni legate al singolo caso). In caso di pazienti non operabili per patologie concomitanti e che presentino disfagia severa, sarà valutata dal GOM la possibilità di posizionamento di endoprotesi compatibilmente con gli altri trattamenti e le aspettative di vita.

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

<b>Stadio</b>	<b>Trattamento</b>
<b>Stadio Tis-T1a, N0</b>	<b>Chirurgico:</b> - Mucosectomia endoscopica (EMR) in casi selezionati=>sorveglianza endoscopica - Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD)=>sorveglianza endoscopica - Esofagectomia
<b>T1b-T4a, N0-N+</b>	<b>-Esofago Cervicale:</b> CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: <u>no 60 Gy</u> ) =>Chirurgia di salvataggio in casi selezionati <b>- Esofago Toracico:</b> CRT neoadiuvante (RT 41.4 – 50.4 Gy + CT) =>esofagectomia => (in futuro terapia adiuvante con Nivolumab per 1 anno nei pazienti non in pCR) CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: <u>no 60 Gy</u> ) =>sorveglianza endoscopica e Strumentale
<b>T4b, N0-N+ (non resecabile)</b>	CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: <u>no 60 Gy</u> ) CT esclusiva (se infiltrazione aorta, trachea ecc tale da controindicare RT)

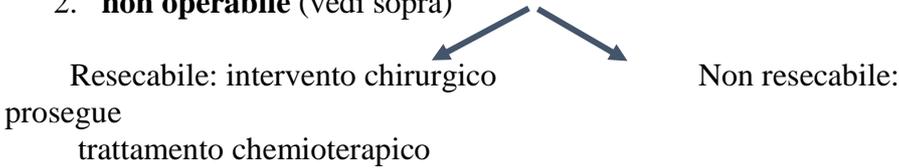


È opportuno inoltre sempre considerare l'impatto della neoplasia sulle vie aeree (nelle forme cervicali e toraciche superiori) valutando l'effettuazione di una broncoscopia stadiativa e di un'eventuale consulenza ORL.

I pazienti con adenocarcinoma potenzialmente resecabile, saranno sottoposti a polichemioterapia di conversione neoadiuvante nell'ambito di strategia perioperatoria secondo le più recenti evidenze, con rivalutazioni strumentali al termine della fase primaria al fine di valutarne l'operabilità. Le figure professionali coinvolte nella valutazione pre-trattamento e nella rivalutazione saranno principalmente l'Oncologo medico, il radiologo, il medico nucleare ed il Chirurgo. In caso di non risposta al trattamento o di malattia localmente avanzata, ma non resecabile alla diagnosi, il paziente verrà sottoposto ad un trattamento chemioterapico di I linea (vedi malattia metastatica). I pazienti con tumore squamoso potenzialmente resecabile devono essere candidati ad un approccio trimodale rappresentato da chemioradioterapia seguita da chirurgia o, in alternativa, a chemioradioterapia definitiva, riservando alla chirurgia il ruolo di salvataggio in caso di recidiva

In caso di tumore metastatico alla diagnosi, si ritiene opportuna la valutazione istologica dello stato di HER-2 (*limitatamente agli adenocarcinomi distali con coinvolgimento della giunzione gastro-esofagea*) mediante tecnica immunoistochimica e di ibridazione in situ nei casi di dubbia positività (2+). Tale valutazione deve necessariamente essere effettuata presso centri di anatomia patologica accreditati nell'ambito di strutture di I livello ed il risultato dovrà essere disponibile entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta, salvo difficoltà tecniche caso specifiche. Un ulteriore fattore predittivo oggi fondamentale nella malattia avanzata è rappresentato dal PD-L1 CPS (sempre con limitazione all'istologia adenocarcinoma, del distretto giunzionale o esofago puro), in considerazione della possibilità di offrire chemio-immunoterapia di I linea in pazienti HER2 negativi e PD-L1 CPS  $\geq 5$ . Inoltre, ulteriore marcatore potenzialmente utile è lo stato microsatellitare (in vista di possibile immunoterapia, anche off label o nell'ambito di trials clinici). Sarebbe auspicabile che il risultato fosse disponibile prima dell'inizio del trattamento di I linea. Il GOM valuterà il paziente nella sua interezza, considerando sia trattamenti standard sia l'inserimento in protocolli clinici per farmaci innovativi, sempre dopo aver discusso con il paziente e tenendo conto delle sue volontà e possibilità. Inoltre, Il GOM dovrà valutare la sintomatologia del paziente e supportarlo nella palliazione dei sintomi mediante un rapporto nutrizionistico continuativo, un counselling psiconcologico, un counselling genetico in caso si sospetti una patologia ereditaria, un supporto antalgico e l'esecuzione di interventi chirurgici o endoscopici palliativi in caso di sanguinamenti o stenosi serrate. Tale scopo sarà raggiunto mediante l'attivazione da parte del Case Manager di GOM di consulenze presso gli ambulatori dedicati presso l'UOC di Nutrizione clinica, servizio di psiconcologia, UOC Genetica medica, UOC anestesiologia e terapia del dolore afferenti al GOM stesso.

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

Stadio	Trattamento
<p><b>Localmente avanzato, potenzialmente resecabile</b></p>	<p><b>1. Trattamento di conversione con polichemioterapia preoperatoria secondo le linee guida (adenocarcinoma) o CRT (pazienti con adenocarcinoma e malattia bulky); CRT preoperatoria o definitiva (squamoso)</b></p> <p><b>2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento se CT perioperatoria o dopo completamento di CRT, comprendente ecoendoscopia, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body</b></p> <p style="text-align: center;">  </p> <p><b>1. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia</b></p> <p><b>2. non operabile (vedi sopra)</b></p> <p style="text-align: center;">  </p>
<p><b>Localmente avanzato, non resecabile</b></p>	<p>Vedi malattia metastatica</p>
<p><b>IV stadio</b></p>	<p>Chemioterapia di I linea (eventuale RT palliativa o di consolidamento, specie nei carcinomi squamosi)</p> <p>Valutazione stato di HER2 (adenocarcinoma distale e giunzione GE), PD-L1 CPS per adenocarcinoma esofageo e giunzionale (indispensabile).</p> <p>Valutazione stato microsatellitare (auspicabile).</p> <p>Valutare l'inserimento in trials clinici.</p> <p>Chirurgia palliativa del primitivo in caso di stenosi serrate o sanguinamenti</p> <p>Posizionamento di endoprotesi in caso di disfagia (compatibilmente ai trattamenti e all'attesa di vista)</p> <p>Supporto nutrizionistico (valutazione in primis per enterale, anche artificiale)</p> <p>Terapia antalgica</p>
	<p>Chemioterapia di II linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una I linea di trattamento.</p> <p>Valutare l'inserimento in trials clinici</p> <p>Immunoterapia di II linea (carcinoma squamoso).</p> <p>Chemioterapia di III linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una II linea di trattamento.</p> <p>Valutare l'inserimento in trials clinici</p>

	<p>Valutazione immunoterapia (nel contesto di programmi compassionevoli o off-label, se fattibili) in pazienti con malattia MSI-H o PD-L1 CPS &gt;10 in linee successive alla prima.</p> <p><b>Terapie concomitanti palliative:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palliazione disfagia (valutazione endoprotesi o RT/brachiterapia in base all'aspettativa di vita)</li> <li>- Palliazione del sanguinamento (chirurgia palliativa, trattamento medico o RT)</li> <li>- Supporto nutrizionale (enterale sng, digiunostomia o PEG vs parenterale)</li> </ul>
--	--

### **FOLLOW-UP PER PAZIENTE CON PATOLOGIA ESOFAGEA PREGRESSA**

Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il/la paziente rientrerà in un adeguato percorso di follow-up clinico-strumentale per i successivi 5 anni ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (Tabella 9) e della presenza di complicanze legate all'intervento chirurgico (es. anemia, dumping sindrome).

Ad oggi, non esistono programmi di follow-up standardizzati. In caso di recidiva il/la paziente sarà opportunamente rivalutato/a dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali. Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in precedenza illustrati e le principali linee guida per la gestione della patologia.

**Tabella 17. Scheda di follow-up nei pazienti trattati per neoplasia gastrica**

	<b>Timing</b>	<b>Follow-up</b>
<b>0-2 anni</b>	Ogni 3-4 mesi	-Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni anno; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
<b>3-5 anni</b>	Ogni 6 mesi	-Visita clinica -Esami ematochimici -EGDS ogni 2 anni; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi -Esami strumentali da eseguire su necessità clinica
<b>&gt;5 anni</b>	Ogni anno	-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica -Follow-up da effettuare presso ambulatori specialistici o presso MMG

## Tempi di presa in carico

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

- Il primo accesso al GOM per tumore esofageo avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campana
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico il paziente sarà erogata **entro 10 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, almeno per quanto attiene la prima TC stadiativa, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, l'intervento chirurgico laddove indicato sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico dovrà essere disponibile **entro 15 giorni dalle procedure biotiche o dall'intervento chirurgico**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, o provvederà ad indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, la paziente presso altre Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campana.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 21 giorni dalla prima valutazione (ed entro 60 giorni dall'eventuale intervento chirurgico, attesi i tempi di recupero del paziente e le eventuali complicanze)**

## CURE PALLIATIVE

La attivazione dei percorsi di cure palliative non è riservata esclusivamente ai pazienti in fase di terminalità. Il sistema della ROC intende seguire il modello della simultaneous care con la collaborazione delle 7 ASL. È opportuno che tale attività sia svolta da un team cross-funzionale, costituito da oncologo medico, terapeuta del dolore in collaborazione con i servizi Cure Palliative, competenti territorialmente in base alla residenza del paziente e della famiglia. Tali percorsi sono attivabili attraverso la piattaforma ROC.

Viene considerato non appropriato un trattamento antitumorale palliativo entro 30 giorni prima del decesso o un trattamento chirurgico nell'arco dello stesso tempo quando questo non sia rivolto a migliorare la qualità di vita del paziente. È opportuno costituire un team cross-funzionale, costituito da oncologo medico, terapeuta del dolore ed attivare i servizi Cure Palliative, competenti territorialmente in base alla residenza del paziente e della famiglia attraverso la piattaforma ROC, per istruire l'iter di cure versus dolore e palliazione da terminalità.

I criteri generali per la definizione di malattia terminale sono:

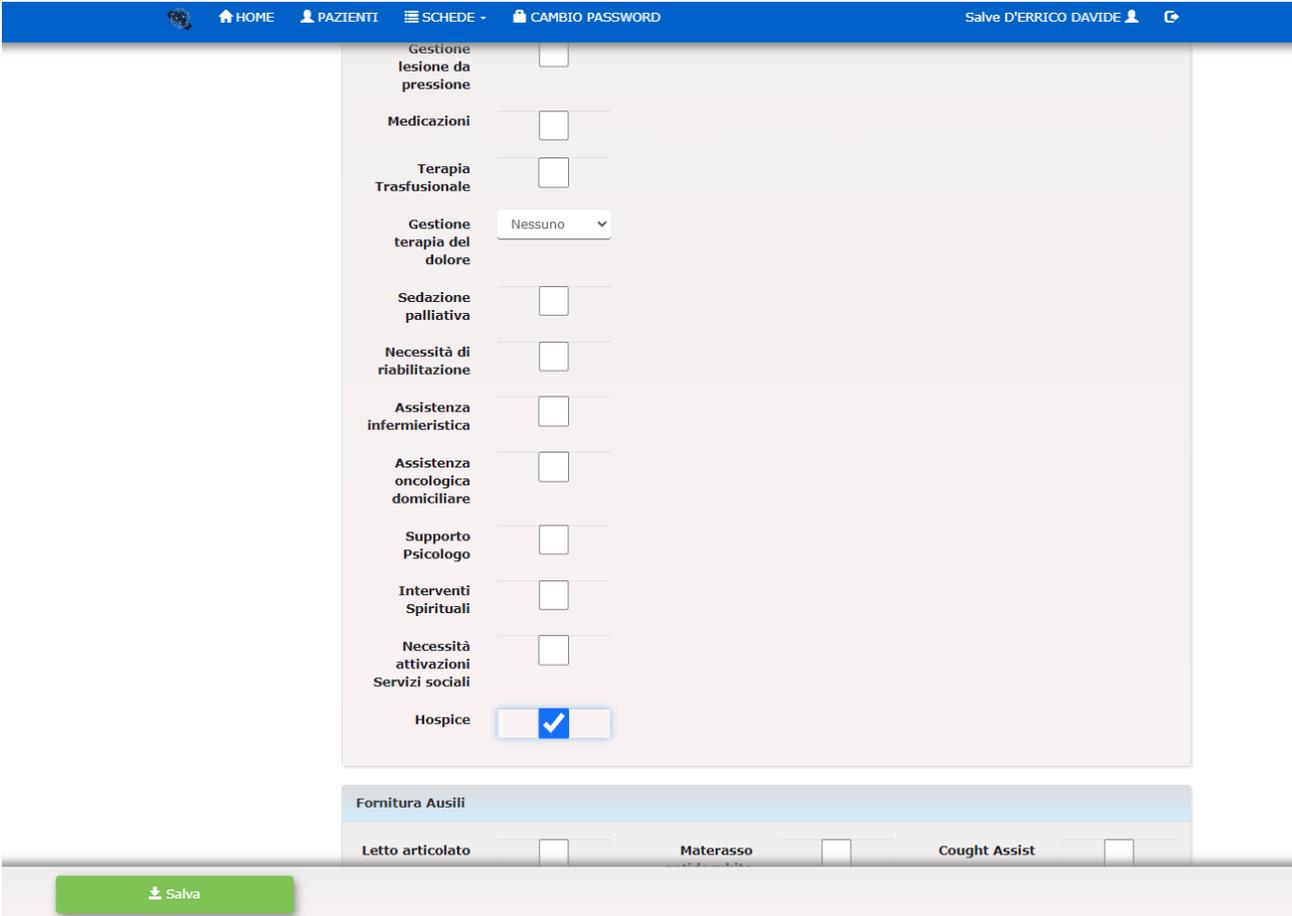
- Terapeutico: esaurimento/assenza o inutilità delle terapie oncologiche per la cura del tumore, o rifiuto da parte del malato.
- Clinico: presenza di un quadro clinico che comporta limitazioni dell'autonomia e un frequente bisogno di cure mediche, caratterizzato da un Indice di Karnofsky < 50.
- Prognostico: previsione di sopravvivenza < 6 mesi

Quando la malattia è in fase terminale, il Responsabile del Team Multidisciplinare Ospedaliero che comprende, tra gli altri, l'oncologo ed il palliativista detterà precise indicazioni affidando attraverso la piattaforma ROC il paziente ed il nucleo familiare all'U.O. Cure Palliative Domiciliari, competenti per territorio, per la presa in carico con programmi di assistenza domiciliare, disponendo il ricovero presso un Hospice per un programma di assistenza palliativa residenziale.

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

## Attivazione Hospice - piattaforma ROC

Il case manager su indicazione medica può richiedere l'attivazione dell'Hospice tramite la piattaforma ROC. La richiesta è rivolta non solo ai pazienti in ricovero ordinario ma anche ai pazienti day hospital ed ambulatoriali. La richiesta viene valutata e confermata dal Centro delle Cure palliative dell'ASL del paziente così da procedere entro 48 ore successive al ricovero presso un Hospice pubblico o convenzionato della stessa ASL. In caso in cui non c'è disponibilità di Hospice nell'ASL del paziente, l'ASL si fa carico del paziente ed entro 48 ore successive programma il ricovero presso un Hospice pubblico o convenzionato di un'altra ASL.



The screenshot displays the ROC platform interface for hospice activation. The top navigation bar includes 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD', along with the user name 'Salve D'ERRICO DAVIDE'. The main content area lists various services with checkboxes:

- Gestione lesione da pressione
- Medicazioni
- Terapia Trasfusionale
- Gestione terapia del dolore
- Sedazione palliativa
- Necessità di riabilitazione
- Assistenza infermieristica
- Assistenza oncologica domiciliare
- Supporto Psicologo
- Interventi Spirituali
- Necessità attivazioni Servizi sociali
- Hospice

Below this list, there is a section for 'Fornitura Ausili' (Provision of Aids) with the following items:

- Letto articolato
- Materasso
- Cought Assist

A green 'Salva' button is located at the bottom left of the interface.

## **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.

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.

Tra le varie attività del case manager su indicazione medica è possibile attivare l'Assistenza Domiciliare Integrata nelle fasi successive.

### **Percorso diagnostico per alcuni GOM**

Alcuni GOM hanno organizzato degli slot per prestazioni diagnostiche ambulatoriali (con impegnativa) per i pazienti in valutazione GOM.

Le richieste vanno fatte solo dai case manager. Il case manager riceve la data e avverte il paziente. La responsabilità delle richieste è del responsabile del GOM.

### **Prenotazione diagnostica GOM sulla piattaforma**

Il case manager su indicazione medica, con le proprie credenziali, prenota esami diagnostici necessari per la valutazione del paziente GOM utilizzando il percorso dedicato. Il case manager contatta il paziente per informarlo sulla data e sulle modalità che necessita l'esame richiesto (quale impegnativa, eventuale premedicazione ecc.)

## **Primo contatto con il 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.

L'invio del paziente ai GOM può avvenire a seguito di visita da parte di un medico del centro oncologico o direttamente da altri centri o dai medici del territorio. 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.

## **Presenza in carico del paziente**

La Presa in Carico del paziente nella sua globalità prevede l'integrazione di più professionisti

Il case manager prenota la visita ed avvisa il paziente. La richiesta di visita al GOM per pazienti non afferenti al CORP/CORPUS di riferimento avviene attraverso la piattaforma della Rete Oncologica Campana. Il case manager del GOM prende in carico il paziente, verifica che i dati inseriti nella scheda paziente siano completi, lo conduce alla visita multidisciplinare e segue il percorso diagnostico terapeutico come previsto dal PDTA regionale.

Il paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso un ambulatorio dedicato entro 7 giorni dalla segnalazione.

## **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). Il GOM prima della pandemia avveniva raggruppando i membri del Core Team ed il case manager in una stanza adibita per il GOM, ora la discussione avviene in molti casi in maniera telematica

## **Comunicazione al paziente**

La comunicazione al paziente ha un ruolo fondamentale. 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 e comunica con il medico l'indicazione diagnostica-terapeutica data dal GOM.

## Verbali

Il referto del GOM è un documento che attesta dopo la valutazione del gruppo multidisciplinare la miglior indicazione diagnostico-terapeutica. Il verbale 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 dai membri che hanno discusso il caso (o per centri che effettuano riunioni telematiche per problematiche COVID viene stampato e firmato dal coordinatore del GOM e dal case-manager). Il case manager dopo la conclusione carica il referto sulla piattaforma della Rete Oncologica Campania per renderli disponibili per i MMG e medici invianti

## Chiusura scheda - piattaforma ROC

La scheda della Rete Oncologica Campania 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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Scheda / Chiusura

## In carico

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

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Chiusura

Stampa

\* Data visita GOM

\* Data fine stadiazione       Data intervento chirurgico

\* Data completamento       \* Tipo completamento

Data inizio terapia       Data decesso

\* Allegato  Nessun file selezionato

Note

Deviazioni rispetto alle Linee Guida

Trasferisci

Chiudi

Fuori Rete Regionale

Per chiudere la scheda dopo la compilazione degli indicatori di chiusura, è obbligatorio caricare nella Diagnosi di dimissione il referto della discussione GOM in formato pdf e solo dopo procedere alla chiusura della scheda.

## **Continuità territoriale, Attivazione ADI attraverso la piattaforma ROC**

Il case manager su indicazione medica può richiedere l'attivazione della continuità territoriale e dell'Assistenza Domiciliare tramite la piattaforma ROC utilizzando la scheda servizi. Tale richiesta può avvenire sia per pazienti ancora in trattamento oncologico che per paziente non più in cura

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

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

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

## Servizi

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

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

Indirizzo diverso da residenza

\* Data presunta dimissione

\* Relazione Servizi  Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico

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

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19?

I conviventi sono stati vaccinati?

Altre infezioni in atto?

Se sì, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

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

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

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

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

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

Altre Problematiche

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

INDICE DI KARNOFSKY

Indice di Karnofsky

**SCALA ECOG**

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

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

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

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

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

5 - Morte

**ATTIVITA' ASSISTENZIALI RICHIESTE**

Nutrizione artificiale

Ossigenoterapia

Gestione accessi venosi già posizionati

Gestione Stomie

Gestione incontinenza

Gestione

Gestione catetere vescicale

Gestione drenaggi

Gestione lesione da pressione

Medicazioni

Terapia Trasfusionale

Gestione terapia del dolore

Sedazione palliativa

Necessità di riabilitazione

Assistenza infermieristica

Assistenza oncologica domiciliare

Supporto Psicologo

Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

**Fornitura Ausili**

Letto articolato  Materasso antidecubito  Cought Assist

Ventilazione meccanica a lungo termine  Deambulatore  Comunicatore

## Rete Cardioncologica (CardioROC)

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

La rete di cardiologi ha ricevuto le credenziali ROC per accedere al nuovo servizio di valutazione. Larichiesta di consulenza cardiologica può essere inoltrata dal medico oncologo o case manager del GOM di interesse tramite la compilazione di una scheda (**Figura 4**). 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 5**).

Precedenti cardiologici noti	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Se si specificare:				
<input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infarto miocardico-cardiopatia ischemica
<input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante periferica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iperensione polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo venoso
<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale e altre aritmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Allungamento del tratto QT		
<input checked="" type="checkbox"/> Altro	<input type="text" value="Insufficienza valvolare mitralica di grado :"/>			
Il paziente assume terapia cardiologica				
Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Terapia oncologica attuale:				
<input type="checkbox"/> Chirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chemioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Farmaci a bersaglio molecolare
Radioterapia su campo cardiaco:				
<input type="checkbox"/> Attuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pregressa	<input type="checkbox"/> Nessuna	
Trattamenti antineoplastici precedenti:				
Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Comorbidità				
<input type="checkbox"/> CKD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> Diabete	
<input type="checkbox"/> Epatopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia		
<input checked="" type="checkbox"/> Altro	<input type="text" value="gozzo tiroideo"/>			

**Figura 4**

**Consulenza cardiologica per paziente complesso**

**Anamnesi generale**

\* Allegato Referto [Scarica documento](#)

---

**Fattori di rischio cardiovascolare**

Diabete     Ipertensione Arteriosa     Dislipidemia     Fumo

Obesita     Familiarita

Pressione Arteriosa:  /  mm/Hg

---

**Precedenti eventi cardiovascolari**

Insufficienza cardiaca     Ipertensione arteriosa     Infarto miocardico-cardiopatia ischemica     Arteriopatia obliterante periferica

Ipertensione polmonare     Tromboembolismo venoso     Fibrillazione atriale e altre aritmie     Allungamento del tratto QT

---

**Comorbidità**

CKD     BPCO     Diabete     Epatopatia

Anemia     Altro

---

**Anamnesi farmacologica prossima e remota**

**Terapia oncologica attuale**

Antracicline     Fluoropirimidine     Composti del platino     Agenti alchilanti

Taxani     Inibitori HER 2     Inibitori VEGF     Inibitori BCR-ABL

Inibitori del proteasoma     Inibitori del checkpoint immunitario     Ormonoterapia     Inibitori di BRAF

Inibitori di ALK     Inibitori HDAC     Inibitori della tirosin-chinasi di Bruton     Immunoterapia CAR-T

TKIs     Altro

Scrivere i nomi dei farmaci:

**Figura 5**

## Valutazione per Trial Clinico

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

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

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

Nella scheda i campi richiesti sono:

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

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

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

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

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

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Trial clinico

Chiusura

Stampa

N° linee di trattamento precedenti

---

**Le condizioni cliniche del paziente**

Performance status ECOG

Eventuali comorbidità

Candidabile ad una terapia standard

Metastasi cerebrali

Disponibile NGS

MSI e/o altri Target

➤ Invia

## Valutazione nutrizionale e psico-oncologica

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

## Allegati

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

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

Tipo Allegato:

Descrizione:

File:  Nessun file selezionato

## Allegati

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

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

Tipo Allegato:

Descrizione:

File:  Nessun file selezionato

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito della Rete Oncologica Campana, il ruolo del case manager è cruciale per garantire un'assistenza continua e coordinata ai pazienti oncologici. Il case manager agisce come figura centrale nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, assicurando che ogni paziente riceva cure personalizzate e tempestive, riducendo le frammentazioni e migliorando l'efficienza del sistema sanitario. Il case manager è un professionista che coordina uno o più casi clinici a lui affidati. Esistono diversi profili professionali che ricoprono questo ruolo, ma dal 2023 tutti i nuovi case manager devono essere infermieri con specifica formazione e competenza. I case manager nella Rete Oncologica Campana svolgono una serie di attività fondamentali per il supporto ai pazienti oncologici, facilitando la comunicazione fra i vari specialisti coinvolti nel percorso di cura del paziente e assicurando che tutte le informazioni cliniche siano condivise tempestivamente tra i membri del gruppo oncologico multidisciplinare (GOM). Sono il portale di accesso per le richieste di presa in carico che vengono inviate, tramite la piattaforma ROC, dal territorio, dai Medici di Medicina Generale (MMG) e da altri specialisti in possesso delle credenziali ROC. Insieme ai medici, i case manager attivano la continuità territoriale o altri servizi offerti dalla piattaforma, garantendo così un percorso di cura integrato e personalizzato per ogni paziente.

Il case manager si occupa della programmazione di esami richiesti dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM), della gestione riunioni multidisciplinare e della verifica della completezza delle schede relative ai pazienti da discutere.

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

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

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

## **Procedura generale per i Tumori rari**

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

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

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

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

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

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

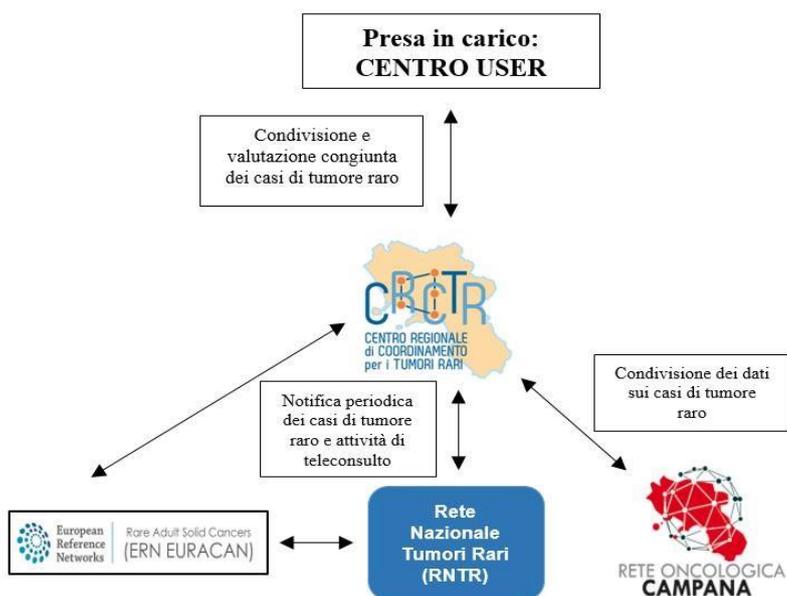
In ottemperanza alle norme stabilite dal Ministero della Salute nell'ambito della organizzazione della RNTR, ogni Centro User della Regione Campania condivide con il CRCTR il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da tumore raro al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata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

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

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

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

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



## Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata, IRCCS Pascale
Primi estensori	F. De Vita, F. Ciardiello, R. Casaretti, E. Mercadante, S. Falivene, R. Palaia
Seconda valutazione	<p>Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL</p> <p>Sandro Pignata, IRCCS Pascale</p> <p>Ferdinando Riccardi, A.O.R.N. Cardarelli</p> <p>Vincenzo Montesarchio, A.O.R.N. Dei Colli</p> <p>Cesare Gridelli, A.O.R.N. Moscati</p> <p>Antonio M. Grimaldi, A.O.R.N. San Pio</p> <p>Michele Orditura, A.O. S. Anna S. Sebastiano</p> <p>Fortunato Ciardiello, A.O.U. Luigi Vanvitelli</p> <p>Stefano Pepe, A.O.U. Ruggi</p> <p>Bruno Daniele, Ospedale del Mare</p> <p>Roberto Bianco, A.O.U. Federico II</p> <p>Gaetano Facchini. Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli</p> <p>Bruno Marra e Rodolfo Cangiano, ASL Caserta</p> <p>Filomena Sibilio, ASL Napoli 2 Nord</p> <p>Gino Leo, ASL Napoli 3 Sud</p> <p>Giuseppe Di Lorenzo, ASL Salerno</p> <p>Tiziana Spinosa, ASL Napoli 1 Centro</p> <p>Elena Fossi, ASL Benevento</p> <p>Geppino Genua, ASL Avellino</p>
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche	M. Fusco: ASL NA 3 SUD, Membro Direttivo AIRTUM
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM (R.Bianco), CIPOMO (C. Savastano), SIMG (G.Piccinocchi)
Farmacisti revisori	Valerio Marotta, Maddalena Panico, ASL Caserta

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

<p><b>PDTA</b> <b>Stomaco-</b> <b>Esofago</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si auspica la piena l'attuazione del percorso della R.O.C. con la costituzione della commissione del "Molecular Tumor Board" regionale, con ampia rappresentanza dei diversi stakeholders, al fine di regolamentare l'impiego dei test genomici per la medicina di precisione.</li> <li>- Si auspica il pieno coinvolgimento del MMG nelle attività del GOM</li> <li>- Si auspica che tutti i GOM (provvedano in tempi brevi e standardizzati a garantire ai pazienti in carico, tutte le prestazioni diagnostiche ambulatoriali (con impegnativa) e realizzino dei percorsi dedicati per i pazienti in valutazione GOM. Questo risolverebbe in gran parte i disagi creati dal Decreto 599 del 28/12/2021, con la definizione dei tetti di spesa per i centri diagnostici accreditati.</li> <li>- Si auspica che tutti i Corp, Corpus e GOM della R.O.C, rendano pubblici i dati di performance sulla tempistica di erogazione dei servizi diagnostico-terapeutici-assistenziali, previsti nei PDTA.</li> <li>- Si auspica una sensibile accelerazione dei setting di formazione sul corretto uso della piattaforma ROC a favore dei MMG</li> <li>- Si auspice di Ridurre e Definire in maniera precisa le tempistiche per la diagnostica</li> </ul>
---	---

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

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





