

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

Edizione 2025



In tabella 1 sono riportate le figure professionali ed unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UO) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza e che costituiscono il **GOM TIROIDE**

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

CARCINOMA DELLA TIROIDE

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio

Il carcinoma della tiroide è oggi uno dei tumori più frequenti in Italia, con particolare riferimento ai giovani adulti; nella fascia di età, infatti, 0/49 anni rappresenta il terzo tumore nei maschi (dopo testicolo e melanoma) ed il secondo nelle donne (dopo la mammella); nelle donne rappresenta il quinto tumore anche nella fascia di età 50/69 anni. Dal punto di vista morfologico il 90% dei tumori tiroidei è rappresentato dal carcinoma papillare e follicolare; i tumori midollari rappresentano meno del 5% del totale ed i carcinomi poco differenziati o anaplastici costituiscono la forma più rara (1-2% del totale) ma anche la più severa in quanto, diffondendosi velocemente sia a livello locale che per via linfatica ed ematica, risultano molto spesso letali.

Un aspetto rilevante dell'epidemiologia del tumore tiroideo è rappresentato dal rapido e progressivo incremento della sua incidenza: l'aumento di incidenza dei tumori della tiroide è risultato più marcato rispetto a quanto registrato per qualsiasi altra neoplasia, con incidenza in alcuni Paesi ad alto reddito raddoppiata in meno di 10 anni, con un picco di incidenza nelle classi di età centrali (40-50 anni).

Gran parte tale fenomeno è da ricondurre alla sovra-diagnosi determinata da una aumentata pressione diagnostica favorita anche dal comune accesso ad esami ecografici di screening opportunistici. Uno dei principali fattori di rischio dei tumori tiroidei è rappresentato dall'esposizione a radiazioni ionizzanti durante l'infanzia e l'adolescenza; è oggetto di studio l'associazione tra indice di massa corporea e rischio di sviluppare tumori della tiroide e alcuni studi suggeriscono che circa il 10% dei casi di tumori della tiroide possano essere attribuiti, oltre che all'esposizione a radiazioni ionizzanti, anche al sovrappeso. Tuttavia, stimare la quota di tumori della tiroide attribuibile a questi due fattori resta complesso in quanto tale frazione (rischio attribuibile) è dipendente sia dai livelli di esposizione che dalla forza dell'associazione (rischio relativo) tra esposizione e tumore, variabili tra aree e nel tempo. Un ulteriore fattore di rischio per i tumori follicolari ed anaplastici della tiroide è rappresentato dalla carenza di iodio; in Italia, tuttavia, non ci sono evidenze di un aumento della carenza di iodio negli ultimi decenni. La suscettibilità genetica è ritenuta responsabile di circa un quarto dei tumori midollari della tiroide, quindi non più dell'1% di tutti i tumori totali della tiroide. Un possibile legame tra suoli vulcanici e tumori della tiroide, è stato suggerito da alcuni studi italiani, sia nell'area Etna che in quella Vesuviana, tuttavia, appare poco probabile che le importanti variazioni nel tempo dell'incidenza dei tumori della tiroide siano spiegabili con altrettanto repentini cambiamenti di esposizioni ad inquinanti in quelle stesse aree. Infine, nessuno dei fattori di rischio noti ha mostrato

un aumento così marcato nel tempo, né una variabilità geografica tale da poter spiegare, se non in parte, il quadro epidemiologico documentato in Italia.

Le pazienti con tumori della tiroide (prevalenti) rappresentano ormai il quarto gruppo più frequente di donne italiane che hanno avuto una diagnosi di tumore. Ma nonostante incidenze triplicate nelle donne e trattamenti simili nei due sessi, si osservano tassi di mortalità praticamente uguali nelle donne e negli uomini

Fra le forme differenziate, solo per il carcinoma papillare si è registrato un progressivo incremento di incidenza, mentre le altre istologie più rare, come il carcinoma follicolare, non sembrerebbero seguire il trend di incidenza del carcinoma papillare. Tale dato epidemiologico sta determinando, sia a livello nazionale che internazionale, un aumento di studi osservazionali in cui il microcarcinoma papillare, una volta diagnosticato, viene semplicemente monitorato e non trattato chirurgicamente, a meno di una progressione di malattia. Questo comportamento è sostenuto dall'opportunità di evitare i costi diretti e indiretti (assunzione permanente di una terapia ormonale sostitutiva, impatto sulla qualità di vita) legati a procedure chirurgiche inutili, che peraltro non impattano sulla storia naturale della malattia.

Le evidenze epidemiologiche spingono, quindi, a ridiscutere le pratiche diagnostiche correnti, come riconosciuto dalle società scientifiche nazionali ed internazionali, scoraggiando le prescrizioni indiscriminate di accertamenti ecografici o agobiopici in pazienti asintomatici; andrebbe inoltre considerata, in accordo con i pazienti stessi, la possibilità di sorveglianza attiva per malattie raramente letali.

Incidenza

La stima al 2022 in Europa¹ dei nuovi casi di tumori tiroidei è di un ASR di 5,3 per 100.000 nei maschi e 16,4 per 100.000 nelle donne con un numero totale di nuovi casi attesi di 50.229 (11.726 maschi e 38.503 donne). In Italia² le stime al 2025 sono di un ASR di 9,9 per 100.000 nei maschi e 26,5 per 100.000 nelle donne con un numero di casi atteso di 11.130 (3.030 uomini e 8.100 donne). La stima in Campania³ al 2025 indica un ASR di incidenza di 12,1 per 100.000 negli uomini e 35,8 per 100.000 nelle donne, con un numero di nuovi casi attesi di 1.328 (330 uomini e 998 donne).

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

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

³ Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).
<http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/registro-regionale-tumori>

Il trend temporale in n Italia⁴, per il periodo 2008/2017 nei maschi + femmine, è in incremento con una APC (Annual Percent Change) di +6,0 statisticamente significativa; anche in Campania³ si evidenzia, nel periodo 2010/2019 un incremento sia negli uomini, con una APC (Annual Percent Change) di +4,0, che nelle donne con APC di +3,1; entrambi i valori sono statisticamente significativi.

Mortalità

La stima al 2022 dei decessi per tumori della tiroide in Europa¹ è di un ASR di mortalità di 0,7 per 100.000 nei maschi e 0,8 per 100.000 nelle donne con un numero di decessi stimati di 4.745 (1.531 maschi e 3.214 donne). In Italia⁵ per il 1022 sono stati stimati 550 decessi per neoplasia tiroidea (200 maschi e 350 donne). La stima in Campania³ al 2025 indica un ASR di mortalità di 0,8 per 100.000 nei maschi e 0,7 per 100.000 nelle donne. Il trend di mortalità in Italia⁴, per il periodo 2008/2017 per maschi + femmine, è in decremento con una APC di -7,9 statisticamente significativa; anche in Campania, per il periodo 2010/2017, viene evidenziato un trend in decremento in entrambi i generi con APC di -8,9 nei maschi e -9,6 nelle donne, entrambi statisticamente significative.

Sopravvivenza

La sopravvivenza netta in Italia per tumore della tiroide⁶ a 5 anni dalla diagnosi, per il periodo di incidenza 2013/2017, è pari al 91,5% negli uomini e 95,5% nelle donne.

Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

I dati AGENAS⁷ 2024 evidenziano che nell'anno 2023 sono stati trattati chirurgicamente per tumore della tiroide 1.244 pazienti residenti in Campania; di questi 954 (76,7% della casistica) sono stati trattati in 46 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 290 (23,3% della casistica) sono stati trattati in strutture extraregionali distribuite su 11 diverse regioni. Tale importante mobilità passiva per chirurgia dei tumori tiroidei, oltre alla frammentazione dei percorsi di diagnosi e cura, sia a livello regionale che extraregionale, ha subito una netta riduzione nell'anno Covid, rispetto al triennio

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

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

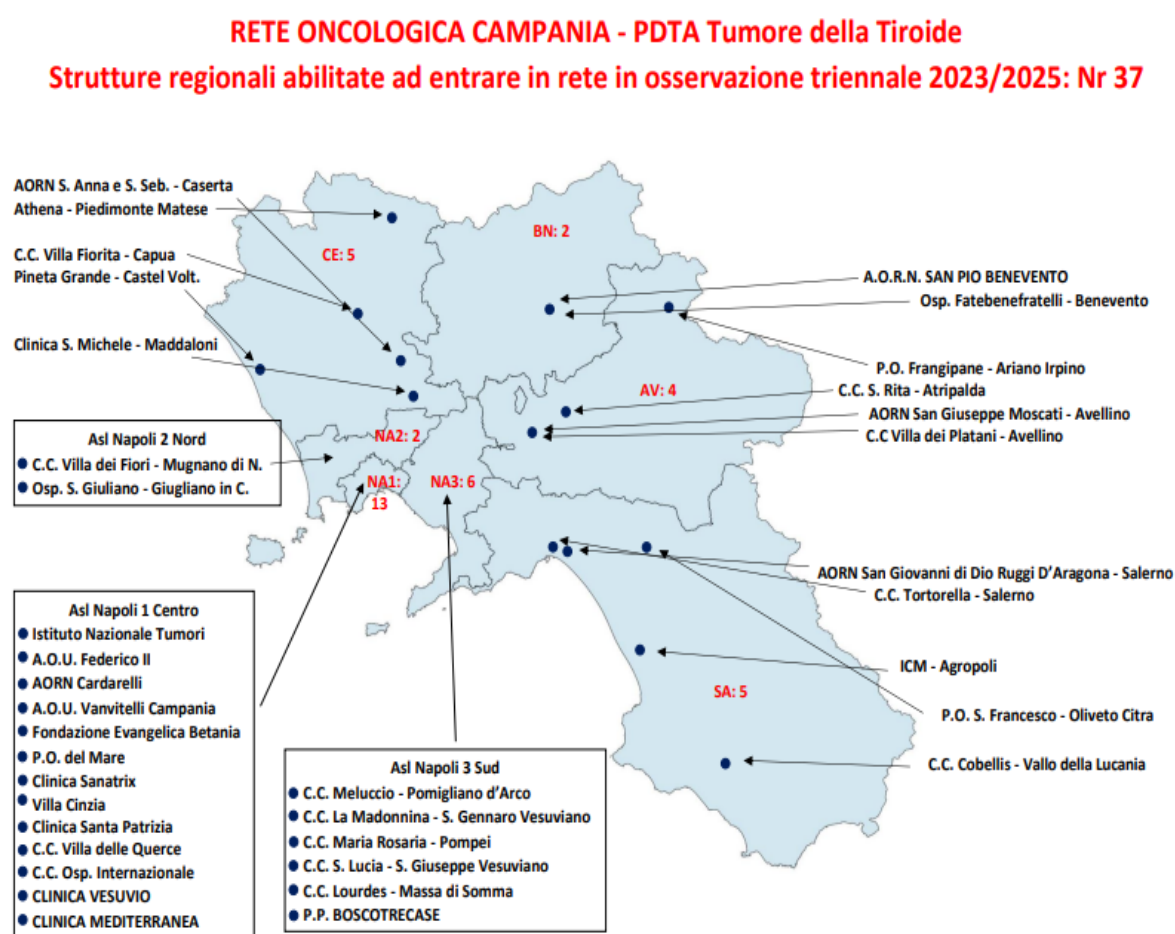
⁶ Cancer survival in Italian patients diagnosed between 2008 and 2017 - Airtum – in press - Cancer Epidemiology 2025

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

immediatamente precedente (19,2% contro il 26,1% del triennio 2017/2017), ma sta lentamente riprendendo ad aumentare negli anni, con un incremento di 4 punti percentuali in tre anni.

La Rete Oncologica Regionale⁸ tutt'ora riconosce 37 strutture di diagnosi e cura regionali abilitate ad operare nell'ambito della Rete, con verifiche annuali e valutazione finale triennale 2023/2025, per la chirurgia dei tumori della tiroide.

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



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

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

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Percorso diagnostico-gestionale per persone con patologia tiroidea nodulare di recente scoperta
- Percorso terapeutico per persone con patologia tiroidea nodulare di sospetta malignità o nota malignità
- Percorso terapeutico per persone con cancro tiroideo avanzato

I percorsi sono stati indicati secondo l'iter previsto dalle principali linee guida nazionali (AIOM, SIE, SIUEC, AME) ed internazionali (ATA, ESMO, ASCO, NCCN) e saranno aggiornate nel tempo secondo la loro evoluzione.

PERCORSO DIAGNOSTICO-GESTIONALE PER PERSONE CON PATOLOGIA TIROIDEA NODULARE DI RECENTE SCOPERTA

Donne ed uomini adulti, con recente scoperta di patologia tiroidea nodulare sospetta di malignità o con diagnosi di malignità dovranno afferire autonomamente o opportunamente indirizzati dal proprio medico di Medicina Generale (MMG) o altro medico specialista di riferimento presso un centro oncologico di II livello [Centro Oncologico Regionale Polispecialistico (CORP) o Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico Universitario o a carattere Scientifico (CORPUS), o al Centro Endocrinologico Universitario] per la gestione diagnostico-terapeutica del caso da parte del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) specifico per la patologia tumorale tiroidea. Il paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso un ambulatorio dedicato. La Presa in Carico del paziente nella sua globalità prevede l'integrazione di più professionisti (endocrinologo, radiologo, anatomo-patologo, citopatologo, biologo molecolare, chirurgo endocrino, medico nucleare, oncologo, radioterapista, genetista e psiconcologo). L'infermiere *Case Manager* incaricato dal GOM e/o il medico di accoglienza del GOM si occuperanno della organizzazione e prenotazione degli esami e delle visite che si renderanno necessarie nell'iter diagnostico-gestionale. Tali esami/visite saranno effettuati nel contesto della Rete interna alla struttura o, su indicazione degli specialisti del GOM, presso le strutture della Rete Oncologica Regionale. L'iter diagnostico-gestionale della patologia nodulare tiroidea è riportato in Mappa 1.

L'inquadramento diagnostico della patologia tiroidea nodulare prevede, in prima istanza, una corretta anamnesi ed un adeguato esame clinico. Questa fase è, infatti, cruciale per indirizzare le successive indagini laboratoristiche e strumentali.

Gli elementi anamnestici più rilevanti comprendono:

A. Esposizione a radiazioni ionizzanti in particolare durante l'infanzia o l'adolescenza (es. irradiazione cervicale o *total body* per trapianto di midollo o l'aver risieduto in zone interessate da incidenti nucleari);

B. Familiarità (parenti di I grado affetti) per carcinoma tiroideo (differenziato o midollare) ovvero per codificate sindromi ereditarie che includano il carcinoma della tiroide (es. sindrome di *Cowden*, poliposi adenomatosa familiare, complesso di *Carney*, MEN 2, sindrome di *Werner*, ecc.).

L'esame clinico include la palpazione del collo e la ricerca di sintomi/segni suggestivi di cancro tiroideo.

Gli elementi salienti da rilevare all'esame clinico sono i seguenti:

A. Palpabilità dei noduli;

B. Laddove palpabili, valutazione della consistenza e della mobilità rispetto alle strutture anatomiche circostanti;

C. Palpabilità di linfonodi latero-cervicali;

D. Presenza di raucedine (potenzialmente suggestiva di infiltrazione del nervo laringeo ricorrente);

E. Presenza di disfagia o "discomfort" alla regione anteriore del collo (potenzialmente suggestiva del carattere infiltrativo e quindi neoplastico del nodulo).

Altri elementi clinici da valutare:

A. Sesso: i maschi portatori di noduli tiroidei hanno rischio aumentato di cancro;

B. Età: il rischio di cancro è maggiore per le fasce "estreme" (<20 aa e >60 anni)

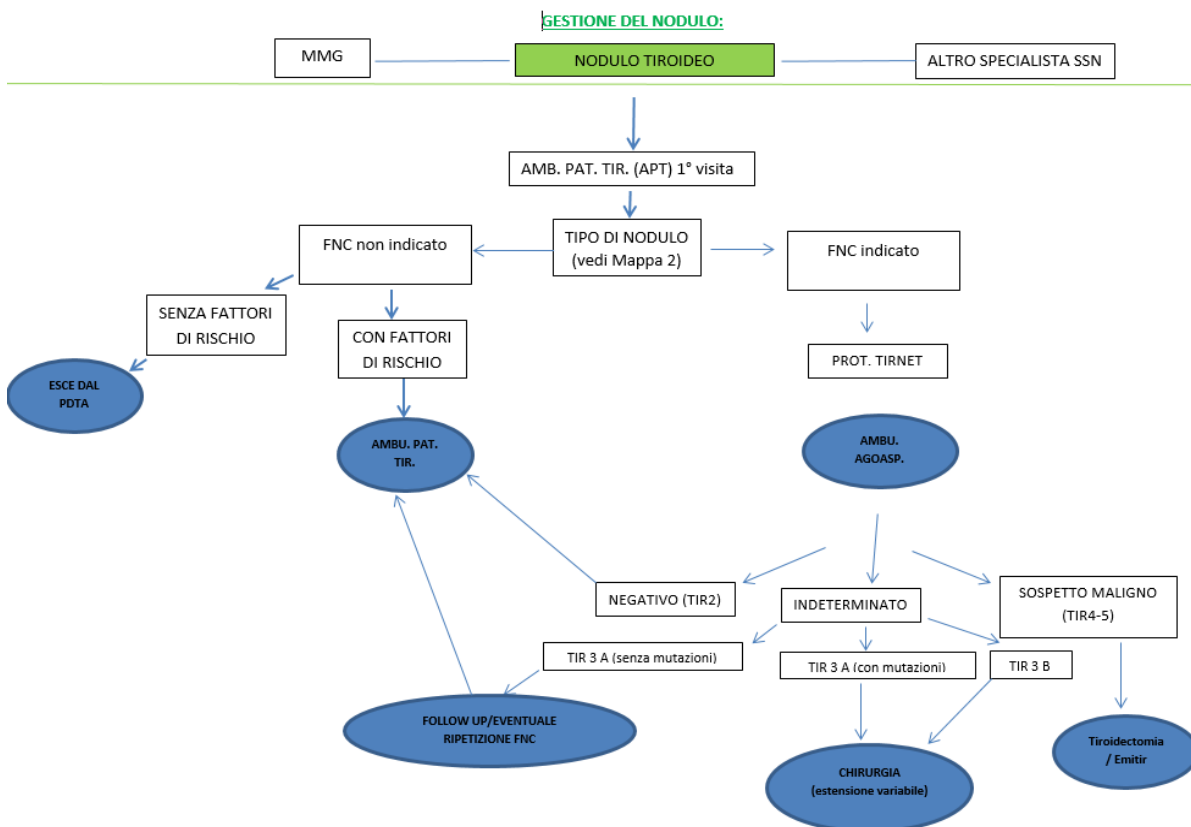
C. BMI e circonferenza vita.

Anche la diagnostica di laboratorio svolge un ruolo cruciale:

A. TSH. Il dosaggio del TSH è sempre indicato in pazienti portatori di noduli tiroidei.

B. Calcitonina. Il dosaggio della calcitonina deve essere effettuato di routine nei pazienti affetti da noduli tiroidei, in tutte le Strutture afferenti al GOM. Ha il vantaggio di favorire la diagnosi precoce del carcinoma midollare della tiroide e, di conseguenza, di migliorare la sopravvivenza a 10 anni. In presenza di valori basali di calcitonina superiori o uguali a 100 pg/ml la diagnosi di carcinoma midollare della tiroide è praticamente certa. In caso di valori di calcitonina superiori al range di normalità ed inferiori a 100 è consigliabile effettuare test di stimolo con calcio gluconato per confermare la diagnosi di carcinoma midollare.

Ad oggi non esiste un cut off universale condiviso, per cui i centri di riferimento regionali dovranno rifarsi alla propria esperienza tenendo in considerazione anche i dati eterogenei ad oggi presenti in letteratura e le differenze di genere (Fugazzola et al.; Faggiano et al). Tuttavia in caso di livelli di calcitonina stimolata >500 pg/ml sembrerebbe quasi certa la diagnosi di carcinoma midollare tiroideo.



Nonostante l'importanza dei dati clinico-anamnestici e biochimici, l'ecografia rappresenta l'esame principe non solo per la diagnosi, ma anche per la caratterizzazione dei noduli tiroidei e, quindi, per la valutazione del rischio di malignità soprattutto nei tumori differenziati. In particolare, la valutazione ecografica consente di classificare i noduli in alto/medio/basso/bassissimo rischio di cancro in base ai seguenti criteri:

- Microcalcificazioni
- Ipocogenicità
- Margini irregolari
- Morfologia del nodulo (*Shape taller than wide*)
- Evidenza di estensione extracapsulare
- Vascolarizzazione intra-nodulare

Questo rappresenta uno snodo cruciale per la definizione dell'iter diagnostico (Mappa 2).

Molto importante è anche la ricerca di linfadenopatie laterocervicali sospette, potenziale sede di metastasi da carcinoma tiroideo.

Nel caso in cui l'ecografia ne certifichi l'indicazione, verrà quindi praticato l'esame citologico mediante agoaspirato (*Fine Needle Aspiration FNA*). La FNA rappresenta la tecnica più accurata ed efficace per la diagnosi di natura (benigna o maligna) dei noduli tiroidei in fase pre-chirurgica.

Il referto citologico deve essere descrittivo, e concludersi con l'attribuzione del citologico a una categoria diagnostica ben definita e identificabile con un codice numerico. La Consensus italiana SIAPEC 2014 (www.siapec.it), ad oggi applicata nelle Strutture afferenti al GOM, presenta una

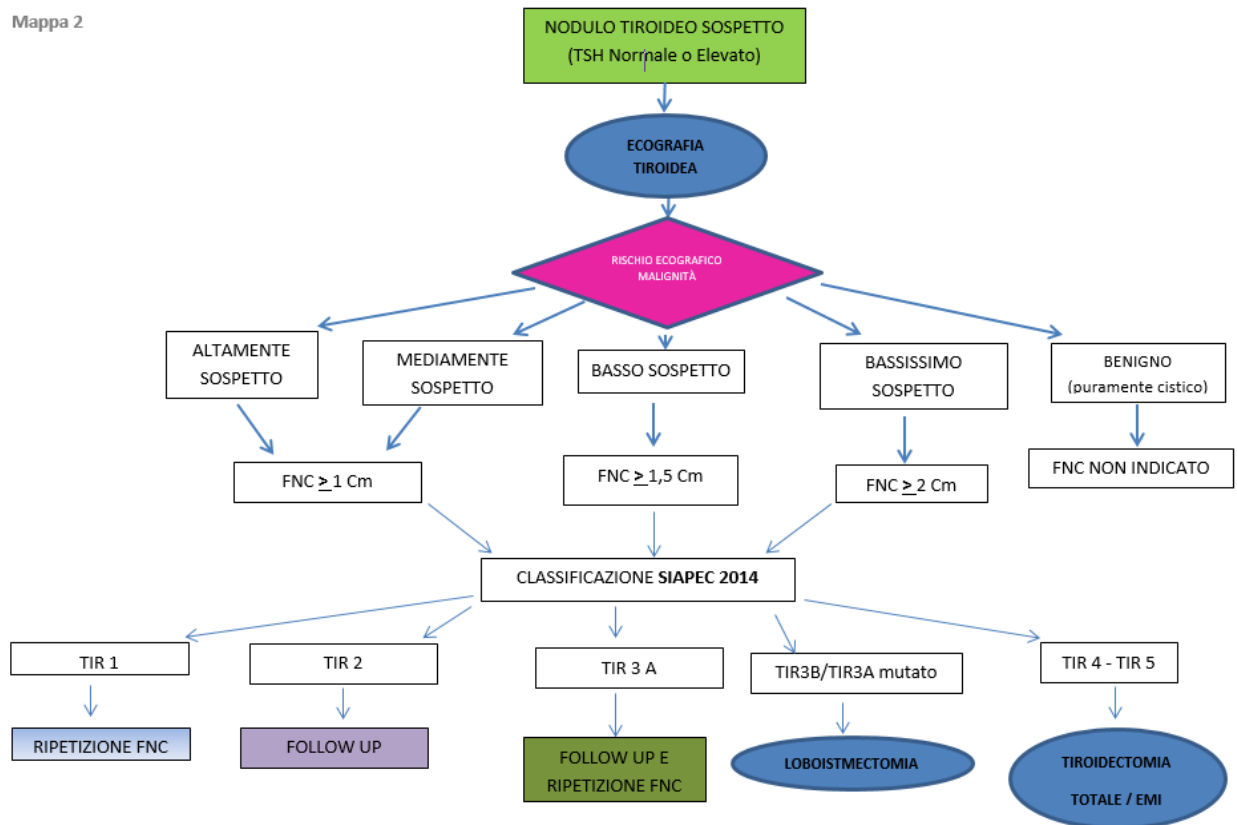
classificazione citologica caratterizzata da 5 categorie, per ciascuna delle quali è indicato il rischio atteso di malignità e il tipo di approccio gestionale (Mappa 2). Lo studio citologico può essere integrato dall'impiego di marcatori immunocitochimici e/o genetico-molecolari. Per quanto riguarda i primi, Calcitonina e CEA sono impiegati nel sospetto di carcinoma midollare. Inoltre, il dosaggio della tireoglobulina e/o della calcitonina effettuato sul liquido di lavaggio dell'ago nel corso di agoaspirato su linfonodi del collo rappresenta una valida integrazione alla citologia convenzionale nella valutazione di linfadenopatie sospette. Per quanto riguarda i marcatori molecolari, le Strutture afferenti al GOM possono aderire al progetto regionale TIRNET per i test molecolari delle neoplasie della tiroide, o eseguire i test molecolari nella propria sede. Ciò implica che verrà eseguita la ricerca delle mutazioni del cosiddetto pannello a 7 geni su materiale genetico estratto da campione citologico allo scopo di ridefinire la gestione dei noduli tiroidei con esame citologico indeterminato, con particolare riferimento alle categorie TIR3 A e B. Nello specifico, in caso di TIR3A, il riscontro di mutazioni potrebbe indurre un cambio della strategia, da non-chirurgica a chirurgica. La scelta terapeutica (sorveglianza attiva vs intervento chirurgico dovrebbe essere fatta prendendo in considerazione la presenza di fattori di rischio, le caratteristiche ecografiche della lesione e la scelta personale del paziente. In caso di TIR3B, invece, la positività del test permette di ottimizzare la strategia chirurgica (tiroidectomia parziale vs tiroidectomia totale). Se il paziente è portatore di una patologia nodulare in cui l'agoaspirato non è indicato e non vi sono fattori clinico-strumentali di rischio, esce dal PDTA e potrà essere seguito nell'ambito della Medicina Generale ovvero della Specialistica Territoriale.

La tab. 2 riassume gli esami di stadiazione per il carcinoma tiroideo non avanzato.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
Ecografia loggia tiroidea delle stazioni linfonodali del collo	Appropriata
Valutazione calcitonina sierica	Appropriata
Fibrolaringoscopia	Appropriata
Agoaspirato ecoguidato linfonodi del collo con dosaggio HTG/calcitonina su eluato	Appropriata in casi selezionati

La tab. 3 riassume gli esami di stadiazione per il carcinoma tiroideo localmente avanzato e/o metastatico

Mappa 2



TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
Ecografia delle stazioni linfonodali del collo	Appropriata
TAC Total-body con e senza mdc	Appropriata
Fibrolaringoscopia	Appropriata
Esame spirometrico	Appropriata
Valutazione EGA	Appropriata
Valutazione endoscopica VADS	Appropriata
Ecografia addome	Appropriata in casi selezionati
PET-TAC total-body con FDG	Appropriata in casi selezionati
PET-TAC total-body con L-DOPA	Appropriata in casi selezionati
RM del collo e mediastino con mdc	Appropriata in casi selezionati
Scintigrafia ossea	Appropriata in casi selezionati
RX scheletro in toto	Appropriata in casi selezionati

PERCORSO TERAPEUTICO PER PERSONE CON PATOLOGIA TIROIDEA NODULARE SOSPETTA DI MALIGNITÀ

Pazienti con patologia tiroidea nodulare sospetta o suggestiva per malignità (categorie citologiche TIR3B, TIR4, TIR5, TIR3A portatori di mutazioni genetiche alla biologia molecolare) saranno sottoposti a trattamento chirurgico. L'intervento sarà praticato in uno dei Centri di Chirurgia Endocrina delle Strutture afferenti al GOM.

Le modalità ed i tempi di ammissione alla terapia chirurgica possono essere i seguenti:

- **Classe di priorità A (ricovero entro 30 gg dalla diagnosi/prenotazione)**
 - Pazienti con carcinoma anaplastico (immediato, entro una settimana dalla diagnosi);
 - Pazienti della categoria TIR 5 con citologia coerente con carcinoma Midollare (TIR 5 MID) (qualsiasi T);
 - Pazienti con citologia delle categorie TIR 5 – T2-T4
 - Pazienti con citologia delle categorie TIR 4 – T2-T4
 - Pazienti con carcinoma papillare o follicolare che presentino alla diagnosi metastasi locoregionali o a distanza;
- **Classe di priorità B (ricovero entro 60 gg dalla diagnosi/prenotazione)**
 - Pazienti con citologia delle categorie TIR 5 T1
 - Pazienti con citologia delle categorie TIR 4 T1
 - Pazienti con citologia delle categorie TIR 3 B
 - Pazienti con citologia TIR3 A (con mutazione)
- **Classe di priorità C (ricovero entro 180 giorni dalla diagnosi/prenotazione)**
 - Pazienti con citologia TIR3 A (senza mutazione) T2 - T3

SORVEGLIANZA ATTIVA E ABLAZIONE PERCUTANEA

L'agoaspirato (FNA) non è raccomandato di routine per i noduli tiroidei ≤ 1 cm con caratteristiche a basso rischio. Tuttavia, qualora venga diagnosticato un carcinoma tiroideo in un tumore ≤ 1 cm mediante FNA, la sorveglianza attiva o l'ablazione percutanea sono due valide alternative.

Nei pazienti selezionati affetti da carcinoma papillare della tiroide di piccole dimensioni (≤ 1 cm, stadio cT1aN0M0), la sorveglianza attiva rappresenta un'opzione gestionale appropriata e sicura, alternativa al trattamento chirurgico immediato. Tale strategia deve essere adottata nell'ambito di un

processo decisionale condiviso tra paziente e gruppo multidisciplinare, basato su una valutazione individuale del profilo di rischio, delle comorbidità e delle preferenze personali.

La sorveglianza attiva prevede un monitoraggio ecografico periodico del collo, con cadenza semestrale nei primi 1–2 anni e successivamente annuale, al fine di identificare precocemente eventuali segni di progressione di malattia. Non è raccomandata la determinazione routinaria della tireoglobulina e/o degli anticorpi anti-tireoglobulina in questa fase di gestione. Il passaggio al trattamento chirurgico deve essere preso in considerazione in presenza di crescita del tumore ≥ 3 mm, comparsa di metastasi linfonodali o a distanza, estensione extratiroidea, ansia significativa del paziente o impossibilità di garantire un follow-up regolare. In alternativa alla sorveglianza attiva o alla chirurgia, nei casi selezionati può essere proposta la ablazione percutanea ecoguidata (radiofrequenza, microonde, laser o etanolo) come opzione terapeutica minimamente invasiva.

CHIRURGIA

L'estensione dell'atto chirurgico (tiroidectomia totale/lobo-istmectomia; linfectomia dei compartimenti centrali e laterali) sarà modulata in base alle caratteristiche del paziente seguendo le più aggiornate linee guida.

➤ Carcinoma differenziato

- a. La lobo-istmectomia tiroidea è il trattamento chirurgico iniziale appropriato per pazienti con tumori ≤ 2 cm clinicamente localizzati a un lobo, senza estensione extratiroidea o linfonodi sospetti (cN0), salvo controindicazioni (ad esempio, noduli controlaterali).
- b. Per tumori di 2-4 cm, senza evidenza di estensione extratiroidea e di metastasi linfonodali (N0) può essere proposta una lobo-istmectomia o tiroidectomia totale.

Quando la lobectomia tiroidea viene proposta come trattamento iniziale, occorre informare il paziente sulla possibilità di conversione in tiroidectomia totale o sulla necessità di una successiva tiroidectomia di completamento qualora emergessero aggiuntivi fattori di rischio durante o dopo l'intervento.

- c. La tiroidectomia totale è indicata in pazienti con: carcinoma differenziato > 4 cm, malattia multifocale bilaterale, metastasi linfonodali clinicamente evidenti, estensione extratiroidea macroscopica o metastasi a distanza.
- a. La linfectomia nei casi di malattia linfonodale documentata o sospetta è sempre indicata⁹.

⁹ Pacini F, Basolo F, Bellantone R, Boni G, Cannizzaro MA, De Palma M, Durante C, Elisei R, Fadda G, Frasoldati A, Fugazzola L, Guglielmi R, Lombardi CP, Miccoli P, Papini E, Pellegriti G, Pezzullo L, Pontecorvi A, Salvatori M, Seregni E, Vitti P. Italian consensus on diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer: joint statements of six Italian societies. J Endocrinol Invest. 2018 Jul;41(7):849-876.

➤ Carcinoma midollare della tiroide:

- a. Il trattamento chirurgico prevede la tiroidectomia totale e la dissezione del compartimento centrale.
- b. Linfadenectomie più estese sono indicate in relazione ai valori preoperatori di calcitonina e all'imaging preoperatorio del collo.

In presenza di carcinoma midollare della tiroide è indispensabile il dosaggio preoperatorio delle catecolamine e metanefrine urinarie, per escludere la presenza di un feocromocitoma¹⁰.

Il referto istologico definitivo dovrà essere reso disponibile entro 15/30 giorni dall'intervento. Esso è necessario per la stratificazione prognostica dei pazienti, dalla quale dipende la necessità di praticare o meno la terapia radio-metabolica, in caso di carcinomi differenziati della tiroide. Se l'intervento chirurgico è condotto internamente al centro di II livello, sarà cura del *Case Manager* o del medico afferente al GOM che ha preso in carico il paziente prenotare al momento della disponibilità dell'esame istologico definitivo una nuova visita, che sarà erogata entro 7 giorni, per consentire al GOM la definizione del successivo percorso di cura o follow-up. In caso di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico presso strutture esterne al Centro di II livello, la Presa in Carico verrà comunque garantita entro 7 giorni dal primo contatto presso un GOM della Rete.

La gestione post-chirurgica (follow-up endocrinologico e oncologico ed eventuali ulteriori approcci terapeutici) andrà effettuata nei centri di I, II e III livello, su indicazione del GOM responsabile della Presa in Carico. Il ricorso ad ulteriore terapia (chirurgica, medico-nucleare, farmacologica) dovrà avvenire in tempi e con le modalità previste dalle più aggiornate linee guida del settore.

Nei pazienti sottoposti a lobectomia sarà indicata la totalizzazione del precedente intervento se i carcinomi presentano dimensioni >4 cm o estensione extratiroidea, variante istologica aggressiva e/o evidenza istologica di linfonodi sede di metastasi.

La terapia radiometabolica con I131 è sempre consigliata nei pazienti con alto rischio di recidiva, mentre non è raccomandata in pazienti a basso rischio se non in casi selezionati. Per i pazienti a rischio basso-intermedio o intermedio alto può essere considerata (Mappa 3).

La terapia radio-metabolica, laddove indicata, sarà praticata in centri di II-III livello afferenti al GOM secondo le modalità e le tempistiche approvate dalle più recenti linee guida.

¹⁰ Del Rio P, Polistena A, Chiofalo MG, De Pasquale L, Dionigi G, Docimo G, Graceffa G, Iacobone M, Medas F, Pezzolla A, Sorrenti S, Spiezia S, Calò PG. Management of surgical diseases of thyroid gland indications of the United Italian Society of Endocrine Surgery (SIUEC). *Updates Surg.* 2023 Sep;75(6):1393-1417.

Sulla base della diagnosi istologica viene identificato il rischio di recidiva, come indicato in tabella 4, che guiderà le successive scelte terapeutiche.

Tab. 4 A

	PTC e sottotipi	FTC/IEFVPTC	OTC
Alto > 30%	T3a+ETE microscopica, T3b o T4; o qualsiasi T con una delle seguenti caratteristiche - Scarsamente differenziato o alto grado - Resezione incompleta R2 - cN1 \geq 3 cm -Estensione extralinfonodale - metastasi a distanza	T3a+ETE microscopica, T3b o T4; o qualsiasi T con una delle seguenti caratteristiche - Scarsamente differenziato o alto grado - estesa invasione - Incapsulato angioinvasivo, estesa invasione vascolare \geq 4 - cN1 \geq 3 cm -Estensione extralinfonodale - metastasi a distanza	T3a+ETE microscopica, T3b o T4; o qualsiasi T con una delle seguenti caratteristiche - Scarsamente differenziato o alto grado - estesa invasione - Incapsulato angioinvasivo, estesa invasione vascolare \geq 4 - cN1 \geq 3 cm -Estensione extralinfonodale - metastasi a distanza
Intermedio-alto \geq16-30	T1, T2 o T3a con una delle seguenti caratteristiche - Multifocalità bilaterale >1cm - cN1b < 3 cm - 2+ fattori di rischio - istologia aggressiva - invasione vascolare	T1, T2 o T3a con una delle seguenti caratteristiche - cN1b < 3 cm - 2+ fattori di rischio	T1, T2 o T3a con una delle seguenti caratteristiche - cN1b < 3 cm - 2+ fattori di rischio
Basso-intermedio 10-15%	T3a o, T1 o T2 con una delle seguenti caratteristiche - Multifocalità unilaterale - ETE microscopica - cN1a o pN1a <2mm o >5LN - margini negativi o microscopici+ margine posteriore (R1)	T3a o, T1 o T2 con una delle seguenti caratteristiche - ETE microscopica - Invasione vascolare <4 - cN1a o pN1a <2mm o >5LN - margini negativi o microscopici+ margine posteriore (R1)	T3a o, T1 o T2 con una delle seguenti caratteristiche - ETE microscopica - Invasione vascolare <4 - cN1a o pN1a <2mm o >5LN - margini negativi o microscopici+ margine posteriore (R1)
Basso <10%	T1, T2 (\leq4cm) - Unifocale - pN0a, o cN0 e pN1a (<5LN tutti <2mm) - margini negativi o solo microscopici + margine anteriore (R1)	T1, T2 (\leq4cm) - Minimamente invasivo: invasione della sola capsula - pN0a, o cN0 e pN1a (<5LN tutti <2mm) - margini negativi o solo microscopici + margine anteriore (R1)	T1, T2 (\leq4cm) - Minimamente invasivo: invasione della sola capsula - pN0a, o cN0 e pN1a (<5LN tutti <2mm) - margini negativi o solo microscopici + margine anteriore (R1)

Tab 4.B

Follow up Carcinoma differenziato

LIVELLO DI RISCHIO DI RECIDIVA/ PERSISTENZA DI MALATTIA	RISPOSTA BIOCHIMICA /STRUTTURALE COMPLETA
ALTO	<ul style="list-style-type: none"> • 3 mesi tsh tireoglobulina anticorpi antitireoglobulina • 6 mesi tsh tireoglobulina anticorpi antitireoglobulina ecografia collo • Livelli di tsh 0.5-2,0
INTERMEDIO/ALTO	<ul style="list-style-type: none"> • 3 mesi tsh tireoglobulina anticorpi antitireoglobulina • 6 mesi tsh tireoglobulina anticorpi antitireoglobulina ecografia collo. • Successivamente se ned alla riclassificazione del rischio follow-up annuale tsh tireoglobulina anticorpi antitireoglobulina ecografia collo • Livelli di tsh 0.5-2.0
BASSO	<ul style="list-style-type: none"> • 6 mesi tsh tireoglobulina anticorpi antitireoglobulina +ecografia del collo in caso di lobo-istmetomia • Di poi ogni 12 mesi tsh tireoglobulina anticorpi antitireoglobulina ecografia collo • Livelli di tsh range normale
TUTTE LE CLASSI DI RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> • 3 mesi dopo il trattamento iniziale: tsh
<p>Il programma di follow-up dipenderà dal rischio inizialmente stimato di recidiva e dalle risposte alla terapia, secondo una stratificazione dinamica del rischio aggiornata ad ogni follow-up. Filetti s, et al esmo guidelines esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann oncol. 2019 dec 1;30(12):1856-1883. Ringel md, sosa ja, et al. American thyroid association management guidelines for adult patients with differentiated thyroid cancer. Thyroid. 2025 aug;35(8):841-985.</p>	

PERCORSO TERAPEUTICO PER PERSONE CON CANCRO TIROIDEO AVANZATO

Nel 10-15% dei pazienti affetti da carcinoma tiroideo differenziato (papillifero e follicolare), la forma di gran lunga più frequente di cancro tiroideo, si sviluppa una malattia avanzata, loco-regionale e/o metastatica a distanza. In circa la metà di questi pazienti la neoplasia perde la sensibilità al radio-iodio, rendendo inefficace la terapia radio-metabolica. Il carcinoma differenziato tiroideo iodo-refrattario rappresenta un'entità clinica indipendente con una prognosi sfavorevole, infatti, i tassi di sopravvivenza a 10 anni sono del 10% ed il tempo di sopravvivenza mediano è di 2.5-3.5 anni. Fino a pochi anni fa il carcinoma differenziato iodo-refrattario veniva trattato unicamente con polichemioterapia o monochemioterapia, impiegando regimi contenenti antracicline (cisplatino-doxorubicina) o taxani (carboplatino-paclitaxel), ottenendo una percentuale di risposte obiettive variabile dal 5 al 15%. Data la sostanziale chemioresistenza di tale patologia, negli ultimi 5-10 anni sono stati disegnati ed espletati diversi studi clinici con terapie a bersaglio molecolare specifico, allo

scopo di migliorare l'efficacia della terapia sistemica e di ottenere un miglior tasso di risposte obiettive. Ad oggi, gli inibitori tirosino-chinasici sorafenib e lenvatinib, sono stati approvati per il trattamento dei carcinomi tiroidei differenziati (papillifero e follicolare) iodio-refrattari in fase avanzata in prima linea. Tali farmaci sono inibitori, non selettivi, di diversi enzimi esercitanti attività tirosin-kinasica, fortemente coinvolti nell'incremento dell'attività proliferativa delle cellule tumorali. Pertanto, tali farmaci esercitano, in ultima analisi, un'attività antiproliferativa. Essi, in particolare, inibiscono l'azione di tirosin kinasi quali *B-RAF*, *Raf-1*, *RET*, *c-kit*, *Flt-3*. Il più recente dei suddetti farmaci (il lenvatinib) ha uno spettro d'azione più ampio, essendo capace di inibire anche *RET* e *c-Kit*. Sia il sorafenib che il lenvatinib esercitano inoltre attività anti angiogenica, inibendo la neoformazione di capillari e vasi intratumorali (che "nutrono" il tumore) attraverso il blocco dei recettori del *VEGF* e del recettore beta del *PDGF*. Suddetti farmaci vanno impiegati in caso di comprovata iodo-refrattarietà (somministrazione pregressa di 600 mCi di Iodio-131, assenza di fissazione del radio-iodio da parte di una o più metastasi radiologicamente evidenti, progressione di malattia nei 6-12 mesi dopo la somministrazione del radio-iodio) ed in presenza di documentata progressione radiologica o clinica di malattia. Recentemente l'AIFA ha approvato per l'uso in seconda linea, a fallimento con Lenvatinib, anche il Cabozantinib. Quest'ultimo è un inibitore di tirosin chinasi avente un meccanismo d'azione simile ma non identico al Lenvatinib, bloccando anche la chinasi *c-MET*. Di recente approvazione, in pazienti presentanti attivazione di RET (geni di fusione) sono gli inibitori specifici dei riarrangiamenti di RET (Selpercatinib). Questi ultimi farmaci a bersaglio molecolare specifico hanno un'attività nettamente superiore al Lenvatinib e Cabozantinib ed uno spettro di tossicità significativamente inferiore. Inoltre, nei pazienti con carcinoma tiroideo differenziato iodio-refrattario e progressivo, portatore di una fusione oncogenica del gene NTRK, è raccomandata la terapia con inibitori di NTRK come trattamento di prima linea (entrectinib, larotrectinib). (TAB 5)

Tab 5

Follow up Carcinoma Tiroideo Iodio-refrattario, avanzato/metastatico

	Malattia Stazionaria (SD)	Malattia in Progressione (PD)
Carcinoma Iodio-refrattario Metastatico	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione TSH ,Tg, Ab anti tireoglobulina, ecografia del collo • TC/RMN a 3 mesi. • Se malattia ulteriormente stabile, follow up strumentale ogni 6 mesi. • TG e ABHTG ogni 3-6 mesi • Ev 18FDG PET 	SINGOLA LESIONE: Terapia locoregionale LESIONI MULTIPLE: TKI <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione TSH, Tg, AbTg a 1-3 mesi dal trattamento • TC/RMN a 3 mesi. Se malattia stabile o in risposta parziale, follow up strumentale ogni 6 mesi. • TG AbTg ogni 3-6 mesi
Filetti S, et al ESMO Guidelines ESMO Clinical Practice Guideline update on the use of systemic therapy in advanced thyroid cancer, Ann Oncol. 2022 Jul;33(7):674-684		

Il 4-17% dei pazienti con carcinoma midollare tiroideo presenta metastasi a distanza già al momento della diagnosi, il 18-38% sviluppa patologia metastatica dopo avere ottenuto remissione chirurgica. I pazienti aventi diagnosi di malattia metastatica presentano una prognosi sfavorevole, con una percentuale di sopravvissuti a 10 anni del 10%. Negli ultimi anni, due farmaci inibitori tirosin-chinasi con attività non selettiva sono stati approvati anche per il trattamento delle forme metastatiche di carcinoma midollare, il vandetanib ed il cabozantinib. Entrambi agiscono inibendo la chinasi *RET* ed i recettori del *VEGF*; il cabozantinib ha come ulteriore bersaglio la chinasi *c-MET*. Tali farmaci andrebbero utilizzati solamente in presenza di patologia in evidente progressione radiologica e/o clinica, in presenza di grosso volume tumorale (tumor burden) e soprattutto, in pazienti con progressione di malattia sintomatica. Anche nel caso dei MTC, in pazienti che presentano la mutazione di *RET* è indicato l'inibitore selettivo di *RET* Selpercatinib.

La gestione di questi sottogruppi di pazienti sarà effettuata all'interno di Centri selezionati del GOM, con comprovata esperienza nella gestione di questo tipo di terapie e nella valutazione con Team multidisciplinare (TMD).

Tab 6

Follow up Carcinoma midollare

	RISPOSTA COMPLETA	RISPOSTA BIOCHIMICA INCOMPLETA	RISPOSTA STRUTTURALE INCOMPLETA
Carcinoma midollare della tiroide	<ul style="list-style-type: none"> • 2 mesi post-intervento TSH calcitonina , CEA, ecografia del collo • Poi ogni 6 – 12 mesi TSH calcitonina CEA ECOGRAFIA COLLO 	<ul style="list-style-type: none"> • Prima valutazione 2 mesi postintervento:TSH calcitonina CEA ecografia collo • Calcitonina, CEA ogni 3/6 mesi (valutazione del tempo di raddoppiamento e conseguente timing di follow-up) • Ecografia collo ogni 6/12 mesi in relazione al tempo di raddoppiamento • EV IMAGING DI II LIVELLO (in relazione ai livelli di CT e CEA e al tempo di raddoppiamento: <ul style="list-style-type: none"> • TC CON MDC/ RMN • PET DOPA/PET FDG 	Imaging morfologico strumentale (TC /RMN) a 3 mesi (recist) Malattia Stabile: sorveglianza attiva, TC/RMN a sei mesi , valutazione del tempo di raddoppiamento di CT e CEA Malattia in progressione/sintomatica: Lesione singola: valutare trattamento locoregionale Multiple lesioni:Terapia sistemica (se RET mutato Cabozantenib/ selpercatinib, se RET WT vandetanib)

Linee guida AIOM 2021: Tumori della Tiroide

Wells SA Jr, et al; American Thyroid Association Guidelines Task Force on Medullary Thyroid Carcinoma. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. Thyroid. 2015 Jun;25(6):567-610.

Filetti S, et al ESMO Guidelines ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019 Dec 1;30(12):1856-1883.

Un cenno a parte merita il carcinoma anaplastico della tiroide, il quale sebbene molto raro (1 caso su milione di abitanti) rappresenta anche la forma più grave. Il carcinoma anaplastico della tiroide insorge generalmente nell'anziano, e si manifesta con sintomi acuti e rapidamente evolutivi dovuti all'infiltrazione/pressione della massa tumorale sulle strutture vascolari e/o anatomiche del collo. Sintomi d'esordio più frequenti sono la compressione tracheale con dispnea rapidamente ingravescente, sanguinamento e massa palpabile rapidamente evolutiva. Non di rado, alla diagnosi, il carcinoma anaplastico si presenta metastatico. Il trattamento di tali forme di tumore tiroideo è multidisciplinare, dal momento che dati estrapolati da letteratura scientifica hanno evidenziato un incremento della sopravvivenza in pazienti trattati con tutte e tre le metodiche terapeutiche disponibili, ossia la chirurgia seguita da radioterapia a fasci esterni a scopo adiuvante associata indi a

chemioterapia (Tab 3). Storicamente gli unici regimi in grado di ottenere una seppur minima citoriduzione sono stati quelli contenenti antracicline (cisplatino-doxorubicina) e taxani (carboplatino- taxolo). Dal primo marzo 2023, l'Aifa ha però approvato l'utilizzo di Dabrafenib-Trametenib nei pazienti con carcinoma anaplastico in presenza di mutazione BRAF^{V600E} o V600K. In caso di assenza di mutazione, le linee guida internazionali consigliano comunque di ricercare la presenza di eventuali mutazioni/fusioni di RET e riarrangiamenti di ALK per eventuale uso (sec. L. 648/96) di altri inibitori selettivi. (Tab 5)

L'AIFA con determina del 31 luglio 2024 (GUn.200 del 27-8-2024) ha recentemente inserito i medicinali «Pembrolizumab» e «Lenvatinib» nell'elenco istituito ai sensi della legge n. 649/1996, per il trattamento del carcinoma anaplastico della tiroide localmente avanzato, metastatico e/o ricorrente. (Determina n. 402/2024)

Tab 7

Follow up Carcinoma anaplastico

		BRAF V600E/altra mutazione targettabile	Assenza di mutazioni targettabili
Valutazione iniziale	<ul style="list-style-type: none"> • Conferma della diagnosi istologica con almeno una CORE-Biopsy • PET/TC ¹⁸FDG • Fibrolaringoscopia per valutare vie aeree e mobilità delle corde vocali, esofagogastroscofia per valutare invasione esofagea 		
Tumore resecabile (R0/R1)	<ul style="list-style-type: none"> • Tiroidectomia totale +/- dissezione linfonodale • Se R0/R1 e M0 considerare la EBRT postoperatoria +/- chemioterapia in tempi brevi dopo l'intervento chirurgico 		

<p>Tumore Non resecabile/ M1</p>	<ul style="list-style-type: none"> Eseguire ricerca della mutazione BRAF V600E in Real Time PCR Se BRAF V600E negativo valutare in NGS presenza di altre mutazioni targettabili (ALK, NTRK, fusioni di RET) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>BRAF V600E mutato</u> Iniziare trattamento con Dabrafenib/Trametinib <u>Presenza di altra mutazione targettabile</u> iniziare trattamento con inibitore selettivo In caso di risposta al trattamento rivalutare l'operabilità 	<ul style="list-style-type: none"> Iniziare trattamento con Lenvatinib/Pembrolizumab se possibile Se trattamento non efficace valutare altri approcci nel contesto di studi clinici, oppure chemioterapie, EBRT palliativa, cure palliative
<p>Filetti S, et al ESMO Guidelines ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019 Dec 1;30(12):1856-1883. Bible KC, et al ATA Guidelines for Management of Patients with Anaplastic Thyroid Cancer. Thyroid 2021. 3: 337-386</p>			

Valutazione multidisciplinare (VM)

Il GOM deve essere composto come minimo dalle seguenti professionalità: chirurgo (con esperienza nel trattamento chirurgico del carcinoma tiroideo), endocrinologo, medico nucleare, radiologo, patologo, oncologo medico, radioterapista e case manager. La VM è indicata nel caso di CDT nei casi avanzati, complessi e/o recidivi e/o metastatici.

Il case manager garantisce il rispetto delle tempistiche pianificate/previste nel PDTA in tutte le varie fasi della malattia. Il meeting è il momento in cui avviene la discussione multidisciplinare dei casi clinici riferiti dai diversi centri della ROC, con l'intento di definire la diagnosi e lo stadio della malattia, cui segue la formulazione della strategia terapeutica con indicazioni precise sull'approccio chirurgico, radioterapico, sulle terapie oncologiche sistemiche con valutazione della relativa risposta, sugli eventuali approcci riabilitativi, cure simultanee, di supporto e di follow-up, in rapporto a linee guida condivise. Il team fornisce inoltre secondi pareri su richiesta dei medici curanti.

Gli incontri multidisciplinari, la cui frequenza deve essere almeno mensile, prevedono l'utilizzo di un formato attraverso il quale condividere per via telematica le informazioni essenziali sul paziente, prima della riunione, e le successive decisioni e costituirà il data base di raccolta dati di tutti i pazienti

che verranno via via discussi in riunione multidisciplinare. Lo stesso database potrà costituire l'elemento di verifica del numero di pazienti proposti in discussione, delle unità operative di afferenza dei pazienti, delle caratteristiche dei pazienti, delle decisioni prese e dell'eventuale scostamento dalle decisioni stesse nel percorso terapeutico del paziente. Tali informazioni saranno trascritte come esito della discussione multidisciplinare in cartella clinica da parte del medico referente del paziente o del case manager, e comunicate al paziente e al medico curante.

RUOLO DELLA RADIOTERAPIA

Il ruolo della Radioterapia è limitato ai pazienti ad alto rischio, e dipende dallo stadio clinico di malattia e dal tipo istologico, anche se il suo reale utilizzo rappresenta una problematica tutta da discutere.

Le principali linee Guida Internazionali concordano sul fatto che la Radioterapia adiuvante dovrebbe essere considerata nei seguenti casi:

- 1) Malattia localmente avanzata o con estensione extra tiroidea non sensibile alla terapia Radio metabolica
- 2) Malattia residua
- 3) Tumori recidivi non sensibili alla terapia Radio metabolica e dove un ulteriore intervento chirurgico sarebbe inefficace o troppo demolitivo.
- 4) Ruolo palliativo (sanguinamenti locoregionali, metastasi a distanza).

L'uso della radioterapia adiuvante nei Tumori differenziati e midollari della Tiroide ha mostrato, in differenti studi clinici, un vantaggio nella PFS (Sopravvivenza Libera da progressione) a 4 anni in pazienti sottoposti a chirurgia non radicale o in stadio clinico avanzato rispetto ai pazienti non trattati con RT adiuvante.

Nei pazienti affetti da Ca anaplastico della tiroide inoltre vi è un notevole incremento della PFS con una tendenza alla sopravvivenza mediana superiore in pazienti sottoposti a EBRT a dosi superiori ai 30Gy.

Il trattamento radioterapico dovrebbe essere avviato nel più breve tempo possibile, rispettando almeno le due tre settimane successive all'intervento chirurgico.

I volumi da irradiare sono i seguenti:

CTV 1 aree ad alto rischio quindi letto operatorio, compartimento linfonodale coinvolto con coinvolgimento extracapsulare.

CTV 2 aree a rischio intermedio: letto chirurgico e aree linfonodali senza extracapsularità.

CTV 3 aree a basso rischio: livelli linfonodali II-VI omolaterali alla lesione o bilaterali se estensione della malattia a tutta la ghiandola.

I seguenti volumi vengono espansi di 3-5 mm in modo da ricavare i relativi PTV.

I piani di cura della moderna RT prevedono utilizzo di Tecniche IMRT/VMAT in modo da conformare al meglio i fasci di trattamento sulle aree bersaglio, riducendo al massimo la dose agli organi a rischio.

In pazienti con buon P.S. si possono effettuare trattamenti con frazionamento convenzionale che prevedono dosi di 2 Gy pro die per 5 frazioni settimanali, o metodiche di iperfrazionamento accelerato con dosi di 1.5-1.6 Gy 2 volte al die 5 volte alla settimana sino al raggiungimento di 50-60 Gy totali. Nei pazienti che presentano una istologia aggressiva come le forme Anaplastiche, le dosi giornaliere possono essere più elevate a seconda della finalità con la quale si è data indicazione alla Radioterapia, e se non è stato effettuato l'intervento chirurgico.

In questo caso le dosi possono variare dai 2 sino ai 4 Gy giornalieri, con dosi totali che possono variare dai 60 Gy con frazionamento convenzionale ai 30 Gy sino ai 40 Gy per trattamenti ipofrazionati.

PERCORSO DI FOLLOW-UP POST-CHIRURGICO STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA INIZIALE

Dopo l'intervento chirurgico, è necessario effettuare una stratificazione prognostica sulla base dei dati clinico-patologici disponibili in questa fase. Tale valutazione prognostica è essenziale soprattutto per valutare l'indicazione alla terapia radio-metabolica, nel caso di carcinoma differenziato della tiroide. La stadiazione AJCC/TNM (AJCC VIII edizione) è stata costruita per predire la sopravvivenza. La classificazione ATA è invece stata costruita per valutare il rischio di recidiva/persistenza di malattia. Data la bassa mortalità correlata a questo tipo di tumore, la classificazione ATA è universalmente considerata il gold-standard per la classificazione prognostica iniziale. Tale sistema, individua pazienti a rischio basso/intermedio/alto di recidiva/persistenza di malattia (Tabella 4). Le variabili prese in considerazione sono l'estensione di patologia (confinata alla tiroide, estensione loco-regionale o metastasi a distanza), le caratteristiche istologiche (istotipo tumorale e grado di invasione vascolare), la presenza di malattia morfologica residua¹¹.

ABLAZIONE TIROIDEA POST-CHIRURGICA CON RADIOIODIO: INDICAZIONI COMUNI E SELETTIVE

- L'indicazione all'ablazione post-chirurgica del residuo tiroideo con radioiodio va posta sia sulla base della stadiazione AJCC/UICC (VIII edizione), sia del Sistema di stratificazione iniziale del rischio

¹¹ Ringel MD, Sosa JA, et al. 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2025 Aug;35(8):841-985).

proposto dall'ATA (utili rispettivamente per la previsione della mortalità per malattia e del rischio di recidiva e/o persistenza di malattia).

L'indicazione potrebbe anche basarsi sullo stato di malattia post-operatorio valutato attraverso il dosaggio della tireoglobulina (in corso di terapia con ormoni tiroidei) e della ecografia del collo.

In casi selezionati, possono trovare indicazione altre procedure di imaging.

- Nei pazienti a basso rischio ATA (T1a-b N0-X/M0-X), l'ablazione RAI del residuo non è generalmente raccomandata dopo la tiroidectomia. Tuttavia, in singoli casi, particolari aspetti clinici ed organizzativi potrebbero portare a considerare la possibilità di ablazione RAI del residuo tiroideo.
- Nei pazienti con rischio ATA intermedio o basso-intermedio (T1-2, T3a N1a-N1b, M0-X) l'ablazione RAI del residuo dovrebbe essere generalmente considerata, in particolare in pazienti con caratteristiche sfavorevoli quali l'età avanzata, i tumori di grandi dimensioni, la presenza di linfonodi macroscopicamente o clinicamente evidenti, di estensione extralinfonodale, di istologia aggressiva o invasione vascolare.
- Nei pazienti ad alto rischio o rischio intermedio-alto (T3-4, qualsiasi N, qualsiasi M) la ablazione RAI è di regola raccomandata dopo la tiroidectomia totale.

Preparazione per l'ablazione con radioiodio

- Nei pazienti con DTC a rischio ATA basso e intermedio senza coinvolgimento estensivo dei linfonodi, la preparazione con stimolazione TSH umano ricombinante (rhTSH) è una valida alternativa alla sospensione del trattamento con ormone tiroideo (THW).
- Nei pazienti con DTC ad alto rischio ATA e ad alto rischio di mortalità e morbidità correlati alla malattia, sono necessari dati più controllati provenienti da studi a lungo termine per raccomandare l'uso routinario di rhTSH.
- Nei pazienti con DTC di qualsiasi livello di rischio che presentino una significativa comorbidità medica o psichiatrica che non possono tollerare l'ipotiroidismo o non sono in grado di ottenere un'elevazione di TSH in sospensione di terapia con L-tiroxina, la preparazione con rhTSH dovrebbe essere presa in considerazione.

SELEZIONE DELL'ATTIVITÀ PIÙ APPROPRIATA DI RADIOIO PER L'ABLAZIONE DEL RESIDUO

Nei pazienti con carcinoma della tiroide a basso rischio, è generalmente utilizzata la ablazione del residuo con una bassa attività di radioiodio (30-50 mCi) essendo le basse attività efficaci quanto

quelle più elevate nell'ottenere un'ablazione completa. La somministrazione di attività più elevate (100 mCi o più) dovrebbero essere considerate per i pazienti ad alto rischio di malattie persistente/ricorrente, quando la somministrazione è intesa in termini di terapia adiuvante o per pazienti non sottoposti a tiroidectomia totale.

Entro 7-8 giorni dopo la somministrazione di radioiodio a scopo ablativo/terapeutico i pazienti saranno inviati a praticare una scintigrafia total-body post terapia integrata, se disponibile, con acquisizione SPECT/TC nelle regioni di eventuali aree di accumulo dello Iodio radioattivo, a scopo stadiativo.

RI-STRATIFICAZIONE IN BASE ALLA RISPOSTA ALLA TERAPIA

A distanza di 6-12 mesi dalla terapia iniziale (chirurgia con o senza terapia radiometabolica) è necessario effettuare un restaging prognostico basato sulla risposta al trattamento 8. Tale rivalutazione prognostica riconosce come indagini cardine: la valutazione (basale o eventualmente dinamica) dei marcatori tumorali Tg ed AbTg; la presenza di malattia morfologicamente evidente valutata, nella maggior parte dei casi, mediante ecografia collo o attraverso le varie metodiche di radiologia tradizionale (TAC, RMN) e medico-nucleare (PET-18FDG) nei casi di recidiva/persistenza di malattia strutturale.

Dalla combinazione fra valutazione prognostica iniziale e risposta alla terapia iniziale deriverà la modalità di follow-up (tempi ed esami diagnostici) ed anche il livello consigliato di soppressione del TSH.

Figura 1 Risposta alla terapia in relazione al trattamento iniziale (ATA 2025, Ringel MD, Sosa JA, et al ATA 2025 Thyroid 2025 Aug;35(8):841-985)

<i>Response to therapy</i>	<i>Post total thyroidectomy and/or neck dissection with RAI ablation or therapy</i>	<i>Post total thyroidectomy and/or neck dissection without RAI ablation</i>	<i>Post hemithyroidectomy</i>	<i>TSH goal</i>
Excellent	Nonstimulated Tg <0.2 or stimulated Tg <1 and negative imaging	Nonstimulated Tg <2.5	Normal or low-risk nodules in the contralateral lobe, or contralateral lobe nodules with benign biopsy AND no abnormal lymph nodes on imaging	TSH within normal reference range
Indeterminate	Nonspecific findings on imaging studies or nonstimulated Tg 0.2–1 or stimulated Tg 1–10 or stable/ declining TgAb levels	Nonspecific findings on imaging studies or nonstimulated Tg 2.5–5, or stable/ declining TgAb levels	N/A ^a	TSH within normal reference range ^b
Biochemically incomplete	Non-stimulated Tg >1 or stimulated Tg >10 or increasing TgAb levels and negative imaging	Nonstimulated Tg >5 or increasing TgAb levels and negative imaging	N/A ^a	TSH below normal reference range ^c
Structurally incomplete	Structural evidence of disease (suspicious imaging or biopsy proven local or distant metastatic disease)	Structural evidence of disease (suspicious imaging or biopsy proven local or distant metastatic disease)	Structural evidence of disease (suspicious imaging or biopsy proven local or distant metastatic disease)	TSH below normal reference range ^c

^aSee Recommendation 48 for specific comments regarding Tg levels (ng/mL) in patients treated with hemithyroidectomy.
^bData on optimal TSH target range are inconclusive.
^cData on optimal TSH target range are inconclusive and/or conflicting. If there is progression of residual disease or development of new recurrence, targeting a TSH below normal reference range may be reasonable. However, comorbidities such as atrial fibrillation and osteoporosis should be factored into the decision making process.
 RAI, radioactive iodine; Tg, thyroglobulin; TgAb, anti-thyroglobulin antibody; TSH, thyrotropin.

Procedura generale di funzionamento dei GOM

Le attività del GOM

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

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

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

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

I GOM sono aziendali o interaziendali

Primo contatto e presa in carico del paziente

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

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

La riunione multidisciplinare

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

Comunicazione al paziente

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

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

Chiusura scheda - piattaforma ROC

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

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

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

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

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

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

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

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

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

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

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

Aggiornamento scheda chiusa in piattaforma ROC

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

Ricerca Scheda Chiusa

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

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

Inserimento scheda aggiornata

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

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

Continuità territoriale, Attivazione ADI

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

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

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

In piattaforma c'è anche la possibilità di richiedere la fornitura di ausili (letto articolato, materasso antidecubito, cough assist, ventilazione meccanica a lungo termine deambulatore e comunicatore) e

di inviare una richiesta per l'attivazione di Hospice. Ai fini della richiesta è obbligatorio allegare la relazione clinica del GOM e compilare in modo completo la scheda di seguito riportata in modalità informatizzata.

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

Servizi

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

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

Indirizzo diverso da residenza

* Data presunta dimissione

* Relazione Servizi Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico

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

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19?

I conviventi sono stati vaccinati?

Altre infezioni in atto?

Se si, specificare

Il paziente presenta sintomi riconducibili al COVID-19?

Il paziente è stato vaccinato?

Precedenti trattamenti attuati

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

Aspettativa di vita (presunta)

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

Il paziente è pianamente informato dalla diagnosi

Il paziente è pianamente informato della prognosi

È presente un caregiver attivo

Comorbidità (barrare le comorbidità presenti)

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

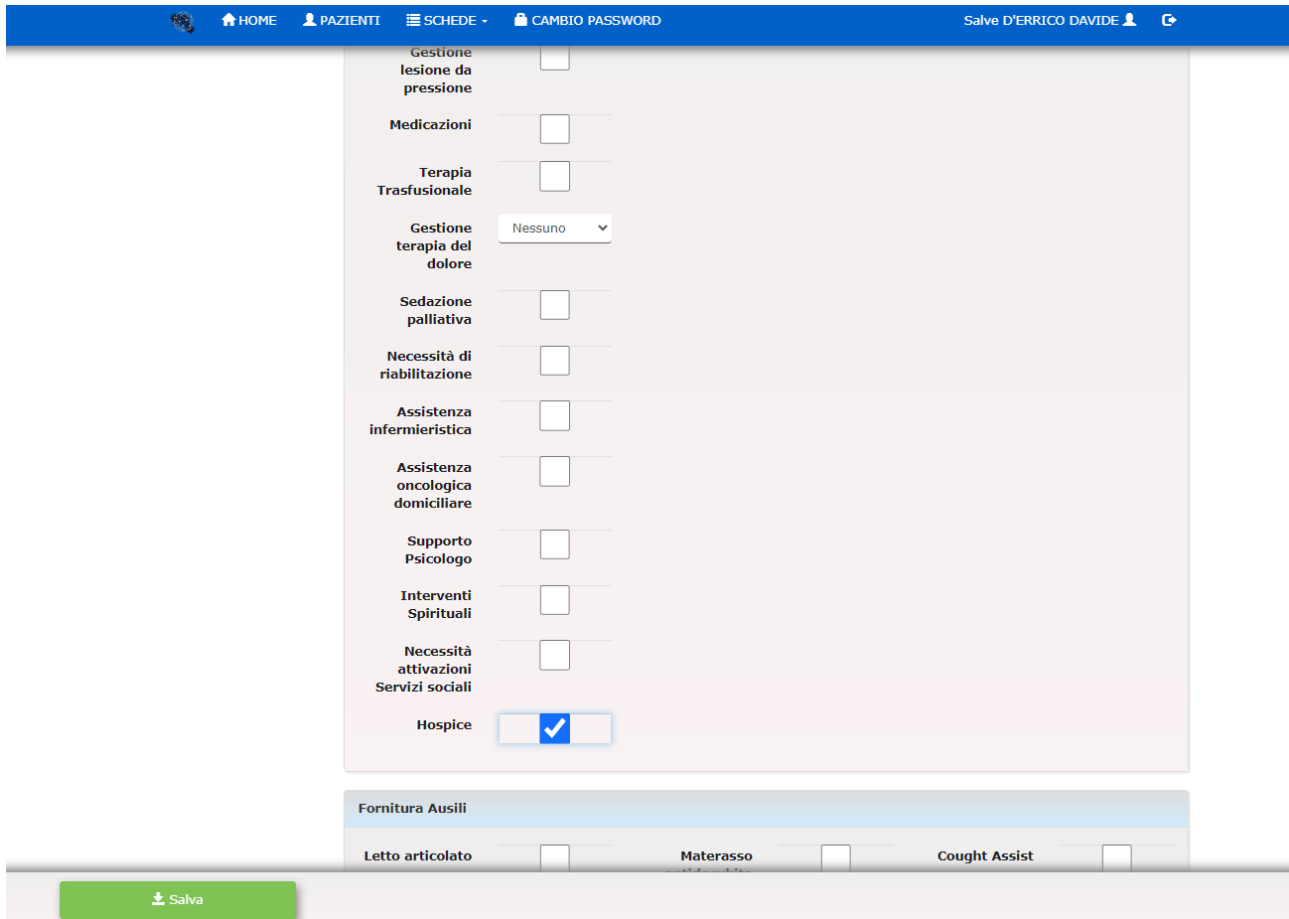
Interventi Spirituali

Necessità attivazioni Servizi sociali

Fornitura Ausili

Letto articolato Materasso antidecubito Cought Assist

Ventilazione meccanica a lungo termine Deambulatore Comunicatore



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

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

Salva

Rete Cardioncologica (CardioROC)

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

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

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

Precedenti cardiologici noti		Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Se si specificare:					
<input type="checkbox"/>	Insufficienza cardiaca	<input checked="" type="checkbox"/>	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	Infarto miocardico-cardiopatia ischemica
<input type="checkbox"/>	Arteriopatia obliterante periferica	<input type="checkbox"/>	Iperensione polmonare	<input type="checkbox"/>	Tromboembolismo venoso
<input type="checkbox"/>	Fibrillazione atriale e altre aritmie	<input type="checkbox"/>	Allungamento del tratto QT		
<input checked="" type="checkbox"/>	Altro	<input type="text" value="Insufficienza valvolare mitralica di grado 1"/>			
Il paziente assume terapia cardiologica		Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Terapia oncologica attuale:					
<input type="checkbox"/>	Chirurgia	<input type="checkbox"/>	Chemioterapia	<input type="checkbox"/>	Farmaci a bersaglio molecolare
Radioterapia su campo cardiaco:					
<input type="checkbox"/>	Attuale	<input type="checkbox"/>	Pregressa	<input type="checkbox"/>	Nessuna
Trattamenti antineoplastici precedenti:		Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Comorbidità					
<input type="checkbox"/>	CKD	<input type="checkbox"/>	BPCO	<input type="checkbox"/>	Diabete
<input type="checkbox"/>	Epatopatia	<input type="checkbox"/>	Anemia		
<input checked="" type="checkbox"/>	Altro	<input type="text" value="gozzo tiroideo"/>			

Figura 5

Consulenza cardiologica per paziente complesso

Anamnesi generale

* Allegato Referto [Scarica documento](#)

Fattori di rischio cardiovascolare

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

Precedenti eventi cardiovascolari

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

Comorbidità

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

Anamnesi farmacologica prossima e remota

Terapia oncologica attuale

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

Scrivere i nomi dei farmaci:

Figura 6

Valutazione per Trial Clinico

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

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

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

Nella scheda i campi richiesti sono:

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

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

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

HOME PAZIENTI 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.

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Schede / Chiusura / Scheda / Servizi / test oncogenomici / trial clinico / Rete cardiologica / Allegati

Allegati

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

Paziente

Organi di rete

Checklist ingresso

Allegati

Servizi territoriali

Chiusura

Stampa

Tipo Allegato

Descrizione

File Nessun file selezionato

Allegati

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

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

Tipo Allegato:

Descrizione:

File: Nessun file selezionato

CICERO

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



Il modulo di messaggistica consente agli utenti di:

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

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

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

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

Regione Campania Salve  

ROC Rete Oncologica Campana

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

Schede

Schede



Ricerca scheda

N. Scheda Cognome Codice Fiscale Dal Al

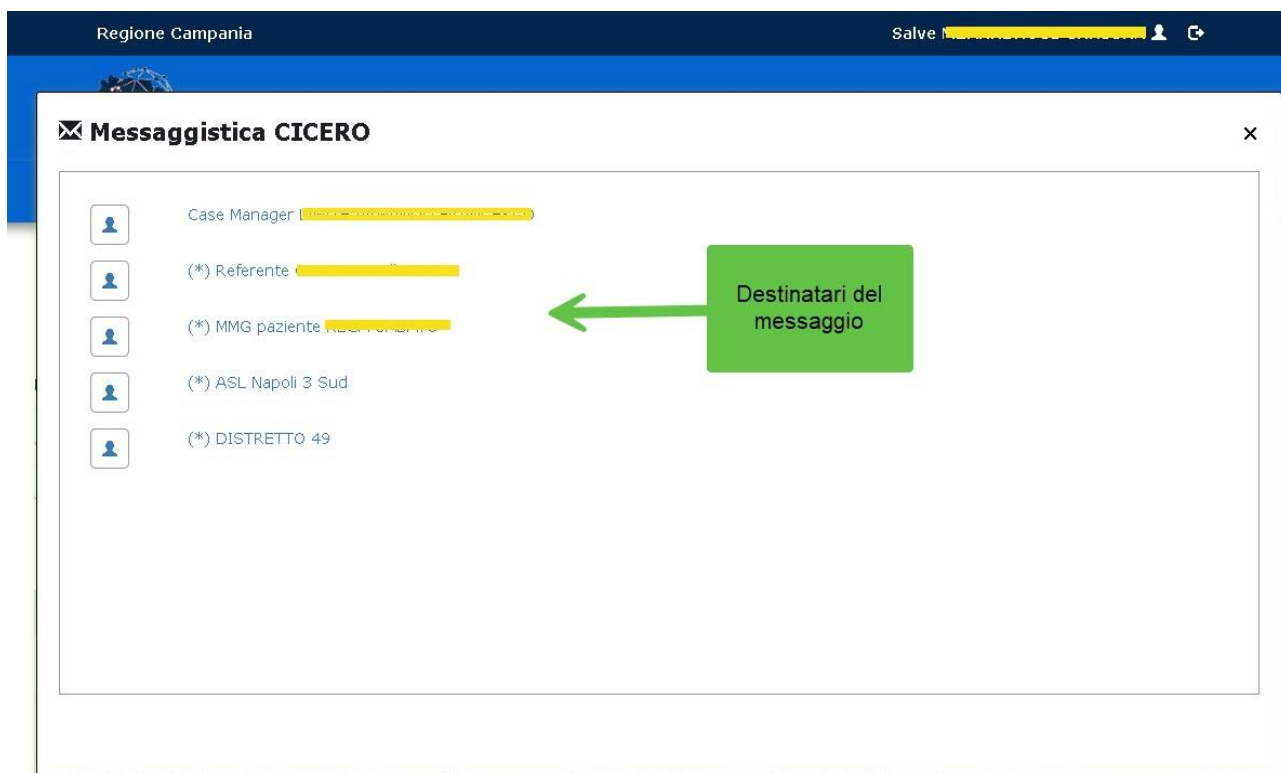
Chiusa Servizi Segnalatore A.O.U. FEDERICCO GOM Epatok

[Cerca](#)

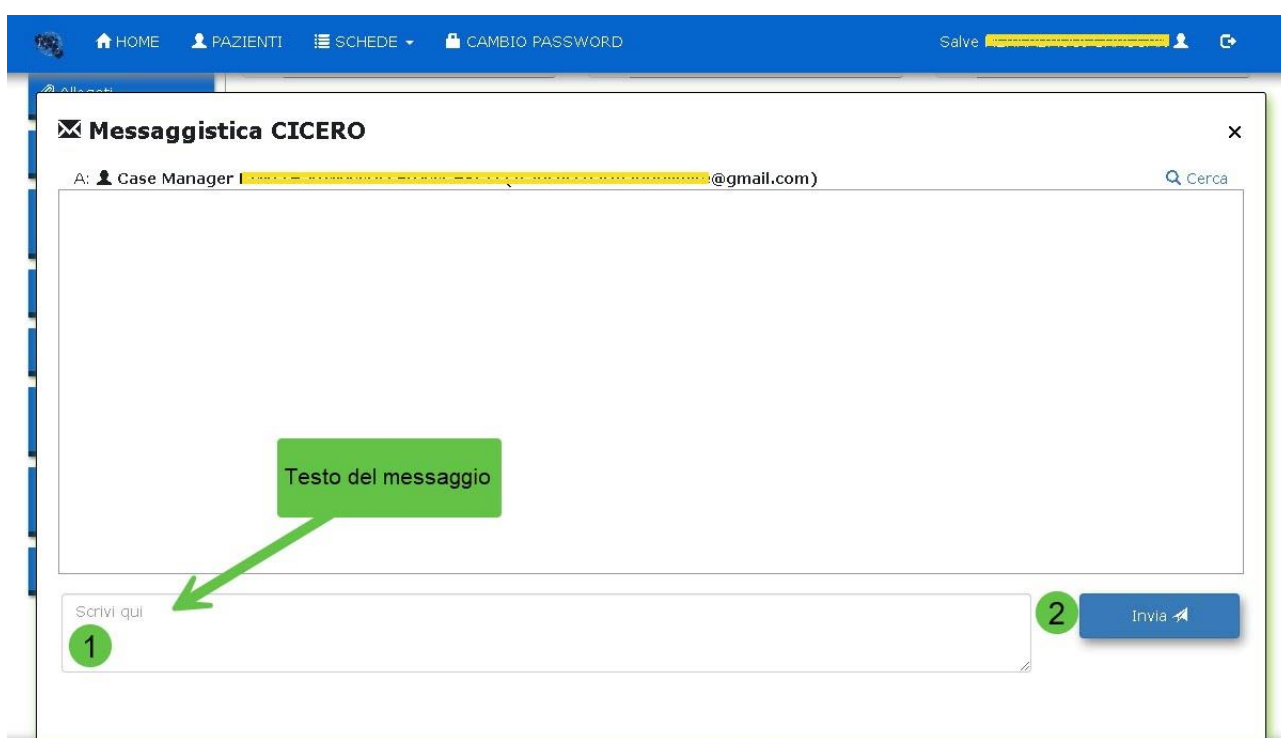
[Esporta in CSV](#)

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

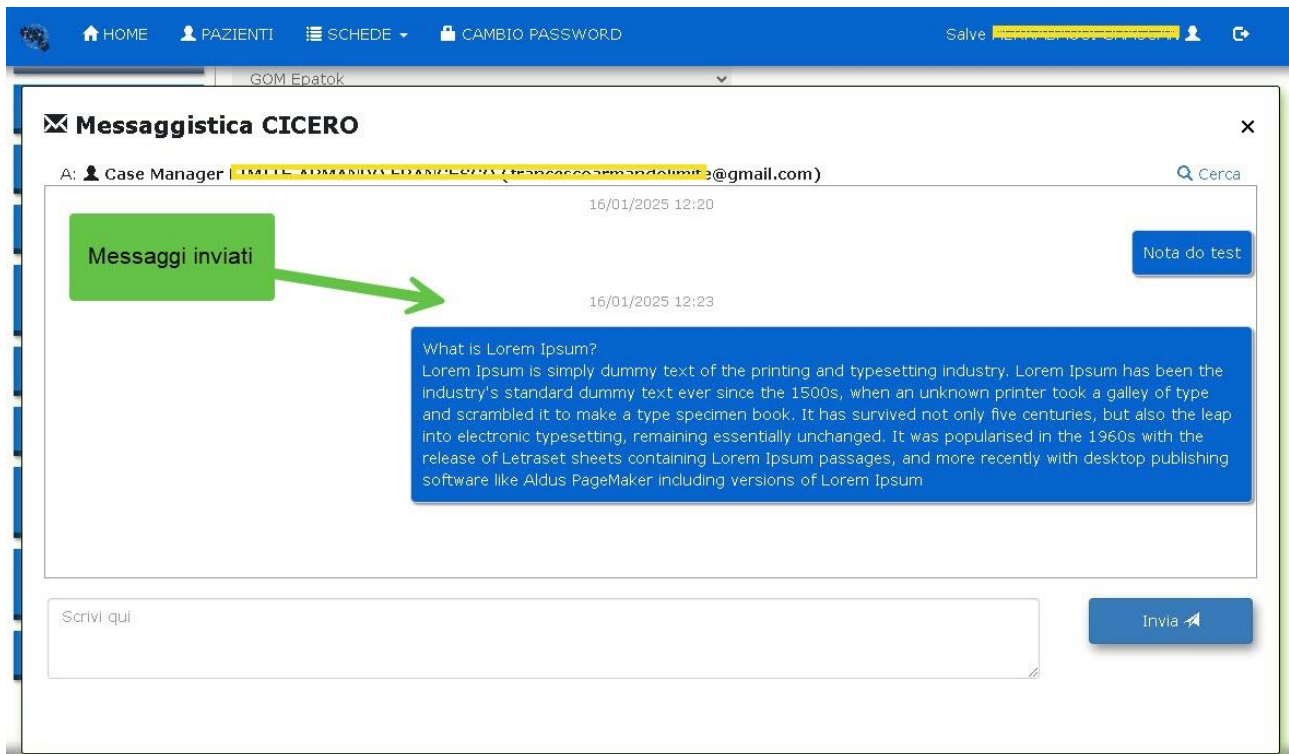
In questo modo si invia una richiesta per la pratica relativa agli attori coinvolti nel processo. Di seguito la maschera che mostra i destinatari del messaggio.



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



Esempio di messaggi inviati.



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



Dashboard



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

Regione Campania Salve



ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Schede

Schede

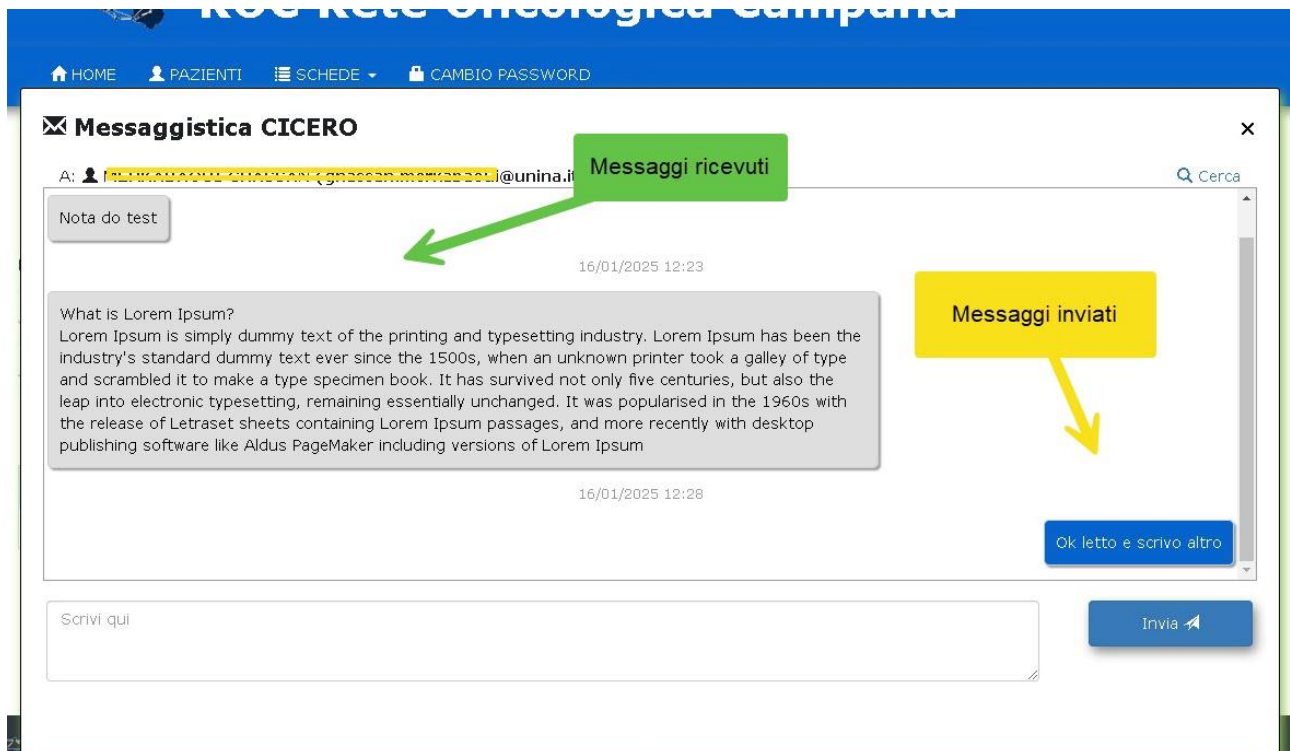
Ricerca scheda

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

N. Scheda	Paziente	GOM	Data	Segnalatore	Destinazione	Distretto	Status
2022028112	Visualizza Messaggi CICERO da Leggere	GOM Epatok	09/06/2022	A.O.U. FEDERICO II	A.O.U. FEDERICO II	DISTRETTO 49	Chiusa

Esempio di messaggi ricevuti.

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



Esenzione 048

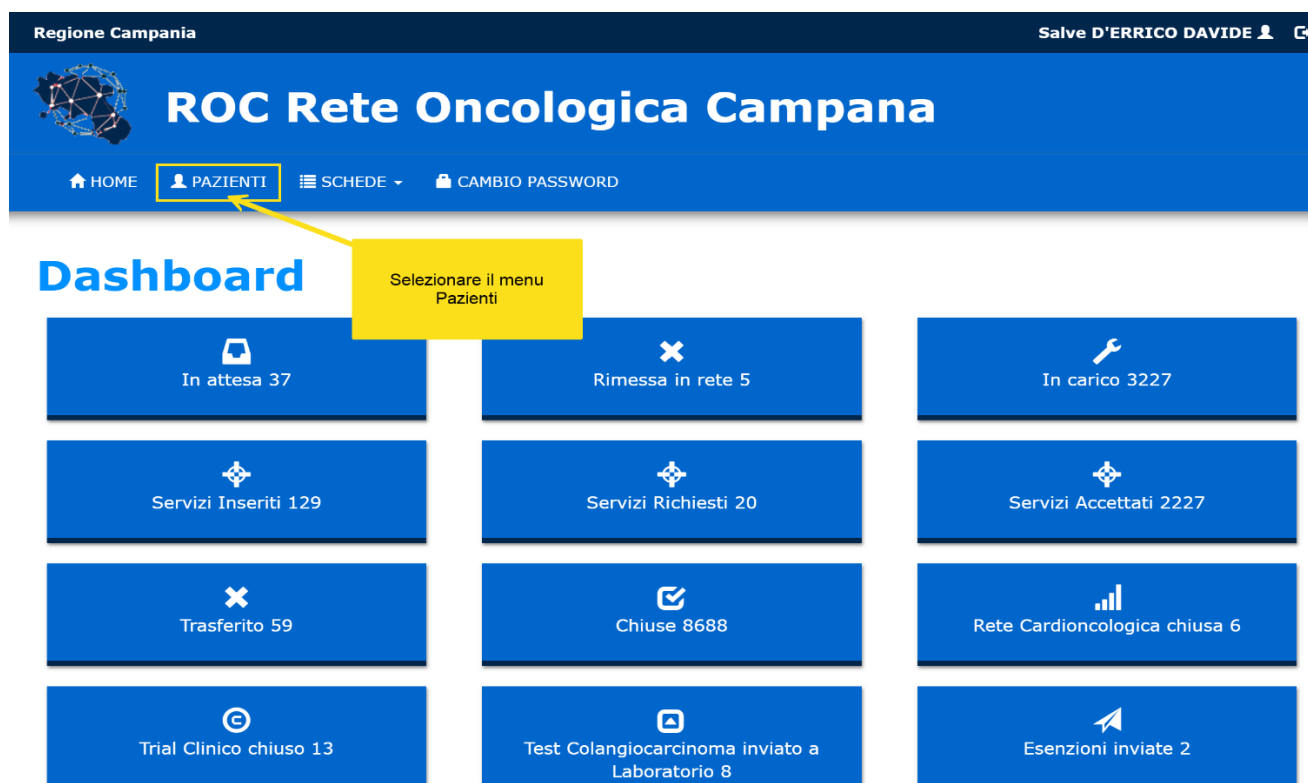
Nella piattaforma ROC (Rete Oncologica Campania) è stata introdotta una nuova funzionalità per semplificare il processo di richiesta dell'esenzione 048, dedicata alle persone affette da patologie oncologiche. Grazie a questa innovazione, l'assistito non è più obbligato a consegnare a mano la richiesta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

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

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

Inserimento Richiesta esenzione E048

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



Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Dashboard

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

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

Regione Campania Salve D'ERRICO DAVIDE

ROC Rete Oncologica Campana

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

Esenzione / Pazienti

Nuova segnalazione

Ricerca paziente

Cognome
Nome
Data Nascita
Localita' Nascita
XXXXXXXXXX
Cerca

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

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

Paziente

Cliccare il Bottone
Esenzione

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

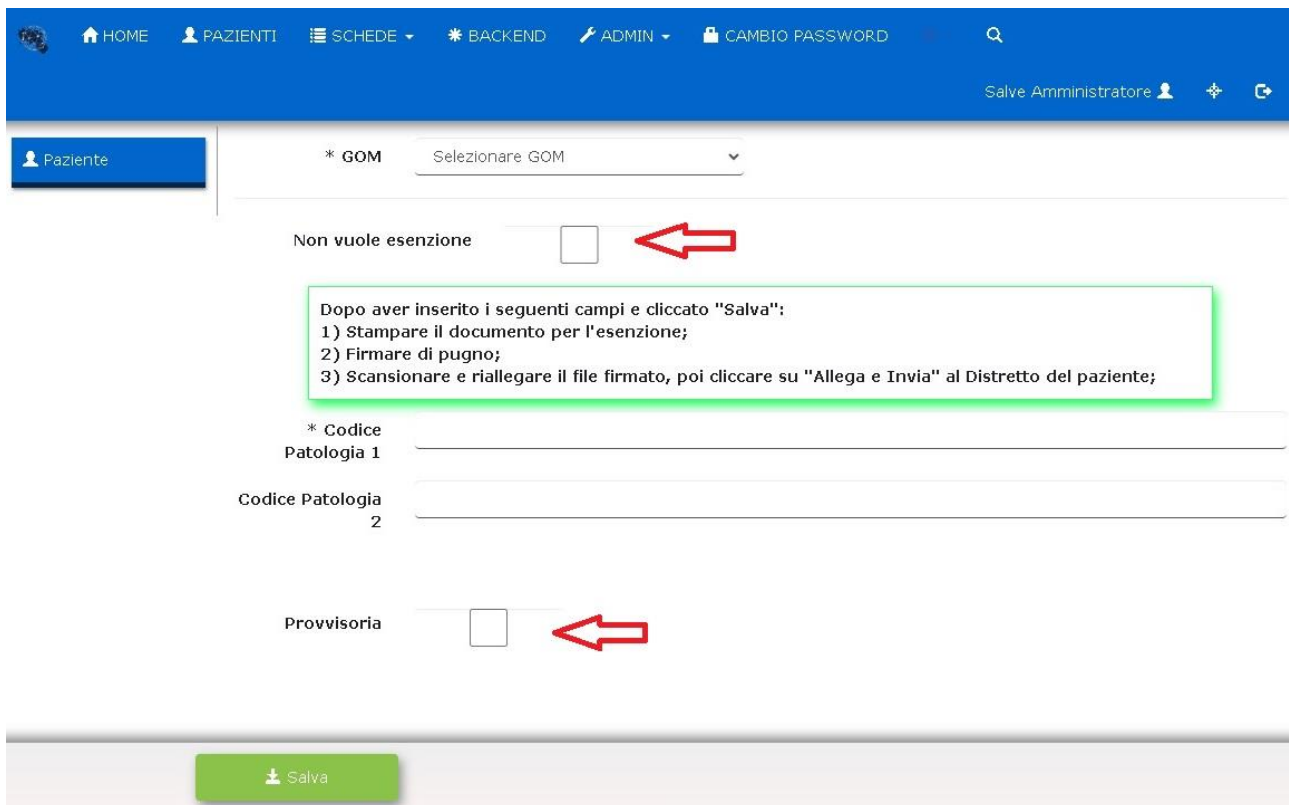
Nota: E' possibile richiedere l'Esenzione anche dalla scheda dell'Assistito.



The screenshot displays the user interface of the Rete Oncologica Campania system. At the top, a blue navigation bar contains the following elements: a home icon, the text 'HOME', a user icon, 'PAZIENTI', a list icon, 'SCHEDE', a lock icon, 'CAMBIO PASSWORD', and a 'Salve' button with a yellow progress indicator. On the left side, a vertical menu of blue buttons includes: 'Paziente', 'Organi di rete', 'Checklist ingresso', 'Allegati', 'Servizi territoriali', 'Rete cardioncologica', 'Trial clinico', 'Chiusura', 'Esenzione 048' (highlighted with a yellow box and an arrow), and 'Stampa'. The main content area is titled 'Scelta GOM ingresso' and features a dropdown menu set to 'GOM Polmone'. Below this, there are three rows of data, each with a person icon, a mobile phone icon, and an envelope icon. The first row is for the 'Case Manager' (GIANFRANCESCO) and the second for the 'Centro segnalatore' (A.O. DEI COLLI). The third row is for the 'Centro destinazione' (AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI). A yellow box highlights the 'Richiesta Esenzione' button in the third row, with an arrow pointing to the 'Esenzione 048' menu item. At the bottom of the main content area, the word 'Dettaglio' is displayed in large blue font.


Rifiuto Esenzione.

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



HOME PAZIENTI SCHEDE * BACKEND ADMIN CAMBIO PASSWORD Salve Amministratore

* GOM Selezionare GOM


Non vuole esenzione 

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

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

* Codice Patologia 1

Codice Patologia 2

Provisoria 

Salva

Selezionare GOM

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

Scegliere il GOM

Esenzione 048

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

* GOM

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

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

* Codice Patologia 1: Carcinomi in situ della vescica

Codice Patologia 2:

Salva

enzione 048

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

* GOM: GOM Vesdica

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

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

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

* Codice Patologia 1: Vesd

Codice Patologia 2:

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

Salva

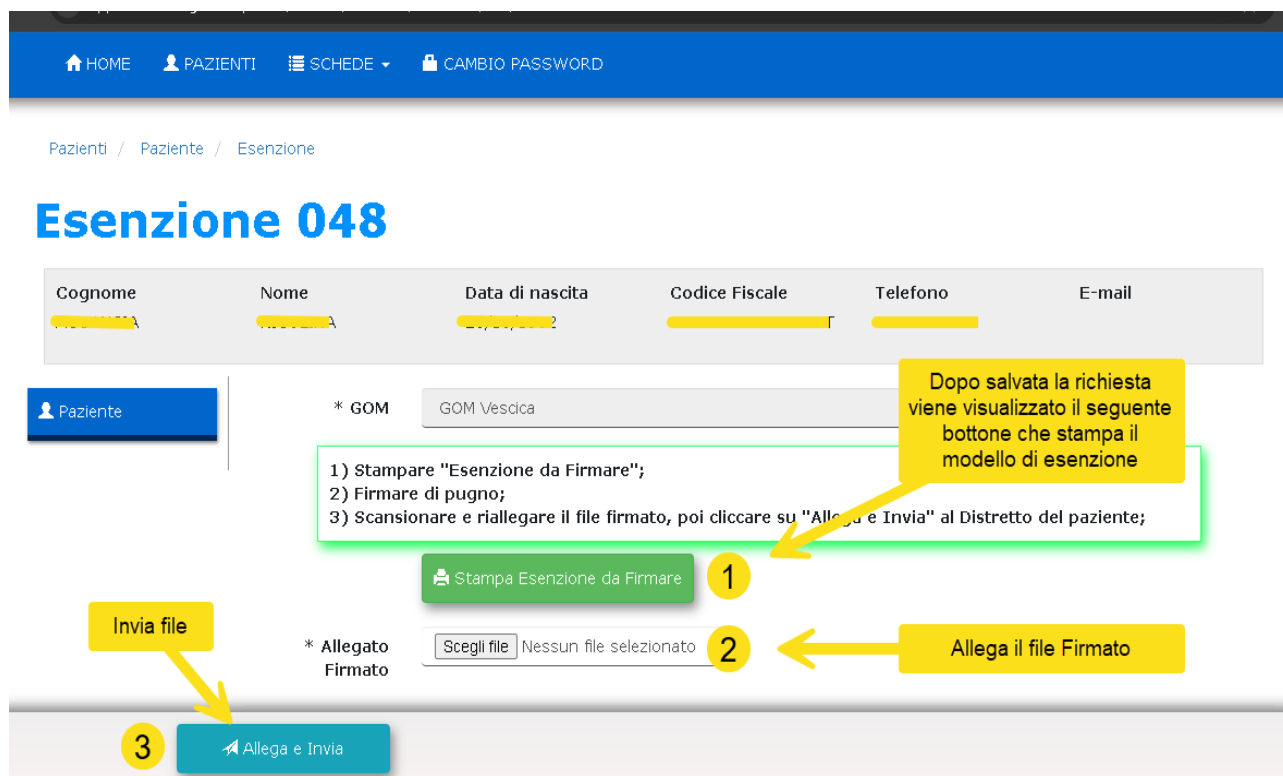
Il salvataggio comporta l'acquisizione dei dati inseriti e la preparazione del certificato di esenzione con tutti i dati dell'assistito.

A questo punto è necessario:

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

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

Nell'immagine seguente sono illustrati i vari passaggi richiesti.



The screenshot shows a web interface for patient exemption. At the top, there is a navigation bar with 'HOME', 'PAZIENTI', 'SCHEDE', and 'CAMBIO PASSWORD'. Below it, the breadcrumb 'Pazienti / Paziente / Esenzione' is visible. The main heading is 'Esenzione 048'. A form contains fields for 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', and 'E-mail'. Below these fields, there is a 'Paziente' dropdown menu. The form includes a section for '* GOM' with a text input 'GOM Vesdica'. A green box highlights a list of instructions: '1) Stampare "Esenzione da Firmare"; 2) Firmare di pugno; 3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;'. A yellow callout box points to the first instruction, stating: 'Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione'. Below the instructions, there is a green button labeled 'Stampa Esenzione da Firmare' with a printer icon and a circled '1'. To its right is a file upload section for '* Allegato Firmato' with a 'Scegli file' button and the text 'Nessun file selezionato'. A yellow callout box points to this section, stating: 'Allega il file Firmato'. Below the file upload section, there is a blue button labeled 'Allega e Invia' with a paper plane icon and a circled '3'. A yellow callout box points to this button, stating: 'Invia file'. A circled '2' is placed between the 'Stampa Esenzione da Firmare' button and the 'Allega e Invia' button.

Modello per la richiesta.

Di seguito il certificato redatto in automatico dalla piattaforma.

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

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



MODULO DI RICHIESTA ESENZIONE 048

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

La Sig.ra **DE EMILIO ANTONIETTA** nato a CASERTA (CE) il 21/11/1988 e residente a ALIFE (CE) **01107000109 (01107000109)**,
Codice Fiscale **DEEMIN78856188830**

GOM: GOM Cervice

E affetto da:

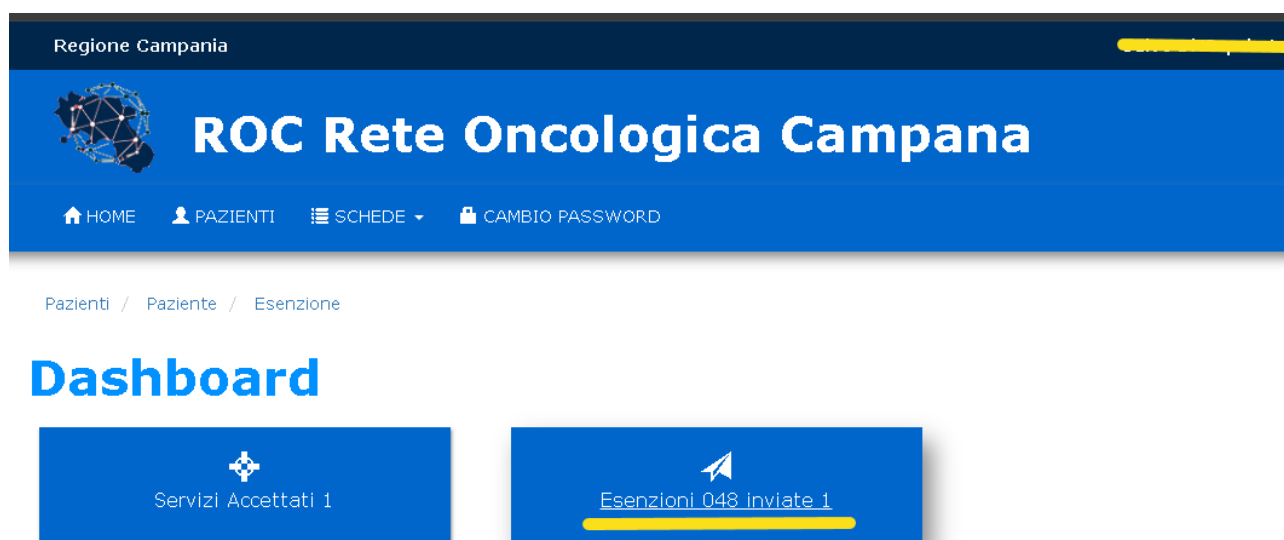
CODICE PATOLOGIA *1: Altri tumori benigni della cervice uterina (2190)

Napoli, li **27/10/2024**

Il Medico Specialista

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

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



The screenshot shows the user interface of the ROC Rete Oncologica Campania dashboard. At the top, there is a dark blue header with the text "Regione Campania" on the left and a yellow horizontal bar on the right. Below this is a blue banner containing the ROC logo and the text "ROC Rete Oncologica Campana". Underneath the banner is a navigation menu with four items: "HOME" (with a house icon), "PAZIENTI" (with a person icon), "SCHEDE" (with a list icon and a dropdown arrow), and "CAMBIO PASSWORD" (with a lock icon). Below the navigation menu is a breadcrumb trail: "Pazienti / Paziente / Esenzione". The main content area is titled "Dashboard" in large blue font. Below the title are two blue rectangular buttons. The first button has a white plus icon and the text "Servizi Accettati 1". The second button has a white arrow icon pointing up and right, and the text "Esenzioni 048 inviate 1". A yellow horizontal bar is positioned below the text of the second button.

Gestione Richieste Rifiutate

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



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

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

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

Esenzione

Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Rifiutata

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

Elenco delle richieste rifiutate (points to search button)

Motivazione (points to Motivo Rifiuto column)

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM

* Allegato Firmato

Motivo rifiuto

Dettagli

10/09/2024 Inserita

DI CAPRIO LUIGI 3333333 dicaprio@luigi.it

1

Cliccare il bottone modifica (points to Modifica button)

Esenzione

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM

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

Stampa Esenzione da Firmare

* Allegato Firmato Nessun file selezionato

Eliminare la richiesta rifiutata

Allega e Invia

2

Elimina

Messaggistica Automatica da Sistema (eMail)

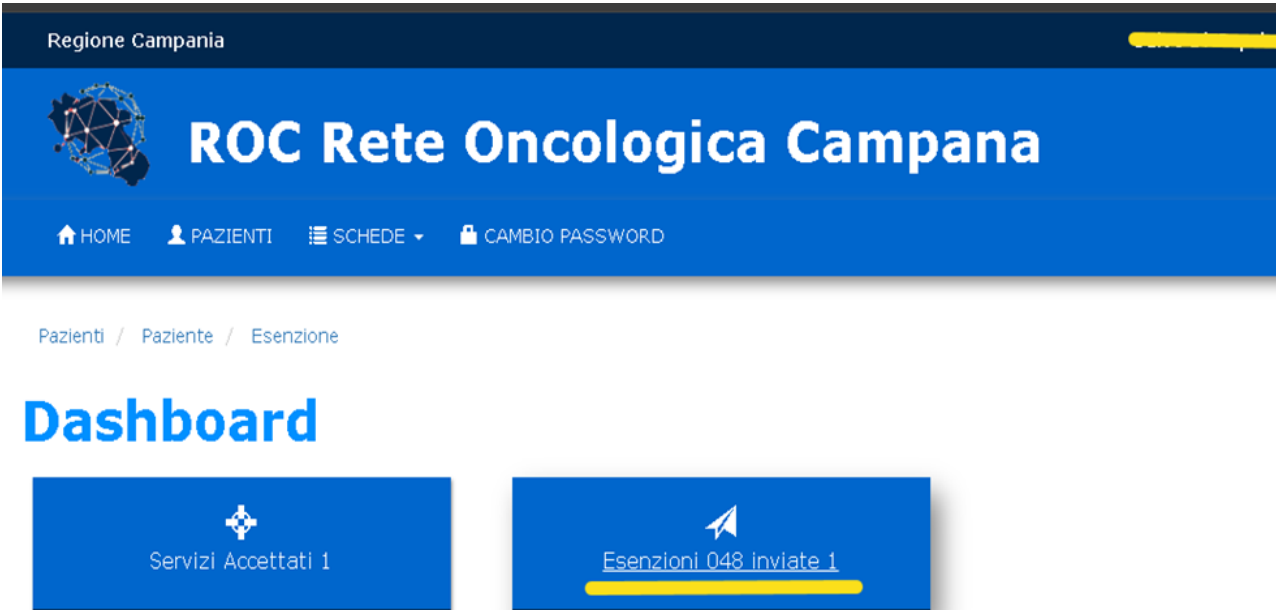
Ai “Richiedenti” verrà inviata un'e-mail automatica dal sistema, che notificherà l'avvenuta accettazione o il rifiuto dell'esenzione.

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


Verifica Richiesta esenzione E048

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

Cliccalo per visualizzare il dettaglio di tutte le certificazioni.



Regione Campania

 **ROC Rete Oncologica Campania**

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Dashboard

Servizi Accettati 1

Esenzioni 048 inviate 1

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

Regione Campania

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

Ricerca scheda

Cognome Nome Codice Fiscale Dal Al

Inviata

Cerca

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

Filtro di Ricerca

Elenco richieste

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

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

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

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve [nome] [cognome]

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM: GOM Vesdica

* Allegato Firmato: Scarica Esenzione Firmata **1** Scarica la richiesta

Approva la richiesta

Motivo rifiuto: [Esempio Documento NON valido]

2 Eseguita Rifiutata

Rifiuto richiesta di esenzione

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

HOME SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve [nome] [cognome]

Esenzione 048

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

Paziente

* GOM: GOM Vesdica

* Allegato Firmato: Scarica Esenzione Firmata

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

Eseguita Rifiutata **2** ← Approva il rifiuto

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

Pertanto è possibile inoltrare nuova richiesta di esenzione.

Modulo terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

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

Eleggibilità al trattamento

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

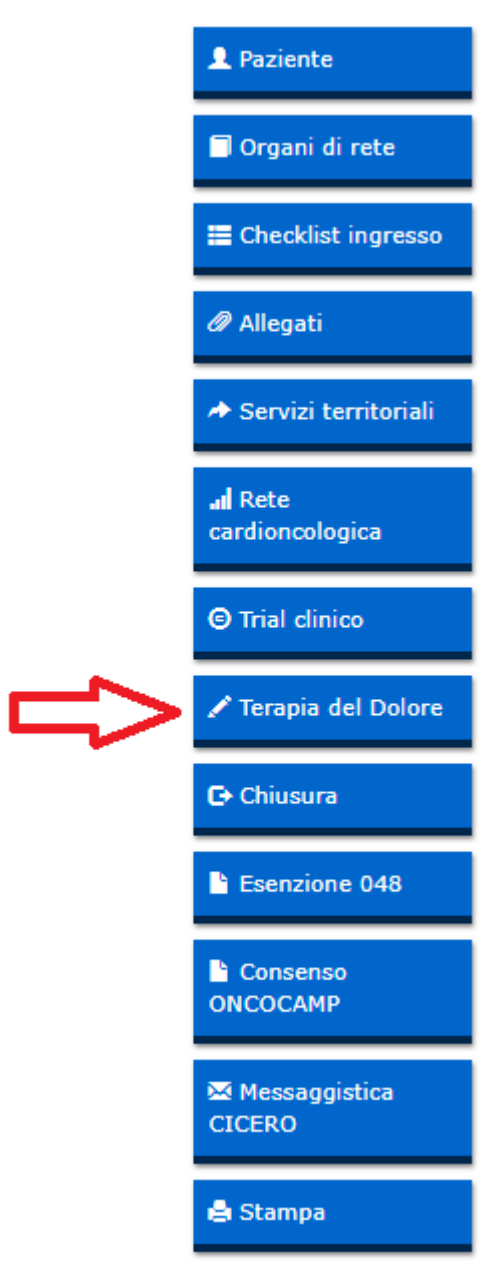
Possono accedere a questo servizio:

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

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

Richiesta della Terapia del Dolore

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












Compilare la scheda inserendo tutti i dati richiesti.

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

Terapia del Dolore

Cognome CENNIANO	Nome FORNARO	Data di nascita 09/03/1950	Codice Fiscale CNCNRS00002337N	Telefono 3473394037/327022430	E-mail
N. Scheda 0005142104	Data segnalazione 22/07/2020	Stato Napoli	Distretto 0102270105	Medico di base GIUSEPPE MARIN	Telefono medico


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

Caratteristiche del dolore

Data rilievo

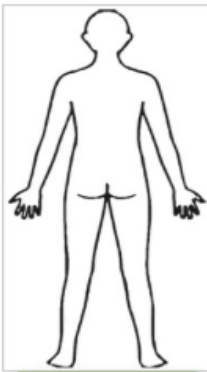
Dove (Selezionare la parte del corpo)

Anteriore



[Modifica Anteriore](#)

Posteriore



[Modifica Posteriore](#)

Il dolore è

Da quanto tempo

Da quando è iniziato il dolore:

Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

Durante la giornata il dolore è

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

Intensità media del dolore NRS

Allegato storia clinica Nessun file selezionato

Centro di destinazione

Salva

Invia

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

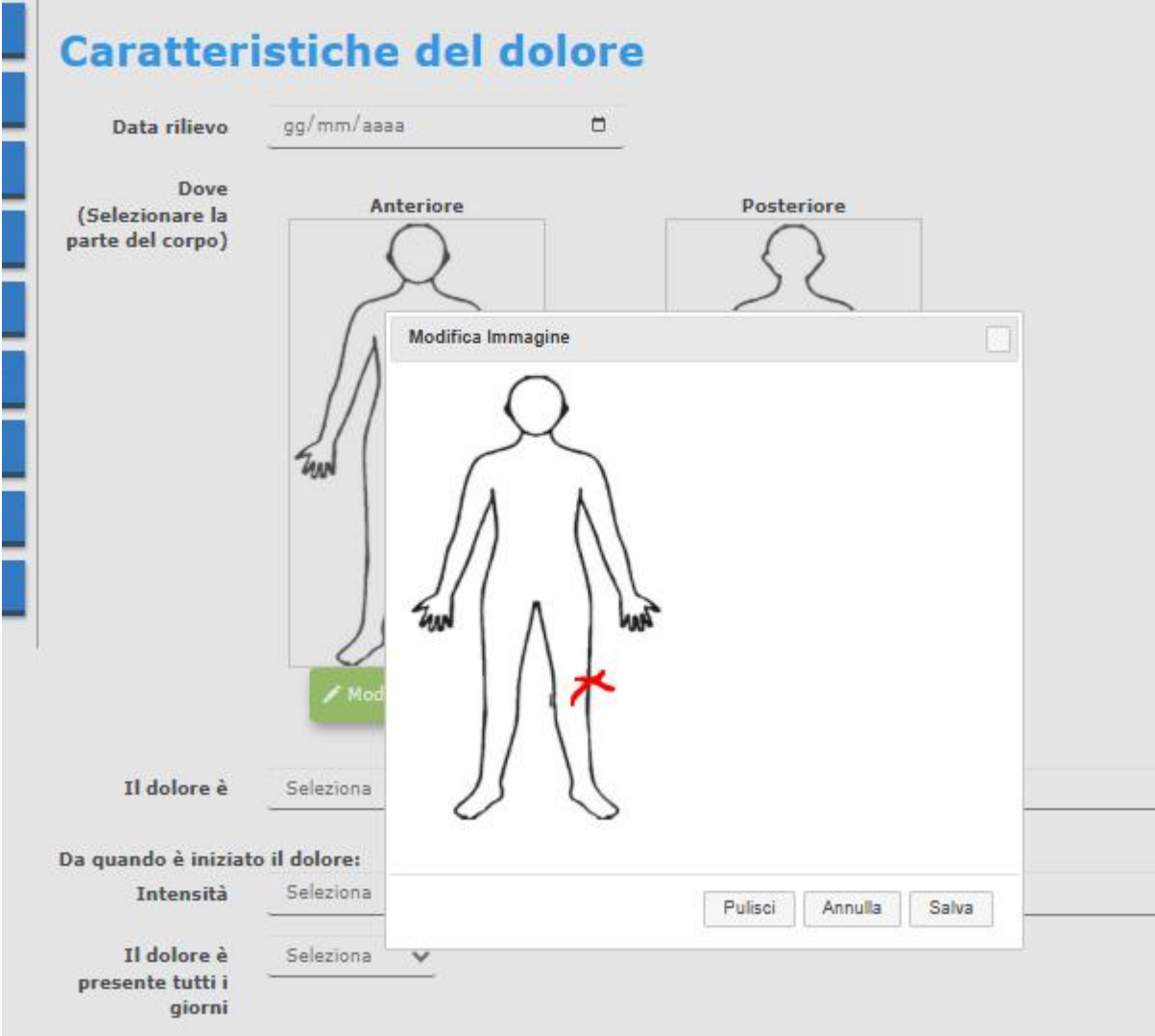
Acquisiti tutti i dati richiesti bisogna **salvare per inviare la richiesta.**

Le richieste inviate sono visibili sulla dashboard del sistema.

Gestione Immagine

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

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



Caratteristiche del dolore

Data rilievo: gg/mm/aaaa

Dove (Selezionare la parte del corpo):

Anteriore Posteriore

Modifica Immagine

Il dolore è: Seleziona

Da quando è iniziato il dolore: Seleziona

Intensità: Seleziona

Il dolore è presente tutti i giorni: Seleziona

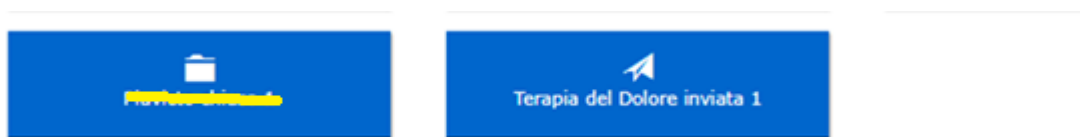
Pulisci Annulla Salva

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

Di seguito una specifica dei bottoni:

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

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



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

Dall'elenco relativo selezionare l'assistito.

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

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

Visita Algologica

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

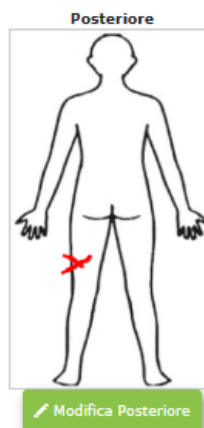
Caratteristiche del Dolore

Visita Algologica

Visita Algologica

Data rilievo

Dove
(Selezionare la
parte del corpo)



Il dolore è

Da quanto tempo

Indicare numero

Da quando è iniziato il dolore:
Intensità

Area interessata

Il dolore è presente tutti i giorni

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

Intensità media del dolore NRS

Presenza di picchi BTcP

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

Se "altro" specificare

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

Conclusioni

Dolore da causa neoplastica ▼

Dolore da causa NON neoplastica ▼

- Tipo di dolore
- nocicettivo
 - neuropatico

Terapie Farmacologiche

+ Aggiungi Farmaco

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

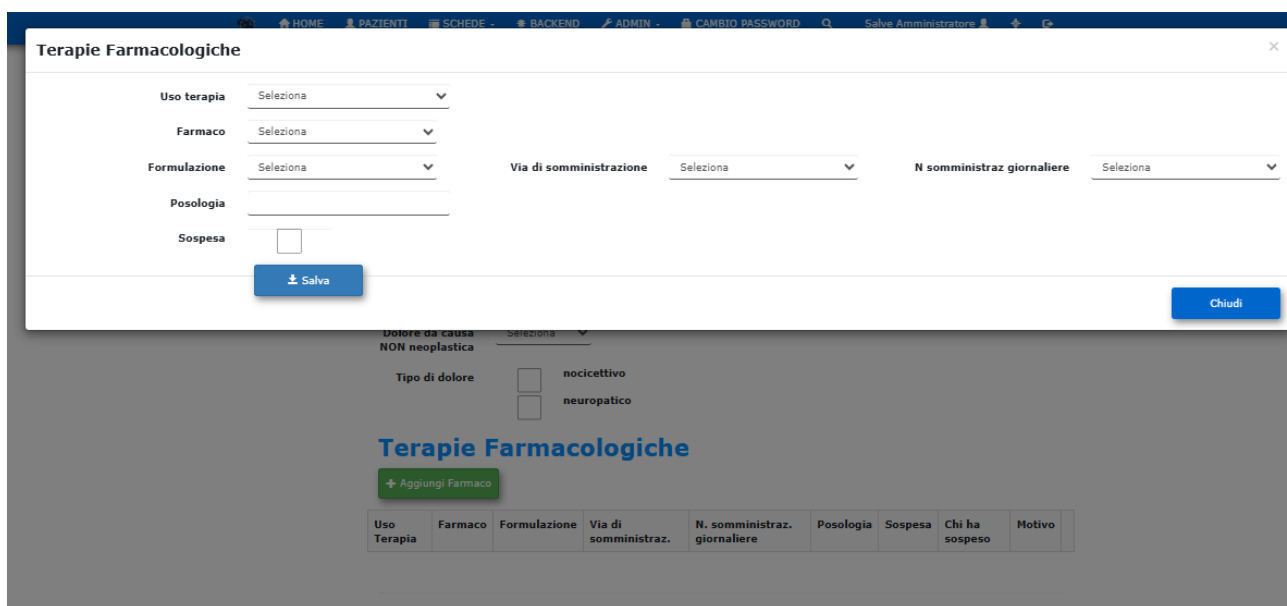
- Terapie interventistiche
- anestesia loco-regionale
 - infiltrazione con cortisonico
 - neuromodulazione elettrica transcutanea
 - neuromodulazione elettrica percutanea
 - radiofrequenza ablativa
 - radiofrequenza pulsata
 - crionanalgesia
 - cifo/ vertebroplastica
 - alcolizzazione
 - pompa intratecale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

Se "altro" specificare

Note

Terapie Farmacologiche

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



Terapie Farmacologiche

Uso terapia:

Farmaco:

Formulazione: Via di somministrazione: N. somministraz giornaliera:

Posologia:

Sospesa:

Dolore da causa NON neoplastica:

Tipo di dolore: nocicettivo neuropatico

Terapie Farmacologiche

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

Ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) nei GOM

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

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

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

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

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

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

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

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

Il case manager nella Rete Oncologica Campana

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

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

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

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

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

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

Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

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

- Il primo accesso al GOM per patologia tiroidea nodulare di recente scoperta avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campana
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico la paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- In caso di indicazione alla valutazione citologica, la definizione diagnostica della patologia nodulare sarà completata **entro ulteriori 45 giorni** dalla prima visita.
- Nei casi di sospetta malignità, l’intervento chirurgico sarà espletato secondo le tempistiche già riportate nella sezione apposita, dipendenti dalle caratteristiche di malattia.
- Il referto istologico, necessario per la stratificazione prognostica, sarà disponibile **entro 15/30 giorni dall’intervento**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM insieme ad un medico si occuperà della consegna dell’esame istologico, ricorrendo alle risorse interne aziendali. Il *Case Manager* provvederà ad organizzare le visite successive indirizzando il paziente, su indicazione degli specialisti del GOM, presso una delle Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campana.
- Al completamento della fase chirurgica 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*.
- Laddove indicato, il paziente praticherà terapia radio-metabolica per uno dei Centri di Medicina Nucleare del GOM secondo le modalità e tempistiche delle più recenti linee-guida.
- Il follow-up sarà effettuato presso uno dei Centri facenti parte del GOM ed in caso di nuovi presidi terapeutici (atti chirurgici, terapia radio-metabolica, terapia medica), questi saranno praticati in Centri selezionati del GOM.

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	M.G. Chiofalo, A Colao, F. Perri, A.Silvestri, V. Damiano, A. Servetto, F. Scavuzzo, S Buonopane, D. Salvatore, F. Di Gennaro, S. Napoletano
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL Sandro Pignata, IRCCS Fondazione G Pascale Ferdinando Riccardi, A.O.R.N. Cardarelli Vincenzo Montesarchio A.O.R.N. Dei Colli Cesare Gridelli, A.O.R.N. Moscati Antonio Grimaldi, A.O.R.N. Rummo San Pio Michele Orditura, A.O.R.N. S. Anna S. Sebastiano Fortunato Ciardiello, A.O.U. Luigi Vanvitelli Stefano Pepe, A.O.U. Ruggi Bruno Daniele, Ospedale del Mare Roberto Bianco, A.O.U. Federico II Gaetano Facchini, Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli Bruno Marra e Rodolfo Cangiano, ASL Caserta Filomena Sibilio, ASL Napoli 2 Nord Gino Leo, ASL Napoli 3 Sud Annarita Roscigno, ASL Salerno Rosanna Ortolani, ASL Napoli 1 Centro Elena Fossi, ASL Benevento Tania Losanno, ASL Avellino
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche	M. Fusco: Registro Tumori Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM (R.Bianco), CIPOMO (C. Savastano), SIMG (G.Piccinocchi), AIT (D. Salvatore)
Farmacisti revisori	Luciana Giannelli, Nicole Mazzeo, A.O.R.N. Moscati

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

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

- Realizzare opuscoli informativi (cartella informativa-narrativa digitale) sul percorso di cura dei paziente. L’opuscolo dovrebbe essere disponibile sul sito della R.O.C. Gli opuscoli dovrebbero includere una sezione informativa generale (A) ed una sezione personalizzata (B), sì fatta.

- Flowchart di processo generale ROC e percorso clinico

- Illustrazione della diagnostica e dei trattamenti terapeutici

- Criteri di accesso ai percorsi di Sostegno psicologico/psicoterapeutico

- Procedura di accesso/contatto da remoto al Case Manager

- “Diritti esigibili dell’Ammalato” (accordo partenariato Fondazione Pascale - FAVO RA ETS – Aimag)

- Elenco delle associazioni convenzionate che offrono servizi di ospitalità/sostegno per care-giver/pazienti

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

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

- Definire i criteri di accesso e le mansioni, delle associazioni di volontariato oncologico , presso gli Enti sanitari accreditati nella R.O.C., tenendo conto dei bisogni reali dell'utenza e di quanto previsto dalle norme vigenti
- Si raccomanda di aggiornare ed omogeneizzare per tutti i PDTA, la mappatura geografica degli enti sanitari accreditati, ivi inclusi tumori rari/pediatrici.
- B Alla luce della Legge regionale 16 ottobre 2025, n. 30.:

“Rapporto medico paziente-aspetti comunicativi”

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

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

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

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

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

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

