

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

Edizione 2023



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

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

TUMORI DELL'ENDOMETRIO

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio¹

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

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

Incidenza

La stima al 2020 dei nuovi casi di tumori del corpo dell'utero in Europa² è di un ASR di 31.3 per 100.000 con un numero di casi atteso di 130.051. In Italia² al 2020 è stimato un ASR di 27.0 per 100.000 ed un numero di casi attesi di 10.013. La stima in Campania³ al 2022 indica un ASR di incidenza di 20,0 per 100.000 ed un numero di nuovi casi attesi di 706.

In Italia l'andamento temporale⁴, per il periodo 2003/2014, è sostanzialmente stabile (variazione percentuale annua di -0,1%, non significativa); tale sostanziale stabilità viene rilevata anche in

¹ I numeri del cancro in Italia 2019 – AIOM-AIRTUM

² JRC-ENCR: ECIS - European Cancer Information System (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).
<https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

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

⁴ I Tumori in Italia – Trend 2003/2014 – AIRTUM 2019

Campania a per il periodo 2008/2022, con un lieve decremento del trend dello 0,3 % annuo, non statisticamente significativo.

Mortalità

La stima al 2020 dei decessi per tumori del corpo dell'utero in Europa² è di un ASR di mortalità di 6.9 per 100.000 con un numero di decessi stimati di 29.963. In Italia² si stima al 2020 un ASR di 5.3 per 100.000 ed un numero di 2.152 decessi. La stima in Campania³ al 2022 indica un ASR di mortalità di 1.5 per 100.000 ed un numero stimato di decessi di 49.

Considerata la scarsa qualità della registrazione della mortalità per tumore dell'utero, in cui la quota più consistente di decessi viene registrata come "Utero non specificato", per la Regione Campania è stata stimata anche la mortalità per quest'ultima causa specifica; in aggiunta quindi ai tassi di mortalità specifici per tumore del corpo dell'utero (e della cervice uterina), va considerato il tasso di decessi per Utero NAS il cui ASR stimato al 2022 è di 5.5 per 100.000, con un numero di decessi stimato di 185.

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni per tumore dell'endometrio⁵ in Italia è pari al 77%. La probabilità di sopravvivere altri 5 anni, avendo superato il primo anno dalla diagnosi, è pari all'84%, ed al 95% dopo 5 anni dalla diagnosi. In Campania la sopravvivenza a 5 anni è pari al 74,5%; per il cancro dell'endometrio, come per quello della cervice, si conferma, dunque, una più bassa sopravvivenza rispetto al Pool Italiano dei Registri Tumori. Non essendo previsto per il cancro dell'endometrio uno screening organizzato di popolazione, tale minore sopravvivenza può essere motivata dalla presenza di criticità che intervengono lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dei casi di cancro accertati.

Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

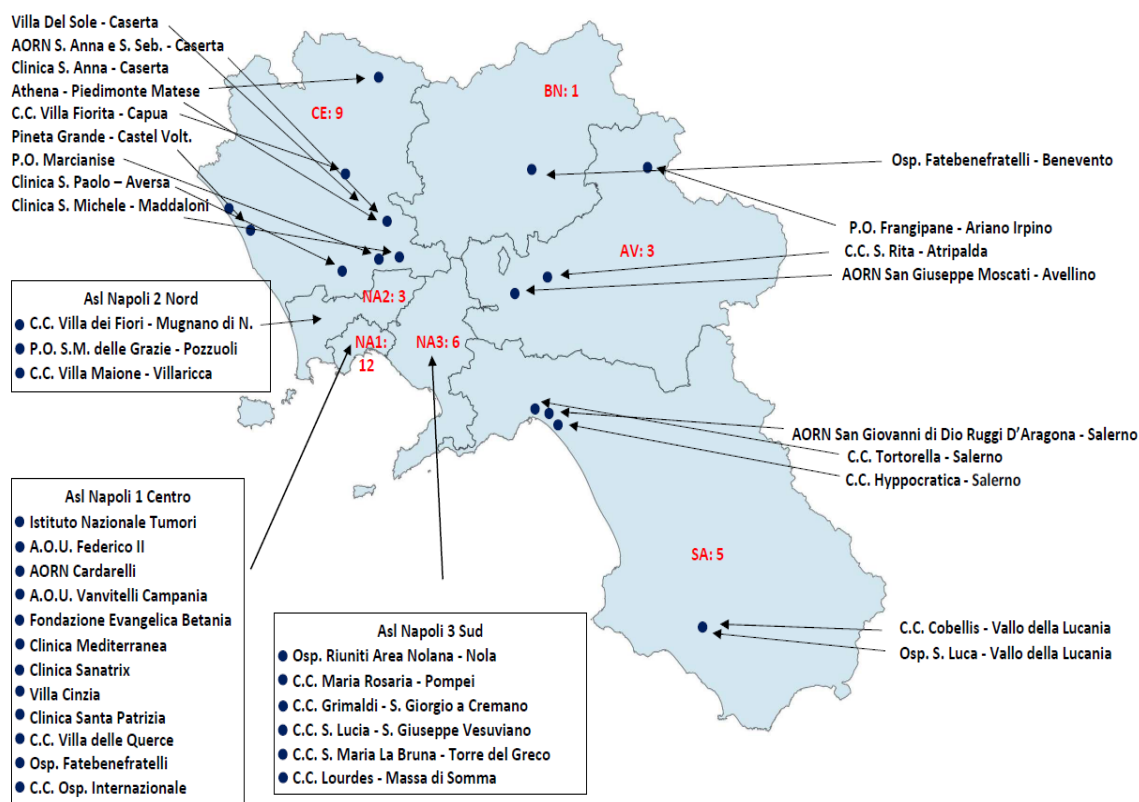
Nel triennio 2017/2019 sono stati trattati chirurgicamente per tumore dell'endometrio 2.076 donne residenti in Campania; di tali pazienti 1.712 (82,4% della casistica) sono state trattate in 68 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 64 (17.6 % della casistica) sono state trattate in ulteriori 79 diverse strutture extraregionali.

⁵ La sopravvivenza per cancro in Italia – dati AIRTUM 2016

(per la distribuzione delle strutture sul territorio regionale vedi mappa sotto riportata).

RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore dell'Endometrio

Strutture regionali abilitate ad entrare in rete in osservazione triennale 2022/2024: Nr 39



⁶ Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania DGRC 477 del 04/11/2021; DGRC 272 del 07/06/2022

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

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

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

Anamnesi personale e familiare

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

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

Nell'ambito dell'anamnesi familiare è opportuno identificare eventuali sindromi eredo-familiari nel cui contesto il tumore dell'endometrio potrebbe essersi sviluppato. In particolare, l'insorgenza di tale neoplasia in una donna giovane, in epoca premenopausale, può essere considerato evento sentinella della sindrome Lynch in un difetto dei meccanismi di "*mismatch repair*" ereditato come autosomico dominante. Queste pazienti presentano un rischio molto elevato di neoplasia del colon (probabilità del 70% di ammalare entro i 70 anni di età), ed è nota anche l'associazione con il tumore della mammella; pertanto, devono essere avviate ad un ambulatorio di *counseling* genetico per la corretta pianificazione della sorveglianza clinica (vedi paragrafo).

Visita ginecologica

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

Ecografia pelvica trans-vaginale

Permette di valutare lo spessore endometriale che varia da valori ≤ 5 mm nella donna in menopausa a valori da 1 a 14 mm nella donna in età fertile. Anomalie dello spessore, perdita di ecogenicità, vacuolizzazione dell'endometrio, ovvero la scomparsa o interruzione dell'alone periendometriale, alterazioni della perfusione ematica dell'endometrio valutati al color doppler, permettono di identificare processi sospetti.

Isteroscopia

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

Nuova classificazione molecolare

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

La classificazione molecolare completa sarebbe auspicabile in tutti i carcinomi endometriali, specie nei tumori di alto grado; la mutazione di POLE può essere omessa nella malattia di basso grado a rischio basso e intermedio.

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

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

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

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

Stadiazione pre-operatoria

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

STADIAZIONE FIGO 2009

Stadio I	Tumore limitato al corpo dell'utero
IA	Nessuna infiltrazione o $< 1/2$ del miometrio
IB	Infiltrazione $> 1/2$ del miometrio
Stadio II	Tumore esteso allo stroma cervicale, ma non fuori dall'utero
Stadio III	Estensione locale o regionale
IIIA	Estensione alla sierosa uterina, o alle ovaie

IIIB	Estensione alla vagina o ai parametri
IIIC	Estensione ai linfonodi pelvici o lombo-aortici
	IIIC1 Linfonodi pelvici positivi
	IIIC2 Linfonodi lombo-aortici positivi, indipendentemente dai pelvici
Stadio IV	Estensione alla mucosa vescicale o intestinale o metastasi a distanza
IVA	Estensione alla mucosa vescicale o intestinale
IVB	Metastasi a distanza

NUOVA STADIAZIONE FIGO 2023 (Pubblicata a Giugno 2023)*

Stadio I	
IA	IA1 Polipi endometriali o tumori confinati all'endometrio ad istotipo non aggressivo
	IA2 Coinvolgimento <50% del miometrio, senza o con "focale" LVSI, ad istotipo non aggressivo
	IA3 Tumore endometriale di basso grado limitato all'utero (<50% del miometrio, LVSI negativa o "focale") e con singola localizzazione ovarica(senza invasione o rottura della capsula)
IB	Tumori con invasione $\geq 50\%$ del miometrio, senza o con "focale" LVSI, ad istologia non aggressiva
IC	Polipi endometriali o tumori limitati all'endometrio, ad istologia aggressiva
IAmPOLEmut	Tumori POLE mutati confinati all'utero o con estensione cervicale, indipendentemente dall'LVSI, dall'invasione miometriale e dall'istotipo
Stadio II	
IIA	Tumori che invadono lo stroma cervicale, ad istologia non aggressiva
IIB	Tumori con LVSI "sostanziale", ad istotipo non aggressivo
IIC	Tumori con invasione miometriale (< o $\geq$ del 50%), ad istotipo aggressivo
IICmp53abn	Tumori p53 mutati confinati all'utero o con estensione cervicale, indipendentemente dagli altri fattori prognostici
Stadio III	
IIIA	IIIA1 Interessamento di ovaio e tuba (quando non rispettati i criteri per lo stadio IA3)
	IIIA2 Interessamento della sottosierosa uterina o diffusione attraverso la sierosa
IIIB	IIIB1 Diffusione diretta o metastasi alla vagina e/o ai parametri
	IIIB2 Metastasi al peritoneo pelvico (definito dalla linea che unisce le due spine iliache antero-superiori)
IIIC	IIIC1: tumori con interessamento dei linfonodi pelvici con micrometastasi (IIIC1i) o con macrometastasi (IIIC1ii)
	IIIC2: tumori con interessamento dei linfonodi para-aortici fino ai vasi renali, con o

	senza interessamento dei linfonodi pelvici, con la distinzione tra micrometastasi (IIIC2i) e macrometastasi (IIIC2ii)
Stadio IV	
IVA	Estensione alla mucosa vescicale o intestinale
IVB	Metastasi peritoneali al di fuori della pelvi
IVC	Metastasi a distanza (inclusi i linfonodi extra addominali o addominali che si trovano al di sopra dei vasi renali renali)

Di recentissima introduzione è una nuova stadiazione FIGO che nasce dalla necessità di integrare la vecchia stadiazione FIGO 2009 con la nuova classificazione molecolare ESGO/ESTRO/ESP 2021.

La stadiazione integra:

- (1) istotipo e grado di differenziazione (“non aggressive histological types”: tumori endometrioidi di basso grado versus “aggressive histological types”: tumori endometrioidi di alto grado, carcinoma sieroso, carcinoma a cellule chiare, carcinoma misto, carcinoma indifferenziato, carcinosarcoma, carcinoma mesonephric-like, carcinoma mucinoso gastrointestinal-type);
- (2) invasione degli spazi linfovaskolari (“negativa” se nessun vaso interessato, “focale” se interessati < 5 vasi, “sostanziale” se almeno 5 vasi interessati);
- (3) classificazione molecolare (POLE mutate, Mismatch Repair Deficiency - MMRd, abnormal p53*, no specific molecular profile - NSMP).

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

FIGO staging of endometrial cancer: 2023.

Chirurgia

Stadi iniziali FIGO I – II

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

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

Per quanto riguarda la linfadenectomia pelvica ed eventualmente lombo-aortica, non vi è uniformità di pensiero. Le evidenze scientifiche sono sempre più concordi nell'assegnare alla biopsia del linfonodo sentinella con verde indocianina una buona *performance* diagnostica con scopo stadiativo e potrebbe rappresentare un buon compromesso con significativa riduzione della morbidità postoperatoria. In particolare, la biopsia del linfonodo sentinella può essere presa in considerazione a fini stadiativi nella malattia in stadio iniziale a rischio basso e intermedio, e omessa in assenza di invasione miometriale; la linfadenectomia sistematica non è raccomandata in questo gruppo di pazienti, mentre è indicata nella malattia a rischio intermedio/alto e alto.

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

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

- **Alto rischio** (G3 con infiltrazione miometriale >50%) linfadenectomia pelvica e paraortica sistematica.

Sempre raccomandata la stadiazione linfonodale nello stadio II e la rimozione di linfonodi di volume aumentato.

Il trattamento chirurgico preclude la fertilità e potrebbe essere rifiutato da giovani donne desiderose di preservare il proprio potenziale riproduttivo. In tali donne il carcinoma endometriale si presenta generalmente con caratteristiche prognostiche favorevoli: istotipo endometriode, ben differenziato, minima/assente invasione miometriale. In questi casi, considerato il buon esito oncologico (riportate sopravvivenze libera da malattia a 5 e a 10 anni pari rispettivamente al 99.2% e al 98%), può essere proposto un trattamento conservativo che preveda la somministrazione orale (medrossiprogesterone o megestrolo acetato) o endouterina (spirale levonorgestrel-medicata) di un progestinico. Il trattamento farmacologico può essere preceduto o meno da chirurgia resettoscopica. Il trattamento conservativo è comunque da considerarsi temporaneo e finalizzato all'ottenimento della gravidanza, questa deve essere fortemente incoraggiata a partire dal riscontro di una risposta tumorale completa. Il trattamento chirurgico standard è raccomandato in caso di progressione di malattia, mancata risposta tumorale completa a 12 mesi, e al termine della gravidanza

Stadi avanzati III – IV

Nelle pazienti che in fase stadiativa risultino in stadio III e IV intra-addominale, qualora le condizioni della paziente e la diffusione di malattia lo permettano, sembra preferibile, un approccio chirurgico a scopo citoreducente in combinazione con chemioterapia e/o radioterapia. L'incertezza delle linee guida rende il trattamento dei terzi stadi personalizzato in funzione delle sedi di malattia. Nelle altre pazienti in stadio IV l'approccio chirurgico può avere un ruolo palliativo in quanto il trattamento di scelta è quello chemioterapico.

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

TERAPIA ADIUVANTE

Per la definizione delle successive scelte terapeutiche è opportuno suddividere le pazienti in classi di rischio prognostico secondo la classificazione aggiornata dalle linee guida ESGO/ESTRO/ESP 2020 (**Tabella 2**), basata su grading istologico, presenza o assenza di infiltrazione miometriale, stadio secondo FIGO 2018, tipo istologico, presenza o assenza di invasione linfovaskolare,

conoscenza o meno del profilo molecolare di malattia (p53, MSH6, PMS2, POLEmut). La caratterizzazione molecolare di malattia è consigliata soprattutto nei tumori di alto grado e nella malattia ad alto rischio. A questi fattori di rischio, sulla scorta di numerosi studi clinici vanno aggiunte anche l'età (> 60 anni secondo PORTEC1, PORTEC2), nella valutazione complessiva per l'indicazione ai trattamenti adiuvanti.

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

Classe di rischio	FIGO 2009	Grado	Istologia	LVSI	Trattamento adiuvante
Basso*	IA	1-2	E	Assente o focale	Follow-up
Intermedio**	IA	G3	E	Assente o focale	VBT/FU ⁷
	IB	1-2	E	Assente o focale	
	IA senza IM	1-2-3	NE	-/+	
Intermedio/Alto N0	IA	1-2-3	E	+	VBT/FU ⁷
	IB	1-2	E	+	EBRT +/- Chemioterapia
	IB	3	E	-/+	
	II	1-2	E	-	VBT
	II	1-2	E	+	EBRT + VBT +/- Chemioterapia
	II	3	E	-/+	
Intermedio/Alto NX	IA	1-2-3	E	+	EBRT +/- Chemioterapia
	IB	1-2	E	+	
	IB	3	E	-/+	
	II	1-2-3	E	-/+	EBRT +/- Chemioterapia + VBT
Alto	III-IVA	1-2-3	E	-/+	EBRT + Chemioterapia (+ VBT in caso di invasione stromale cervicale)
	I-IVA con IM	1-2-3	NE	-/+	

⁷ Il follow up è una opzione per le pazienti con età <60 anni, necessaria discussione con la paziente su rapporto rischio/beneficio.

Avanzato	III-IVA con malattia residua	1-2-3	E	-/+	EBRT + chemioterapia concomitante o sequenziale/ Chemioterapia
-----------------	------------------------------	-------	---	-----	---

Legenda

E: endometriode; NE: non endometriode (sieroso, cellule chiare, indifferenziato, carcinosarcoma, misto); LVSI: invasione degli spazi linfovaskolari; IM: invasione miometriale; EBRT: “External Beam Radiation Therapy” = radioterapia a fasci esterni; VBT: “Vaginal Brachytherapy” = brachiterapia endovaginale; N0: linfonodi risultati negativi alla stadiazione chirurgica; NX: stadiazione linfonodale non eseguita.

* Ove disponibile l’analisi molecolare alcuni autori ritengono che le pazienti POLE mutate in I e II stadio appartengano a questa categoria di rischio.

** Ove disponibile l’analisi molecolare, appartenerebbero a questa classe di rischio anche gli stadi IA con espressione abnorme di p53.

NB: In assenza di dati definitivi in letteratura, le scelte terapeutiche basate sul salto di “classe di rischio” dovuto al profilo molecolare di malattia sono ancora discutibili e dovrebbero essere sempre condivise con la paziente.

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

- ✓ **CLASSE DI RISCHIO BASSO (Stadio IA G1-G2, istotipo endometriode, assenza di invasione linfovaskolare sostanziale):** non è raccomandata nessuna terapia adiuvante, le pazienti verranno avviate a programma di follow-up clinico strumentale.
- ✓ **CLASSE DI RISCHIO INTERMEDIO (Stadio IA G3 e IB G1-2, istotipo endometriode, assenza di invasione linfovaskolare sostanziale; IA, non endometriode, senza invasione miometriale):** per il controllo della recidiva locale è indicata la brachiterapia sulla cupola vaginale. Per le pazienti con età <60 anni è comunque proponibile anche la sola osservazione. All’interno di questo gruppo intermedio ci sono le pazienti con tumori endometroidi e/o P53 abn con stadio IA senza invasione miometriale e in assenza di LVSI. Tuttavia, queste pazienti non sono state incluse negli studi randomizzati. Pertanto il potenziale beneficio della terapia adiuvante per tali pazienti non è chiaro.
- ✓ **CLASSE DI RISCHIO INTERMEDIO/ALTO (Stadio I, istotipo endometriode, con invasione linfovaskolare sostanziale; IB G3 e II stadio, istotipo endometriode,**

indipendentemente dalla presenza di invasione linfovaskolare): in caso di stadiazione chirurgica linfonodale eseguita con linfonodi risultati negativi è indicata la sola brachiterapia endovaginale; la radioterapia pelvica a fasci esterni e l'eventuale aggiunta di chemioterapia è da considerare solo nei G3 e/o in presenza di invasione linfovaskolare franca o in presenza di fattori aggiuntivi come l'età o le dimensioni del T. L'avvio ad un programma di Follow-up con stretto monitoraggio può essere considerato, su richiesta della paziente, negli stadi IA endometrioidi dopo condivisione del bilancio rischio/beneficio. In assenza di una stadiazione chirurgica linfonodale, è preferibile procedere a radioterapia a fasci esterni con l'eventuale aggiunta di chemioterapia nei G3 e/o in presenza di invasione linfovaskolare franca. Nelle pazienti sottoposte a radioterapia pelvica adiuvante, l'aggiunta di un sovradosaggio sulla cupola vaginale con brachiterapia è indicata solo nello stadio II (invasione dello stroma cervicale).

- ✓ **CLASSE DI RISCHIO ALTO: Stadio III e IVA istotipo endometrioide, Stadio IA-IVA non endometrioide con invasione miometriale, indipendentemente dal grading tumorale e dalla presenza di invasione linfovaskolare:** per lo stadio IIIA-B-C (in assenza di residuo tumorale), indipendentemente da una stadiazione chirurgica linfonodale sistematica, è indicata la radiochemioterapia (radioterapia a fasci esterni seguita da brachiterapia in caso di presenza di invasione stromale cervicale). Nello stadio IIIC2 è indicata anche l'irradiazione delle stazioni linfonodali paraortiche. Lo schema PORTEC 3 è da preferire. Ulteriori opzioni terapeutiche sono: la radiochemioterapia sequenziale e la sola chemioterapia. Negli istotipi speciali in stadio IA con invasione miometriale potrebbe essere prosposta la radiochemioterapia sequenziale o in casi selezionati la sola radioterapia pelvica.

- ✓ **MALATTIA AVANZATA: Stadio III e IVA con malattia residua:** in presenza di residuo tumorale dopo chirurgia, la sola chemioterapia o la combinazione di radio e chemioterapia (concomitante + sequenziale o sequenziale) sono entrambe opzioni accettabili.

Nella malattia localmente avanzata non resecabile, il trattamento deve essere individualizzato (radioterapia definitiva +/- chemioterapia, chemioterapia neoadiuvante a chirurgia o a radioterapia definitiva).

- ✓ **MALATTIA METASTATICA:** Nella malattia metastatica il trattamento **chemioterapico sistemico** secondo lo schema Carboplatino-Paclitaxel è la terapia di scelta, la radioterapia riveste un ruolo esclusivamente palliativo (Tab.3).

Nelle pazienti in IV stadio in condizioni generali scadute o non candidabili a chemioterapia può essere proposta l'ormonoterapia con medrossiprogesterone acetato, megestrolo acetato o tamoxifene.

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

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

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON RECIDIVA DI NEOPLASIA DELL'ENDOMETRIO

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

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

I farmaci di nuova indicazione e prima scelta a partire dalla seconda linea sono attualmente gli inibitori del checkpoint immunitario: dostalimab per le pazienti con instabilità dei microsatelliti (MSI) / deficit del Mismatch Repair (MMRd) trattate in precedenza con carboplatino e paclitaxel per tumore endometriale avanzato o recidivante, oppure l'associazione di pembrolizumab e

lenvatinib in caso di stabilità microsatellitare in assenza di alternative terapeutiche (Legge 648). Altri e già noti farmaci in indicazione in questo setting di pazienti sono: doxorubicina liposomiale pegilata (response rate 9-10%), paclitaxel (response rate 8 %) e topotecan (response rate 9%). L'impiego di antiangiogenici non ha prodotto vantaggi terapeutici pertanto non vengono utilizzati. L'ormonoterapia è riservata alle pazienti in condizioni cliniche generali scadute e non in grado di ricevere un trattamento chemioterapico sistemico. Progestinici quali medrossiprogesterone acetato o megestrolo acetato, e tamoxifene sono i farmaci più usati (Tabella 4).

Tabella 4. Trattamento malattia avanzata o recidivata

Istotipo	Terapia
<i>Recidiva locoregionale</i>	
Tutti gli istotipi	Chirurgia o radioterapia in pazienti non irradiate +/- chemioterapia
<i>Recidiva sistemica</i>	
Endometrioide basso grado	Ormonoterapia Opzione: Chemioterapia con carboplatino e paclitaxel
Alti gradi ed istotipi speciali	Carboplatino e paclitaxel per sei cicli Dostarlimab (pazienti con MSI) Pembrolizumab + lenvatinib (pazienti non MSI in assenza di alternative terapeutiche, Legge 648).
Terapia palliativa	Terapia di supporto o radioterapia

FOLLOW-UP

Ad oggi non esistono chiare evidenze sul ruolo e le modalità del follow-up.

Le indicazioni relative al timing delle visite di controllo derivano dall'evidenza che la maggior parte delle recidive avvengano nei primi 2-3 anni successivi al trattamento radicale. Secondo i dati disponibili, la sorveglianza delle pazienti affette da carcinoma dell'endometrio deve avvalersi di: un'accurata anamnesi volta alla ricerca di sintomi suggestivi di ripresa di malattia, ed esame obiettivo con visita ginecologica ogni 3-4 mesi nei primi tre anni dal trattamento primario, ogni 6 mesi nei successivi due anni. In assenza di indicazioni cliniche si raccomanda di non eseguire i seguenti esami: emocromo ed esami biochimici; esecuzione routinaria di markers tumorali, Pap-

test, esami radiologici. L'utilità della misurazione sierologica del marcatore CA125 è molto incerta così come l'uso dell'ecografia pelvica nel follow-up è stata associata ad una accuratezza diagnostica compresa tra il 4-31% pertanto mancano significative evidenze di raccomandazione. Per quanto riguarda l'esecuzione periodica della tomografia computerizzata (TC) addome-pelvi, trattandosi di un'indagine diagnostica del terzo livello ed in assenza di dati prospettici, tale metodica può ritenersi raccomandata solo in caso di sospetto clinico di ripresa di malattia.

Auspicabile è che il medico che conduce il follow-up suggerisca l'adozione di misure che riducano i fattori di rischio e che identifichi eventuali sindromi eredo-familiari (in particolare l'esecuzione del test MSI nelle pazienti di età inferiore ai 55 anni).

CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO E SINDROME EREDO-FAMILIARE

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

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

CURE PALLIATIVE

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

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

I criteri generali per la definizione di malattia terminale sono:

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

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

Attivazione Hospice - piattaforma ROC

Il case manager su indicazione medica può richiedere l'attivazione dell'Hospice tramite la piattaforma ROC. La richiesta è rivolta non solo ai pazienti in ricovero ordinario ma anche ai pazienti day hospital ed ambulatoriali. La richiesta viene valutata e confermata dal Centro delle Cure palliative dell'ASL del paziente così da procedere entro 48 ore successive al ricovero presso un Hospice pubblico o convenzionato della stessa ASL. In caso in cui non c'è disponibilità di Hospice nell'ASL del paziente, l'ASL si fa carico del paziente ed entro 48 ore successive programma il ricovero presso un Hospice pubblico o convenzionato di un'altra ASL. Nel 2023 si auspica l'attivazione del Dayhospice

 HOME
  PAZIENTI
  SCHEDE -
  CAMBIO PASSWORD
 Salve D'ERRICO DAVIDE 

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

Fornitura Ausili

Letto articolato	☐	Materasso	☐	Cought Assist	☐
------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------

 Salva

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 349 del 13/09/2022 della Regione Campania).

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

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

Percorso diagnostico GOM

Alcuni centri hanno attivato un percorso GOM con slot diagnostici dedicati, e sarebbe auspicabile che questa iniziativa si diffonda in tutti gli ospedali. Le prestazioni diagnostiche sono in regime ambulatoriale (con impegnativa).

Primo contatto con il paziente

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

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

Presa in carico del paziente

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

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

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

E' 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). Il GOM può svolgersi in presenza o in modalità telematica

Comunicazione al paziente

La comunicazione al paziente ha un ruolo fondamentale. Il case manager avvisa e spiega le modalità per le visite e gli eventuali esami diagnostici richiesti dal GOM, informa il paziente della data visita post-GOM e comunica con il medico l'indicazione diagnostica-terapeutica data dal GOM.

Verbali

Il referto del GOM è un documento che attesta dopo la valutazione del gruppo multidisciplinare la indicazione diagnostico-terapeutica proposta. Il verbale è composto dall'anagrafica, patologie concomitanti, terapie in corso ed anamnesi oncologica del paziente compilati dal case-manager o dal medico proponente. Durante il GOM vengono inclusi nel referto le valutazioni diagnostiche, l'indicazione e il programma. Una volta completato il referto con l'effettiva indicazione terapeutica, viene stampato e firmato dai membri che hanno discusso il caso (o per centri che effettuano riunioni telematiche viene stampato e firmato dal coordinatore del GOM e dal case-manager). Il case manager dopo la conclusione carica il referto sulla piattaforma della Rete Oncologica Campania per renderlo disponibile per gli MMG e medici segnalatori

Chiusura scheda - piattaforma ROC

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

Aperta la schermata e selezionata la voce "chiusura" il case manager procede all'inserimento delle date per gli 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.

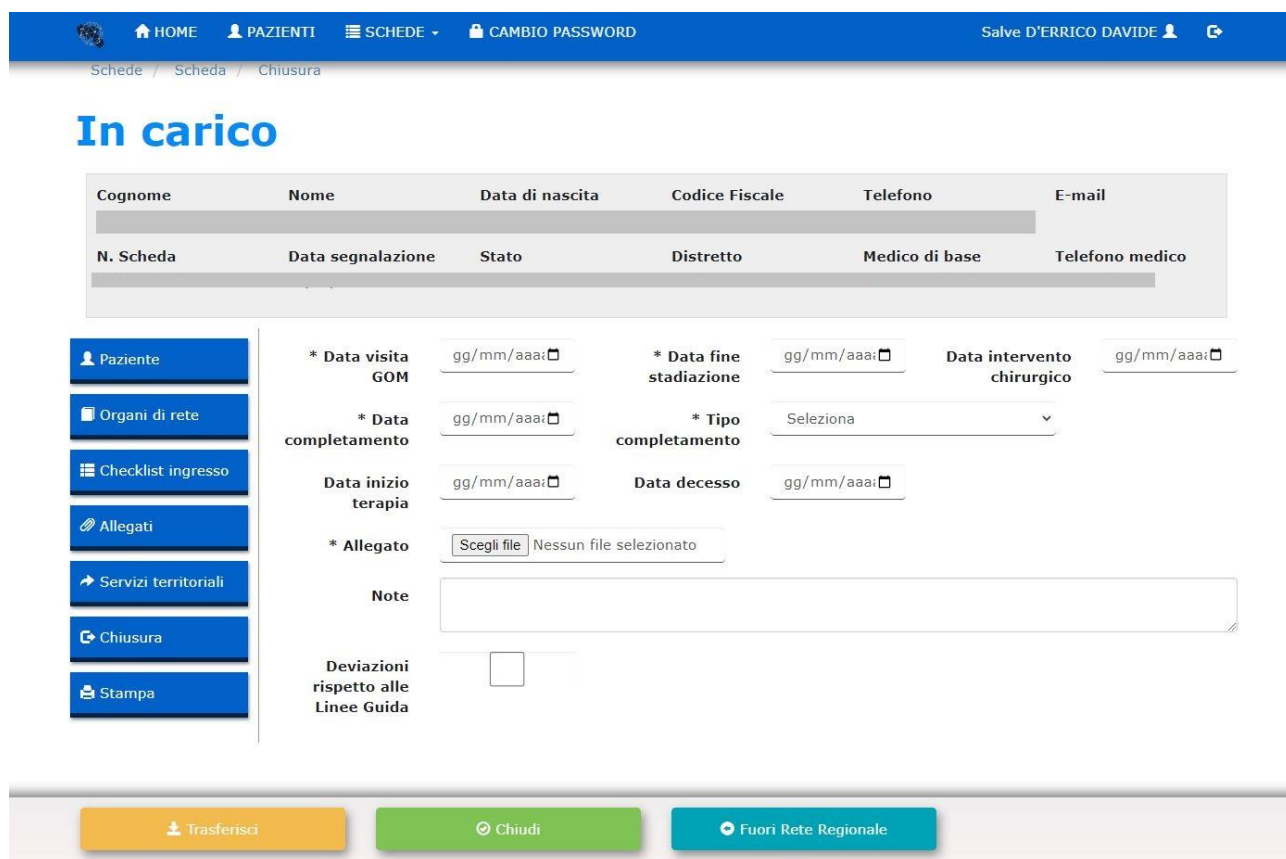
Tipi di completamento: bisogna selezionare l'indicazione data tra i campi della piattaforma. Tipi di completamento sono: **Follow-up, Chemio, Radio, Chemio-Radio, Ormonoterapia, Immunoterapia, Target therapy, Chirurgia, Sorveglianza clinico-strumentale, Indicazione al percorso oncogenetico, Non indicazione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

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

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

Deviazioni rispetto alle Linee Guida: il GOM completa il campo se l'indicazione differisce per ragioni cliniche da quanto previsto dalle linee guida (es. per età avanzata, comorbidità ecc)

Fuori Rete Regionale: il paziente rifiuta la proposta del GOM o vuole essere seguito extra-regione



In carico

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

Paziente

* Data visita GOM: gg/mm/aaa:

* Data fine stadiazione: gg/mm/aaa:

Data intervento chirurgico: gg/mm/aaa:

* Data completamento: gg/mm/aaa:

* Tipo completamento:

Data inizio terapia: gg/mm/aaa:

Data decesso: gg/mm/aaa:

* Allegato: Nessun file selezionato

Note:

Deviazioni rispetto alle Linee Guida: ☐

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

Continuità territoriale, Attivazione ADI attraverso la piattaforma ROC

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

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

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

Ai fini della richiesta è obbligatorio allegare la relazione clinica del GOM e compilare in modo completo la scheda di seguito riportata in modalità informatizzata.

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

HOME
PAZIENTI
SCHEDE +
CAMBIO PASSWORD

Salve D'ERRICO DAVIDE

Servizi

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

Paziente
Organi di rete
Checklist Ingresso
Allegati
Servizi territoriali
Chiusura
Stampa

Indirizzo diverso da residenza ☐

* Data presunta dimissione

* Relazione Servizi Nessun file selezionato

Il paziente è metastatico ☐

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

Familiari con sintomi o tampone effettuato per COVID-19? ☐

I conviventi sono stati vaccinati? ☐

Altre infezioni in atto? ☐

Se sì, specificare

Precedenti trattamenti attuati

Chirurgia	Chemioterapia endovenosa	Radioterapia
☐	☐	☐
Terapia oncologica orale	Ormonoterapia	Nessuno
☐	☐	☐

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 ☐	Cardiopatologia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia ☐
Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatologia organica ed ischemica ☐	Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es cuore polmonare cronico, insufficienza renale ☐
Iperensione arteriosa ☐	Accidenti vascolari cerebrali ☐
Diabete Mellito ☐	Malattie endocrine ☐
Piaghe da decubito ☐	Malattie epato-biliari ☐
Malattie osteo-articolari ☐	Malattie gastrointestinali ☐
Parkinsonismi ☐	Depressione ☐
Deficit sensoriali ☐	Malattie respiratorie ☐
	Malattie renali ☐
	Malnutrizione ☐
	Anemia ☐
	Vasculopatie periferiche ☐

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

Agitazione ☐	Angoscia ☐	Anoressia ☐
Ansia ☐	Astenia/Fatica ☐	Cefalea ☐
Confusione ☐	Delirium ☐	Depressione ☐
Diarrea ☐	Disfagia ☐	Dispepsia ☐
Dispnea ☐	Edemi ☐	Emorragia ☐
Febbre ☐	Insonnia ☐	Mucosite ☐
Prurito ☐	Xerostomia ☐	Stipsi ☐
Sudorazione ☐	Tosse ☐	Tremori/Mioclonie ☐
Vertigini ☐	Vomito/Nausea ☐	

Altre Problematiche

Alcolismo ☐	Tossicodipendenza ☐	Problemi psichiatrici ☐
------------------------------------	--	--

INDICE DI KARNOFSKY

Indice di Karnofsky

SCALA ECOG

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

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

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

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

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

☐ 5 - Morte

ATTIVITA' ASSISTENZIALI RICHIESTE

Nutrizione artificiale ☐

Ossigenoterapia ☐

Gestione accessi venosi già posizionati

Gestione Stomie ☐

Gestione incontinenza

Gestione ☐

Gestione catetere vescicale ☐

Gestione drenaggi ☐

Gestione lesione da pressione ☐

Medicazioni ☐

Terapia Trasfusionale ☐

Gestione terapia del dolore

Sedazione palliativa ☐

Necessità di riabilitazione ☐

Assistenza infermieristica ☐

Assistenza oncologica domiciliare ☐

Supporto Psicologo ☐

Interventi Spirituali ☐

Necessità attivazioni Servizi sociali ☐

Fornitura Ausili

Letto articolato ☐

Materasso antidecubito ☐

Cought Assist ☐

Ventilazione meccanica a lungo termine ☐

Deambulatore ☐

Comunicatore ☐

Rete Cardioncologica (CardioROC)

Nella piattaforma ROC è stato attivato il servizio di valutazione cardiologica per i pazienti 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 A**). 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 B**).

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

Figura A

Consulenza cardiologica per paziente complesso

Anamnesi generale

* Allegato Referto [Scarica documento](#)

Fattori di rischio cardiovascolare

Diabete	☐	IperensioneArteriosa	☐	Dislipidemia	☐	Fumo	☐
Obesita	☐	Familiarita	☐				
Pressione Arteriosa:		/		mm/Hg			

Precedenti eventi cardiovascolari

Insufficienza cardiaca	☐	Iperensione arteriosa	☐	Infarto miocardico-cardiopatia ischemica	☐	Arteriopatia obliterante periferica	☐
Iperensione polmonare	☐	Tromboembolismo venoso	☐	Fibrillazione atriale e altre aritmie	☐	Allungamento del tratto QT	☐

Comorbidità

CKD	☐	BPCO	☐	Diabete	☐	Epatopatia	☐
Anemia	☐	Altro	☐				

Anamnesi farmacologica prossima e remota

Terapia oncologica attuale

Antracicline	☐	Fluoropirimidine	☐	Composti del platino	☐	Agenti alchilanti	☐
Taxani	☐	Inibitori HER 2	☐	Inibitori VEGF	☐	Inibitori BCR-ABL	☐
Inibitori del proteasoma	☐	Inibitori del checkpoint immunitario	☐	Ormonoterapia	☐	Inibitori di BRAF	☐
Inibitori di ALK	☐	Inibitori HDAC	☐	Inibitori della tirosin-chinasi di Bruton	☐	Immunoterapia CAR-T	☐
TKIs	☐	Altro	☐				

Scrivere i nomi dei farmaci:

Figura B

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.

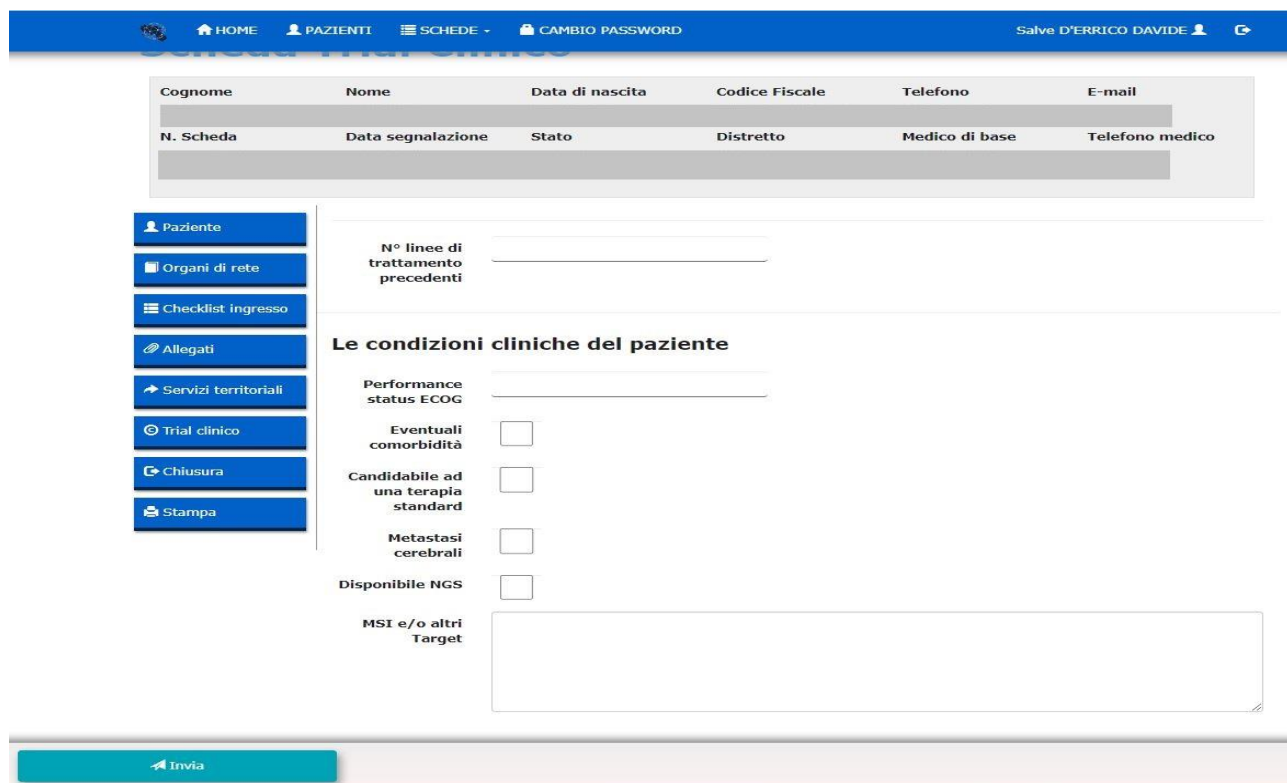
La richiesta del GOM avviene con la compilazione di una scheda di segnalazione ed allegando il verbale del GOM.

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



The screenshot shows a web application interface for patient registration. At the top is a blue navigation bar with links: HOME, PAZIENTI, SCHEDE, and CAMBIO PASSWORD. The user is logged in as 'Salve D'ERRICO DAVIDE'. Below the navigation bar is a table with two rows of headers: 'Cognome', 'Nome', 'Data di nascita', 'Codice Fiscale', 'Telefono', 'E-mail' and 'N. Scheda', 'Data segnalazione', 'Stato', 'Distretto', 'Medico di base', 'Telefono medico'. The main content area is divided into a left sidebar with buttons: 'Paziente', 'Organi di rete', 'Checklist ingresso', 'Allegati', 'Servizi territoriali', 'Trial clinico', 'Chiusura', and 'Stampa'. The main form area contains several fields: 'N° linee di trattamento precedenti' (text input), 'Le condizioni cliniche del paziente' (section header), 'Performance status ECOG' (text input), 'Eventuali comorbidità' (checkbox), 'Candidabile ad una terapia standard' (checkbox), 'Metastasi cerebrali' (checkbox), 'Disponibile NGS' (checkbox), and 'MSI e/o altri Target' (text input). At the bottom is a large blue button labeled 'Invia'.

Procedura per attivazione della valutazione da parte dei Molecular Tumor Board

La attività degli MTB regionali si inserisce nella esistente organizzazione della **Rete Oncologica Campana (ROC)**, strutturata sulle valutazioni dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) e sulle connessioni ospedale territorio.

I GOM Aziendali e Interaziendali istituiti presso **CORP E CORPUS della ROC** possono richiedere la valutazione da parte del MTB di riferimento, adottando i criteri stabiliti di accesso alla valutazione. La richiesta del GOM avviene con la compilazione di una scheda di segnalazione in piattaforma ROC ed allegando il verbale del GOM. Il centro deve compilare una scheda/richiesta informatizzata presente nella piattaforma ROC che riporti i parametri che consentono di individuare le caratteristiche del paziente (Tale scheda viene completata dal MTB al termine della valutazione molecolare. Il sistema di richiesta e presa in carico segue i meccanismi già in uso nella piattaforma per le attività dei GOM. Nella piattaforma viene registrata l'eventuale esecuzione del test e il risultato della valutazione con l'eventuale trattamento identificato sulla base della valutazione molecolare. Tale sistema consentirà una rendicontazione delle attività degli MTB, con cadenza bimestrale, come per tutte le altre attività della ROC.

I centri MTB in Regione attualmente attivi sono: Cardarelli, INT Pascale, AOU Federico II, AOU Vanvitelli, AOU Ruggi d'Aragona e Moscati (Avellino).

Scheda di segnalazione paziente per discussione nella riunione del Molecular Tumor Board attraverso piattaforma ROC

Struttura richiedente	
Nome Paziente	
Cognome Paziente	
Data Nascita (gg/mm/aa)	
Sesso	☐ M ☐ F
Etnia	☐ Caucasica ☐ Asia orientale ☐ Altro:
Data Diagnosi Malattia Metastatica (gg/mm/aa)	

Criteri di Eleggibilità	
Pazienti con malattia avanzata/metastatica che hanno ricevuto un test di profilazione genomica e che presentino quadri mutazionali che non hanno un immediato ed univoco inquadramento clinico (mutazioni rare, presenza di co-mutazioni, etc.)	SI ☐ NO ☐
Pazienti con malattia avanzata/metastatica con buon Performance Status (PS 0/1) ed un'aspettativa di vita > 6 mesi, per i quali è richiesto un test di profilazione genomica o un farmaco la cui prescrizione è di competenza del MTB (esempio test NTRK)	SI ☐ NO ☐
Pazienti con scarse opzioni terapeutiche o in rapida progressione dopo terapie standard anche con farmaci target o che abbiano esaurito le linee standard di terapia, con buon Performance Status (PS 0/1) ed un'aspettativa di vita > 6 mesi, per i quali è richiesto un test di profilazione genomica con NGS.	SI ☐ NO ☐

Disponibilità di materiale biologico	
Disponibilità di campione biologico alla diagnosi	SI ☐ NO ☐
Disponibilità di campione biologico alla progressione dall'ultima terapia (solo per pazienti pre-trattati)	SI ☐ NO ☐

Patologia	
Sede Tumore Primitivo	
Istologia	
Sedi malattia	
Intervento chirurgico su primitivo	SI ☐ NO ☐
Il paziente presenta comorbidità	SI ☐ NO ☐
Se si, indicare quali:	



Si tratta di un paziente Naïve	SI ☐	NO ☐
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) nei GOM

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

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

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

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

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

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

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

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

Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

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

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	C. Pisano, M. Orditura, C. De Angelis, A. Mollo, G. Bifulco, E Iannaccone, F. Gherardi, C. Scaffa, S. Gallo, C Ferrara
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL Ferdinando Riccardi, A.O. Cardarelli Vincenzo Montesarchio, A.O Dei Colli Cesare Gridelli, A.O. Moscati Antonio Grimaldi, A.O. Rummo San Pio Michele Orditura, A.O. S. Anna S. Sebastiano Fortunato Ciardiello, A.O.U. Luigi Vanvitelli Clementina Savastano, A.O.U. Ruggi Bruno Daniele, Ospedale del Mare Sabino De Placido, Federico II Gaetano Facchini. Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli Bruno Marra e Rodolfo Cangiano, ASL Caserta Filomena Sibilio, ASL Napoli 2 Mario Fusco, ASL Napoli 3 Giuseppe Di Lorenzo, ASL Salerno Stefano Pepe, ASL Salerno Tiziana Spinosa, ASL Napoli 1 Elena Fossi, ASL Benevento
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche a cura:	M. Fusco: Coordinamento registri Tumori della Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM (R.Bianco), CIPOMO (C. Savastano), SIMG (G.Piccinocchi)

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

PDTA Endometrio	- Si auspica che tutti i GOM (provvedano in tempi brevi e standardizzati a garantire ai pazienti in carico, tutte le prestazioni diagnostiche ambulatoriali (con impegnativa)) e realizzino dei percorsi dedicati per i pazienti in valutazione GOM. Questo risolverebbe in gran parte i disagi creati dal Decreto 599 del 28/12/2021, con la definizione dei tetti di spesa per i centri diagnostici accreditati. - Si auspica che tutti i Corp, Corpus e GOM della R.O.C, rendano pubblici i dati di performance sulla tempistica di erogazione dei servizi diagnostico-terapeutici-assistenziali, previsti nei PDTA. - Si auspica una piena partecipazione dei MMG alle attività dei GOM
--	---