

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 1 di 18

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

DIAGNOSI- TERAPIA - FOLLOW-UP TUMORI CUTANEI NON MELANOMA (NMSC)

1.1 Descrizione sintetica

Il PDTA individua ruoli e responsabilità cliniche e organizzative dei diversi professionisti coinvolti nella gestione dei/delle pazienti affette da tumori cutanei non melanoma (NMSC) dalla diagnosi ai vari processi di cura.

Il presente documento fornisce indicazioni limitatamente all'argomento in oggetto; non esclude l'autonomia e la responsabilità decisionale dei singoli professionisti sanitari e presuppone la corretta esecuzione dei singoli atti nella specifica competenza dei professionisti.

1.2 Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo
Virginia Caliendo	S.S.D. Dermochirurgia	Componente
Paolo Fava	S.C. Dermatologia U	Componente
Maria Teresa Fierro	S.C. Dermatologia U	Componente
Pietro Quaglino	S.C. Dermatologia U	Componente
Maria A. Amato	S.C. Dermatologia U	Componente
Patrizia Lista	S.C. Oncologia 1	Componente
Massimiliano Icardi	S.C. Oncologia 2	Componente
Francesco Cattel	S.C. Farmacia	Componente
Matilde Scaldaferrì	S.C. Farmacia	Componente
Mario Levis	S.C. Radioterapia U	Componente
Badellino Serena	S.C. Radioterapia U	Componente
Monica Rampino	S.C. Radioterapia U	Componente
Umberto Ricardi	S.C. Radioterapia U	Componente
Costanza Calia	S.C. Terapia del Dolore e Cure Palliative	Componente
Franco Picciotto	S.S.D. Dermochirurgia	Coordinatore del gruppo di lavoro

Verifica contenuti e approvazione	Autorizzazione all'emissione
Prof. Umberto Ricardi, Direttore del Dipartimento di Oncologia <i>Firmato in originale</i> Dott. Antonio Scarmozzino – Direttore Dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure <i>Firmato in originale</i> Dott. Giulio Fornero - Direttore S.C. Qualità Risk Management e Accreditamento <i>Firmato in originale</i>	Dott. Giovanni La Valle Direttore Sanitario AOU Città della Salute e della Scienza di Torino <i>Firmato in originale</i>

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso la S.C. Dermatologia U. La diffusione è effettuata per via elettronica in formato non modificabile [es. Adobe Acrobat (*.pdf)]. Sono consentite la visione a terminale e la stampa, ma non la modifica.

Non è consentito diffondere il documento, senza citarne le fonti e gli autori, in quanto i suoi contenuti sono proprietà della AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 2 di 18

Contenuti del documento

1.	Titolo, descrizione e gruppo di lavoro	1
1.1	<i>Descrizione sintetica</i>	1
1.2	<i>Gruppo di lavoro</i>	1
2.	Informazioni relative al documento	3
2.1	<i>Periodo di validità e revisione</i>	3
2.2	<i>Obiettivi</i>	3
2.3	<i>Ambito di applicazione</i>	3
2.4	<i>Terminologia e abbreviazioni</i>	3
3.	Contenuti del Documento	4
3.1	<i>Generalità</i>	4
3.2	<i>Tabelle riassuntive</i>	4
3.2.1	<i>Regolamento GIC</i>	4
3.2.2	<i>Epidemiologia</i>	5
3.2.3	<i>Descrizione sintetica dell'iter diagnostico</i>	5
3.2.4	<i>Descrizione sintetica dei trattamenti</i>	6
3.2.5	<i>Follow up</i>	7
3.3	<i>Diagramma di flusso</i>	8
3.3.1	<i>Flow-chart 1. Ingresso al CAS dermatologico.</i>	8
3.3.2	<i>Flow-chart 2.</i>	8
3.3.3	<i>Flow-chart 3. Patologia oncologica con presa in carico del paziente</i>	9
3.3.4	<i>Flow-chart 4. Patologia oncologica con presa in carico del paziente.</i>	9
3.4	<i>Attività</i>	10
3.4.1	<i>Diagnosi</i>	10
3.4.2	<i>Carcinomi basocellulari</i>	10
3.4.3	<i>Precancerosi: cheratosi attiniche</i>	11
3.4.4	<i>Carcinomi spinocellulari</i>	12
3.4.5	<i>Linfonodi palpabili o adenopatie agli esami strumentali: fna o biopsia linfonodale</i>	13
3.4.6	<i>Dissezione linfonodale radicale LINFONODI CERVICALI</i>	14
3.4.7	<i>Dissezione linfonodale radicale ALTRE SEDI</i>	14
3.4.8	<i>Carcinoma spinocellulare metastatico</i>	14
3.4.9	<i>Modalità' di presa in carico da parte del servizio di cure palliative</i>	15
3.4.10	<i>Follow-up</i>	15
3.4.11	<i>Carcinoma a Cellule di Merkel</i>	15
3.5	<i>Responsabilità</i>	16
3.6	<i>Bibliografia, Fonti e Riferimenti</i>	16
3.7	<i>Aspetti etici</i>	16
4.	Strumenti di Gestione del documento	17
4.1	<i>Documenti correlati</i>	17
4.2	<i>Monitoraggio</i>	17
4.2.1	<i>Attività di controllo</i>	17
4.2.2	<i>Indicatori</i>	17
4.3	<i>Modalità di implementazione</i>	17
5.	Allegati	18
5.1	<i>Moduli</i>	18
5.2	<i>Schede</i>	18

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 3 di 18

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

Questo documento ha validità di due anni dalla data di emissione, salvo che la disponibilità di nuove metodiche diagnostiche/terapeutiche si rendano disponibili o nuove necessità organizzative ne richiedano la modifica o la revisione in tempi più brevi. Le richieste di modifica possono essere effettuate dal responsabile di processo o dal coordinatore del gruppo di lavoro. Alla scadenza del quinto anno dalla data di emissione, la revisione del documento viene effettuata dai coordinatori e dal gruppo di lavoro.

Il presente documento è valido sino al 08/11/2020.

Revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0	08/11/2020	Trattandosi di documento di prima stesura non sono presenti modifiche

2.2 Obiettivi

Assicurare un'uniformità di comportamento dei professionisti coinvolti nel processo di diagnosi e cura coerentemente con le attività della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e le migliori evidenze di letteratura disponibili. Ottimizzare in tal modo il controllo della malattia al fine di migliorare la quantità e la qualità di vita delle pazienti.

2.3 Ambito di applicazione

Pazienti affetti da tumori cutanei non melanoma nell'ambito della AOU Città della Salute e della Scienza.

2.4 Terminologia e abbreviazioni

Acronimi

<i>Abbreviazione</i>	<i>Descrizione</i>
CAS	Centro accoglienza e servizi
ECT	Elettrochemioterapia
FNA	Aspirazione con ago sottile
GIC	Gruppo interdisciplinare di cure
GY	Gray
LN	Linfonodi
MMG	Medico di medicina generale
NMSC	Tumori cutanei non melanoma
PET	Tomografia ad emissione di positroni
RM	Risonanza magnetica
RX	Radiografia
TC	Tomografia computerizzata

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 4 di 18

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

Non applicato.

3.2 Tabelle riassuntive

3.2.1 Regolamento GIC

Coordinatore	<i>Dott. Franco Picciotto, S.S.D. Dermochirurgia</i>
Segreteria	<i>Sede e contatti della segreteria che provvede alle prenotazioni dei pazienti</i>
Sede dell'incontro	<i>CAS Centralizzato - Palazzina Pensionanti piano terra</i>
Periodicità dell'incontro e orario	
Modalità di refertazione	<i>Verbale, cartella clinica, cartella informatizzata (in questo caso precisare il nome del software) ecc</i>
Descrizione sintetica del funzionamento	<i>Viene descritta la storia del paziente con presa visione degli esami istologici biotici e degli esami di stadizione. Decisione collegiale sulla prescrizione di ulteriori esami e sul percorso terapeutico</i>
Descrizione del percorso assistenziale	<p>L'infermiere identifica i bisogni di assistenza della persona e formula i relativi obiettivi assistenziali del percorso:</p> <p>A) <u>Accoglie la persona assistita e la sua famiglia favorendone l'orientamento e la fiducia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valuta il livello di ansia o di preoccupazione manifestato dalla persona assistita, adattando, di conseguenza la comunicazione. • Valuta in base alle informazioni raccolte il problema di salute, il percorso diagnostico terapeutico, le abitudini di vita della persona assistita, le condizioni cliniche, il livello di autonomia con particolare attenzione. • Identifica, in base alle valutazioni effettuate, le necessità di aiuto alla persona assistita. <p>B) <u>L'infermiere, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica e programma, secondo priorità, gli interventi appropriati (sostitutivi, di compenso, di guida, di educazione, di sostegno) per raggiungere i risultati attesi, favorendo per quanto possibile la cooperazione della persona assistita. • Applica procedure/protocolli e istruzioni operative utili alla definizione della diagnosi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ identifica le diversità culturali e linguistiche; ▪ coinvolge la persona nella valutazione dei bisogni assistenziali al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito; ▪ attività di supporto in talune indagini diagnostiche (rilevazione parametri vitali, esami ematochimici, biopsie ossee, aspirato midollare, ecc...); ▪ gestisce con il medico il paziente candidato a trattamento chirurgico o oncologico applicando il protocollo/procedura Patient Blood Management (Decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"); ▪ da informazioni dettagliate sugli esami del percorso diagnostico; illustra la preparazione di accertamenti strumentali e ne coordina l'esecuzione; ▪ monitora il percorso diagnostico del paziente e contatta lo specialista di riferimento garantendone la continuità; • E' presente alla visita CAS (se non è possibile esegue una valutazione dedicata: contatta e organizza un accesso del paziente per la valutazione infermieristica) <ul style="list-style-type: none"> ▪ tutela la privacy;

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 5 di 18

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ raccoglie l'anamnesi assistenziale; ▪ informa sul percorso diagnostico-terapeutico proposto ed eventuali tossicità; ▪ valuta il patrimonio venoso e organizza il posizionamento CVC; ▪ valuta il dolore; ▪ individua e valuta le fragilità; identifica il care-giver da coinvolgere nel piano di cura su indicazione dell'assistito; ▪ effettua valutazione geriatrica; ▪ coinvolge la persona nella valutazione dei bisogni assistenziali al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito; ▪ collabora all'identificazione e all'inserimento dei pazienti nelle sperimentazioni cliniche; ▪ attiva i percorsi di collaborazione con la rete infermieristica interna; ▪ attiva consulenze di altri specialisti infermieri (enterostomiste; ecc); ▪ definisce percorsi e procedure in collaborazione con altri professionisti favorendo la continuità assistenziale e ottimizzando le risorse; ▪ pianifica con gli altri professionisti della cura un sistema di reporting sui percorsi assistenziali; ▪ attiva audit con la partecipazione dei cittadini (monitoraggio delle attività, eventi avversi, criticità); ▪ pianifica attività di monitoraggio del percorso diagnostico e di valutazione della qualità percepita. <p><u>Ruolo dell'infermiere PRIMA della discussione GIC:</u> - consulta l'agenda GIC dei pazienti prenotati; - recupera la documentazione (esami diagnostici eseguiti in azienda o presso altre strutture, preventivamente raccolti presso il CAS); - collabora con gli infermieri del CAS e prende visione delle schede di valutazione infermieristica.</p> <p><u>Ruolo dell'infermiere DURANTE DISCUSSIONE GIC:</u> - partecipa attivamente evidenziando eventuali problemi identificati durante la visita CAS; - condivide i piani di intervento con gli altri professionisti.</p> <p><u>Ruolo dell'infermiere POST GIC:</u> - organizza la presa in carico nei relativi servizi per garantire la continuità del percorso; - riferimento per il paziente ed i familiari (informazioni in merito il percorso clinico-assistenziale); - raccoglie dati relativi (programma excel): referti visita GIC casi discussi, diagnosi, documentazione presente, presa in carico presso i vari servizi.</p>
--	---

3.2.2 Epidemiologia

DESCRIZIONE DEL BACINO DI UTENZA	CITTÀ DI TORINO E PROVINCIA
NUMERO DI ABITANTI DEL BACINO DI UTENZA	ASL TO Città di Torino = 882.523
DISTRIBUZIONE DEI CAS NEL BACINO DI UTENZA	AOU CdSS – CAS UNIFICATO PRESSO IL P.O. MOLINETTE C/O EX MEDICINA D'URGENZA – PIANO TERRA – INGRESSO C.SO BRAMANTE 88/90
DISTRIBUZIONE DEI GIC NEL BACINO DI UTENZA	AOU CDSS

3.2.3 Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di prenotazione e sede	Tempi previsti di accesso
Sospetto NMSC	Visita	Medico di medicina Generale –	Immediato

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 6 di 18

	ambulatoriale/CAS	DEMA e prenotazione telefonica presso il CAS ¹	
		Medico di Pronto Soccorso – invio diretto presso ¹	Immediato
		Medico Specialista – DEMa e prenotazione telefonica presso il CAS ¹	Immediato
	Dermatoscopia manuale o digitale	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ²	
	Biopsia	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ²	Entro 7 gg
NMSC accertato	TC con mdc	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ³	Entro 10 gg
	RM con mdc	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ³	
	PET	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ⁴	Entro 10 gg
	Esami ematochimici e markers tumorali	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ¹	Entro 10 gg
	Visita GIC	Il CAS prenota la visita GIC tramite agenda cartacea presso ¹	Entro 14 gg

1 CAS Centralizzato – Padiglione Pensionanti piano terra

2 S.C. Dermatologia U ambulatorio – Padiglione Dermatologico piano terra

3 SC Radiologia 1 U – Palazzina Patologia Medica 2° piano;

SC Radiologia 2 – Palazzina Pensionanti piano seminterrato e Padiglione DEA piano terra;

SC Radiologia 3 U – Palazzina Clinica Medica piano seminterrato

4 SC Medicina Nucleare U – Palazzina Ciocatto piano seminterrato

3.2.4 Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di prenotazione e sede	Tempi previsti di accesso
Epitelioma basocellulare	Chirurgia resettiva	Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹	Entro 90 gg
	Radioterapia (concomitante o esclusiva)	Il GIC prenota il ciclo di chemioterapia tramite TrakCare ²	Entro 90 gg
	Chemioterapia (esclusiva)	Il GIC prenota il trattamento tramite TrakCare ³	Entro 30 gg
Epitelioma spinocellulare	Chirurgia resettiva	Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹	Entro 60 gg
	Radioterapia (concomitante o esclusiva)	Il GIC prenota il ciclo di chemioterapia tramite TrakCare ²	Entro 60 gg
	Chemioterapia (esclusiva)	Il GIC prenota il trattamento tramite TrakCare ³	Entro 30 gg
Epitelioma metastatico	Chemioterapia	Il GIC prenota la visita tramite TrakCare ³	Entro 30 gg
	Elettrochemioterapia	Il GIC prenota la visita tramite TrakCare ³	Entro 45 gg
	Cure palliative	Il GIC prenota la visita tramite TrakCare ⁴	Entro 30 gg
Carcinoma a cellule di Merkel	Chirurgia resettiva	Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹	Entro 30 gg
	Radioterapia adiuvante	Il GIC prenota il ciclo di chemioterapia tramite TrakCare ²	Entro 30 gg
	Chemioterapia (esclusiva)	Il GIC prenota il trattamento tramite TrakCare ³	Entro 30 gg

1 S.S.D. Dermochirurgia

2 SC Radioterapia U ambulatorio – Palazzina Radioterapia piano seminterrato

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	<i>08/11/2018</i>	Pagina 7 di 18

3 S.S.D. Dermochirurgia 1° piano R.O.

4 SC Terapia del Dolore e Cure Palliative – Palazzina Patologia Chirurgica 4° piano

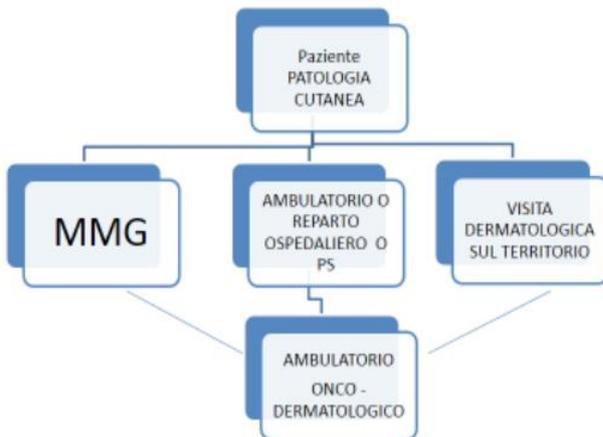
3.2.5 Follow up

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Controlli clinici (con ecotomografia linfonodi regionali, RX torace in casi selezionati)	Regolarmente per 5 anni	S.C. Dermatologia U ambulatorio – Padiglione Dermatologico piano terra

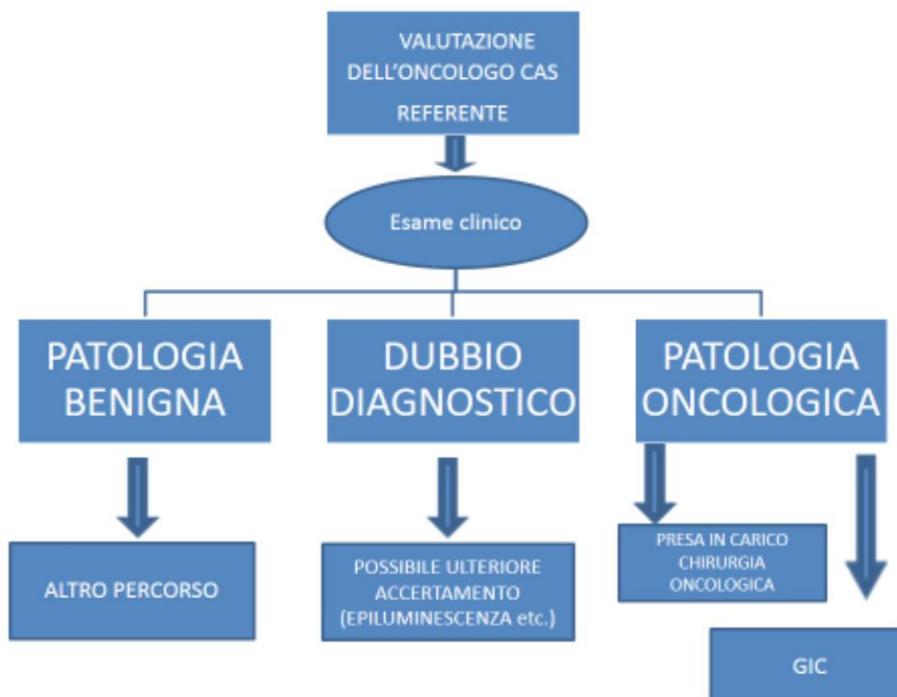
	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 8 di 18

3.3 Diagramma di flusso

3.3.1 Flow-chart 1. Ingresso al CAS dermatologico.



3.3.2 Flow-chart 2.



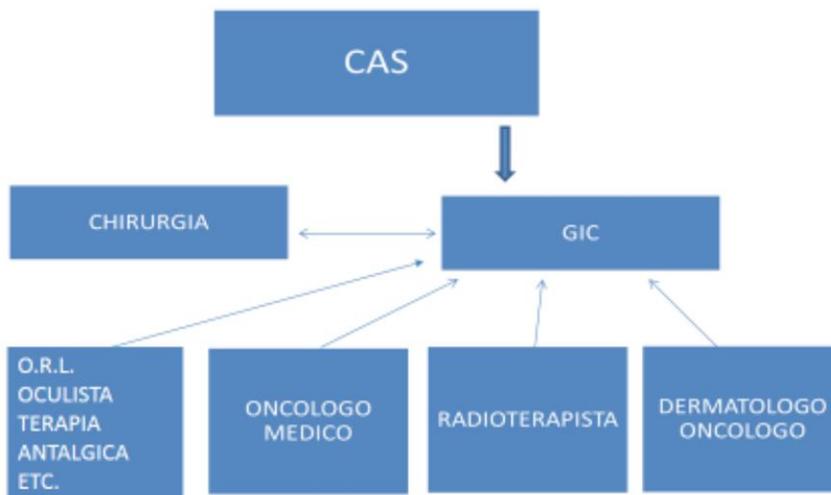
FUNZIONAMENTO DEL GIC: La discussione dei casi clinici viene effettuata collegialmente da tutti gli specialisti ogni 15 giorni (2° e 4° giovedì del mese) in assenza del paziente ma con tutta la documentazione clinica, radiografica e, se necessario, fotografica. La refertazione della visita GIC è informatizzata e viene effettuata subito dopo la discussione. La comunicazione al paziente della decisione terapeutica viene effettuata in un secondo tempo dal medico che ha in carico il paziente. Non esistono al momento procedure scritte.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 9 di 18

3.3.3 Flow-chart 3. Patologia oncologica con presa in carico del paziente
 (Il caso rientra nei protocolli e non richiede visita collegiale)



3.3.4 Flow-chart 4. Patologia oncologica con presa in carico del paziente.
 (Il caso non rientra nei protocolli e necessità di visita collegiale)



	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 10 di 18

3.4 Attività

3.4.1 Diagnosi

3.4.1.1 Sospetto di NMSC

Il paziente può essere inviato presso il Presidio P.O. Molinette - Padiglione Dermatologico o dagli specialisti ambulatoriali del territorio o dal MMG o dal Pronto Soccorso o da altri reparti. Durante una serie di incontri è stato definito con gli specialisti un percorso facilitato per l'accesso rapido. Il MMG definisce il livello di urgenza e nel caso di urgenza B la visita viene effettuata entro 10 giorni.

3.4.1.2 Prima visita P.O. Molinette - Padiglione Dermatologico

Il dermatologo visita il paziente con l'ausilio del dermatoscopio manuale e in caso lesione di dubbia interpretazione, può richiedere la video dermatoscopia digitale (epiluminescenza) o programmare direttamente l'exeresi della lesione.

3.4.1.3 Dermatoscopia digitale

La dermatoscopia digitale in epiluminescenza è una metodica diagnostica non invasiva (eseguita con video dermatoscopio Fotofinder) che consente di visualizzare "in vivo" strutture cutanee che possiedono un noto corrispettivo istologico aumentando l'accuratezza diagnostica e permettendo un preciso follow-up delle lesioni non escisse. L'utilizzo di questa metodica consente di suggerire l'urgenza appropriata per le neoformazioni sospette e di contenere il numero di exeresi inappropriate.

3.4.2 Carcinomi basocellulari

3.4.2.1 Tabella 1. Carcinomi basocellulari.

	A basso rischio di recidiva	Ad alto rischio di recidiva
Localizzazione e diametro	Area L < 20mm Area M < 10mm Area H < 6mm	Area L ≥ 20mm Area M ≥ 10mm Area H ≥ 6mm
Margini	Ben definiti	Mal definiti
Immunosoppressione	(-)	(+)
Pregressa RT	(-)	(+)
Istotipo	Non aggressivo nodulare, Superficiale: cheratinizzante, infundibolocistico, fibroepitelioma di Pinkus	Aggressivo: morfeiforme, metatipico, sclerodermico, misto.
Interessamento perineurale	(-)	(+)

AREA L: tronco ed arti escluse le regioni pre-tibiali, mani, piedi, unghie e caviglie.
 AREA M: guance, fronte, mento, cuoio capelluto e collo
 AREA H (ZONA A MAGGIORE RISCHIO DI RECIDIVA E METASTATIZZAZIONE): parte centrale del volto, palpebre, sopracciglia, area periorbitale, naso, labbra parte cutanea e vermilio, mento, mandibola, solco e cute peri e post auricolare, regione temporale e orecchio. Genitali, mani e piedi.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 11 di 18

3.4.2.2 Exeresi chirurgica carcinoma basocellulare

Ad oggi l'intervento chirurgico rimane l'opzione terapeutica migliore per il carcinoma basocellulare. In caso di diametro inferiore a 2 cm, ben circoscritti, l'asportazione risulta completa con margini di 4 mm.

BASSO RISCHIO:

- Curettage + diatermocoagulazione → follow-up
- Exeresi chirurgica (margini di 4mm) con valutazione postoperatoria dei margini:
- Se margini positivi:
 1. Chirurgia di Mohs o reintervento con valutazione dei margini di exeresi al congelatore o all'istologico definitivo.
 2. Radioterapia se non candidato al re-intervento.
- Se margini negativi → follow-up.
- Se non candidato all'asportazione chirurgica (per sede, estensione, co-morbilità) → Radioterapia → follow-up.

ALTO RISCHIO:

- Exeresi chirurgica con verifica istologica dei margini:
- Se margini positivi:
 1. Chirurgia di Mohs o asportazione con verifica intraoperatoria al congelatore o al definitivo.
 2. Radioterapia se non candidato al re-intervento.
 3. Se residuo di malattia con radioterapia o chirurgia controindicate → GIC e valutazione terapia con VISMODEGIB
- Se margini negativi → follow-up.
- Chirurgia di Mohs o asportazione con verifica istologica dei margini laterali e profondi al congelatore o al definitivo:
- Se margini positivi → Radioterapia.
- Se margini negativi → Radioterapia in caso di interessamento neurale.

Le dosi di radioterapia sono applicate in base alle linee guida NCCN 2014.

3.4.2.3 Terapia medica carcinoma basocellulare

Indicata in caso di carcinomi basocellulari a basso rischio, superficiali o dove la chirurgia e la radioterapia sono controindicate o non attuabili o in caso di epitelomi multipli.

TERAPIE TOPICHE (solo lesioni piane, non pigmentate e in sedi non ad alto rischio).

- Imiquimod 5%,
- terapia fotodinamica
- crioterapia

3.4.3 Precancerosi: cheratosi attiniche

TERAPIE ADEGUATE:

- crioterapia
- imiquimod 5%
- terapia fotodinamica
- curettage e DTC
- diclofenac
- laser e dermoabrasione

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 12 di 18

3.4.4 Carcinomi spinocellulari

3.4.4.1 Tabella 2.Carcinomi spinocellulari.

	A basso rischio	Ad alto rischio
Localizzazione diametro	Area L < 20mm	Area L ≥ 20mm
	Area M < 10mm	Area M ≥ 10mm
	Area H < 6mm	Area H ≥ 6mm
Margini	Ben definiti	Poco definiti
Primitivo vs Recidiva	Primitivo	Recidiva
Immunosoppressione	(-)	(+)
Sede di pregressa RT o infiammazione	(-)	(+)
Rapidità di accrescimento	(-)	(+)
Differenziazione	Ben o moderatamente differenziato	Poco differenziato
Profondità di invasione / livello di Clark	< 2mm o I, II, III	≥ 2mm o IV, V
Coinvolgimento vascolare o perineurale	(-)	(+)

AREA L: tronco ed arti escluse le regioni pre-tibiali, mani, piedi, unghie e caviglie.
 AREA M: guance, fronte, mento, cuoio capelluto e collo
 AREA H (ZONA A MAGGIORE RISCHIO DI RECIDIVA E METASTATIZZAZIONE): parte centrale del volto, palpebre, sopracciglia, area periorbitale, naso, labbra parte cutanea e vermilio, mento, mandibola, solco e cute peri e post auricolare, regione temporale e orecchio. Genitali, mani e piedi.

3.4.4.2 Exeresi chirurgica di carcinomi spinocellulari

BASSO RISCHIO:

- Curettage + diatermocoagulazione → follow-up.
- Exeresi chirurgica con margine di 4-6 mm e valutazione postoperatoria dei margini:
- Se margini positivi:
 1. Chirurgia di Mohs o reintervento con valutazione dei margini di exeresi al congelatore o all'istologico definitivo per area L.
 2. Radioterapia se non candidato al re-intervento.
- Se margini negativi → follow-up.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 13 di 18

- Se non candidato all'asportazione chirurgica (per sede, estensione, co-morbilità) → Radioterapia

ALTO RISCHIO:

- Exeresi chirurgica con verifica istologica dei margini:
- Se margini positivi:
 1. Chirurgia di Mohs o asportazione con verifica intraoperatoria al congelatore o al definitivo.
 2. Radioterapia.
- Se margini negativi → follow-up.
- Chirurgia di Mohs o asportazione con verifica istologica dei margini laterali e profondi al congelatore o al definitivo:
 1. Se margini positivi → Radioterapia.
 2. Se margini negativi → Radioterapia in caso di interessamento neurale.

Le dosi di radioterapia sono applicate in base alle linee guida NCCN 2014.

1) Gruppi ad alto rischio di sviluppare tumori multipli e particolarmente aggressivi:

- immunodepressi - trapiantati d'organo.
- xeroderma pigmentoso.

2) Fattori di rischio individuali:

- numero totale delle lesioni
- frequenza di sviluppo

3) Caratteristiche di aggressività del tumore:

- interessamento delle strutture profonde.
- interessamento perineurale.
- grado di differenziazione.

DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA:

Epiteliomi e altri tumori cutanei non melanocitari: colorazioni di sezioni multiple, sia in ematossilina-eosina sia in immunoistochimica

DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA:

Metastasi linfonodali: colorazioni di sezioni multiple, sia in ematossilina-eosina sia in immunoistochimica.

3.4.5 Linfonodi palpabili o adenopatie agli esami strumentali: fna o biopsia linfonodale

1° Accesso: visita cas presso il day surgery dermochirurgia tel 011-6335876

Tutte le prestazioni CAS hanno come caratteristiche quelle enunciate dalla Rete Oncologica e sono effettuate in regime 048 temporaneo (fig. 1 e 2).

Al primo accesso vengono effettuate le seguenti prestazioni:

- 1) Visita chirurgica, raccolta dati anamnestici e definizione degli accertamenti necessari alla diagnosi e stadiazione del tumore affinché il personale amministrativo/infermieristico possa garantire una prenotazione coordinata e tempestiva delle prestazioni.
- 2) Accoglienza infermieristica, esecuzione esami ematochimici, prenotazione esami di stadiazione (TC cranio torace addome con mdc e/o PET e/o RM encefalo) e visita anestesiologicala con impegnativa interna.

IN BASE ALL'ESITO ISTOLOGICO DELLA BIOPSIA LINFONODALE:

1. Se biopsia negativa → rivalutazione clinico strumentale (ripetere biopsia):
 - biopsia negativa → follow-up.
 - biopsia positiva → dissezione linfonodale.
2. Se biopsia positiva → Esami di stadiazione → Valutazione chirurgica:
 - pz operabile → Dissezione linfonodale locoregionale.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 14 di 18

- pz non operabile → Radioterapia o chemioterapia (da valutarsi anche in presenza di LN multipli o coinvolgimento extra capsulare).

3.4.6 Dissezione linfonodale radicale LINFONODI CERVICALI

- Un LN positivo ≤ 3 cm:
 - dissezione selettiva omo laterale → Radioterapia o follow-up (solo se non superamento capsulare).
- Un LN positivo > 3 cm o multipli omolaterali:
 - dissezione selettiva omolaterale → Radioterapia.
- Adenopatia bilaterale → Dissezione bilaterale → Radioterapia.
- Interessamento parotideo → Dissezione omolaterale + parotidectomia superficiale → Radioterapia.

Le dosi di radioterapia sono applicate in base alle linee guida NCCN 2014.

Qualsiasi linfonodo con superamento capsulare e qualsiasi asportazione incompleta → Radioterapia ed eventuale Chemioterapia.

3.4.7 Dissezione linfonodale radicale ALTRE SEDI

La dissezione linfonodale completa è indicata in caso di biopsia linfonodale positiva o di metastasi ai linfonodi regionali clinicamente o radiologicamente evidenti .

La descrizione dell'estensione della dissezione e il numero dei linfonodi esaminati definiscono l'adeguatezza della dissezione stessa.

Numero minimo di linfonodi da asportare, a seconda della sede:

- 7 linfonodi per quella latero-cervicale (≤ 3 livelli)
- 14 linfonodi per quella laterocervicale (≥ 4 livelli)
- 12 per quella ascellare (3 livelli)
- 6 per la sola dissezione inguinale

Dopo la dissezione viene programmata discussione collegiale al GIC.

3.4.8 Carcinoma spinocellulare metastatico

VISITA CAS: c/o COES

Al primo accesso vengono effettuate le seguenti prestazioni:

1. Visita, raccolta dati anamnestici e definizione degli accertamenti necessari alla diagnosi e stadiazione del tumore affinché il personale amministrativo/infermieristico possa garantire una prenotazione coordinata e tempestiva delle prestazioni.
2. Accoglienza infermieristica, esecuzione esami ematochimici, prenotazione esami di stadiazione (TC cranio torace addome con mdc e/o PET e/o RM encefalo) e visita anestesiologicala con impegnativa interna.

I pazienti vengono abitualmente prenotati dopo consulto GIC, O inviati sia da medici del territorio che dai dermochirurghi oppure dagli ambulatori di follow-up effettuati dai medici della SC Dermatologia U e Dermatologia Chirurgica.

CHEMIOTERAPIA:

I linea: CISPLATINO da solo o in associazione con 5 Fluorouracile

II linea: CETUXIMAB (off-label): numerosi case-reports hanno riportato una significativa efficacia clinica associata a scarsa tossicità.

TERAPIE LOCOREGIONALI: ELETTROCHEMIOTERAPIA

L'elettrochemioterapia (ECT) è una tecnica per il trattamento di metastasi cutanee di diversa origine, che combina elettroporazione e chemioterapia e permette di aumentare l'azione di farmaci citotossici che normalmente non attraversano con facilità la membrana cellulare, ottenendo percentuali di risposta dal 60% fino al 90% delle lesioni

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 15 di 18

trattate. L'ECT è un trattamento locale che può anche essere utilizzato in caso di epitelomi primitivi non operabili in un contesto di palliazione.

3.4.9 Modalità di presa in carico da parte del servizio di cure palliative

Se il paziente è ricoverato viene richiesta una valutazione da parte del servizio di cure palliative per definire se è possibile l'attivazione del percorso di cure palliative a domicilio o se è necessaria l'attivazione del percorso Hospice; in questo caso le adempimenti amministrative vengono espletate dal servizio di cure palliative. Per i pazienti seguiti in regime di Day-Service, viene ugualmente richiesta una valutazione da parte del servizio di cure palliative dell'Azienda. In casi selezionati, per pazienti già seguiti in ADI, vengono anche presi contatti diretti con il MMG o i servizi territoriali di cure palliative.

3.4.10 Follow-up

I controlli clinici vengono regolarmente effettuati per 5 anni. Gli esami strumentali richiesti sono ecotomografia linfonodi regionali ed Rx torace in casi selezionati e vengono effettuati sul territorio con impegnativa mutualistica a meno che vi sia un sospetto di recidiva nel qual caso il paziente viene preso in carico dal CAS.

3.4.11 Carcinoma a Cellule di Merkel

1° Accesso: visita cas presso il day surgery dermochirurgia tel 011-6335876

Tutte le prestazioni CAS hanno come caratteristiche quelle enunciate dalla Rete Oncologica e sono effettuate in regime 048 temporaneo (fig. 1 e 2).

Al primo accesso vengono effettuate le seguenti prestazioni:

1. Visita chirurgica, raccolta dati anamnestici e definizione degli accertamenti necessari alla diagnosi e stadiazione del tumore affinché il personale amministrativo/infermieristico possa garantire una prenotazione coordinata e tempestiva delle prestazioni.
2. Accoglienza infermieristica, esecuzione esami ematochimici, prenotazione esami di stadiazione:
 - Ecografia dei linfonodi regionali e dell'addome completo.
 - Rx torace.
 - Biopsia del linfonodo sentinella (circa 30% positivi).
 - PET corporea totale.

Terapia:

- Escissione chirurgica completa con 2 cm di margini, se possibile.
- Radioterapia adiuvante con 50 Gy di:
 - letto tumorale;
 - bacino linfonodale regionale.
- Dissezione linfonodale radicale per:
 - SLNB positivi;
 - adenopatia ecograficamente o clinicamente evidente.
- In caso di lesione inoperabile → Radioterapia 56-65 Gy.

Chemioterapia carcinoma di Merckel avanzato:

- Ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina.
- Etoposide, cisplatino.
- Ciclofosfamide, epirubicina, vincristina.
- Ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina alternando etoposide, cisplatino.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 16 di 18

3.5 Responsabilità

La responsabilità dell'attuazione delle attività descritte è attribuita a tutte le figure professionali componenti il GIC, ad ognuna secondo le proprie competenze professionali specifiche.

Matrice delle responsabilità

Attività Attori	S.C. Dermatologia U	S.S.D. Dermochirurgia	S.C. Anatomia Patologica U	SS.CC. Oncologia 1-2	S.C. Terapia del Dolore e Cure Palliative	S.C. Radioterapia U	Amministrativo CAS	Responsabile Infermieristico CAS
Prenotazioni cas							R	
Presenza in carico infermieristica cas								R
Prima visita	R							
Exeresi chirurgica di carcinomi	C	R						
Terapia medica carcinoma	R	C						
Biopsia linfonodale	C	R						
Dissezione linfonodale radicale cervicale o altre sedi	C	R						
Radioterapia	C					R		
Chemioterapia	C			R				
Presenza in carico da parte del servizio di cure palliative					R			
Follow-up	R			C				

R = Responsabile **C** = Collabora

3.6 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

Non applicato.

3.7 Aspetti etici

Il presente documento permette di definire un approccio integrato e multidisciplinare al trattamento dei pazienti affetti da tumori cutanei non melanoma che tenga comunque conto sia delle diverse situazioni cliniche che delle aspettative del paziente in termini di guarigione ma sempre con attenzione alla qualità di vita.

In caso di protocolli sperimentali ogni procedura sarà sottoposta al comitato etico interaziendale al fine di garantire la miglior pratica clinica con le migliori garanzie di sicurezza sia in termini di efficienza che di efficacia.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 17 di 18

4. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

Non applicato.

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

Periodicamente saranno valutati indicatori indiretti della applicazione del presente PDTA al fine di valutare la corretta attuazione delle attività indicate e le eventuali criticità presenti nel presente percorso diagnostico-terapeutico.

4.2.2 Indicatori

<i>indicatore</i>		<i>N/D</i>	<i>fonte dati</i>	<i>responsabile</i>	<i>standard</i>
Percentuale di pazienti affetti da NMSC afferiti al PO e prese in carico al CAS	N	Numero di accessi al CAS	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affetti da NMSC	Database	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affetti da NMSC afferiti al PO e discusse in riunione GIC	N	Numero di accessi al GIC	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affetti da NMSC	Database	Coordinatore GIC	

4.3 Modalità di implementazione

Sarà cura di tutti i partecipanti al gruppo di lavoro che ha provveduto alla stesura del presente documento diffonderlo all'interno delle strutture sanitarie aziendali di appartenenza.

Il presente PDTA sarà inviato a tutti i membri del GIC sopra elencati e sarà pubblicato sul portale Aziendale e della Rete Oncologica regionale.

	TUMORI CUTANEI NON MELANOMA	PDTA.A909.E010	Rev. 0
	PDTA	<i>08/11/2018</i>	Pagina 18 di 18

5. ALLEGATI

5.1 Moduli

Non applicato.

5.2 Schede

Non applicato.