

 A.O.S. Croce e Carle Cuneo	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PDTA_006 Non Melanoma della cute	Data di emissione: Data ultima revisione:30/11/2018 Revisione n. 02
Stesura	Verifica/Approvazione	Emissione
dott.ssa Marcella Occelli SC Oncologia Coordinatore GIC Melanoma e Non Melanoma <i>(firmato in originale)</i>	dott. Alessandro Garibaldi Direttore Sanitario di Presidio f.f <i>(firmato in originale)</i>	dott.ssa Paola Malvasio Direttore Sanitario d' Azienda <i>(firmato in originale)</i>

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Corrado Bedogni	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore Sanitario	Paola Malvasio	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore Sanitario di Presidio f.f	Alessandro Garibaldi	<i>(firmato in originale)</i>
Responsabile Gestione delle Attività e Funzioni afferenti alla S.S. DiPSa	Rosanna Meinero	<i>(firmato in originale)</i>
Referente S.S DiPSa per la Rete Oncologica	Daniele Dogliotti	<i>(firmato in originale)</i>
Coordinatore Day Service, CPRC, CAS	Silvana Brao	<i>(firmato in originale)</i>
Coordinatore GIC Melanoma e Non Melanoma	Marcella Occelli	<i>(firmato in originale)</i>
Funzione Qualità ed Accreditamento	Manuela Rosso	<i>(firmato in originale)</i>
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Elvio Grazioso Russi	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle d' Aosta	Oscar Bertetto	<i>(firmato in originale)</i>

Stato di revisione

Si tratta della revisione 02. Il documento è stato inserito nel format proposto dal Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d' Aosta (nota protocollo n.35446 del 05/04/2018). I contenuti della revisione 01 sono stati ripresi ed aggiornati nel presente format e nei documenti ad esso correlati.

Le modifiche apportate riguardano:

- Aggiornamento composizione GIC
- Aggiornamento esami di stadiazione, trattamenti e follow up
- Aggiornamento letteratura di riferimento

Data di approvazione	30/10/2018
Periodicità di revisione	Annuale
Data prossima revisione	01/11/2019
Modalità di diffusione interna	Sul portale Aziendale a disposizione di tutto il personale dell' Azienda per consultazione
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d' Aosta	

Composizione GIC (prevista da D.G.R. 21.05.2014 N. 48-7639)

Indicati con * le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare

Disciplina/Struttura	Referente	Firma
Dermatologia	Dr. Michele BERTERO (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Luca MUSSO (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Chirurgia Generale	Dr. Marino LANDRA (Vice Coordinatore) (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Paolo BOSIO (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Chirurgia Plastica	Dr. Alberto RIVAROSSA (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr.ssa Alla KOZINA (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Chirurgia Day Surgery	Dr. Fulvio LAVAGNA	<i>firmato in originale</i>
Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale	Dr.ssa Silvia PONZO (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Fabio BRAMARDI (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Chirurgia Maxillo-Facciale	Dr. Marco BERNARDI (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Andrea NASI (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Anatomia Patologica	Dr. Giuseppe FORTE (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr.ssa Grazia SCIANCELEPORE (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Radiodiagnostica	Dr. Enrico BARALIS (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Michelangelo MERCURI (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Radioterapia	Dr. Elvio Grazioso RUSSI	<i>firmato in originale</i>
Oncologia	Dr.ssa Marcella OCCELLI (Coordinatore) (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr.ssa Anna Maria VANDONE (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Infermiere	Michela ROVERA (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Anna FANTINO (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
	Magda FILIPPA (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
Oculistica*	Dr. D' Amico Giovanni (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr. Agostino VAIANO (sostituto)	<i>firmato in originale</i>

<i>Laboratorio Analisi, Chimico, Cliniche e Microbiologia*</i>	Dr.ssa Antonella MAFFE' (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr.ssa Silvana UNGARI (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
<i>Medicina Nucleare*</i>	Dr. Franco ACCHIARDI (titolare)	<i>firmato in originale</i>
	Dr.ssa Mariangela TARICCO (sostituto)	<i>firmato in originale</i>
<i>Cure Palliative (Attiva convenzione con ASL CN1)*</i>	Dr. Pietro LA CIURA	<i>firmato in originale</i>

GIC - regolamento

Coordinatore	<i>Marcella Occelli Oncologia 0171 616350</i>
Segreteria	<i>CAS Centrale PO A. Carle - Confreria Cuneo (piano terra blocco A), tel. 0171.616363 mail: ao.cuneo.cas@legalmail.it</i>
Sede dell'incontro	<i>Sala dedicata presso la SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino 26, Cuneo (piano seminterrato blocco D). La sala è dotata di sistema di videoconferenza per lo svolgimento dei GIC Interaziendali di Area.</i>
Periodicità dell'incontro e orario	<i>Quindicinale, il venerdì dalle ore 14</i>
Modalità di refertazione	<i>Per ogni caso clinico viene compilato il referto di visita GIC su applicativo informatico aziendale che può essere consultato dai vari Specialisti.</i>
Descrizione sintetica del funzionamento	<i>Lo specialista che effettua la visita CAS redige la richiesta dematerializzata di consulto GIC. Terminato il percorso di stadiazione, il personale del CAS prenota la discussione GIC su apposito applicativo aziendale. L'infermiere del CAS prepara la documentazione clinica utile alla discussione GIC e provvede ad inviare la lista dei casi da discutere a tutti i professionisti GIC (su indicazione dello specialista che propone il caso vengono convocati eventuali clinici a chiamata). I casi che accedono al GIC vengono presentati dallo specialista che ha in carico il paziente. Durante la discussione multidisciplinare si prende visione degli esami strumentali di stadiazione eseguiti dal paziente e si prendono decisioni sulle possibilità curative o palliative degli eventuali trattamenti sulla base dello stato di malattia, l'età e le comorbidità. Vengono inoltre discussi i casi di recidiva, se lo Specialista Oncologo o Dermatologo che esegue il follow-up ritiene sia necessaria una valutazione collegiale. Eventuali esami di ristadiazione sono prescrivibili con classe di priorità e prenotati dal paziente stesso. Vengono discussi in GIC tutti i pazienti che entrano nel percorso CAS, salvo eccezioni (per sottotipi istologici, margini, sede,...)</i>
Descrizione del percorso assistenziale	<i>L'infermiere in GIC, al fine di garantire la continuità assistenziale, riceve comunicazione dall'infermiere CAS (se altra persona) delle eventuali problematiche e/o risorse relative alla persona assistita, prende in carico il paziente e si occupa di: - partecipare alle discussioni multidisciplinari GIC (preoperatorie, postoperatorie e in caso di ripresa di malattia)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - prendere in carico non solo il paziente, ma più globalmente dell'intera famiglia del soggetto. In tale fase si prevede una stretta collaborazione tra Infermiere CAS e GIC - portare all'attenzione del GIC la situazione psicosociale del paziente, la fragilità geriatrica, quella familiare o altre problematiche che possano insorgere durante il ricovero o che possano influire in modo significativo sulle terapie che il paziente dovrà affrontare successivamente - prenotare, in collaborazione con il personale amministrativo, visite, esami aggiuntivi o di ristadiazione, di completamento e approfondimento, decisi durante la riunione GIC, informando anche il paziente su modalità e tempi di esecuzione degli stessi - facilitare la comunicazione tra i vari membri del team multidisciplinare - trasmettere i dati assistenziali ai servizi coinvolti nel percorso del paziente (CPRC, Day Service, reparto di degenza, DH Oncologico, RT, ecc.) - garantire che i pazienti ricevano le cure richieste e raccogliere, durante le diverse fasi del percorso, le informazioni utili al monitoraggio del percorso assistenziale - partecipare alla definizione dei problemi assistenziali e interdisciplinari del paziente - concorrere all'individuazione degli obiettivi del paziente intesi come obiettivi fisici, funzionali, psicologici, sociali e ambientali - identificare la reazione del paziente alla diagnosi tumorale e concorrere alla rilevazione dei bisogni psicologici - supportare lo specialista nella comunicazione del piano terapeutico/chirurgico e nella condivisione multidisciplinare per la pianificazione, nel più breve tempo possibile, delle procedure previste - assolvere un ruolo di educazione terapeutica del paziente e del caregiver - partecipare all'aggiornamento del PDTA.
--	--

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	Distretto Sud-Ovest (città di Cuneo-BSD-Dronero)
Numero di abitanti del bacino di utenza	161.000 (dati aggiornati a dicembre 2017)
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS Centrale AO S.Croce e Carle - Cuneo
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	GIC Melanoma e Non Melanoma dell'AO S.Croce e Carle Cuneo

Neoplasie di pertinenza del GIC

Non Melanomi
Istologie particolari (Tumore di Merkel, Dermatofibrosarcoma e Sarcoma di Kaposi)
Melanoma oculare
Melanoma delle mucose
Melanoma cutaneo

Entrano nel PDTA tutti i pazienti con sospetto o diagnosi certa di:

- Carcinoma Basocellulare o Basalioma (BBC);
- Carcinoma Spinocellulare o Spinalioma (SCC);

Non entrano nel PDTA i pazienti con:

- Melanoma (PDTA Tumori cutanei: Melanoma);
- Linfoma cutaneo (patologia di pertinenza ematologica);
- Istologie particolari (Tumore di Merkel, Dermatofibrosarcoma e Sarcoma di Kaposi);
- Metastasi cutanee da altra patologia;
- Lesioni non neoplastiche.

PREMESSE

1. Il clinico che consegna esame istologico espleta e referta sempre visita CAS, prima di inserire il caso al GIC;

2. La discussione GIC avviene a visita CAS effettuata.

3. Al momento della visita CAS lo specialista emette la prescrizione dematerializzata per la discussione GIC.

4. Necessitano di visita CAS:

- SCC ad alto rischio (secondo PDTA aziendale)
- Tumori di Merkel
- istologie rare o complesse

- **In casi altamente selezionati/complessi è possibile effettuare la discussione GIC, per effettuare una lettura congiunta del referto istologico prima della consegna dello stesso al paziente durante la visita CAS.**

CARCINOMA BASOCELLULARE O BASALIOMA (BBC)

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2018.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con lesione sospetta senza referto di visita dermatologica; paziente con referto di visita dermatologica con sospetto di lesione cutanea o nodulare dubbia e/o di difficile interpretazione SENZA DERMATOSCOPIA	Visita Dermatologica	Richiesta dematerializzata del MMG o di altro specialista con indicazione del sospetto e della sede della lesione. La prenotazione può essere effettuata dal paziente: -di persona presso gli sportelli del Centro Unico Prenotazioni interaziendale dell'AO S.Croce e Carle e dell'ASL CN1 a Cuneo in via Carlo Boggio n.12 dal lunedì al venerdì non festivi dalle ore 8 alle ore 17 -telefonicamente contattando il Calle Center unificato AO S.Croce e Carle e ASL CN1 al numero 0171078600 dal lunedì al venerdì con orario 8-18. L'ambulatorio si svolge quotidianamente dal lunedì al venerdì in orario giornaliero presso il PO A.Carle (piano terra blocco ambulatoriale)	In ottemperanza alla classe di priorità
Paziente con lesione sospetta che ha già effettuato una visita dermatologica extraospedaliera CON DERMATOSCOPIA	Visita Chirurgica (allegato specialità aziendali per sede lesione)	Richiesta dematerializzata del MMG o di altro specialista con indicazione "per exeresi" La prenotazione può essere effettuata dal paziente: -di persona presso gli sportelli del Centro Unico Prenotazioni interaziendale dell'AO S.Croce e	In ottemperanza alla classe di priorità

		Carle e dell'ASL CN1 a Cuneo in via Carlo Boggio n.12 dal lunedì al venerdì non festivi dalle ore 8 alle ore 17 -telefonicamente contattando il Call Center unificato AO S.Croce e Carle e ASL CN1 al numero 0171078600 dal lunedì al venerdì con orario 8-18.	
--	--	---	--

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con lesione sospetta	Exeresi della lesione/biopsia	Programmazione della procedura da parte dello specialista dermatologo o chirurgo in regime ambulatoriale/DS. Qualora le caratteristiche della lesione, la sede o le condizioni del paziente non permettano l'exeresi da parte dell'operatore che ha in carico il paziente, invio presso la specialità chirurgica di riferimento.	30 giorni
Paziente che non può essere sottoposto a chirurgia di exeresi	Courettage e diatermocoagulazione e	Programmazione della procedura da parte dello specialista dermatologo in regime ambulatoriale/DS. Sede SC Dermatologia PO A.Carle	10-15 giorni
	Crioterapia e CO2	Programmazione della procedura da parte dello specialista dermatologo in regime ambulatoriale/DS. Sede SC Dermatologia PO A.Carle	
	Chirurgia di Mohs	Sede AO Novara, AO Vercelli, Dermatologico Città della Salute e della Scienza Torino	
	CCPDMA (complete circumferential peripheral and deep-margin assessment)	Programmazione della procedura da parte dello specialista dermatologo in regime ambulatoriale/DS. Qualora le caratteristiche della lesione, la sede o le condizioni del paziente non permettano l'exeresi da parte dell'operatore che ha in carico il paziente, invio presso la specialità chirurgica di riferimento.	
	Terapia topica	che ha in carico il paziente, invio presso la specialità chirurgica di riferimento.	
	Terapia intralesionale	Sede SC Dermatologia PO A.Carle	
	Elettrochemioterapia	Richiesta di visita dermatologica, da parte dello specialista che ha in carico il paziente, presso il centro di riferimento. Sede AO Città della Salute, Clinica Dermatologica Day Hospital (il mercoledì 011 6335843)	

Paziente con lesione di basalioma recidiva, con istotipo a maggior rischio di recidiva, in sedi ove occorre risparmiare tessuto.	Chirurgia di Mohs	Sede AO Novara, AO Vercelli, Dermatologico Citta della Salute e della Scienza Torino	
	CCPDMA (complete circumferential peripheral and deep-margin assessment)	Programmazione della procedura da parte dello specialista dermatologo in regime ambulatoriale/DS. Qualora le caratteristiche della lesione, la sede o le condizioni del paziente non permettano l'exeresi da parte dell'operatore che ha in carico il paziente, invio presso la specialità chirurgica di riferimento. Sede SC Dermatologia PO A.Carle	
Paziente con diagnosi clinica ed istologica documentata di BCC AD ALTO RISCHIO o LOCALMENTE AVANZATO o METASTATICO (allegato classi di rischio BCC- allegato aree)	Visita CAS con presa in carico infermieristica (A) e prescrizione esami di stadiazione secondo PDTA e di consulto GIC+attestazione esenzione 048.	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente o trasformazione della visita specialistica in visita CAS SOLO PAZIENTI AD ALTO RISCHIO . Per le modalità di erogazione e presa in carico da parte del caso fare riferimento a quanto descritto nel PDTA_018_CAS. Dopo la valutazione medica il paziente viene segnalato/inviato al CAS Centrale. La visita CAS coincide con la comunicazione al paziente della diagnosi istologica e con la consegna del referto istologico.	Entro 5 giorni dalla data di presa in carico amministrativa della richiesta.

STADIAZIONE PER PAZIENTI CON DIAGNOSI DI BCC LOCALMENTE AVANZATO E METASTATICO			
Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con diagnosi di BCC localmente avanzato e metastatico	Esami strumentali a giudizio del clinico	Eventuale prescrizione dematerializzata del clinico che ha eseguito la visita CAS	
Sospetto di Gorlin o CB nevoide	Visita genetica	Prescrizione dematerializzata del clinico che ha eseguito la visita CAS. La prenotazione avviene con contatto telefonico al numero 0171616327 (segreteria Genetica per prenotazioni). Sede SS Genetica e Biologia Molecolare PO A.Carle Confreria-Cuneo	10 giorni

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2018.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Margini inadeguati	Radicalizzazione con eventuale riparazione plastica	Prenotazione dell'intervento da parte dello specialista che ha in carico il paziente. Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (Centro Programmazione Ricoveri Chirurgici CPRC).	Entro 30 giorni
Localmente avanzati	Consulto GIC	Richiesta da parte dello specialista che ha effettuato la visita CAS Prenotazione da parte del personale CAS (A)	Entro 15 giorni dalla visita CAS
	Radioterapia	Richiesta da parte dello specialista GIC, prenotazione da parte dell'infermiere GIC (A) della prima visita radioterapica Sede SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	Entro 10 giorni
	Visita oncologica per terapia medica (se esclusa fattibilità di chirurgia e/o radioterapia)	Prenotazione durante il consulto GIC della prima visita oncologica (A) Sede visita Oncologica SC Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo Sede DH Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo	Entro 10 giorni
Metastatici	Consulto GIC	Richiesta da parte dello specialista che ha effettuato la visita CAS Prenotazione da parte del personale CAS (A)	Entro 15 giorni dalla visita CAS
	Visita oncologica per terapia medica	Prenotazione durante il consulto GIC della prima visita oncologica (A) Sede visita Oncologica SC Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo Sede DH Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo	Entro 10 giorni

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2018.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita dermatologica	A discrezione dello specialista	Dermatologo di riferimento
Visita clinica e dermatologica	Semestrale per 5 anni. Dopo, annuale fino al decimo anno o semestrale se nevi multipli comuni e/o	Dermatologo di riferimento

	atipici a discrezione dello specialista. Opzionale ecografia stazioni linfonodali ad ogni controllo clinico per 5 anni.	
--	--	--

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI
Consegna della programmazione del follow up	SI
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI Contatto telefonico 0171-616821 (medico dermatologo) Contatto telefonico 0171616350 (DH Oncologia). Oncologi di riferimento per la patologia.

CARCINOMA SPINOCELLULARE O SPINALIOMA (SCC)

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico e terapeutico

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2018.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con lesione sospetta senza referto di visita dermatologica; paziente con referto di visita dermatologica con sospetto di lesione cutanea o nodulare dubbia e/o di difficile interpretazione SENZA DERMATOSCOPIA	Visita Dermatologica	Richiesta dematerializzata del MMG o di altro specialista con indicazione del sospetto e della sede della lesione. La prenotazione può essere effettuata dal paziente: -di persona presso gli sportelli del Centro Unico Prenotazioni interaziendale dell'AO S.Croce e Carle e dell'ASL CN1 a Cuneo in via Carlo Boggio n.12 dal lunedì al venerdì non festivi dalle ore 8 alle ore 17 -telefonicamente contattando il Call Center unificato AO S.Croce e Carle e ASL CN1 al numero 0171078600 dal lunedì al venerdì con orario 8-18. L'ambulatorio si svolge quotidianamente dal lunedì al venerdì in orario giornaliero presso il PO A.Carle (piano terra blocco ambulatoriale)	In ottemperanza alla classe di priorità
Paziente con lesione sospetta che ha già effettuato una visita dermatologica extraospedaliera CON DERMATOSCOPIA	Visita Chirurgica (allegato specialità aziendali per sede lesione)	Richiesta dematerializzata del MMG o di altro specialista con indicazione "per exeresi". La prenotazione può essere effettuata dal paziente: -di persona presso gli sportelli del Centro Unico Prenotazioni	In ottemperanza alla classe di priorità

		<p>interaziendale dell'AO S.Croce e Carle e dell'ASL CN1 a Cuneo in via Carlo Boggio n.12 dal lunedì al venerdì non festivi dalle ore 8 alle ore 17</p> <p>-telefonicamente contattando il Call Center unificato AO S.Croce e Carle e ASL CN1 al numero 0171078600 dal lunedì al venerdì con orario 8-18.</p>	
--	--	---	--

PERCORSO DEL PAZIENTE CON LESIONE SOSPETTA CHE PUO' ESSERE SOTTOPOSTO AD EXERESI			
Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con lesione sospetta	Exeresi della lesione/biopsia	<p>Programmazione della procedura da parte dello specialista dermatologo o chirurgo in regime ambulatoriale/DS.</p> <p>Qualora le caratteristiche della lesione, la sede o le condizioni del paziente non permettano l'exeresi da parte dell'operatore che ha in carico il paziente, invio presso la specialità chirurgica di riferimento.</p>	Entro 30 giorni
Paziente sottoposto ad exeresi completa con fattori di rischio migliorabile.	<p>Visita CAS con presa in carico infermieristica (A) e prescrizione esami di stadiazione secondo PDTA e di consulto GIC+attestazione esenzione 048.</p>	<p>Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente o trasformazione della visita specialistica in visita CAS.</p> <p>Per le modalità di erogazione e presa in carico da parte del caso fare riferimento a quanto descritto nel PDTA_018_CAS.</p> <p>Dopo la valutazione medica il paziente viene segnalato/inviato al CAS Centrale.</p> <p>La visita CAS coincide con la comunicazione al paziente della diagnosi istologica e con la consegna del referto istologico.</p>	Entro 5 giorni dalla data di presa in carico amministrativa della richiesta.
	Consulto GIC con referto istologico	Richiesta da parte dello specialista che ha effettuato la visita CAS Prenotazione da parte del personale CAS (A)	Entro 15 giorni dalla visita CAS
	<p>Ampliamento BASSO RISCHIO Preferire raggiungimento di margini ≥ 4mm.</p> <p>ALTO RISCHIO Preferire raggiungimento di margini ≥ 6mm</p> <p>LG AIOM 2018</p>	<p>Programmazione della procedura da parte dello specialista dermatologo o chirurgo in regime ambulatoriale/DS.</p> <p>Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC)</p>	Entro 30 giorni
Paziente sottoposto ad exeresi completa con fattori di rischio non migliorabile	Visita CAS con presa in carico infermieristica (A) e prescrizione esami di stadiazione secondo PDTA e di	<p>Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente o trasformazione della visita specialistica in visita CAS.</p> <p>Per le modalità di erogazione e presa in carico da parte del caso fare riferimento a quanto descritto nel PDTA_018_CAS.</p>	Entro 5 giorni dalla data di presa in carico amministrativa

	consulto GIC+attestazione esenzione 048.	Dopo la valutazione medica il paziente viene segnalato/inviato al CAS Centrale. La visita CAS coincide con la comunicazione al paziente della diagnosi istologica e con la consegna del referto istologico.	tiva della richiesta.
	Consulto GIC con referto istologico	Richiesta da parte dello specialista che ha effettuato la visita CAS Prenotazione da parte del personale CAS (A)	Entro 15 giorni dalla visita CAS
	Valutazione indicazione a radioterapia (non vi è indicazione a fare radioterapia + chemioterapia AIOM 2018)	Richiesta da parte dello specialista GIC, prenotazione da parte dell'infermiere GIC (A) della prima visita radioterapica Sede SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	7-10 giorni
Paziente sottoposto ad exeresi incompleta non migliorabile Invasione perineurale	Visita CAS con presa in carico infermieristica (A) e prescrizione esami di stadiazione secondo PDTA e di consulto GIC+attestazione esenzione 048.	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente o trasformazione della visita specialistica in visita CAS. Per le modalità di erogazione e presa in carico da parte del caso fare riferimento a quanto descritto nel PDTA_018_CAS. Dopo la valutazione medica il paziente viene segnalato/inviato al CAS Centrale. La visita CAS coincide con la comunicazione al paziente della diagnosi istologica e con la consegna del referto istologico.	Entro 5 giorni dalla presa in carico amministrativa
	Consulto GIC con referto istologico	Richiesta da parte dello specialista che ha effettuato la visita CAS Prenotazione da parte del personale CAS (A)	Entro 15 giorni dalla visita CAS
	Radioterapia Cauterizzazione Crioterapia	Richiesta da parte dello specialista GIC, prenotazione da parte dell'infermiere GIC (A) della visita radioterapica. Sede SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	10 giorni

PERCORSO DEL PAZIENTE CON LESIONE SOSPETTA CHE NON PUO' ESSERE SOTTOPOSTO AD EXERESI PER:			
<ul style="list-style-type: none"> - controindicazioni internistiche; - radicalità non ottenibile per limitazioni funzionali o estetiche; - rifiuto del paziente. 			
Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente che non può essere sottoposto a chirurgia di exeresi: -BASSO RISCHIO	Radioterapia Cauterizzazione Crioterapia Terapia topica (in casi selezionati) Terapia intralesionale (in casi selezionati)	Richiesta da parte dello specialista GIC, prenotazione da parte dell'infermiere GIC (A) della visita radioterapica o dermatologica. Sede SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D SC Dermatologia PO A.Carle	7-10 giorni
Paziente che non può essere sottoposto a chirurgia di exeresi: -ALTO RISCHIO	Radioterapia +/- Chemioterapia	Richiesta da parte dello specialista GIC, prenotazione da parte dell'infermiere GIC (A) della visita radioterapica o oncologica. Sede SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D SC Oncologia PO A.Carle	7-10 giorni
Riduzione di volume di NMSC primitivo o metastatico per agevolare intervento chirurgico o radioterapia	Elettrochemioterapia	Richiesta di visita dermatologica, da parte dello specialista che ha in carico il paziente, presso il centro di riferimento. Sede Dermatologico Città della Salute e della Scienza Torino AO Novara	
Paziente con diagnosi clinica ed istologica documentata di SCC con fattori di rischio. (allegato SCC fattori di rischio)	Visita CAS con presa in carico infermieristica (A) e prescrizione esami di stadiazione secondo PDTA e di consulto GIC+attestazione esenzione 048.	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente o trasformazione della visita specialistica in visita CAS. Per le modalità di erogazione e presa in carico da parte del caso fare riferimento a quanto descritto nel PDTA_018_CAS. Dopo la valutazione medica il paziente viene segnalato/inviato al CAS Centrale. La visita CAS coincide con la comunicazione al paziente della diagnosi istologica e con la consegna del referto istologico	Entro 5 giorni dalla data di presa in carico amministrativa della richiesta.

STADIAZIONE I LIVELLO PER PAZIENTI CON DIAGNOSI DI SCC			
Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con diagnosi clinica ed istologica documentata di SCC con fattori di rischio.	Eco stazioni linfonodali di drenaggio	Richiesta dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS. Prenotazione da parte del personale CAS (A) Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS. Sede SC Radiodiagnostica PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B	10-15 giorni

STADIAZIONE II LIVELLO PER PAZIENTI CON DIAGNOSI DI SCC			
Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Casi selezionati ad alto rischio	Discussione GIC per valutazione esecuzione di BLS	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente. Prenotazione da parte del personale CAS (A)	Entro 15 giorni dalla visita CAS
	Esecuzione BLS	Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC). Sede visita Chirurgica PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano terra blocco C Sede CPRC PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano terra blocco A Sede DS PO A. Carle Via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo. Intervento chirurgico Chirurgia Generale e Oncologica PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano secondo blocco	
Linfonodo/i sospetto/i	Biopsia AGOASPIRATO LINFONODALE CON AGO SOTTILE (FNA)	Indicazione durante il GIC. Richiesta da parte dello specialista GIC, della visita chirurgica, se non ancora eseguita. Prenotazione della visita chirurgica da parte dell'infermiere GIC (A) Sede Blocco Ambulatoriale PO S.Croce Via Bassignano Cuneo (piano terra blocco E)	7 giorni
	Negativo: Rivalutazione clinica Imaging (ECO-TAC-RMN) Ripetere FNA Biopsia linfonodale	Richiesta e prenotazione (A) durante il GIC Sede SC Radiodiagnostica PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B	

	Positivo: Imaging (TAC o RMN) per valutare dimensione e numero Stadiazione completa (TAC TB)		
La linfadenectomia profilattica NON dovrebbe essere presa in considerazione in SCC ad alto rischio rispetto al solo FU (AIOM 2018)			
Linfonodi operati positivi plurimi e/o con coinvolgimento extra linfonodale	Discussione GIC	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente. Prenotazione da parte del personale CAS (A)	
	Radioterapia del bacino linfonodale	Richiesta da parte dello specialista GIC, prenotazione da parte dell'infermiere GIC (A) della prima visita radioterapica Sede SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	10 giorni
Linfonodo/i positivo/i non operabile Non operabilità: - caratteristiche della lesione; - controindicazioni internistiche ; - rifiuto del paziente.	Discussione GIC	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente. Prenotazione da parte del personale CAS (A)	
	Radioterapia ed eventuale chemioterapia	Durante il consulto GIC programmazione della prima visita radioterapica ed oncologica, se prevista. Prenotazione da parte del personale CAS (A). Sede visita Radioterapica e trattamento SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D Sede visita Oncologica SC Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo Sede DH Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo	7-10 giorni

STADIAZIONE I LIVELLO PER PAZIENTI CON DIAGNOSI DI SCC METASTATICO			
Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con diagnosi clinica ed istologica documentata di SCC METASTATICO	TC TB o esame di II livello	Richiesta dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS. Prenotazione da parte del personale CAS (A) Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS. Sede SC Radiodiagnostica PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B	Entro 10 giorni
Recidiva locale operabile	Exeresi della lesione	Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC).	Entro 30 giorni
Paziente con lesione di SCC	Chirurgia di Mohs	Sede AO Novara,	

recidiva, con istotipo a maggior rischio di recidiva, in sedi ove occorre risparmiare tessuto.		AO Vercelli, Dermatologico Citta della Salute e della Scienza Torino	
Recidiva locale non operabile	Consulto GIC	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente. Prenotazione da parte del personale CAS (A)	
	Radioterapia	Durante il consulto GIC programmazione della visita radioterapica. Sede visita Radioterapica e trattamento SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D.	Entro 7-10 giorni
	Altre procedure (Elettrochemioterapia)	AO Città della Salute, Clinica Dermatologica, Day Hospital Mercoledì Tel. 011 6335843	
	Terapia Medica	Durante il consulto GIC programmazione della visita oncologica. Sede visita Oncologica e trattamento SC Oncologia PO A.Carle	Entro 7-10 giorni
	Osservazione (valutazione attivazione cure palliative)	Eseguita dallo specialista che ha in carico il paziente.	
Recidiva locale operata, con residuo	Consulto GIC	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente. Prenotazione da parte del personale CAS (A)	
	Radioterapia	Durante il consulto GIC programmazione della visita radioterapica. Prenotazione da parte del personale CAS (A) Sede visita Radioterapica e trattamento SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D.	Entro 7-10 giorni
	Altre procedure (Elettrochemioterapia)	AO Città della Salute, Clinica Dermatologica, Day Hospital Mercoledì Tel. 011 6335843	
	Osservazione (valutazione attivazione cure palliative)	Eseguita dallo specialista che ha in carico il paziente	
Malattia a distanza	Consulto GIC	Richiesta da parte dello specialista che ha in carico il paziente. Prenotazione da parte del personale CAS (A)	
	Valutazione per trattamento: <ul style="list-style-type: none"> • RT • CT • Cure palliative 	Prescrizione e prenotazione (A) del primo accesso alle specialità in GIC . Sede visita Radioterapica e trattamento SC Radioterapia PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D. Sede visita Oncologica SC Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo Sede DH Oncologia PO A.Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria –	Entro 7-10 giorni

		Cuneo Sede cure palliative Attiva convenzione con servizio Cure Palliative ASL CN1	
--	--	--	--

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2018

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica e dermatologica	3-12 mesi per i primi 2 anni secondo giudizio clinico 6-12 mesi per i successivi 3 anni secondo giudizio clinico quindi annuale secondo giudizio clinico	Specialista di riferimento
Valutazione stazioni linfonodali: visita clinica	3-12 mesi per i primi 2 anni secondo giudizio clinico 6-12 mesi per i successivi 3 anni secondo giudizio clinico quindi annuale secondo giudizio clinico	Specialista di riferimento
Esami strumentali (ETG e/o TC)	In presenza di fattori di alto rischio e/o secondo discussione multidisciplinare GIC	

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI
Consegna della programmazione del follow up	SI
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI Tel. 0171-616886 Dermatologo Contatto telefonico 0171616350 (DH Oncologia). Oncologi di riferimento per la patologia.

Documenti allegati

- Allegato 1: Codici di diagnosi e di procedura
- Allegato 2: Specialità aziendali e Particolari expertise
- Allegato 3: Classi di rischio BCC
- Allegato 4: SCC Fattori di rischio
- Allegato 5: SCC Istotipi e TNM
- ALLEGATO N.6 NON MELANOMI: AREEE CUTANEE
- ALLEGATO 7 VARIANTI ISTOLOGICHE DEL CARCINOMA SPINOCELLULARE DA LG AIOM 2018
- ALLEGATO 8 Caratteri istopatologici da includere nel referto istopatologico di un CSc

Documenti correlati

- PDTA_018_Centro Accoglienza e Servizi (CAS) AO S.Croce e Carle Cuneo
- Indicatori aziendali per il monitoraggio dei PDTA Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Bibliografia

- Linee guida AIOM 2018
- Linee guida NCCN versione 2.0 2018
- Balch CM et al: Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification J Clin Oncol 2009 Dec 20;27(36):6199-206
- Cutaneous melanoma (1): ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann of Oncol. (suppl. 5) v134-135 , 2016 (appendix1)
- Cutaneous melanoma (2): ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann of Oncol. (suppl. 5) v136-137 , 2016 (appendix2)
- 8 th edition 2017 of TNM Staging System

ALLEGATI

ALLEGATO N.1

Codici ICD9-CM di Diagnosi e Procedura

CODICE DI DIAGNOSI

Codice	Diagnosi
176	SARCOMA DI KAPOSÌ
173	ALTRI TUMORI MALIGNI DELLA CUTE

CODICE DI PROCEDURA

Codice	Procedura
86.11	BIOPSIA: CUTE/SOTTOCUTE
86.59.1	SUTURA ESTETICA: FERITA DEL VOLTO
86.74	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO
86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE
86.11	ASPORTAZIONE DI CUTE/SOTTOCUTE (NEO)
86.4	RIMOZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE
86.59	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTR
86.59	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN DISTR
86.30	ASPORTAZ./DEMOLIZI.LESIONE CRIOterapia
86.59	SUTURA ESTETICA FERITA IN ALTRI DISTRETT
86.30	ASPORTAZ. O DEMOLIZ. LOCALE LESIONE CUTE
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA
27.49	ALTRA ASPORTAZ. DI LESIONE DELLA BOCCA
18.12	BIOPSIA DELLORECCHIO ESTERNO
18.29	ASPORT. O DEM. LESIONE ORECCHIO ESTERNO
21.31	ASPORTAZ.O DEM.LOC.DI LESIONE INTRANASAL

ALLEGATO N.2

Specialità aziendali per sede lesione

SEDE	SPECIALITA'
Volto	Chirurgia plastica
Orali e periorifizioli	Chirurgia maxillo-facciale
Orecchio	ORL
Naso	ORL
Occhio	Oculistica
Palpebre	Chirurgia plastica/ Oculistica
Genitali maschili	Urologia
Vulva e vagina	Ginecologia
Sedi estetiche critiche	Chirurgia plastica
Tutte le altre sedi, senza particolari esigenze estetiche/ricostruttive	Dermatologia, chirurgia generale o day-surgery

Peculiari expertise

PECULIARI EXPERTISE	
Chirurgia microscopicamente controllata	Dermatologia AO S.Croce e Carle Cuneo
Chirurgia di Mohs	Dermatologia Vercelli
Linfoadenectomia collo	ORL AO S.Croce e Carle Cuneo
Linfoadenectomia inguino- pelvica	Chirurgia generale oncologica AO S.Croce e Carle Cuneo
Neoplasie palpebrali	Chirurgia plastica AO S.Croce e Carle Cuneo -Oftalmico (Torino)-Biella
Radioterapia radicale	Radioterapia AO S.Croce e Carle Cuneo
Elettrochemioterapia	Osp. San Lazzaro Torino (S.C. Dermatologia Universitaria)
Trials clinici	Oncologia AO S.Croce e Carle Cuneo Osp. S.Lazzaro Torino IRCC Candiolo IST- Genova INT Milano
Visita Genetica	Genetica e Biologia Molecolare AO S.Croce e Carle Cuneo
Valutazione per programma riabilitativo	Recupero e Riabilitazione Funzionale AO S.Croce e Carle Cuneo

ALLEGATO N.3

Classi di rischio BCC

Classification of BCC according to risk for recurrence (TRAKATELLI ET AL. 2014; DANDURAND 2006)		
LOW RISK	INTERMEDIATE RISK	HIGH RISK
Superficial primary BCC	Superficial recurrent BCC	Clinical forms: Morpheaform or ill-defined
Nodular primary BCC when : <1 cm in intermediate risk area <2 cm in low risk area	Nodular primary BCC when : <1 cm in high risk area >1 cm in intermediate risk area >2 cm in low risk area	Nodular primary BCC when: >1 cm in high risk area
Pinkus tumor BCC		Histological forms: Aggressive Recurrent forms

Nota

Per le forma a basso rischio, se la presentazione clinica è a tipo BCC superficiale, oltre all'asportazione chirurgica potranno essere considerate opzioni di terapia topica non invasiva quali imiquimod o la PDT. Qualora invece la presentazione clinica è di tipo nodulare, l'asportazione chirurgica o eventualmente il curettage sono i trattamenti da considerare. Per le forme invece a rischio intermedio o alto, l'opzione di scelta è sempre chirurgica eventualmente con tecnica di Mohs, se fattibile. Per le forme recidivanti analogamente l'opzione resta chirurgica.
(Fonte LG AIOM 2017)

ALLEGATO N.4

SCC: FATTORI DI RISCHIO

Fattori prognostici istologici

- Spessore tumorale
 - Rischio di metastatizzazione:
 - Eccezionale: ≤ 3 mm o livello di Clark ≤ 3
 - Moderata: 3- 5 mm o Clark 4
 - 15- 45%: > 5 mm o Clark ≥ 5
- Invasione perineurale
 - NB: Al volto maggior rischio di carcinomatosi endocranica
- Grading
- Invasione vascolare
- Tipo istologico
 - Basso rischio: classico e verrucoso
 - Alto rischio: acantolitico, fusocellulare, pseudovascolare, adenosquamocellulare, carcinosarcomatoso, desmoplastico.

Criteri di cattiva prognosi

CLINICI

- Recidiva locale
- Aderenza al piano profondo
- Segni neurologici di invasione (faciale e trigemino)
- Immunodepressione
- Diametro ≥ 10 mm in zone a rischio e ≥ 20 in zone non a rischio

ISTOLOGICI

- Invasione perineurale
- Moderata o scarsa differenziazione cellulare
- Varianti istologiche ad alto rischio
- Clark ≥ 4
- Spessore > 3 mm
- 2 gruppi:
 - Nessuno di questi fattori = BASSO RISCHIO
 - Almeno 1 criterio = ALTO RISCHIO (gruppo eterogeneo)

Fattori di rischio per ricaduta (LG AIOM 2018)

Fattori determinati dal National Comprehensive Cancer Network (NCCN) nel carcinoma cutaneo squamoso ad alto rischio di recidiva ^a

Clinical risk factors for recurrence

Size and location of lesion

≥20 mm on area L

≥10 mm on area M

≥6 mm on area H

Poorly defined borders

Recurrent tumor

Tumor in an immunosuppressed patient

Tumor at a site of prior radiation treatment or chronic inflammatory process

Rapidly growing tumor

Neurological symptoms: pain, paresthesia, paralysis

Pathological risk factors for recurrence

Moderately or poorly differentiated

Adenoid (acantholytic), adenosquamous (showing mucin production) or desmoplastic subtypes

Clark level IV or V

Modified Breslow thickness ≥4 mm

Perineural involvement

Vascular involvement

^aAdapted from Miller (2000)⁴² Any one of the following factors is sufficient for the high risk category.

^bArea H: mask areas of face, which are at High risk for recurrence (central face, eyelids, eyebrows, periorbital area, nose, lips [both cutaneous and vermillion], chin, mandible, preauricular and postauricular regions, temple), ears, genitalia, hands and feet.

Area M: Middle risk for recurrence: cheeks, forehead, neck, scalp.

Area L: Low risk for recurrence: trunk, extremities.

Valutazione dei margini

Valutare

- Sede
- Età
- Comorbidità

I margini devono essere determinati “in vivo”, giudizio visivo con mezzi ottici di ingrandimento (loupes) e disegno prima dell’infiltrazione con anestetico locale

Laterali:

- 4-6 mm se NON criteri di “cattiva prognosi”, se BASSO RISCHIO
- 10 mm/ampio se lesioni ad ALTO RISCHIO

Profondo:

deve interessare ipoderma, rispettando fascia, periostio, pericardio, se non a contatto o invase.

ALLEGATO N.5

SCC:istotipi e TMN

FORMA CLINICA ULCEROVEGETANTE: la più frequente
FORMA CLINICA VEGETANTE (IPERCHERATOTICO, VERRUCEOIDE)
FORMA CLINICA SUPERFICIALE

- Carcinoma spinocellulare (varietà classica)
- Carcinoma spinocellulare acantolitico (adenoide)
- Carcinoma spinocellulare a cellule fusate
- Carcinoma spinocellulare pseudovascolare
- Carcinoma adenosquamocellulare (o produttore mucina)
- Carcinoma metaplastico (carcinosarcomatoso)
- Carcinoma spinocellulare verrucoso:
 - Carcinoma cuniculatum (gambe,piedi)
 - Papillomatosi orale florida (mucosa buccale e faringea)
- Tumore di Buschke- Lowenstein (genitale e perianale)
- Carcinoma in situ/cheratosi attinica/cheilite attinica

CARCINOMI SPINOCELLULARI INTRAEPITELIALI:

Malattia di Bowen

Ca in situ anogenitali e perineali:

- Malattia di Bowen
- Eritroplasia di Queyrat

MANIFESTAZIONE

Su precursori neoplastici

- Su cute sana: più aggressivi

Possibili precursori:

- Leucoplachia labiale (in sede semimucosa)
- M.di Paget mammario ed extramammario
- Cheratoacantoma

Classificazione TNM (AJCC 8°edizione 2017)

Category T

Tx Primary tumour cannot be identified

T0 No evidence of primary tumour

Tis Carcinoma in situ

T1 Tumour 2 cm or less in greatest dimension

T2 Tumour >2 cm and ≤4 cm in greatest dimension

T3 Tumour >4 cm in greatest dimension or minor bone erosion or perineural invasion or deep invasion

T4a Tumour with gross cortical bone/marrow invasion*

T4b Tumour with axial skeleton invasion including foraminal involvement and/or vertebral foramen involvement to the epidural space

Category N§

Nx Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph node metastasis

N1 Metastasis in a single ipsilateral regional lymph node, 3 cm or less in greatest dimension

N2 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension or in multiple ipsilateral nodes none more than 6 cm in greatest dimension

N3 Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension

Category M

M0 No distant metastasis

M1 Distant metastasis#

*Deep invasion is defined as invasion beyond the subcutaneous fat or >6 mm (as measured from the granular layer of adjacent normal epidermis to the base of the tumour); perineural invasion for T3 classification is defined as clinical or radiographic involvement of named nerves without foramen or skull base invasion or transgression. In the case of multiple simultaneous tumours, the tumour with the highest T category is classified and the number of separate tumours is indicated in parentheses, e.g. T2 (3)

§The pT and pN pathologic categories correspond to the T and N clinical categories

Histological examination of a regional lymphadenectomy specimen will ordinarily include 6 or more lymph nodes. If the lymph nodes are negative, but the number ordinarily examined is not met, classify as pN0. Classification based only on sentinel node biopsy without subsequent axillary lymph node dissection is designated (sn) for sentinel node, e.g., (p)N1(sn)

Fonte LG AIOM 2018

ALLEGATO N.6

NON MELANOMI: AREEE CUTANEE

SEDI

Area H: maschera del volto (volto centrale, palpebre, sopracciglia, area periorbitale, naso, labbra parte cutanea e vermiglio, mento, mandibola, solco e cute periauricolare e postauricolare, reg temporale, orecchio), genitali, mani, piedi

AREA A MAGGIORE RISCHIO DI RECIDIVA E METASTATIZZAZIONE

RECIDIVA e METASTASI più frequenti in zone periorificali di faccia (labbra, orecchie), in vicinanza della ghiandola parotide; padiglione auricolare, zona temporale.

Area M: guance, fronte, cuoio capelluto, mento e collo

Area L: tronco e arti (escluse pretibia, mani, piedi, unghie, caviglie)

ALLEGATO 7 VARIANTI ISTOLOGICHE DEL CARCINOMA SPINOCELLULARE DA LG AIOM 2018

Tabella 1: varianti istologiche del carcinoma spinozellulare

(da Motaparthy K et al Adv Anat Pathol 2017; 24:171-194, modificata)

Varianti	Sede	Caratteri istologici	IHK	Lesioni associate	Prognosi
Cheratoacantoma	Testa collo; aree esposte	Ben differenziato, cratere centrale con cheratina; base netta; confinato al derma	NA	CA	Eccellente
Linfoepiteliale	Testa collo; aree esposte	Cellule linfoidi frammiste a cellule neoplastiche	Positiva: CK, p63 Negativa: CK20, EBV	Non riportata	Prevalentemente buona
Verrucoide	Genito- curale, piedi	Ben differenziato, papille acantosis, cheratina tra le papille	NA	Lichen scleroso, VIN, PeIN, AIN	Eccellente (pura), varianti ibride correlata componente meno differenziata
Pseudoghiandolare (acantolitica, adenoida, pseudovascolare)	Testa collo; aree esposte	Pseudovascolare, pseudoghiandolare, spazi secondari all'acantolisi	Positiva: CK, p63, p40 Negativa: CEA, CD31, CD34, Fli-1, mucicarminio.	CA	Intermedia/variabile
Adenosquamosa e mucoepidermoide	Testa collo; aree esposte	Focolai di vera differenziazione ghiandolare	Positiva: CEA; mucicarminio	CA	Da intermedia ad aggressiva
Desmoplastica (sclerosante)	Testa collo; aree esposte	Reazione fibrotica (reattiva); frequente invasione perineurale frequente	Positiva: CK, p63, p40	CA	Da intermedia ad aggressiva (recidive)
A cellule fusate (sarcomatoide)	Testa collo; aree esposte	Cellule fusate pleomorfe; mitosi atipiche; assenza di cheratinizzazione	Positiva: CK, p63, p40 Negativa: S100, SOX10, desmina	CA	Solitamente buona se superficiali, aggressiva profonda e genitale
Mixoide	Testa collo; aree esposte	Stroma mucinoso prominente	Positiva: ferro colloidale (stroma)	CA	Solitamente buona se superficiali, aggressiva se profonda e genitale
Carcinosarcoma	Testa collo; aree esposte	Tumore bifasico; epite-liale / mesenchimale (condro, osteo); componente eterologa	Positiva: CK, p63, p40 (epiteliale) Variabile +/- stroma	CA	Intermedia, aggressivo; diagnosi tardiva
Malattia di Bowen invasiva	Testa collo; aree esposte	Aggregati basaloidei; cheratinizzazione centrale o comedo- necrosi	Positiva: CK, p63, p40	Malattia di Bowen (CS in situ con aspetti basaloidei/bowenoidi)	Da intermedia ad aggressiva
Basaloide	Solitamente su mucose (anche cute genitale e perianale)	Nidi di cellule basaloidei; comedo- necrosi; invasione vascolare prominente	Positiva: CK, p63, p40, p16, HPV alto rischio Negativa: BER- ep4, ck20	CS in situ basaloide/ verrucoso (PeIN, VIN, AIN)	Aggressiva
Carcinoma verrucoso	Solitamente mucose (anche cute genitale e perianale)	Superficie papillare e base frastagliata; coilocitosi a tutto spessore	Positiva: CK, p63, p40, p16, HPV alto rischio	CS in situ basaloide/ verrucoso (PeIN, VIN, AIN)	Intermedia

AIN (neoplasia intraepiteliale anale); CA (cheratosi attinica); CD (cluster di differenziazione); CEA (antigene carcinoembrionale); CK (citocheratine); HPV (papilloma virus umano); IHC (immunoistochimica); NA (non applicabile); PeIN (neoplasia intraepiteliale peniena); CS (carcinoma spinozellulare); VIN (neoplasia intraepiteliale vulvare)

ALLEGATO 8 (LG AIOM2018)

Caratteri istopatologici da includere nel referto istopatologico di un CSc

Escissione complete	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Sottotipi istologici	<input type="checkbox"/> superficiale <input type="checkbox"/> verrucoso <input type="checkbox"/> acantolitico <input type="checkbox"/> desmoplastico <input type="checkbox"/> basosquamoso <input type="checkbox"/> adenosquamoso <input type="checkbox"/> altro
Grade istologico	<input type="checkbox"/> ben differenziato <input type="checkbox"/> moderatamente differenziato <input type="checkbox"/> poco/scarsamente differenziato <input type="checkbox"/> indifferenziato
Spessore del tumore	mm
Livello secondo Clark	<input type="checkbox"/> ≤ IV (al di sopra del tessuto adiposo sottocutaneo) <input type="checkbox"/> > IV (esteso al tessuto adiposo sottocutaneo)
Invasione perineurale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Invasione linfatica /vascolare	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Da: Peris K, Alaibac M, Argenziano G, Di Stefani A, Fagnoli MC, Frascione P, *et al*; Italian Group of Dermato-oncology (GIDO) of SIDeMaST. Cutaneous squamous cell carcinoma. Italian guidelines by SIDeMaST adapted to and updating EADO/EDF/EORTC guidelines. *G Ital Dermatol Venereol* 2018 Jun 11.

Stadiazione

L'ultima versione del sistema TNM fatta da UICC [International Union Against Cancer, 2017] e AJCC [American Joint Committee on Cancer, 2018] sono utilizzate per la classificazione e la stadiazione CSc. Questi sistemi di stadiazione non sono ottimali perché raggruppano insieme CSc con diversi gradi di aggressività.