



Allegato 1 : Principi di terapia

Anno di pubblicazione 2024

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	
Sospetto di BCC	Visita dermatologica	Visita dermatologica: Prescrizione per I visita Dermatologica priorità classe Bo classe D previa prenotazione c/o gli sportelli CUP	La visita è erogata entro i tempi stabiliti dalla classe di priorità indicata sulla prescrizione. La definizione della classe di priorità dipende dall'istotipo, dalla sede della lesione, dalle co-patologie e dalle condizioni generali del paziente.
	Biopsia incisionale in caso di lesioni con quadro clinico e pattern dermoscopico aspecifico o per conferma diagnostica prima di intraprendere una terapia chirurgica complessa o in caso di avvio di terapia alternativa alla chirurgia:	Biopsia incisionale: prescrizione dematerializzata dello specialista per prestazione ambulatoriale. La data dell'intervento in regime ambulatoriale è decisa dallo specialista in base alle caratteristiche della lesione, valutata secondo classe di priorità	
BCC confermato istologicamente o clinicamente certo	1. Proposta percorso terapeutico "standard" (exeresi ambulatoriale, DH o degenza ordinaria per ampie exeresi o elettrochemioterapia in centri specifici)	1. Intervento chirurgico: Il paziente viene inserito nel registro di prenotazione degli interventi chirurgici da parte dello specialista che effettuerà l'intervento Oppure prenotazione CUP per intervento ambulatoriale con impegnativa dematerializzata	

Sospetto BCC I localmente avanzato	<p>1. Invio del paziente al CAS in I visita (cod. 89.05)</p> <p>2. Esecuzione di indagini radiologiche a seconda della sede specifica della lesione e per definire lo stadio di malattia, dell'età e delle comorbidità del paziente TC senza e con mdc RM senza e con mdc ECO tessuti molli ed eco addome</p> <p>3. Valutazione GIC successiva per decisione iter terapeutico</p> <p>4. Comunicazione della proposta di prosecuzione del percorso, consegna del referto GIC</p>	<p>1. I visita CAS: prescrizione dematerializzata del dermatologo.</p> <p>2. Esecuzione accertamenti: sulla base della prescrizione dematerializzata del CAS, con prenotazione a cura del CAS.</p> <p>3. valutazione GIC (cod. 89.07): su prosecuzione dematerializzata del CAS attivato dal dermatologo</p>	
---	---	--	--

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	
BCC a basso rischio non in sede critica del volto non infiltrante 1	Exeresi dermochirurgica in anestesia Locale	Modalità di accesso: interventi ambulatoriali previa prenotazione CUP oppure inserimento nel registro di prenotazione degli interventi	Preferibilmente entro 180 giorni
BCC a basso rischio ma di ampie dimensioni e/o in paziente con comorbidity cardiovascolari importanti	Exeresi dermochirurgica in anestesia locale con assistenza anestesiologicala ed eventuale sedazione	Modalità di accesso: inserimento nel registro di prenotazione degli interventi	Preferibilmente entro 180 giorni
BCC ad alto rischio in sedi critiche del volto, e varianti istologiche ad alto rischio 1	Exeresi dermochirurgica o mediante tecnica di Mohs diretta o differita o marcatura dei bordi	Modalità di accesso: inserimento nel registro di prenotazione degli	Entro 60/90 giorni Mohs diretta
BCC inoperabili per estensione della lesione, per localizzazione in sedi critiche,) o in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Dopo valutazione collegiale in corso di GIC il paziente possono essere proposte le seguenti opzioni: 1. RT 2. Terapia medica 3. ECT 4. terapia palliativa	 1. <u>Radioterapia</u> : accesso con prescrizione dematerializzata di visita radioterapica per stesura piano di trattamento a cura del CAS (cod. 89.03). 2. <u>Terapia target con inibitori hedge-hog in prima linea o cemiplimab in seconda linea</u> : prescrizione dematerializzata a cura del CAS di visita onco-logica per stesura piano trattamento (cod. 89.03). 3. <u>elettrochemioterapia</u> previa valutazione GIC programmazione di ricovero ordinario per intervento in anestesia generale 4. <u>Terapia palliativa</u> : prescrizione dematerializzata a cura del CAS o specialista	 Entro 20/30 giorni Entro 20/30 giorni Entro 20/30 giorni

		dermatologo/oncologo per prestazione palliativa dopo valutazione GIC.	
BCC metastatico o localmente avanzato per cui non si ritiene opportuno procedere a chirurgia o radioterapia	Vismodegib (localmente avanzato o metastatico) O Sonidegib (localmente avanzato); cemiplimab seconda linea	Modalità di accesso: Farmaco prescritto in corso di visita specialistica dermatologica/oncologica. Vismodegib/sonidegib: Erogazione diretta del farmaco da parte della Farmacia/ospedaliera/Dermatologia/Oncologia (a seconda del centro) dopo compilazione modulistica AIFA e approvazione da parte del GIC Cemiplimab: farmaco somministrato per via infusione	Entro 40 giorni
BCC piano superficiale, multiplo in sedi non critiche o in pazienti con controindicazioni all'intervento	Imiquimod Fluouracile topico Terapia fotodinamica	Modalità di accesso: Farmaco prescritto in corso di visita dermatologica ove viene redatto il piano terapeutico.	Entro 7 giorni

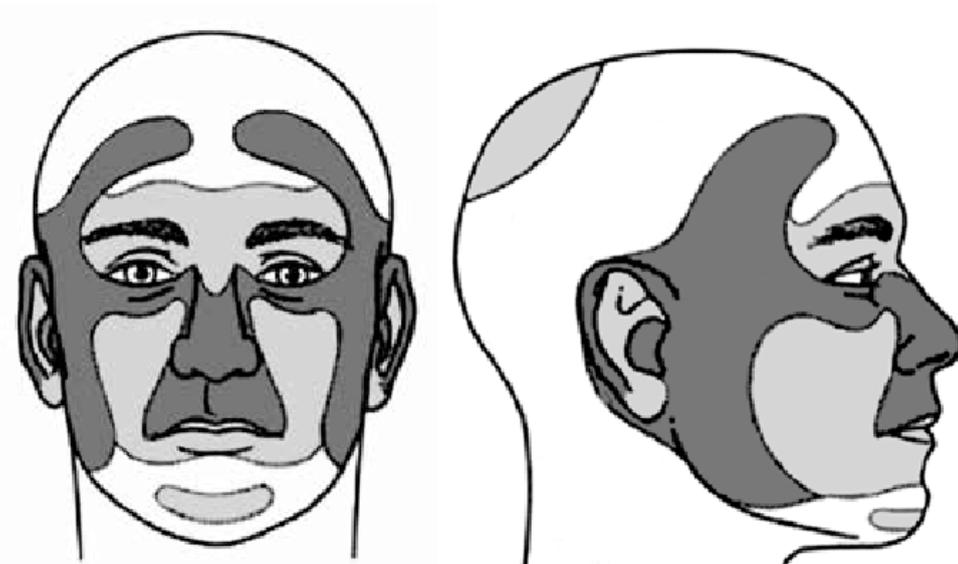
1 **TABELLA Fattori di rischio:**

2

CLINICI	DIMENSIONI >20 mm in: fronte, palpebre, orecchio, naso, labbra
	MARGINI macroscopicamente mal definibili
ISTOLOGICI	INFILTRAZIONE (adesione ai piani profondi)
	TIPO: sclerodermiforme, infiltrante
	RICORRENZA / PERSISTENZA
	ISTOTIPO: sclerodermiforme, infiltrativo, intermedio, metatipico
	INVASIONE: perivascolare, perineurale
TOPGRAFICI	CAPILLIZIO / FRONTE
	ORECCHIO
	PALPEBRE
	NASO
	LABBRA
COFATTORI	IMMUNODEPRESSIONE
	GENODERMATOSI PREDISPONENTI: xeroderma pigmentoso

Figura aree di rischio

Area H	<p>“ mask areas” del volto:</p> <ul style="list-style-type: none">• volto centrale• palpebre• sopracciglia• regione periorbitale• naso• labbra• mento• mandibola• regione periauricolare e postauricolare• tempie• orecchio <p>genitali mani piedi</p>
Area M	<p>Guance fronte cuoio capelluto collo regione pretibiale</p>
Area L	<p>Tronco estremità (escludendo mani, unghie, regione pretibiale, caviglie e piedi)</p>



“Mask areas” del volto (da Stein et al, 2004)

Risk	Stage	Characteristics		Illustrative pictures	DTT-BCC Group (part 1)
Easy To Treat and low risk of recurrence	I	Low-risk common BCC	<p>None of the other stages characteristics.</p> <p>Recurrences only come from blind treatments, or insufficient surgical margins.</p>		Not included
<= Increasingly Difficult To Treat and increasing risk of recurrence	Common BCC	IIA	<p>Common BCC but management is more complex than usual for any reason linked to the tumor (location requiring technical skill, poorly defined tumor borders, prior recurrence) and/or to the patient (poor general status, comorbidities, or unwillingness to cooperate ...).</p> <p>Good results and low rate of recurrence expected with surgery even if technically complicate, when the patient cooperates.</p>		1
		IIB	<p>DTT-BCC mainly due to multiplicity of common BCC</p> <p>Very high number of common BCC (>10) or multiple complex BCC (> 5) in the setting of apparently sporadic cases or in Gorlin syndrome*.</p> <p>*When at least 1 of the multiple BCC can be classified III or IV, the patient will be classified accordingly, and not IIB</p>		2
	Advanced BCC	IIIA	<p>Locally advanced DTT-BCC out of critical areas</p> <p>Large and/or destructive tumors in non-critical or functionally significant areas.</p> <p>Deemed curable without expected functional mutilations.</p>		3
		IIIB	<p>Locally advanced DTT-BCC in critical areas</p> <p>Large and/or or destructive tumors in critical or functionally important areas (periorificial, nose, ...).</p> <p>Deemed curable by surgery, but functional impairment and/or mutilation are inevitable.</p>		4
		IIIC	<p>Extremely advanced DTT- BCC</p> <p>Giant and/or deeply invasive tumors involving extracutaneous tissue (bone, muscles, vital or sensorial structures) responsible for an extreme clinical situation.</p> <p>Cure cannot be expected by surgery whatever its extent.</p>		5
Metastatic BCC	IV	<p>Distant metastases*.</p> <p>*Whatever the initial BCC staging, patient must be classified IV when metastatic.</p>		Not included	

<p>Chirurgia</p>	<p>Setting assistenziale – Indicazioni (<i>Allegato 2</i>)</p> <p>Asportazioni ambulatoriali- cod. 86. ASA <3</p> <p>Asportazione chirurgica di lesioni iniziali e non infiltranti riparabili con sutura diretta e in sedi non ad alto rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumori maligni non infiltranti di piccole dimensioni – • Allargamenti in sedi non ad alto rischio riparabili con sutura diretta 	
	<p><i>Asportazioni in regime di Day surgery/Degenza – cod. 864 o codici specifici per sede (prevedere successivo adeguato tempo di osservazione chirurgica)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ASA ≥3 e pazienti in terapia anticoagulante su indicazione del chirurgo o con indicazioni di tipo sociale</i> • <i>Tumori che per sede e dimensione richiedono una ricostruzione plastica con lembi di rotazione, trasposizione, innesti liberi o scollamenti tali da consentire riparazioni plastiche soddisfacenti..</i> • <i>Tumori localizzati in sedi anatomiche critiche ad alto rischio/area H– (capillizio/fronte, palpebre, naso, zona para-alare labbra, orecchio, regione retro e pre-auricolare, estremità acrali, vulva, pene, regione sacro-perineale) che richiedono ricostruzioni plastiche e/o scollamenti di tessuti adiacenti</i> • <i>Allargamenti estesi ai tessuti profondi</i> • <i>Procedure che prevedono una ricostruzione differita dopo valutazione istologica</i> • <i>Chirurgia con tecnica di Mohs</i> 	

rif.:
 Linee guida SDO 2017 Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD9CM versione 2007 Revisione anno 2017- pag 121-129 (tutt'ora valide e non aggiornate)

Più generiche le indicazioni recentemente pervenute.
 Regione Piemonte Assessorato alla Sanità - Criteri di appropriatezza controllo SDO 2024 (ago-2024)