

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 15 settembre 2023

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'

Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074927-930 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074943 - INSERZIONI TEL. 091/7074912-897
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

La Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana (Parte prima per intero) è consultabile presso il sito Internet: <http://gurs.regione.sicilia.it> accessibile anche dal sito ufficiale della Regione www.regione.sicilia.it

S O M M A R I O

DECRETI ASSESSORIALI

Assessorato della salute

DECRETO n. 821 del 31 agosto 2023.

Percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) per la prevenzione, diagnosi e trattamento del melanoma nella Regione siciliana pag. 4

DECRETO n. 941 dell'1 settembre 2023.

Integrazione della composizione del Tavolo tecnico regionale sul follow up del neonato pretermine di cui al D.A. n. 615 del 9 giugno 2023 pag. 54

DISPOSIZIONI E COMUNICATI

Presidenza:

PO FESR Sicilia 2014/2020 - OT5 - Azione 5.3.2 - Approvazione degli studi di Microzonazione sismica di livello 1 (MS1) e dell'Analisi della Condizione Limite per l'Emergenza (CLE), realizzati nel territorio della Regione siciliana nell'ambito del Piano regionale di microzonazione sismica. pag. 57

Assessorato dell'agricoltura, dello sviluppo rurale e della pesca mediterranea:

Piano Strategico della PAC 2023-2027 - Approvazione del bando di cui all'Intervento SRD03 - "Investimenti nelle aziende agricole per la diversificazione in attività non agricole" regime de minimis pag. 57

Piano Strategico della PAC 2023-2027 - Approvazione del bando di cui all'Intervento SRD03 - Investimenti nelle aziende agricole per la diversificazione in attività non agricole - "aiuto in esenzione" pag. 57

Approvazione del bando per l'accesso all'intervento "SRG06 - Leader" Attuazione delle strategie di sviluppo locale pag. 57

Assessorato delle autonomie locali e della funzione pubblica:

Assegnazione ed impegno delle risorse destinate, in attuazione del comma 16 dell'art. 26 della legge regionale 22 febbraio 2023, n. 2, ai comuni di San Giovanni Gemini, Grotte, Mirabella Imbaccari, Casteltermini e Licata, per l'acquisto di scuola-bus, mezzi tecnici e mezzi di trasporto per disabili pag. 57

Approvazione del riparto delle risorse destinate, in attuazione del comma 9 dell'art. 3 della legge regionale 22 febbraio 2023, n. 2, ai comuni dell'Isola in cui ricadono le aree industriali e conseguente assegnazione pag. 57

Assessorato dell'energia e dei servizi di pubblica utilità:

Programma operativo complementare 2014/2020 - Azione 2.1.3 - Provvedimenti concernenti liquidazione di somme in favore di vari comuni della Regione, a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo nell'ambito del Programma di Sostegno agli investimenti dei comuni della Sicilia al fine di "Promuovere la Sostenibilità Energetico-Ambientale nei comuni siciliani attraverso le Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER)" pag. 58

PO FESR 2014/2020 - Azione 4.2.1 - "Incentivi finalizzati alla riduzione dei consumi energetici e delle emissioni di gas climalteranti delle imprese e delle aree produttive compresa l'installazione di impianti di produzione di energia da fonte rinnovabile per l'autoconsumo, dando priorità alle tecnologie ad alta efficienza" - Liquidazione e pagamento di somma a favore della O.P. Esperidio soc. cons. pag. 62

Autorizzazione provvisoria alla società AcquaEnna S.c.p.A. allo scarico, con prescrizioni, delle acque reflue urbane provenienti da un impianto di depurazione del comune di Pietraperzia. pag. 62

Assessorato delle infrastrutture e della mobilità:

Autorizzazione e liquidazione di somma per la realizzazione dell'intervento Piano straordinario messa in sicurezza delle strade nei piccoli comuni delle aree interne - Comune di Forza D'Agrò - "Lavori di messa in sicurezza di strade comunali delle aree interne con meno di 2000 abitanti" pag. 62

Riduzione di impegno ed autorizzazione e liquidazione di somma per la realizzazione dell'intervento Piano straordinario messa in sicurezza delle strade nei piccoli comuni delle aree interne - Comune di Lucca Sicula - "Messa in sicurezza delle strade interne al centro urbano e delle strade extraurbane (strade vicinali e intercomunali)" pag. 62

Programma Operativo Complementare - POC 2014/2020 - Asse 3 - Finanziamento ed impegno di somma per la realizzazione di un progetto esecutivo nel comune di Zafferana Etnea pag. 62

Finanziamento della maggiore somma per l'aggiornamento dei prezzi dell'intervento PO FESR 2014/2020 - Aree Interne (SNAI) - Nebrodi - Azione 7.4.1 - AINEB 13 - Lavori di manutenzione e messa in sicurezza - Itinerario stradale S.S. 113 - Mirto-Valle Zappulla pag. 62

Finanziamento della maggiore somma per l'aggiornamento dei prezzi dell'intervento PO FESR 2014/2020 - Nebrodi - OT 7.4.1 - Strategia D'Area Sperimentale AINEB 14 - "Lavori di manutenzione e messa in sicurezza - Itinerario stradale S.P. 146 bis e S.P. 145 di Ponte Naso Sinagra - Limeri" pag. 62

Assessorato dell'istruzione e della formazione professionale:

Annullamento dei decreti n. 2091 del 30 dicembre 2021 e n. 505 del 13 aprile 2022 ed approvazione della graduatoria definitiva delle domande ammesse a finanziamento a valere sull'Avviso n. 43/2021 "Formazione per le nuove competenze nelle imprese siciliane", dello schema di adesione e dello schema di rimborso pag. 63

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 1, Componente 3, Misura 2, Investimento 2.3 - Approvazione, in via definitiva, della graduatoria di cui all'Avviso pubblico "Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici" pag. 63

Assessorato della salute:

Revoca del decreto n. 1902 del 3 ottobre 2017, concernente autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie connesse

alla PMA omologa di I livello al legale rappresentante della struttura Data Medica s.r.l., con sede legale in Siracusa pag. 63

Assessorato del territorio e dell'ambiente:

PO FESR Sicilia 2014-2020 - Asse prioritario 5 - Azione 5.1.1.A - Quota territorializzata SNAI - Aree interne - APQ Val Simeto - Concessione di un contributo finanziario ed approvazione del Disciplinare di finanziamento per la realizzazione di un intervento nel comune di Centuripe pag. 63

Piano di azione e coesione - PAC III - Nuove Azioni-Linea B6 - azione B - sotto-azione B2 - Provvedimenti concernenti chiusura di interventi del Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale pag. 63

PSC Sicilia 2014-2020 - Sezione speciale 2 - Provvedimenti concernenti rideterminazione di contributi concessi all'Ente Parco Fluviale dell'Alcantara e al comune di Santa Marina Salina, rispettivamente per le operazioni ID 28 e ID 56 e contestuale liquidazione di somme pag. 64

Parere motivato favorevole per la procedura di valutazione ambientale strategica relativa ad un Piano urbanistico esecutivo da realizzare nel comune di Altavilla Milicia .. pag. 64

PSC Sicilia 2014/2020 - Sezione 2 speciale - Comune di Salemi - Proroga dei termini per la realizzazione dell'operazione "I Art: il Polo diffuso per le identità e la valorizzazione ambientale" pag. 64

PSC Sicilia 2014-2020 Sicilia - Sezione 2 speciale - Parco nazionale dell'Isola di Pantelleria - Proroga del termine per la realizzazione dell'operazione ID 20 pag. 65

PSC Sicilia 2014-2020 - Sezione 2 speciale - Comune di Priolo Gargallo - Aggiornamento del cronoprogramma dell'operazione ID 44_35_41 pag. 65

Assessorato del turismo, dello sport e dello spettacolo:

Provvedimenti concernenti iscrizione di associazioni pro loco all'Albo regionale delle pro loco ricadenti nel territorio della Città metropolitana di Messina pag. 65

Rettifica dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "ILTM North America" ed. 2023 pag. 65

Approvazione dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "WTE" ed. 2023 pag. 65

Rettifica dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "FIT" ed. 2023 .. pag. 65

Approvazione dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "IFTM Top Resa" ed. 2023..... pag. 65

Approvazione degli elenchi dei soggetti esclusi ed ammessi a beneficiare dei voucher da utilizzare per la partecipazione alle attività sportive presso Società/Associazioni ed Enti di promozione sportiva pag. 65

STATUTI

Statuto del comune di San Giovanni Gemini - Modifiche pag. 66

CIRCOLARI

Presidenza

CIRCOLARE 31 agosto 2023, n. 1 - CFD - Idro.

Attività di prevenzione per il rischio meteo-idrogeologico e idraulico pag. 67

SUPPLEMENTI ORDINARI

Supplemento ordinario n. 1

Decreti assessoriali

Assessorato dell'agricoltura, dello sviluppo rurale e della pesca mediterranea

DECRETO n. 40 del 31 agosto 2023.

Adozione del nuovo prezzario per opere e/o investimenti nelle aziende agricole e nel settore forestale.

Supplemento ordinario n. 2

Decreti assessoriali

Assessorato della salute

DECRETO n. 820 del 30 agosto 2023.

Soluzioni tecniche/amministrative per l'attuazione del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) del 30 maggio 2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Missione 6 e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). Approvazione del "Modello organizzativo regionale dei servizi di Telemedicina".

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO n. 821 del 31 agosto 2023.

Percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) per la prevenzione, diagnosi e trattamento del melanoma nella Regione siciliana.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

- Visto** lo Statuto della Regione Siciliana;
- Visto** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.;
- Vista** la Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale”;
- Visto** il Piano Regionale della Salute 2011-2013;
- Visto** il Decreto Legge 13 settembre 2012, convertito con la legge 8 novembre 2012, n. 189 recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.»;
- Vista** la Legge Regionale 12 agosto 2014, art. 68, comma 4 inerente l’obbligo di pubblicazione dei decreti assessoriali sul sito internet della Regione Siciliana;
- Visto** il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 recante “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- Visto** il Decreto Assessoriale 1 luglio 2015, n. 1181 di recepimento del predetto D.M. n.70/2015;
- Visto** il Decreto Assessoriale 11 gennaio 2019 n. 22 e s.m.i. recante “Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70;
- Visto** il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Visto** il D.A. 23.12.2021, n. 1438 di approvazione del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025;
- Vista** l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 17 aprile 2019 recante “Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale” ;
- Visto** il D.A. n. 1835 del 20 settembre 2019 con il quale è stata recepita la sopra citata Intesa del 17 aprile 2019 e costituito il Coordinamento Regionale della Rete Oncologica Siciliana;
- Considerato** che tra i compiti del Coordinamento Regionale di cui al sopra citato D.A. n.1835/2019

vi era, tra gli altri, quello di definire i PDTA oncologici;

Visto il documento, elaborato dal gruppo di lavoro preposto per la realizzazione di un PDTA per il trattamento dei pazienti con melanoma e ratificato dal Coordinamento Regionale della Rete Oncologica;

Ritenuto di dover individuare, con successivo provvedimento, le strutture specialistiche pubbliche e private accreditate che possiedono i requisiti minimi organizzativi, strutturali, professionali, tecnologici e di attività per realizzare il PDTA oggetto di approvazione, in coerenza con le previsioni dell'Intesa Stato-Regioni del 17 aprile 2019;

Ritenuto, al fine di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, equità, qualità e sicurezza, di dover adottare il PDTA per il trattamento dei pazienti con melanoma;

DECRETA

ART. 1

Per le motivazioni citate in premessa, è approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) per la prevenzione, diagnosi e trattamento del melanoma nella Regione Siciliana allegato al presente decreto e che ne costituisce parte integrante.

ART. 2

Con successivo provvedimento saranno individuate le strutture specialistiche pubbliche e private accreditate che possiederanno i requisiti minimi organizzativi, strutturali, professionali, tecnologici e di attività per realizzare il PDTA oggetto di approvazione, in coerenza con le previsioni dell'Intesa Stato-Regioni del 17 aprile 2019.

ART. 3

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente PDTA le Aziende Sanitarie e le Strutture private accreditate dovranno adottare formalmente il PDTA in argomento dandone comunicazione all'Assessorato Salute – Servizio 4 Programmazione Ospedaliera - Dipartimento Pianificazione Strategica.

**ART. 4**

Le previsioni contenute nel presente PDTA saranno soggette a revisione alla luce di nuove acquisizioni in tema di diagnosi e trattamento.

Il presente decreto viene trasmesso al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale di questo Assessorato ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione e alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 31 agosto 2023.

VOLO





Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

*Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la
Gestione del Paziente Affetto da **Melanoma** nella Regione
Siciliana*

COPIA 7
NON 1

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione

**Referente di Area Specialistica MELANOMA: Francesco Ferraù****ESTENSORI**

Discipline:

ANATOMIA PATOLOGICA:

Rosario Caltabiano (Catania), Elisabetta Orlando (Palermo)

DERMATOLOGIA:

Maria Rita Bongiorno (Palermo), Giuseppe Micali (Catania), Leonardo Zichichi (Trapani)

CHIRURGIA PLASTICA / CHIRURGIA:

Rosario Ranno (Catania), Pierfranco Soma (Catania), Francesco Stagno D'Alcontres (Messina),

ONCOLOGIA MEDICA

Francesco Ferraù (Taormina), Gaetana Rinaldi (Palermo)

PSICO-ONCOLOGIA

Elisabetta Privitera (Taormina)

RADIOTERAPIA

Andrea Girlando (Catania)

REVISORI

Salvatore Asero (Catania), Adriana Cordova (Palermo), Gaetana Rinaldi (Palermo)

Data di approvazione	Luglio 2023
Estensori	M.R.Bongiorno, R.Caltabiano, F.Ferraù, A.Girlando, G.Micali, E.Orlando, E.Privitera, R.Ranno, G.Rinaldi, P.Soma, F.Stagno D'Alcontres, L.Zichichi,
Periodicità revisione	ANNUALE
Revisori	S.Asero, A.Cordova, G.Rinaldi
Data prevista prossima revisione	Luglio 2024

COPIA TR
NON VA

EPIDEMIOLOGIA DEL MELANOMA CUTANEO

Si tratta di uno dei principali tumori che insorgono in giovane età e costituisce in Italia attualmente il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi al di sotto dei 50 anni. Ogni anno in Sicilia vengono diagnosticati oltre 500 nuovi casi di melanoma maligno della pelle, con una incidenza di 11,0 nuovi casi ogni 100.000 negli uomini e di 9,0 casi ogni 100.000 nelle donne (fonte: Banca Dati dei Registri Tumori della Sicilia, 2019). Tuttavia il trend assoluto del numero di nuove diagnosi è in continuo aumento negli ultimi anni. Inoltre si stimano 5.742 persone con pregressa diagnosi di melanoma maligno pari a circa il 3% di tutti i casi di tumore, 2.581 casi stimati negli uomini e 3.161 nelle donne.

Incidenza e prevalenza per melanoma della pelle (Banca Dati dei Registri Tumori della Sicilia, 2019)

L'incidenza, espressa come tassi standardizzati, è più elevata tra gli uomini 9,2 (LC95% 8,6-9,8) che tra le donne, 7,4 (LC 95% 6,9-8,0). A livello di ASP i tassi standardizzati significativamente più elevati si osservano, a Trapani tra gli uomini (13,9 LC95% 11,3-16,9) e tra le donne (11,0 LC95% 8,7-13,7) a Ragusa; e più bassi ad Enna per entrambe i sessi (Uomini: 6,1 LC95% 4,0-9,0; Donne: 5,0 LC95% 3,1-7,7).

Esistono diversi fattori di rischio legati al melanoma: fattori genetici, fenotipici e ambientali. Il più importante fattore di rischio ambientale viene identificato nell'esposizione ai raggi UV sia in rapporto alle dosi assorbite che all'età (maggiore rischio nell'età infantile ed adolescenziale). Per quanto riguarda l'incidenza per fasce di età, il melanoma rappresenta circa il 6,4% dei tumori giovanili negli uomini di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, e la terza sede più frequente (8,8%) nelle donne della stessa fascia di età.

I decessi per melanoma cutaneo sono pari al 1% del totale dei tumori in entrambe i sessi, con una frequenza leggermente più elevata nelle fasce di età più giovani della popolazione sia maschile che femminile.

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2010-2018

La sopravvivenza a 5 anni per i melanomi cutanei in Italia è pari all'87%. Esiste un forte gradiente per età: la sopravvivenza a 5 anni passa dal 94% registrata nei pazienti giovani (15-44 anni) al 73% dei pazienti anziani (75+). La probabilità di sopravvivere a 5 anni dalla diagnosi, essendo vissuti il primo anno, è pari all'89,6% negli uomini e al 91,4% nelle donne, mentre la probabilità di sopravvivere essendo sopravvissuti al 5° anno dalla diagnosi sale al 99% e al 97,7% rispettivamente per gli uomini e le donne. La sopravvivenza a 5 anni mostra differenze geografiche in entrambi i sessi, e i valori sono mediamente più elevati nelle Regioni del Centro-Nord rispetto al Sud Italia (Fonte: I numeri del cancro in Italia 2019). In Sicilia infatti la probabilità di sopravvivere a 5 anni dalla diagnosi, essendo vissuti il primo anno, è pari all'79,8% negli uomini e al 85,7% nelle donne.

COPIA
NOI

PDTA Melanoma Regione Sicilia

Disciplina: DERMATOLOGIA

AREA DERMATOLOGIA

Autori: Maria Rita BONGIORNO, Giuseppe MICALI, Leonardo ZICHICHI

Il melanoma cutaneo rappresenta una neoplasia maligna di derivazione melanocitaria che insorge generalmente su cute sana (70%), talvolta su nevo melanocitico preesistente (30%). L'incidenza è in costante aumento con differenze in funzione di razza e latitudine; in Italia, è di circa 13 casi/100.000 abitanti l'anno (5% delle neoplasie maligne cutanee). Interessa tutte le fasce d'età, ma è raro prima della pubertà. L'etiopatogenesi è multifattoriale, sebbene i raggi ultravioletti rappresentino il maggiore fattore responsabile. I fattori di rischio includono il fototipo chiaro (I-II), la storia personale o familiare di melanoma, l'elevato numero di nevi melanocitici (>50), la presenza di nevi melanocitici displastici o congeniti giganti, l'immunodepressione, alcuni disordini genetici (xeroderma pigmentoso), l'esposizione solare acuta intermittente, le ustioni solari (soprattutto nell'infanzia)¹.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE



Presentazione clinica del melanoma cutaneo

Le caratteristiche cliniche del melanoma cutaneo dipendono in larga parte dalla sua localizzazione. Le principali varianti sono le seguenti: melanoma a diffusione superficiale, melanoma nodulare, lentigo maligna melanoma, melanoma acrale e melanoma amelanotico¹⁻².

- **Melanoma a diffusione superficiale** (superficial spreading melanoma) - Rappresenta la variante clinica più frequente (70–80%), localizzata più spesso al tronco negli uomini e alle gambe nelle donne. Si presenta come una macula di colorito bruno-nerastro o variegato, talora con aree biancastre di regressione, con bordi irregolari, ad estensione orizzontale progressiva. Col tempo può sviluppare una componente papulosa palpabile od assumere aspetto francamente nodulare, espressione di infiltrazione verticale in profondità.
- **Melanoma nodulare** - Rappresenta una varietà meno comune (19-20%), localizzata più spesso al tronco e alle gambe. Si manifesta d'emblée come un nodulo di colorito variabile dal rosso-bruno al nerastro al rosa-rosso (forma "amelanotica"), a crescita estensiva rapida, sia superficiale che verticale. Tale variante è caratterizzata da elevata aggressività ed è associato ad una scarsa prognosi.
- **Lentigo maligna melanoma** - Rappresenta il 5-10% dei casi di melanoma e si presenta solitamente sul viso o sul cuoio capelluto di soggetti anziani con storia di fotoesposizione cronica. La forma *in-situ* (lentigo maligna) appare tipicamente come una macula bruno-nerastra, tondeggiante-ovalare, che può progredire lentamente (anni) verso la forma invasiva nodulare (lentigo maligna melanoma).
- **Melanoma acrale** (o melanoma lentiginoso acrale) - Rappresenta il 2-8% dei casi, è la forma più frequente nei soggetti di razza africana e asiatica, e compare in sede palmo-plantare e sul letto ungueale. Si presenta come una macula bruna-nerastra a margini irregolari tendente alla nodulazione. In tale variante viene fatto rientrare anche il melanoma delle mucose (mucosa orale e genitale). Il melanoma subungueale origina generalmente dai melanociti della matrice ungueale e si presenta clinicamente come una banda pigmentata di colore irregolare (melanonichia striata) che si estende dalla piega ungueale prossimale a quella distale.
- **Melanoma amelanotico** - È una varietà caratterizzata da ridotto o assente contenuto in melanina, generalmente di tipo nodulare e colorito rosa-rossastro, difficile da diagnosticare.

Diagnosi del melanoma cutaneo

La diagnosi precoce del melanoma cutaneo risulta di fondamentale importanza in quanto la prognosi è strettamente legata allo staging. La Società Italiana di Dermatologia e Venereologia (SIDeMaST) ha pubblicato nel 2020 le proprie raccomandazioni sul management del melanoma cutaneo², realizzate in linea con le guidelines internazionali³ a loro volta aggiornate dopo la pubblicazione dell'8° edizione della classificazione dei tumori dell'American Joint Committee on Cancer (AJCC)⁴. Tali raccomandazioni riguardano anche la fase diagnostica del melanoma che deve avvalersi dell'esame clinico, della valutazione strumentale e dell'esame istologico^{2,5-8}.

La SIDeMaST sottolinea innanzitutto come l'esame cutaneo "total body" e la dermoscopia siano fondamentali per la diagnosi del melanoma cutaneo².

L'**esame cutaneo "total body"** prevede l'attenta valutazione clinica di tutte le neoformazioni cutanee, pigmentate e non, localizzate anche in zone corporee generalmente poco attenzionate, quali le

COPIA
NOI

aree genitali, le plantari ed interdigitali, ed il cuoio capelluto. Nell'ambito dell'esame clinico è sempre valida la regola dell'ABCDE, secondo la quale una neoformazione cutanea è a rischio nel caso in cui sia **A**simmetrica, presenti dei **B**ordi irregolari e un **C**olore variegato, abbia un **D**iametro superiore ai 6 mm), ed abbia una più o meno rapida **E**voluzione (od anche **E**levazione rispetto al piano cutaneo). Tale regola non è però sempre rispettata nel melanoma, specie nelle fasi precoci. Altro indicatore clinico utilizzato è il segno del "brutto anatroccolo": in un determinato individuo i nevi tendono ad esprimere un pattern clinico simile tra di loro mentre il melanoma (brutto anatroccolo) tende ad avere delle caratteristiche morfologiche sensibilmente differenti dagli altri nevi. Infine, per l'identificazione dei pazienti ad alto rischio da sottoporre a più stretto monitoraggio, è stata proposta la regola della presenza di almeno "20 nevi sulle braccia", che si è rivelato un metodo accurato, semplice e pratico^{2,6}.

La **dermoscopia** (detta anche dermatoscopia o epiluminescenza) è un esame strumentale non invasivo che ha rivoluzionato l'approccio diagnostico al melanoma⁷⁻⁹. Se effettuato da personale specializzato incrementa notevolmente la sensibilità e la specificità diagnostica nel riconoscimento delle lesioni pigmentate cutanee rispetto all'osservazione clinica (da cui però non si deve mai prescindere). Tale metodica, di rapida esecuzione, consente la visualizzazione di caratteri morfologici superficiali della cute non altrimenti apprezzabili ad occhio nudo. Essa consiste nel porre un sottile strato di olio da immersione, alcool o acqua sulla lesione cutanea che verrà poi esaminata utilizzando uno strumento ottico di amplificazione di immagine, quale un dermatoscopio od un videodermatoscopio¹⁰. Il liquido ha la funzione di eliminare il fenomeno di riflessione della luce da parte dello strato corneo, consentendo la visualizzazione dell'epidermide e del derma superficiale. Recentemente, mediante i nuovi sistemi a luce polarizzata, possono essere ottenuti gli stessi risultati senza l'applicazione del liquido. Il dermatoscopio manuale è lo strumento più diffuso, soprattutto in virtù del suo basso costo e della sua maneggevolezza. Tale metodica permette il riconoscimento sia di melanomi in stadi iniziali non individuabili clinicamente, come pure di lesioni benigne che possono apparire clinicamente sospette (quali cheratosi seborroiche, dermatofibromi, angiomi), riducendo pertanto il numero di falsi positivi e dunque di escissioni non necessarie. La SIDeMaST raccomanda come la dermoscopia dovrebbe essere sempre utilizzata nell'ambito dell'esame cutaneo clinico "total body" già da parte del dermatologo territoriale².

La **fotografia "total body"** e la **dermoscopia digitale sequenziale** rappresentano altre 2 metodiche utili per la diagnosi precoce di melanoma in pazienti con nevi multipli e sindrome del nevo displastico con o senza storia personale di melanoma². Esse offrono il vantaggio legato alla possibilità di registrare le immagini, macro e micro, e di potere seguire l'evoluzione delle lesioni dubbie nel corso del tempo. Mediante la dermoscopia digitale (effettuata generalmente mediante il videodermatoscopio) le immagini ottenute possono essere memorizzate su personal computer e quindi valutate mediante speciali software, con la possibilità di evidenziare strutture poco visibili e di effettuare misurazioni e confronti ai controlli successivi. La dermoscopia digitale sequenziale prevede a sua volta 2 possibilità: il monitoraggio a breve termine (in genere 3 mesi) per lesioni melanocitiche sospette senza evidenza di melanoma, ed il monitoraggio a lungo termine (generalmente ad intervalli di 6-12 mesi) per i pazienti ad alto rischio con nevi multipli. Numerosi autori hanno sottolineato come un approccio multimodale con la combinazione delle 2 metodiche fornisce un monitoraggio ottimale nei pazienti ad alto rischio aiutando nella diagnosi precoce del melanoma². In ogni caso, la definizione dei criteri per la selezione dei pazienti candidati all'imaging total

COPIA
NOI

body e/o alla dermoscopia digitale sequenziale è essenziale per evitare falsi positivi nei pazienti a basso rischio e l'allungamento delle liste d'attesa nei centri di assistenza di terzo livello².

Nei centri di assistenza terziari la **microscopia laser confocale** rappresenta un esame di secondo livello per le lesioni dubbie all'esame demoscopico⁷⁻⁸. Essa è una tecnica diagnostica di imaging più moderna che permette di effettuare uno studio citologico e architetturale della cute, in vivo, in modo completamente non invasivo, con risoluzione pressoché istologica ed in tempi rapidi. Si basa su una sorgente luminosa che emette un fascio di luce laser di lunghezza d'onda e potenza tali da non indurre un aumento termico locale né altri effetti dannosi per il paziente. Il fascio luminoso riflesso raggiunge un trasduttore permettendo quindi la visualizzazione su un monitor di un'immagine bidimensionale di una sezione orizzontale della cute. La microscopia confocale permette l'acquisizione di sezioni orizzontali della stessa porzione di tessuto a differenti livelli di profondità, fino ad un massimo di circa 200-250 µm, corrispondente, nella cute sana, ad una porzione comprendente epidermide e derma papillare. Le immagini raccolte presentano variazioni cromatiche nell'ambito della scala dei grigi, cosicché le strutture iperriflettenti risultano di colore bianco, mentre quelle iporiflettenti appaiono grigio scuro-neri. La principale fonte di contrasto responsabile del fenomeno della rifrazione è la melanina, pertanto, le strutture contenenti tale pigmento (melanociti, melanofagi, cheratinociti pigmentati) risultano ben visibili. Tale metodica rappresenta un efficace strumento diagnostico per la valutazione di lesioni selezionate con patterns clinici e/o dermatoscopici aspecifici o di difficile interpretazione, rappresentando un importante progresso in ambito dermato-oncologico. La microscopia laser confocale risulta particolarmente utile nel caso di lesioni del viso per le quali la biopsia incisionale non è generalmente ben accettata da parte dei pazienti e spesso non sufficiente per l'anatomopatologo per una diagnosi conclusiva¹¹.

Successivamente all'esame clinico-strumentale, l'iter diagnostico per tutti i pazienti con neoformazioni cutanee giudicate sospette per melanoma deve prevedere la **biopsia escissionale** con margine sano di 1-3 mm per successivo **esame istologico**. La fotografia pre-escissione come pure la dermoscopia rappresentano un ausilio importante per la correlazione clinico-patologica. L'escissione primaria con margini contenuti deve, ove possibile, essere orientata longitudinalmente alla rete linfatica regionale onde evitare di interferire con la perfetta riuscita dell'eventuale, successiva biopsia del linfonodo sentinella.

La biopsia incisionale a scopo diagnostico può essere indicata in casi selezionati, come per esempio in caso di lesioni di grandi dimensioni o localizzate in aree particolari quali quelle palmo-plantari, genitali o il viso, e deve includere la porzione più spessa/infiltrata della lesione; non vi è evidenza scientifica che l'incisione di un melanoma primario interferisca con la prognosi o la sopravvivenza. La biopsia tipo shave dovrebbe invece essere evitata poiché impedisce la corretta valutazione dello spessore di Breslow in caso di melanoma².

La SiDeMaST nelle sue linee guida ha anche tracciato il percorso "ideale" di un paziente affetto da melanoma cutaneo². Il primo step dovrebbe prevedere lo screening da parte del medico di medicina generale (primary care) e successivamente del dermatologo territoriale (secondary care). Tali medici dovrebbero indirizzare ai centri di riferimento (tertiary care) soltanto i pazienti con lesioni sospette o pazienti con storia personale di melanoma. Canali di connessione preferenziali tra i medici del territorio ed i centri di riferimento sono cruciali per permettere la diagnosi precoce del melanoma come pure per evitare lunghe liste

COPIA
NOI

d'attesa nei centri di terzo livello. In questi ultimi dovrebbe verificarsi un approccio integrato in cui tutti gli specialisti coinvolti nel management del melanoma (dermatologo, oncologo, chirurgo, radiologo, radioterapista, anatomopatologo, genetista e biologo molecolare) possano collaborare prendendo in considerazione tutte le possibili opzioni terapeutiche e sviluppino un trattamento individualizzato per ogni paziente².

Bibliografia di riferimento

1. Pulvirenti N, Dall'Oglio F, Lacarrubba F, Musumeci ML, Nasca MR, Micali G. Comuni affezioni dermatologiche. In: G. Micali, D. Innocenzi, G. Fabbrocini, G. Monfrecola, A. Tosti, S. Veraldi. Le basi della dermatologia. p. 305-346. Springer-Verlag Italia, Milano, 2014
2. Argenziano G, Brancaccio G, Moscarella E, Dika E, Fargnoli MC, et al. Management of cutaneous melanoma: comparison of the leading international guidelines updated to the 8th American Joint Committee on Cancer staging system and workup proposal by the Italian Society of Dermatology. *G Ital Dermatol Venereol* 2020;55:126-45.
3. AIOM. Melanoma 2019; [Internet]. Available from: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/10/2019_LG_AIOM_Melanoma.pdf [cited 2020, Jan 9].
4. Amin MB, Greene FL. AJCC Cancer Staging Manual. Eight edition. New York: Springer International Publishing; 2017.
5. Brancaccio G, Russo T, Lallas A, et al. Melanoma: clinical and dermoscopic diagnosis. *G Ital Dermatol Venereol* 2017;152:213-23.
6. Lesage C, Barbe C, Le Clainche A, Lesage FX, Bernard P, Grange F. Sex-related location of head and neck melanoma strongly argues for a major role of sun exposure in cars and photoprotection by hair. *J Invest Dermatol* 2013;133:1205-11.
7. Fried L, Tan A, Bajaj S, Liebman TN, Polsky D, Stein JA. Technological advances for the detection of melanoma: Part I. Advances in diagnostic techniques [published online ahead of print, 2020 Apr 26]. *J Am Acad Dermatol* 2020;S0190-9622(20)30738-6.
8. Bakos RM, Blumetti TP, Roldán-Marín R, Salerni G. Noninvasive Imaging Tools in the Diagnosis and Treatment of Skin Cancers. *Am J Clin Dermatol* 2018;19(Suppl 1):3-14.
9. Micali G, Lacarrubba F. The expanding use of dermatoscopy. *Dermatol Clin* 2018 Oct;36(4):xv. doi:
10. Micali G, Lacarrubba F. Dermatoscopy: instrumental update. *Dermatol Clin* 2018 Oct;36(4):345-348.
11. Cinotti E, Labeille B, Debarbieux S, Carrera C, Lacarrubba F, et al. . Dermoscopy vs. reflectance confocal microscopy for the diagnosis of lentigo maligna. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018 Aug;32(8):1284-1291.

COPIA
NOI

Disciplina: CHIRURGIA

Autori: Rosario RANNO; Pier Franco SOMA; Francesco STAGNO D'ALCONTRES

Biopsia

Nel sospetto di melanoma la visita chirurgica prevede anche un attento esame obiettivo con particolare attenzione alla palpazione delle stazioni linfonodali che vanno esplorate clinicamente e quindi strumentalmente mediante ecografia in attesa della stadiazione patologica che farà da guida agli ulteriori stadi del trattamento chirurgico.

L'approccio chirurgico al melanoma inizia con la biopsia escissionale preferenzialmente con margine di 2 mm di cute sana ed estesa al grasso sottocutaneo. L'orientamento della losanga varia in considerazione del rispetto delle linee di forza cutanea e della circolazione linfatica; infatti, l'incisione non deve interferire con il decorso delle vie linfatiche, per non compromettere l'accuratezza diagnostica del linfonodo sentinella, qualora si rendesse necessaria la futura radicalizzazione. L'orientamento sarà quindi longitudinale a livello degli arti e lungo le linee di forza a livello della testa e del tronco.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE



La biopsia incisionale trova indicazione esclusivamente nel melanoma ungueale o in lesioni pigmentarie molto estese la cui asportazione comporterebbe ampie perdite di sostanza con necessità di ricostruzione.

1. PAZIENTI CON NEOPLASIA ACCERTATA

Radicalizzazione

I pazienti con diagnosi patologica di melanoma devono essere discussi dal team multidisciplinare che dovrà stabilire gli esami strumentali finalizzati ad una corretta stadiazione: ecografia delle stazioni linfatiche, ecografia addominale completa, rx del torace biproiettivo, ovvero TC total body (ed eventualmente PET, nei casi a maggior rischio), su decisione del team multidisciplinare. La chirurgia del melanoma procede di pari passo con il processo di stadiazione.

Se l'esame istologico conferma la diagnosi di melanoma si procede con l'intervento di radicalizzazione che prevede l'asportazione di cute e sottocute fino al piano fasciale che deve essere preservato se non infiltrato, con margini di escissione diversi a seconda dello spessore del tumore primitivo:

1. Melanoma in situ: 0,5 cm
2. Melanoma \leq 2 mm: 1 cm
3. Melanoma 2,01-4 mm: 2 cm
4. Melanoma $>$ 4 mm: 2 cm

L'ampiezza di escissione può essere ridotta in sedi particolari (volto e dita) dove potrebbe comportare esiti invalidanti funzionali ed estetici.

Biopsia del linfonodo sentinella

La ricerca del linfonodo sentinella è un momento fondamentale per la stadiazione chirurgica del melanoma, in quanto permette di individuare pazienti con linfonodi metastatici clinicamente non palpabili.

LA PROCEDURA VA SEMPRE ESEGUITA DOPO DIAGNOSI ISTOLOGICA DI MELANOMA.

Infatti, poiché è stato dimostrato che il rischio di coinvolgimento linfonodale è direttamente proporzionale allo spessore del melanoma o alla presenza di mitosi, la procedura va eseguita sempre una volta ottenuta la diagnosi istologica di melanoma. In particolare, in un melanoma con spessore $<$ 1 mm i secondarismi linfonodali locoregionali sono rari, mentre per melanomi con spessore compreso tra 1,5 e 4 mm tale coinvolgimento si verifica nel 25% dei casi ed aumenta fino al 60% per melanomi con spessore superiore a 4 mm.

Ne risulta che nei pazienti con melanoma pT1b, pT2, pT3, pT4 la biopsia del linfonodo sentinella deve essere considerata come mandatoria.

La biopsia del linfonodo sentinella trova anche indicazione nei melanomi spessi ($>$ 4 mm) allo scopo di ottenere una stadiazione patologica più accurata e di facilitare il controllo loco-regionale della malattia. Inoltre, nel melanoma sottile ($<$ 0.8 mm, pT1a) in presenza di fattori istoprognostici di rischio (ulcerazione, regressione $>$ 75%, elevato numero di mitosi) la biopsia del linfonodo sentinella può essere presa in

COPIA
NOI

considerazione dal team multidisciplinare, che la proporrà al paziente, motivandone adeguatamente le indicazioni nel corso di uno specifico audit.

La ricerca del linfonodo sentinella (SLNB o RLS) è una procedura complessa che richiede la collaborazione del MEDICO NUCLEARE, del CHIRURGO e dell' ANATOMO-PATOLOGO. Entro le 24 ore precedenti all'intervento va eseguita l'iniezione del Tracciante (Tc99m-radiocolloide), la cui distribuzione ai linfonodi loco-regionali viene evidenziata dalla linfo-scintigrafia e dalla marcatura sulla cute del sito da parte del medico nucleare. Intraoperatoriamente, il reperimento del linfonodo è reso possibile dall'uso di una sonda per radioisotopi. Tutti i linfonodi captanti devono essere asportati con tecnica possibilmente miniinvasiva, anche nel caso di captazione simultanea in sedi multiple (es. da melanomi del tronco).

La biopsia del linfonodo sentinella (SNB) va sempre eseguita contestualmente all'intervento di radicalizzazione. L'incisione chirurgica deve essere sempre orientata prevedendo la possibilità di dovere eseguire successivamente la dissezione radicale di completamento delle stazioni linfonodali del distretto interessato.

La ricerca del linfonodo sentinella può essere presa in considerazione anche in corso di gravidanza (dopo il terzo mese e senza colorante vitale). In casi particolari, "sedi difficili" o allergia accertata all'albumina, l'identificazione del linfonodo sentinella si può avvalere anche della tecnica di linfografia con il verde di indocianina. Di regola il SNB dovrebbe essere eseguito circa 30 giorni dopo la diagnosi del primitivo.

L'esame istologico estemporaneo NON è utile e tutti i reperti vanno inviati al patologo, che formulerà la diagnosi avvalendosi delle tecniche di immunoistochimica.

In caso di LS metastatico va eseguita l'analisi mutazionale dei geni B-RAF, N-RAS e C-KIT, secondo le raccomandazioni elaborate dal gruppo lavoro AIOM, Fondazione AIOM, IMI, NIBIT, SIAPEC-IAP, SIBioC, SICO, SIDeMaST (www.aiom.it, Raccomandazione 20 giugno 2019).

2. MELANOMA METASTATICO : IL RUOLO DEL CHIRURGO

LINFADENECTOMIA RADICALE

Nei pazienti con linfonodo sentinella istologicamente positivo la dissezione linfonodale di completamento non dovrebbe essere presa in considerazione come opzione di prima intenzione, perché, valutati i benefici e i suoi possibili eventi avversi, il rapporto rischio/beneficio di questa procedura chirurgica viene a tutt'oggi considerato sfavorevole. Ulteriori studi potranno definire meglio i sottogruppi che effettivamente si beneficiano in termini di OS della linfoadenectomia di completamento (Protocollo AIOM 2020). L'infiltrazione neoplastica extracapsulare può essere uno dei criteri per suggerire la linfoadenectomia di completamento.

Nella discussione con il paziente riguardo alla indicazione o meno alla dissezione linfonodale di completamento può essere preso in considerazione il "nomogramma" dello studio multicentrico IMI (Rossi et Al Ann Surg Oncol. 2018). L'applicazione di questo nomogramma non fa comunque parte dei protocolli IMI e AIOM, La decisione di effettuare la linfoadenectomia di completamento viene delegata al team multidisciplinare e condivisa con il paziente.

COPIA
NOI



La **dissezione linfonodale completa** è invece indicata in caso di metastasi ai linfonodi regionali clinicamente evidenti (esame obiettivo/ ecografia/ TAC) confermate da prelievo citologico anche quando la sede del primitivo risultasse ignota (cTx). L'estensione della dissezione varia in rapporto alla regione anatomica da esplorare ed il numero dei linfonodi esaminati definisce l'adeguatezza della dissezione stessa e la conseguente valutazione patologica (v.dopo).

A **livello cervicale**, in caso di metastasi clinicamente evidenti è indicata l'asportazione dei linfonodi di I-V livello con asportazione della parotide solo se clinicamente coinvolta.

Nell'**ascella** la linfadenectomia deve comprendere il I, II e III livello linfonodale.

All'inguine la linfadenectomia prevede l'asportazione dei linfonodi inguinali, iliaci esterni ed otturatorii. Le linfadenectomie per melanoma devono essere sottoposte a controllo di qualità attraverso la verifica puntuale e periodica del numero di linfonodi asportati. Il numero minimo di linfonodi asportati per sede dopo linfadenectomia radicale per melanoma è :

- ASCELLARE (3 livelli): 12 linfonodi
- LATERO- CERVICALE (<= 3 LIVELLI): 7 linfonodi
- LATERO-CERVICALE (=> 4 LIVELLI): 14 linfonodi
- INGUINALE: 6 linfonodi
- INGUINO-ILIACO-OTTURATORI: 13 linfonodi

LA CHIRURGIA DELLE METASTASI PUÒ AVERE INTENTO:

- **Curativo:** tenendo in considerazione i seguenti fattori:
 1. Sede
 2. Numero di metastasi
 3. Numero di organi coinvolti
 4. Intervallo libero di malattia (DFS), Tempo di raddoppiamento (DT)
 5. Livelli di lattico deidrogenasi, Performance status
 - **Completamento:** chirurgia sulla malattia residua nell'ambito di un trattamento integrato
 - **Palliativo:** ad esempio metastasi gastrointestinali sanguinanti o occludenti, metastasi linfonodali ulcerate
- a. La **chirurgia radicale** delle metastasi in transit (MIT) trova indicazione in caso di un numero limitato di metastasi operabili (1-2 max) conservativamente. Deve essere eseguita con margini istologicamente negativi. Può essere indicata la contemporanea biopsia del linfonodo sentinella per l'elevata percentuale di metastasi linfonodali occulte a partenza dalla MIT. La scelta della terapia dipende dal numero delle lesioni, dalla loro localizzazione anatomica, dermica o sottocutanea, dalle dimensioni e dalla presenza o assenza di malattia extraregionale. La discussione multidisciplinare è particolarmente importante nella selezione dei pazienti per definire la migliore strategia terapeutica che tenga conto anche delle altre opzioni di terapia (es., terapia medica o radioterapia)

COPIA
NOI

b. Per le localizzazioni agli arti, in caso di MIT numerose, interessanti il sottocutaneo in profondità e con adenopatie alla radice dell'arto interessato, le tecniche chirurgiche da utilizzare sono la Perfusiones Ipertermica dell'arto (ILP) e la Perfusiones in normotermia dell'arto (ILI).

La Perfusiones Isolata dell'Arto (ILP) prevede la somministrazione di farmaci chemioterapici direttamente in un arto interessato da metastasi locoregionali. L'ILP è una procedura chirurgica eseguita in anestesia generale. Di solito comporta la permanenza in ospedale per 3-7 giorni. Durante l'ILP, il chirurgo disconnette temporaneamente il flusso sanguigno tra l'arto interessato e il resto del corpo. Il sangue dell'arto viene fatto circolare attraverso una pompa esterna e ritorna nell'arto. I farmaci chemioterapici (Melphalan +/-TNF) vengono somministrati in ipertermia nel sangue che circola attraverso l'arto. Il melanoma localmente avanzato degli arti non resecabile rappresenta uno dei contesti clinici in cui l'ILP ha dimostrato i maggiori benefici. Con la Infusione Isolata dell'Arto (ILI) il sangue non circola attraverso una pompa e non viene aggiunto ossigeno. Per questo motivo, il periodo di tempo in cui il laccio emostatico può essere indossato è più breve. Ciò riduce la quantità di tempo in cui la chemioterapia può circolare nell'arto. I cateteri utilizzati sono più piccoli di quelli per l'ILP; vengono inseriti attraverso un piccolo taglio praticato all'inguine o all'ascella in radiologia interventistica dopo un'anestesia locale. I farmaci circolano per circa 20-25 minuti. Il fattore di necrosi tumorale (TNF) non viene utilizzato con ILI.

L'ELETTROCHEMIOTERAPIA (ECT) è un trattamento locoregionale che necessita della sinergia tra Chirurgo, Oncologo Medico, UFA. Trova indicazione nelle metastasi in transit non resecabili degli arti a scopo curativo, palliativo, antiemorragico, come alternativa alla perfusione ipertermica antiblastica in pazienti ad alto rischio chirurgico (Performance Status non ottimale oppure come completamento dopo perfusione ipertermica antiblastica per le lesioni superficiali e diffuse) e nelle metastasi localizzate e di numero limitato del tronco, capo e collo. Ha il vantaggio di poter essere ripetuta anche nella stessa sede a distanza di circa 40 giorni. Inoltre recenti studi dimostrano la sinergia tra immunoterapia, targeted therapy ed ECT. Si tratta di un trattamento eseguibile in regime di Day Hospital in sedazione profonda. I risultati sono particolarmente incoraggianti, con remissione completa e parziale delle lesioni in una percentuale di circa 60-70% dei casi, con ottima tollerabilità e soddisfacenti risultati cosmetici. Grazie al suo profilo di safety è ripetibile in più sedute, soprattutto se accompagnata da un controllo sistemico di malattia nelle sedi non trattate localmente.

CONSIDERAZIONI PER LA CODIFICA SDO

Per la classificazione di questa patologia/procedure valgono attualmente le regole dell'ASSESSORATO DELLA SALUTE Dipartimento per la Pianificazione Strategica Linee Guida per la compilazione e la codifica delle informazioni cliniche presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera Versione 2013

TUMORI MALIGNI PRIMITIVI: Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da 140 a 195) la quarta cifra indica la parte anatomica dell'organo interessato dal tumore (esempio: cod. 162 Tumori maligni della

COPIA
NOI

trachea, dei bronchi e dei polmoni, cod. 162.2 Tumori maligni del bronco principale). Quando il punto di origine della neoplasia non può essere determinato, poiché il tumore primitivo si sovrappone al confine di due o più siti, si usa la 4ª cifra uguale a 8 (altri siti specificati). I sarcomi sono compresi nel capitolo dei tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e mammella (da 170.0 a 176.9); i codici dei sarcomi di altri organi specifici vanno ricercati nei capitoli riguardanti i tumori maligni di vari organi e apparati. (Pg.15)

Quando la neoplasia primitiva non è più presente si utilizza il codice V10_. - Il codice V10 _ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso follow-up di una neoplasia non più presente, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc. (Pg. 15)

1. **Asportazione successiva alla rimozione di tumore**

Nel caso di asportazione del linfonodo sentinella in un intervento successivo a quello dell'asportazione del tumore la codifica è la seguente.

1. **Linfonodo sentinella negativo** • Diagnosi principale: V10._ Anamnesi di tumore • Intervento principale: 40.2
2. **Linfonodo sentinella positivo** • Diagnosi principale: 196.3 per la localizzazione linfonodale ascellare • Diagnosi secondaria: V10._ Anamnesi di tumore • Intervento principale: 40.2_

Dal punto di vista clinico ed istologico, dopo l'intervento di Biopsia del Linfonodo Sentinella, sono possibili quattro possibilità:

1. RADICALIZZAZIONE NEGATIVA E LINFONODO NON METASTATICO
2. RADICALIZZAZIONE NEGATIVA E LINFONODO METASTATICO
3. RADICALIZZAZIONE POSITIVA E LINFONODO NON METASTATICO
4. RADICALIZZAZIONE POSITIVA E LINFONODO METASTATICO

L'assenza di malattia nella radicalizzazione e nel linfonodo NON SIGNIFICANO CHE IL PAZIENTE SIA GUARITO E QUINDI NON PIU' ONCOLOGICO, in quanto dovrà comunque sottoporsi a follow-up oncologico per 5 anni secondo il Protocollo AIOM, in quanto sono state descritte metastasi a distanza anche con linfonodo sentinella negativo, anche per la possibilità, presente in letteratura, del 5% di falsi negativi e comparsa di metastasi a distanza di un melanoma silente da oltre 7 anni.

IN SINTESI: Classificare con codice principale 172 la radicalizzazione di un melanoma, non presente in quanto già completamente escisso al momento della esecuzione del SLNB, non sarebbe corretto, in quanto evidenzerebbe la presenza di una neoplasia che di fatto non presente.

Tale classificazione è invece corretta in caso di recidiva locale o melanoma residuo al momento della esecuzione della procedura di ricerca del LS.

COPIA TR
NON VA

BIBLIOGRAFIA

1. I numeri del Cancro in Italia - Rapporto AIOM-AIRTUM 2019
2. AIOM: Linee guida AIOM 2021
3. Atlante oncologico della Sicilia edizione 2020
4. Elder De, Xu X. The approach to the patient with a difficult melanocytic lesion. *Pathology* 36:428-434, 2004)
5. Ascierto PA et Al.: Meeting Report from the Melanoma Bridge - Napoli 2017
6. Leiter U et al. Final analysis of DECOG-SLT trial: Survival outcomes of complete lymph node dissection in melanoma patients with positive sentinel nod. Presented at ASCO 2018 Annual Meeting
7. Rossi C.R, Mocellin S, Campana L.G, et al. Prediction of Non-sentinel Node Status in Patients with Melanoma and Positive Sentinel Node Biopsy: An Italian Melanoma Intergroup (IMI) Study. *Ann Surg Oncol.* 2018 25(1):271-279.
8. Rossi CR, Mozzillo N, Maurichi A, et al. The number of excised lymph nodes is associated with survival of melanoma patients with lymph node metastasis. *Ann Oncol.* 2014 Jan;25(1):240-6
9. Leiter U, Stadler R, Mauch C, et al. Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2016 17(6):
10. Beasley GM, Hu Y, Youngwirth L, et al. Sentinel Lymph Node Biopsy for Recurrent Melanoma: A Multicenter Study. *Ann Surg Oncol.* 2017 24(9):2728-2733.-67
11. International Multicenter Experience of Isolated Limb Infusion for In-Transit Melanoma Metastases in Octogenarian and Nonagenarian Patient *Annals of Surgical Oncology*, 2020, 27: 1420–1429
12. Schellerer V Results of isolated limb perfusion for metastasized malignant melanoma *Surg Onc.* 2021, 38:29-36;
13. Testori A, Intelisano A, Verrecchia F, Menicanti C, Tosti G, Grassi E, Pari C, Pennacchioli E. Alternatives for the treatment of local advanced disease: electrochemotherapy, limb perfusion, limb infusion, intralesional IL2. What is the role? *Dermatol Ther.* 2012 SepOct;25(5):443-51.
14. Campana LG, Testori A, Mozzillo N, Rossi CR. Treatment of metastatic melanoma with electrochemotherapy *J Surg Oncol.* 2014;109(4):301-7
15. Heppt MV et Al: Immune checkpoint blockade with concurrent ECT in advanced melanoma: a retrospective multi centric analysis. *Cancer Immune Immunother* 2016 65(8) 951-9
16. Franke V et Al.: The extent of surgery for stage III melanoma: how much is appropriate? *Lancet Oncol.* 2019 Mar;20(3):e167-e174



PDTA DEL MELANOMA CUTANEO REGIONE SICILIA

Disciplina: ANATOMIA PATOLOGICA

Dott.ssa Elisabetta Orlando; Prof. Rosario Caltabiano

Autori: Rosario CALTABIANO, Elisabetta ORLANDO

DIAGNOSI

I Pazienti con una lesione cutanea pigmentata con diagnosi clinica e/o dermatoscopica sospetta per melanoma devono essere inviati ad un chirurgo/dermatologo affinché venga effettuata l'escissione chirurgica preferibilmente escissionale che consiste nell'asportazione completa della lesione con circa 1-3 mm di cute sana circostante e del grasso sottocutaneo, al fine di effettuare un'accurata diagnosi istopatologica con valutazione di tutti i parametri prognostici necessari per pianificare la successiva strategia terapeutica.

La biopsia deve tenere conto della sede della lesione per permettere di operare seguendo l'asse maggiore della stessa sede anatomica (ad esempio escissioni longitudinali a livello degli arti) e secondo le linee di Langer cutanee, cercando di pianificare l'eventuale successivo intervento chirurgico di completamento (allargamento e eventuale biopsia del linfonodo sentinella).

La biopsia incisionale o "punch biopsy" dovrebbe essere effettuata a scopo esclusivamente diagnostico e potrebbe trovare indicazione per lesioni estese e/o localizzazioni particolari come il volto, il cuoio capelluto, regione palmo-plantare e sedi sub-ungueali, in cui una biopsia escissionale comporterebbe una demolizione eccessiva soprattutto in casi negativi per melanoma.

Biopsie shave, laser, diatermocoagulazioni non dovrebbero essere effettuate in quanto non permettono una valutazione adeguata ed uno staging patologico accurato.

COPIA TRATTA DAL SITO
NON VALIDA PER LA CC



ESAME ISTOLOGICO DEL MELANOMA PRIMITIVO

Esame macroscopico e campionamento

Il campione asportato deve essere inviato integro al patologo preferibilmente senza danni tissutali da elettrocauterio e in assenza di artefatti da stiramento o distorsione. La losanga cutanea contenente il tumore primitivo deve pervenire al laboratorio di Anatomia Patologica in adeguato contenitore con liquido fissativo (formalina tamponata al 10%) e, nella richiesta di accompagnamento, sarebbe opportuno riportare notizie cliniche riguardanti la sede precisa, l'epoca di insorgenza ed eventuale evoluzione della lesione.

Nel referto macroscopico devono essere riportati: le dimensioni del campione tissutale; le dimensioni della lesione; le caratteristiche macroscopiche della lesione (forma, pigmentazione, eventuali lesioni associate o presenti nella losanga, caratteristiche dei margini, eventuale ulcerazione, presenza di aree di regressione, noduli satelliti) e la distanza minima della lesione dai margini di resezione chirurgica. Inoltre, laddove fosse possibile, una documentazione iconografica della lesione osservata dal patologo, permetterebbe di confrontare le caratteristiche della lesione con la descrizione e/o immagini cliniche della lesione stessa.

Dopo marcatura con inchiostro di china si procede al campionamento con sezioni condotte secondo l'asse minore della lesione; tale criterio può variare in base alle dimensioni della losanga e alle caratteristiche della lesione (il riconoscimento di più lesioni associate, di melanoma associato a nevo o di aree di regressione impone un campionamento che possa dimostrare la presenza/assenza di tutte le possibili associazioni e variazioni); la lesione pigmentata va comunque campionata in toto, includendo anche margine di cute sano, soprattutto nei casi di biopsia escissionale. Sarà così possibile, con maggiore precisione, valutare la distanza minima dal margine di resezione chirurgico.

Diagnosi istopatologica

Per la classificazione istopatologica del melanoma cutaneo si fa riferimento alle categorie diagnostiche della Classificazione dei Tumori della Cute della Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization-WHO/IARC) (1)

In considerazione dell'attuale sistema di stadiazione e nell'ottica di potere fornire modelli prognostici personalizzati, nel referto istopatologico del melanoma primitivo viene raccomandato di includere i seguenti parametri:

- ISTOTIPO
- FASE DI CRESCITA
- SPESSORE SEC.BRESLOW
- LIVELLO DI CLARK
- ULCERAZIONE
- NUMERO DI MITOSI/mm²
- LINFOCITI INFILTRANTI IL TUMORE (TILs)
- REGRESSIONE
- INVASIONE LINFOVASCOLARE

COPIA
NON



- NEUROTROPISMO
- MICROSATELLITOSI
- COMPONENTE NEVICA ASSOCIATA
- ELASTOSI SOLARE DERMICA
- STATO DEI MARGINI LATERALE E PROFONDO
- STADIAZIONE (AJCC VIII ed.)

Tale tipologia di refertazione permette un inquadramento immediato della patologia, fornendo all'oncologo gli strumenti necessari per una corretta stadiazione.

Il referto dovrebbe essere schematico e mostrare preferibilmente una impostazione di tipo "verticale" con lo scopo di una standardizzazione del referto istopatologico. (2)

Il termine **MELTUMP** (Melanocytic Tumors of Uncertain Malignant Potential) introdotto da Elder indica un gruppo eterogeneo di lesioni melanocitarie principalmente dermiche con caratteristiche morfologiche ambigue, che presentano caratteristiche di atipia, non sufficienti tuttavia a porre una diagnosi certa di malignità. In tale categoria vengono comprese entità come il tumore di Spitz atipico, il nevo penetrante profondo, il nevo blu cellulare atipico. Si tratta di un gruppo di lesioni di difficile interpretazione anche per patologi esperti. Per queste lesioni l'indicazione al tipo di chirurgia da eseguire (allargamento/biopsia linfonodo sentinella) deve essere decisa sulla base della clinica (sede, età del paziente) e dopo discussione del caso con il patologo di riferimento.

SECOND OPINION

Nel caso di lesioni melanocitarie ambigue di complessa interpretazione e di diagnosi di melanoma in età pediatrica si suggerisce la revisione collegiale interna dei preparati istopatologici seguita da eventuale richiesta di secondo parere esterno.

Nei casi dubbi a supporto della diagnosi morfologica, può essere indicato l'utilizzo di un pannello di indagini immunoistochimiche ed ibridazione in situ fluorescente (FISH) la cui lettura richiede operatori esperti ed appropriate linee guida per l'interpretazione. La metodica CGH offre maggiore sensibilità e specificità rispetto la FISH nella diagnosi di melanoma, ma il suo utilizzo è attualmente confinato a laboratori specializzati.

In ogni caso tutti i preparati istologici che afferiscono in centro di riferimento andrebbero rivisti secondo linee guida.

INDAGINI MOLECOLARI

Nei Pazienti con melanoma in stadio IV o III inoperabile è indicata l'analisi dello stato mutazionale di BRAF in accordo con le linee guida AIOM 2019. L'analisi dello stato di BRAF deve essere effettuata sul campione dell'ultima sede metastatica disponibile, altrimenti può essere eseguito anche sul tessuto del melanoma primitivo.

Alla luce dei risultati significativi degli studi di terapia medica adiuvante con inibitori di BRAF / MEK, il Gruppo di Lavoro AIOM /IMI / NIBIT / SIAPEC-IAP / SIBioC / SICO / SIDeMaST nel 2019 ha aggiornato le "Raccomandazioni per l'implementazione dell'analisi mutazionale e la gestione del paziente con melanoma

COPIA
NOI

“maligno” con la seguente integrazione, Tabella 2: “Nei pazienti con melanoma in stadio III o in stadio IV è indicata la determinazione mutazionale di BRAF ai fini di una corretta pianificazione terapeutica”.

In assenza di mutazioni di BRAF è raccomandata la determinazione dello stato mutazionale di NRAS. L'analisi delle mutazioni di BRAF è indicata anche nei melanomi mucosali ed uveali, sebbene la frequenza attesa per le mutazioni di BRAF sia molto bassa.

Nei pazienti con melanoma cutaneo acrale, o melanoma mucosale in stadio IV o III non operabile, in assenza di mutazione BRAF, è raccomandata la determinazione dello stato mutazionale di c-KIT.

STADIAZIONE PATOLOGICA

Il melanoma dovrebbe essere stadiato impiegando la classificazione TNM come descritta dall'ultima revisione dell'American Joint Committee on Cancer, 8° edizione riportata per esteso in Tabella (questo sistema di stadiazione è entrato in vigore dal gennaio 2018).

COPIA
NOI



<i>Categoria T</i>	<i>Spessore di Breslow[^]</i>	<i>Ulcerazione</i>
T1 ≤ 1,0 mm		
T1a	a: <0,8 mm	Assente
T1b	b: <0,8 mm	Presente
	0,8-1,0 mm	Assente/Presente
T2 >1,0-2,0 mm		
T2a	a: >1,0-2,0 mm	Assente
T2b	b: >1,0-2,0 mm	Presente
T3 >2,0-4,0 mm		
T3a	a: >2,0-4,0 mm	Assente
T3b	b: >2,0-4,0 mm	Presente
T4 > 4,0 mm		
T4a	a: > 4,0 mm	Assente
T4b	b: > 4,0 mm	Presente
Categoria N^{^^}	N° di linfonodi regionali coinvolti	Metastasi in-transit, satelliti, e/o microsatellitosi ^{^^^}
N1	1 linfonodo coinvolto oppure metastasi in-transit, satelliti, e/o microsatellitosi in assenza di linfonodi regionali coinvolti	
N1a	a: 1 linfonodo clinicamente occulto (diagnosticato con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
N1b	b: 1 linfonodo dimostrato clinicamente	b: Assenti
N1c	c: Linfonodi regionali non coinvolti	c: Presenti
N2	2-3 linfonodi coinvolti oppure metastasi in-transit, satelliti, e/o microsatellitosi con 1 linfonodo regionale coinvolto	
N2a	a: 2 o 3 linfonodi clinicamente occulti (diagnosticati con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
N2b	b: 2 o 3 linfonodi, di cui almeno 1 dimostrato clinicamente	b: Assenti
N2c	c: 1 linfonodo clinicamente occulto o diagnosticato clinicamente	c: Presenti

COPIA
NOI

<i>Categoria N^{^^}</i>	<i>N° di linfonodi regionali coinvolti</i>	<i>Metastasi in-transit, satelliti, e/o microsattellitosi</i> <i>^^^</i>
N3	4 o più linfonodi coinvolti oppure metastasi in-transit, satelliti, e/o microsattellitosi con 2 o più linfonodi regionali coinvolti oppure qualsiasi numero di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti) con o senza metastasi in transit, satelliti e/o microsattellitosi	
N3a	a: 4 o più linfonodi clinicamente occulti (diagnosticati con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
N3b	b: 4 o più linfonodi, di cui almeno 1 dimostrato clinicamente oppure presenza di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti), in qualsiasi numero	b: Assenti
N3c	c: 2 o più linfonodi clinicamente occulti o diagnosticati clinicamente e/o presenza di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti), in qualsiasi numero	c: Presenti
<i>Sede</i>	<i>Sede Anatomica</i>	<i>LDH</i>
M1	Evidenza di metastasi a distanza	
M1a	a: Metastasi a distanza alla cute, tessuti molli compreso il muscolo e/o linfonodi non regionali	Non valutato o non specificato
M1a(0)		Non elevato
M1a(1)		Elevato
M1b	b: Metastasi a distanza al polmone con o senza sedi di malattia M1a	Non valutato o non specificato
M1b(0)		Non elevato
M1b(1)		Elevato
M1c	c: Metastasi a distanza a sedi viscerali diverse dal SNC con o senza sedi di malattia M1a oppure M1b	Non valutato o non specificato
M1c(0)		Non elevato
M1c(1)		Elevato
M1d	d: Metastasi a distanza al SNC con o senza sedi di malattia M1a, M1b oppure M1c	Non valutato o non specificato
M1d(0)		Non elevato
M1d(1)		Elevato

BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA

La biopsia del linfonodo sentinella permette una precisa stadiazione patologica del paziente con melanoma secondo il sistema AJCC. Viene raccomandata a fini stadiativo-prognostici per melanomi di spessore >1 mm in cui non vi sia evidenza clinica e strumentale di linfadenopatia regionale.

Per il protocollo di campionamento, immunocolorazione e refertazione del linfonodo sentinella si suggerisce di adottare le raccomandazioni dell'EORTC Melanoma Group (3).

COPIA
NOI



Si sottolinea che secondo l'attuale sistema di stadiazione, il linfonodo sentinella è considerato positivo anche in presenza di cellule tumorali isolate, evidenziate solamente con colorazioni immunoistochimiche quali S-100, Melan-A/MART-1° SOX-10.

Nel referto del linfonodo sentinella si raccomanda di riportare i seguenti parametri:

- Metastasi (presente/i vs. assente/1);
- Sede della metastasi: sottocapsulare, parenchimale, combinata (sottocapsulare e parenchimale), estesa confluyente, estesa multifocale;
- Dimensione massima del focolaio metastatico maggiore (misurato in millimetri con approssimazione al 0,1 mm e specificando la sede);
- Numero di metastasi: 1,2-5,6-10,11-20 e >20;
- Estensione extracapsulare (assente/presente);
- Presenza di cellule neviche (capsulari e/o trabecolari).

La tecnica può essere considerata e discussa con il paziente anche per melanomi T1b e nei T1a in presenza di fattori prognostici sfavorevoli (> 2 mitosi, livello IV di Clark, regressione > 75%, età <40 anni). La decisione se effettuare la biopsia del linfonodo sentinella viene valutata anche in base alla presenza di significative comorbidità, volontà del paziente, altri fattori. Pertanto, in tali casi emerge l'importanza della discussione multidisciplinare.

Quando la diagnosi di melanoma è confermata, il paziente deve essere valutato dal Team Multidisciplinare del centro di Riferimento (uno specialista con esperienza in oncologia cutanea ed in particolare nel melanoma), che attiverà il percorso più appropriato. (secondo il modello di approccio multidisciplinare.)

BIBLIOGRAFIA

1. Elder DE, Massi D, Scolyer RA, Willemze R, editors (2018) WHO Classification of Skin Tumours, 4th ed. Lyon IARC.
2. AIOM Linee Guida Melanoma 2021
3. Cook MG, Massi D, Szumera-Cieckiewicz A et al. An Updated EORTC Protocol for Pathological Evaluation of SentyneL Lymphodes for melanoma Eur J Cancer 2019 June; 114: 1-7.

COPIA TRATTA
NON VALIDA

Disciplina: ONCOLOGIA MEDICA
Autori: Francesco FERRAU', Gaetana RINALDI

Il melanoma cutaneo è la patologia oncologica che più di ogni altra ha ottenuto un cambiamento realmente rivoluzionario della terapia medica nel volgere di un breve periodo di tempo. Da patologia negletta con pochissime risorse terapeutiche e scarsi risultati, si è passati a poter annoverare il melanoma cutaneo tra i tumori solidi guaribili. Infatti l'innovazione in campo farmacologico, inizialmente verificata nel setting avanzato, ha affermato il suo ruolo rapidamente anche in fase adiuvante, ed è in atto in fase di studio approfondito anche in modalità neoadiuvante, a conferma della sostanziale efficacia nei confronti del melanoma indipendentemente dalla fase della storia naturale di malattia.

In tutti i casi, si sottolinea un elemento operativo cruciale: *per tutti gli stadi va valutata, quando disponibile, la proposta alla partecipazione ad uno studio clinico controllato*. Questo principio, valido per la patologia oncologica in genere, va peculiarmente enfatizzato per il melanoma a causa della profonda spinta innovativa offerta dalla ricerca farmacologica, con sempre nuove molecole attive a disposizione e nuovi setting di malattia esplorati.

Setting ADIUVANTE

L'implementazione di un trattamento medico adiuvante è oggi codificata nel melanoma radicalmente operato con stadio patologico III o IV NED ("not evidence of disease"):

- a) Stadio III: positività dei linfonodi regionali, diagnosticata sia con dissezione linfonodale regionale radicale o con sola positività del linfonodo sentinella (quest'ultimo è oggi lo scenario più ricorrente, vista la dimostrazione di come la dissezione linfonodale regionale su linfonodo sentinella positivo non apporti alcun vantaggio prognostico);
- b) Stadio IV NED: presenza di metastasi extraregionale singola, sottoposta a chirurgia con exeresi completa ("R 0").

L'evidenza scientifica di attività in fase adiuvante è documentata per entrambe le opzioni terapeutiche disponibili per il melanoma (targeted therapy e immunoterapia con inibitori dei check-point immunitari). Il trattamento medico adiuvante ha una durata di un anno per entrambe le opzioni.

La scelta del trattamento medico dipende dall'assetto mutazionale, dallo stadio e dalla valutazione individuale del Paziente con le sue preferenze. Infatti, gli studi registrativi di terapia adiuvante hanno fornito l'evidenza dell'efficacia in set adiuvante sia della associazione target dabrafenib + trametinib (studio COMBI-AD), sia dei due anticorpi anti-PD1 nivolumab (studio Checkmate 238) e pembrolizumab (studio Keynote 054). I Pazienti con melanoma allo stadio III operato e con mutazione BRAF sono candidabili sia al trattamento targeted con dabrafenib e trametinib che all'immunoterapia con nivolumab o pembrolizumab, che forniscono in questo subset risultati di outcome del tutto analoghi.

Non disponiamo di studi di confronti diretto tra le due terapie, né di biomarcatori predittivi di sensibilità alle singole terapie, pertanto nei Pazienti in stadio III e BRAF mutati la scelta viene correlata alle caratteristiche cliniche dei Pazienti (comorbidità associate: una patologia autoimmune in fase attiva, o una situazione che necessiti di terapia cortisonica cronica, controindicano l'immunoterapia; una patologia cardiovascolare seria rappresenta una controindicazione relativa alla targeted therapy; ecc.). Una considerazione di base riguarda il differente profilo di tossicità dei due trattamenti: la targeted therapy può comportare un tasso più elevato di effetti collaterali acuti, con una percentuale superiore di sospensioni del trattamento, ma tali effetti sono sempre reversibili tanto da consentire anche la ripresa del trattamento; l'immunoterapia ha invece un tasso sensibilmente inferiore di effetti collaterali acuti, mentre alcuni di essi possono divenire irreversibili o insorgere anche a distanza di tempo dalla fine del trattamento previsto, elemento questo molto importante in virtù della natura adiuvante del trattamento.

Inoltre, il Paziente deve ricevere un'approfondita informazione relativa sia agli aspetti clinici (eventi avversi), sia agli aspetti organizzativi: infatti nella scelta tra i due trattamenti può pesare anche la preferenza individuale verso un trattamento per via orale, nonché la distanza della residenza rispetto al Centro Oncologico, che possa ostacolare un pronto intervento in caso di eventi avversi immunocorrelati (es., polmonite o colite o miopatia autoimmuni) che possono portare a serie conseguenze se non trattati con tempestivo approccio specialistico.

I Pazienti in stadio III con assetto mutazionale wild type di BRAF saranno trattati con immunoterapia, in assenza di specifiche controindicazioni a questo tipo di terapia.

L'ultimo subset è rappresentato dai Pazienti con stadio IV-NED come da soprariportata definizione: per questo gruppo la scelta è univoca, poiché solo il nivolumab possiede le evidenze di attività in questo setting (studi CheckMate 238 e IMMUNED).

Un'ultima nota riguarda l'impiego in set adiuvante dell'interferone, a lungo unica risorsa farmacologica disponibile nel melanoma fino all'epoca delle moderne terapie biologiche. L'interferone alfa sarebbe accreditato di indicazione al trattamento medico adiuvante del melanoma, ma è oggi considerato largamente desueto, sia per la modestia dei risultati che per l'incidenza di effetti collaterali. Il possibile impiego nel sottogruppo di Pazienti con melanoma in stadio II con ulcerazione, per il quale diversi lavori e una metanalisi hanno mostrato una certa attività del farmaco (in assenza di indicazioni per le moderne terapie biologiche in questo stadio), è oggi reso impossibile dalla irreperibilità del farmaco per sospensione della produzione da parte dell'industria farmaceutica.

La nuova frontiera di terapia adiuvante nel melanoma operato riguarda gli stadi più precoci ma ugualmente a rischio di ricaduta, e segnatamente lo stadio II. L'interesse deriva da un aspetto prognostico, poiché una parte dei Pazienti con questo stadio all'esordio, pur in assenza di positività linfonodale regionale, presenta caratteristiche di rischio comunque elevato (mitosi; regressione; ulcerazione). Inoltre, gli stadi più precoci sono quantitativamente molto più rappresentati degli stadi avanzati (stadio I e II: 75% di tutti i casi alla diagnosi; stadi III e IV: 25%), per cui la maggior parte dei decessi da melanoma proverrà proprio da Pazienti che all'esordio avevano un melanoma in questi stadi, nonostante in termini relativi essi esibiscano una prognosi globalmente migliore. Il pembrolizumab, grazie ai risultati significativi riportati nello studio Keynote 716 (riduzione >50% delle ricadute con un anno di terapia con l'anticorpo vs. placebo negli stadi IIb e IIc), ha ottenuto l'indicazione al trattamento adiuvante anche allo stadio II. Alla data della stesura delle

COPIA
NOI

presenti raccomandazioni sono in corso di svolgimento diversi studi dedicati a questo subset di malattia: studio Checkmate 76K con nivolumab (risultati ad oggi promettenti); studio EORTC 1902 con encorafenib e binimetinib per i Pazienti in stadio II con mutazione di BRAF.

Setting AVANZATO

Nei Pazienti affetti da melanoma inoperabile o metastatico (stadi IIIc – IV) il trattamento sistemico può consistere nella *targeted therapy* o immunoterapia per i Pazienti con melanoma BRAF mutato, ovvero nell'immunoterapia nei Pazienti BRAF wild type.

I punti chiave sono:

- a) i due tipi di trattamento sortiscono risultati del tutto sovrapponibili in termini di outcome nei Pazienti con melanoma BRAF mutato, laddove per i Pazienti con BRAF wild type la scelta immunoterapica è obbligata;
- b) nei Pazienti BRAF-mutati, la scelta tra i due trattamenti è legata a fattori legata sia all'ospite che alla patologia, come già analizzato per la terapia adiuvante, in assenza di studi di confronto diretto tra le due terapie e di biomarcatori predittivi per le singole terapie. Il diverso profilo di tossicità diventa così elemento orientativo cruciale nella scelta, soppesando gli eventi avversi: tipicamente acuti e transitori per le *targeted therapies*, a confronto con l'immunoterapia che induce meno effetti acuti e necessita di maggior attenzione a manifestazioni autoimmuni a medio e lungo termine. Nella scelta tra i due trattamenti, infine, vanno considerati aspetti organizzativi e preferenze individuali dei Pazienti (miglior compliance verso terapie orali; presenza o meno di caregiver(s); pronta approccioabilità al Centro Oncologico di riferimento in caso di seri eventi immunocorrelati).
- c) Pur a fronte della sovrapponibilità dell'outcome a distanza con le due modalità terapeutiche, un elemento decisionale è rappresentato dalla cinetica di presentazione della patologia. Le risposte al trattamento target sono rapidissime e profonde, rendendolo preferibile nei casi di malattia fortemente sintomatica, con cinetica rapida o con elevato "tumor burden" viscerale.

In queste considerazioni di ordine generale va inserita la recente introduzione della terapia immunitaria di combinazione ipilimumab + nivolumab, le cui caratteristiche ed indicazioni verranno analizzate di seguito.

Per quanto riguarda le *targeted therapies*, tre associazioni terapeutiche basate sulla combinazione di due farmaci con meccanismo d'azione differente e sinergico (antiBRAF ed antiMEK) hanno indicazione al trattamento del Paziente con melanoma metastatico: dabrafenib + trametinib (DT), vemurafenib + cobimetinib (VC), encorafenib + binimetinib (EB). La doppietta DT è la più studiata, con il maggior numero di lavori pubblicati e con il follow-up più esteso, oltre ad avere anche indicazione al trattamento adiuvante nello stadio III; l'associazione EB è viceversa la più recente, sembra mostrare una buona tollerabilità e un iniziale miglioramento di risultati rispetto alle altre due doppiette, anche se ad oggi è accreditata solo dello studio "Columbus" registrativo e dei suoi aggiornamenti (ASCO 2021).

Considerando globalmente i risultati della terapia con una delle combinazioni suddette, la *targeted therapy* ottiene risposte obiettive del 70% con circa il 20% di risposte complete, ed una durata di circa 11-14

COPIA
NOI

mesi; la sopravvivenza globale a cinque anni si attesta sul 40-50% nella casistica complessiva, con performance nettamente migliori per Pazienti con numero limitato di metastasi (≤ 3) e con LDH nella norma (sopravvivenza globale del 70% a cinque anni). La performance di attività ed efficacia delle tre doppiette non si differenzia sostanzialmente, per cui la scelta può collegarsi alle (peraltro modeste) differenze nei profili di tossicità ed al numero di compresse/capsule da assumere quotidianamente: cinque per DT, undici per VC, dodici per EB.

L'*immunoterapia* ha indicazione nei Pazienti con melanoma in stadio IIIB-IV, indipendentemente dallo stato mutazionale di BRAF, ed in assenza di co-patologia autoimmune attiva o di trattamento con steroidi ad alte dosi. Le molecole di prima scelta sono gli inibitori di PD-1 nivolumab e pembrolizumab accreditati di analoghi risultati in termini di risposte obiettive (circa 40%), PFS e OS. Il tasso di interruzione del trattamento per tossicità è del 3-6%, mentre una percentuale intorno al 25-30% dei Pazienti effettua il trattamento per un periodo superiore ad un anno, a conferma dell'ottimale tollerabilità.

Come già diffusamente riportato nei paragrafi precedenti, nella gestione dei Pazienti sottoposti ad immunoterapia occorre prestare particolare attenzione agli eventi avversi su base autoimmune, il cui trattamento richiede un pronto approccio specialistico (steroidi ad alte dosi o agenti immunosoppressori) e la cui insorgenza può essere tardiva, anche dopo mesi dalla fine della terapia stessa.

La molecola che storicamente ha inaugurato la moderna immunoterapia del melanoma è l'inibitore di CTLA-4 ipilimumab, che in realtà oggi ha un ruolo in monoterapia solo in seconda linea dopo trattamento con anti-PD-1.

Un possibile superamento della monoterapia con anti-PD-1 è rappresentato dall'associazione nivolumab + ipilimumab. Per questa associazione esistono evidenze di letteratura che attestano di un beneficio per i parametri di attività (risposte obiettive) e di efficacia (PFS e OS) rispetto alla monoterapia con anti-PD-1, associata ad un aumento di tossicità (grado III-IV intorno al 60%) con una maggior frequenza di interruzione del trattamento (circa 30%); la sospensione per evento avverso non sembra inficiare il beneficio a lungo termine del trattamento. Nei Pazienti con melanoma avanzato BRAF mutato, nel tentativo di integrare al meglio l'immunoterapia e la targeted therapy, sono state studiate le due possibili sequenze: immunoterapia di prima linea seguita alla progressione da targeted therapy, confrontata a targeted therapy di prima linea seguita alla progressione da immunoterapia. Lo studio DreamSeq, pubblicato in estenso nel Journal of Clinical Oncology del febbraio 2023, ha riportato una miglior sopravvivenza globale (che era l'end point primario) per la sequenza immunoterapia – targeted therapy, con una differenza assoluta di 20 punti percentuali rispetto alla sequenza opposta. Questo risultato ha condotto molti Autori a definire l'associazione ipilimumab + nivolumab come lo standard per il melanoma avanzato, indifferentemente dallo stato mutazionale di BRAF.

In attesa di disporre di dati più maturi ed ottenuti da più studi, in termini pratici occorre ricordare come l'associazione ipilimumab + nivolumab non possa essere considerata come lo standard terapeutico applicabile su larga scala a tutti i Pazienti in stadio avanzato perché gravata da significativi eventi avversi (grado GIII-IV in circa il 60%, con un tasso di sospensioni di terapia intorno al 30%).

Una nuova combinazione immunitaria in dose fissa di nivolumab e relatlimab (la prima molecola antiLAG3) recentemente ha ottenuto indicazione in Italia nel melanoma in stadio avanzato, sulla base dello studio Relativity 047 (ASCO 2023) con evidenza di superiorità rispetto al nivolumab in monoterapia, con

COPIA
NOI

riduzione degli effetti collaterali di grado III-IV, più contenuti rispetto all'associazione nivo+ipi ma significativamente superiori rispetto al solo nivolumab. Non disponiamo di studi di confronto diretto tra le due combinazioni immunoterapiche.

Una segnalazione merita la recente conferma dell'attività dell'associazione ipi+nivo nel trattamento dei Pazienti con metastasi cerebrali, che ottengono performance di attività ed efficacia analoghe a quelle ottenibili nelle sedi extracraniche (studio ABC). Prerequisito resta il rilievo che si tratti di mets asintomatiche e in Pazienti non in trattamento con steroidi (casistica pari al 20% di tutte le mets cerebrali da melanoma). Lo schema di associazione nivolumab + ipilimumab è approvato da AIFA nel febbraio 2022 con due indicazioni; 1) trattamento dei Pazienti con metastasi cerebrali asintomatiche; 2) trattamento dei Pazienti in fase avanzata con bassa espressione del PDL-1 (= <1%).

Il trattamento con *chemioterapia* trova oggi indicazione solo dopo trattamento con farmaci target e con immunoterapia, nei Pazienti che per età, condizioni generali ed evoluzione della patologia siano ancora suscettibili di tale scelta terapeutica. Le opzioni di trattamento prevedono l'impiego di dacarbazina, temozolomide, fotemustina, e in particolari casi selezionati di uno schema polichemioterapico (CDDP+VDS o VCR+DTIC; CDDP+DTIC) che può di indurre un tasso superiore di risposte obiettive senza impatto sulla sopravvivenza. La chemioterapia diviene infine il trattamento di prima linea (in termini di ripiego, più che di scelta) nei casi con melanoma BRAF wild type con metastasi cerebrali che richiedano l'impiego di alte dosi di steroidi, per i quali il beneficio si riduce significativamente sia per la mono-immunoterapia che per la immunoterapia di combinazione.

Setting NEOADIUVANTE

Gli straordinari progressi non potevano non riverberarsi anche in questo setting di malattia. Oggi disponiamo di solide esperienze ottenute sia con gli agenti targeted che con gli inibitori dei check-point immunitari quali trattamento primario in melanomi ad esordio localmente avanzato. Anche in questo setting, le nuove terapie biologiche hanno confermato la generale fattibilità, la tollerabilità superiore e un'elevata attività, con percentuali di risposte obiettive tra il 60 e l'80%, e di risposte patologiche complete fino al 50%. In linea con le esperienze maturate in altre patologie, anche per il melanoma l'ottenimento della remissione completa o quasi completa patologica si profila come end point surrogato di sopravvivenza globale a distanza.

La targeted therapy in questo setting fornisce risposte obiettive simili alla immunoterapia di combinazione, ma con una durata significativamente inferiore che difficilmente lascia presagire un impatto sulla sopravvivenza, che può ottenersi solo in caso di risposta patologica completa. L'immunoterapia di combinazione, invece, ha un impatto sulla sopravvivenza che sembra già significativo e che viene ottenuto (questa è la differenza più rilevante) anche a seguito di risposte patologiche quasi complete o parziali, e non solo dopo risposte complete come per la targeted therapy.

Anche in questo settore, quindi, il melanoma si iscrive nel novero delle neoplasie solide sensibili ai trattamenti farmacologici preoperatori. E' razionale prevedere un più largo impiego delle terapie biologiche in setting neoadiuvante per il melanoma localmente avanzato, soprattutto per l'immunoterapia, anche se in atto

COPIA
NOI

nessuna delle suddette terapie ad oggi possiede la formale indicazione in scheda tecnica per l'impiego nel setting neoadiuvante.

Dal punto di vista strategico, l'impiego delle targeted therapies e dell'immunoterapia in set neoadiuvante sottolinea quanto sia cruciale l'approccio multidisciplinare che fornisca tempestivamente al Clinico, che deve impostare la terapia farmacologica, un profilo non solo istopatologico ma anche molecolare, su cui basare la scelta personalizzata della terapia medica (es., mutazione di BRAF e conseguenti ricadute).

Integrazioni Terapeutiche Multidisciplinari

Chirurgia

L'exeresi regolata delle metastasi a distanza ha svolto storicamente un ruolo di primo piano nella gestione complessiva del Paziente con melanoma avanzato, soprattutto in epoca antecedente all'introduzione delle targeted therapies e delle immunoterapie. La metastasectomia nel melanoma avanzato è in grado di migliorare significativamente la qualità di vita ed in casi selezionati, anche la sopravvivenza (ad esempio, nelle metastasi cutanee e sottocutanee, le linfadenopatie non regionali, le metastasi polmonari a basso carico). La evidenza di beneficio dell'immunoterapia anche nei pazienti al IV stadio resi NED tende a favorire l'approccio chirurgico integrato.

Oggi la chirurgia delle metastasi nel melanoma avanzato può avere indicazione:

- a) curativa, previa selezione del Paziente in base a una serie di fattori quali la sede ed il numero di metastasi, la loro cinetica, l'intervallo libero da malattia, il livello di LDH sierico;
- b) palliativa, nel caso di metastasi gastrointestinali occludenti o sanguinanti, o nel caso di metastasi encefaliche.
- c) sperimentale, con il prelievo di materiale istologico al fine di identificare alterazioni genetiche o istopatologiche da valutare nell'ambito di protocolli sperimentali.

Per consultare le linee guida ufficiali sui rispettivi siti web, si rimanda ai link sottoriportati:

- Linee guida regionali: Assessorato alla Salute, Regione Sicilia, www.pti.regione.sicilia.it
- Linee guida nazionali: Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), www.aiom.it
- Linee guida europee: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), www.eortc.org
- Linee guida internazionali: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), www.nccn.org

Radioterapia v. dopo, capitolo dedicato alla disciplina.

COPIA TRATTA
NON VALIDA

Disciplina: PSICOONCOLOGIA
Autore: Elisabetta PRIVITERA

L'intervento psicologico quale requisito essenziale all'interno di un team multidisciplinare va inserito in tutte le fasi del percorso terapeutico dei pazienti affetti da melanoma, dalla diagnosi fino al follow-up o alla condizione di terminalità e comunque ogni volta che si modificano le condizioni cliniche. (1). Tale intervento deve basarsi sulle Linee Guida previste per la pratica clinica psicologica in oncologia e indicate dalle Società Nazionali ed Internazionali di riferimento (2,3,4,5,6,7).

Ciò al fine non solo di garantire l'identificazione precoce, e la loro successiva soddisfazione, dei bisogni psicosociali dei pazienti, ma anche sottoporre gli stessi a trattamento specifico laddove il distress reattivo alla patologia e/o gli eventuali disturbi psicologici concomitanti lo richiedano.

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018), ad esempio, attua un programma di cura che organizza i suoi percorsi a partire dal sospetto diagnostico di melanoma cutaneo attraverso flow-chart per la diagnosi, il trattamento ed il follow up, secondo le linee guida accreditate in Inghilterra e Galles per i tumori della pelle ed anche per il melanoma dell'uvea (8).

L'attenzione ai bisogni personali e di informazione si individua come elemento di partenza dell'area psico-oncologica. Molti pazienti affetti da melanoma dichiarano bisogni insoddisfatti durante il percorso di cura relativamente all'aiuto psicologico e alla mancanza di informazioni specifiche sulla patologia (9,10).

Inoltre, le percentuali di distress reattivo e di patologie cliniche, relativamente al versante ansioso depressivo, rilevate dagli studi, documentano la necessità di un investimento a carico dell'organizzazione sanitaria in merito alla realizzazione di Melanoma "Patient-centered approaches" a forte connotazione psiconcologica associata a Corsi di Formazione specifici per tutte le figure sanitarie coinvolte nel processo di cura (11,12,13,14). I pazienti che hanno migliori livelli di comunicazione con i medici riferiscono minori preoccupazioni ed un più sereno rapporto con la propria immagine corporea insieme ad un miglioramento della sfera sociale ed emotiva (15).

Circa il 30% dei pazienti affetti da melanoma riferiscono distress clinicamente significativo associato a sintomatologia di tipo ansioso-depressivo (16); questi quadri, se non adeguatamente trattati, possono cronicizzarsi anche dopo la fase delle cure attive, durante il follow up e nei survivors (17) manifestandosi attraverso disturbi quali preoccupazione eccessiva, ideazione di tipo ossessivo a contenuto depressivo, difficoltà di attenzione e di concentrazione, insonnia, uso di alcol o altre sostanze (18). Anche la localizzazione del melanoma in aree particolarmente visibili, quali viso e collo, può essere responsabile di maggiori condotte di isolamento sociale, ansia, depressione e ruminazione (19); preoccupazioni riguardo l'aspetto fisico, disturbi d'ansia ed umore di tipo depresso ad es. sono stati documentati in pazienti sottoposti ad innesto cutaneo a spessore parziale (20)

I pazienti con malattia in stato avanzato presentano percentuali di sofferenza psichica ancora maggiori (fino al 50% quando vengono valutati con strumenti diagnostici specifici) con importante contrazione della vita sociale, riduzione della sfera emotiva (apatia, abulia ed anedonia) e condizione di stress ingravescente (21).

COPY
NC



Riassumendo, tenuto conto delle evidenze scientifiche riguardo l'influenza degli interventi psicologici sugli outcomes dei pazienti (22,23) il ruolo dello psiconcologo in questo subset di pazienti oncologici deve:

1. Identificare attraverso screening psicologico, lungo il percorso di malattia e di cura e nei passaggi significativi, il grado di distress, i bisogni psicosociali e i disturbi psichici presenti
2. Promuovere livelli di comunicazione e protocolli di informazione efficaci tra pazienti, familiari ed equipe curante
3. Supportare i pazienti e le loro famiglie nel processo di adattamento alla patologia ed agli effetti dei trattamenti e nell'adozione di strategie di coping efficaci
4. Promuovere le strategie di prevenzione personali identificando le variabili comportamentali ed emotive che interferiscono o facilitano l'adozione di condotte proattive relative ad esempio alla gestione degli effetti delle terapie, al mantenimento di un buon livello di qualità di vita, alle modalità di esposizione al sole, ecc.
5. Trattare clinicamente le problematiche psicologiche attraverso terapie individuali, familiari e di gruppo.

Nel dettaglio di questo PDTA si intendono differenziare gli *interventi psiconcologici lungo il continuum diagnostico-terapeutico* al fine di creare flow chart integrate con i percorsi di tutte le altre discipline coinvolte.

COPIA TRATTA DAL SI
NON VALIDA PER LA

DIAGNOSI

Aree di intervento su tutti i pazienti	Razionale	Azioni e strumenti
<ul style="list-style-type: none"> • assessment psicologico dei bisogni psicosociali • screening del distress 	<p>Identificare i bisogni e le fragilità psicologiche e sociali, nonché le eventuali patologie psichiche dei pazienti nel momento dell'impatto con la malattia, importante per ottenere migliori outcome clinici (24, 25, 26,27)</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Colloquio psicologico di accoglienza e di valutazione del quadro psichico b. somministrazione termometro del distress c. somministrazione questionario NEQ (Need Evaluation Questionnaire) d. somministrazione altri test psicometrici specifici laddove ritenuto necessario e. invio a consulenza psichiatrica in presenza di sintomatologia psichiatrica e/o sintomatologia ansioso-depressiva clinicamente significativa per eventuale trattamento psico-farmacologico in fase iniziale di trattamento; f. colloqui di supporto psicologico ai pazienti e ai familiari e/o caregivers
Aree di intervento in equipe:	Razionale	Azioni e strumenti
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitazione dei processi comunicativi medico/paziente e di informazione al momento della diagnosi • Team multidisciplinare 	<ul style="list-style-type: none"> • una buona comunicazione medico-paziente, nel momento dell'impatto con la diagnosi, influenza le reazioni dei pazienti, i livelli di ansia, depressione e il grado di soddisfazione nei riguardi del trattamento stesso (28). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. discussione casi clinici in meeting multidisciplinari periodici 2. Ambulatorio prime visite condiviso ?



TRATTAMENTO		
Aree di intervento sul paziente in fase iniziale di malattia non metastatica, stadi I – II – III operabile	Razionale	Azioni e strumenti
<ul style="list-style-type: none"> • facilitazione del processo di adattamento alla malattia e promozione dell'aderenza alle terapie • promozione del problem solving e delle coping skills sulle aree di fragilità personale (29) • trattamento della sintomatologia psichica <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervento psicologico supporta la motivazione e la compliance alla terapia proposta ed ai suoi effetti collaterali, riduce il grado di distress, e promuove adeguate strategie di coping personale che conducono ad una realistica accettazione della patologia con riduzione della sintomatologia depressiva (30), ad una migliore gestione delle terapie (31,32), ad un piampo periodo libero da ricaduta (33,34) e migliore qualità di vita (35). Gli studi descrivono una correlazione positiva tra stili di coping e qualità dell'adattamento emotivo e ribadiscono il fatto che, nei pazienti affetti da melanoma, un buon livello di supporto psicosociale ed affettivo, unitamente a strategie di coping proattive, sembrano condurre non solo ad un miglior fronteggiamento della malattia e delle terapie, ma anche a migliori outcomes clinici (36,37,38). 	<ul style="list-style-type: none"> • colloqui psicologici di supporto e di facilitazione del processo di adattamento • interventi psicoeducazionali in fase iniziale di trattamento • psicoterapia (individuale o di gruppo)
Aree di intervento sul paziente con diagnosi di melanoma avanzato stadio III inop. - IV	Razionale	Azioni e strumenti
<p>le stesse del punto 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • mantenendo quanto già esposto al punto 1, l'intervento psicologico deve sostenere e promuovere sempre le strategie di coping del paziente con le finaliterapeutiche su elencate (39), con la variante di promuovere l'adattamento ad 	<ul style="list-style-type: none"> • colloqui psicologici di supporto e di facilitazione del processo di adattamento • psicoterapia (individuale o di gruppo)

COPIA
NOI

	una condizione prognostica meno favorevole (ed alle conseguenze emotive che ne derivano) e mantenere una relazione terapeutica stabile e duratura di accompagnamento, vigilanza e gestione delle complicanze, ricadute, terapie possibili.	
Aree di intervento sul paziente con recidiva o in progressione di malattia	Razionale	Azioni e strumenti
<ul style="list-style-type: none"> • Nuova valutazione del distress reattivo alla ripresa di malattia o di nuova linea terapeutica • promozione di nuove strategie di fronteggiamento • accettazione della possibile futura condizione di cronicizzazione • trattamento della sintomatologia psichica 	<ul style="list-style-type: none"> • Il momento della recidiva rappresenta evento fortemente stressante e traumatico e va contenuto sul piano psicologico; la visione del futuro dei pazienti muta radicalmente ed è emotivamente connotata da incertezza, disperazione e preoccupazione per se stessi e per i propri familiari. E' necessario in questa fase riprogrammare il percorso di sostegno psicologico e di facilitazione di coping skills al nuovo percorso di cura. 	<ul style="list-style-type: none"> • somministrazione termometro del distress • somministrazione questionario NEQ (Need Evaluation Questionnaire) • colloqui psicologici di supporto e di facilitazione del processo di adattamento • interventi psicoeducazionali in fase iniziale di nuovo trattamento • psicoterapia (individuale, familiare e di gruppo)
Aree di intervento in equipe durante il trattamento del paziente:	Razionale	•
<ul style="list-style-type: none"> • comunicazione ed informazione efficaci sulla malattia e sulle terapie nei diversi momenti terapeutici • condivisione competenze psicodiagnostiche di base per la migliore gestione multidisciplinare della sofferenza psichica 	<p>Migliorare le competenze comunicative degli operatori sanitari non solo modifica la prassi operativa delle equipe curanti ma migliora anche lo stato di salute dei pazienti e il loro grado di soddisfazione (40)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • realizzazione corsi di formazione sulla comunicazione e sull'ascolto efficaci • realizzazione corsi di formazione sulla psicopatologia dei pazienti oncologici • meeting multidisciplinari periodici di discussione dei casi clinici

COPIA TR
NON VA

CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO ED INIZIO DEL FOLLOW-UP

Aree di intervento	Razionale	Azioni e strumenti
<ul style="list-style-type: none"> • strutturazione percorsi di follow up psicologico • gestione dell'ansia della ricaduta. • attivazione rete di supporto psicologico con le strutture sanitarie presenti nel territorio di riferimento del paziente • coinvolgimento dei Servizi Sociali e delle Associazioni di Volontariato del territorio 	<p>I pazienti affetti da melanoma vengono seguiti in follow up per un periodo lungo, ma mentre esistono indicazioni chiare circa i tempi del follow up oncologico, a livello internazionale vi è una minore attenzione alla realizzazione di linee guida per il follow up psicologico (41,42,43).</p> <p>Per i pazienti lungosopravvivenenti non esistono percorsi di supporto e follow up psicologico strutturati con la conseguenza che la maggior parte dei bisogni di cura residui, delle cosiddette nevrosi iatrogene conseguenti alla diagnosi di melanoma ed alle terapie, e la paura della recidiva, pur se presenti e documentati dagli studi, non vengono valutati, tantomeno sottoposti ad intervento clinico-specialistico (44,45); così come non esistono percorsi psicologici di promozione di stili di vita sani improntati all'adozione di comportamenti e di azioni protettive e preventive (ad es esposizione al sole, controllo cute, alimentazione, attività fisica, ecc) .</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Colloqui periodici di valutazione del quadro psichico ● Psicoterapia individuale per il trattamento della sintomatologia psichica persistente alla fine della terapia ● Psicoterapia individuale o di gruppo per l'elaborazione dell'esperienza oncologica ● programmi di psicoeducazione di gruppo con pazienti e i loro familiari per l'adozione di stili di vita sani.

COPIA TRATTA
NON VALIDA

CAREGIVERS E FAMILIARI

CAREGIVERS E FAMILIARI		
Aree di intervento su tutti i pazienti	Razionale	Azioni e strumenti
supporto psicologico ai familiari e ai caregivers	Partendo dal presupposto che le relazioni affettivamente significative si influenzano reciprocamente e possono essere di aiuto o, a volte, di ostacolo, il coinvolgimento dei familiari e dei caregivers, quando accettato dallo stesso, purappresentare elemento di supporto ulteriore nel trattamento del paziente con melanoma. Comprendere quindi le dinamiche interpersonali del contesto relazionale affettivo del paziente e trattarne i bisogni psicologici presenti risulta parte integrante del programma terapeutico (46,47).	Colloqui psicologici individuali, di coppia e familiari.
CURE PALLIATIVE E TERMINALITA'		
Aree di intervento su tutti i pazienti	Razionale	Azioni e strumenti
assicurare le cure di supporto nel fine vita	La fase avanzata di malattia comporta una sofferenza psichica elevata sia nei pazienti che nelle loro famiglie e necessita di assistenza specifica. Le cure di fine vita possono coinvolgere l'ospedale, il domicilio e l'hospice ed un team di assistenza multidisciplinare che opera meglio laddove sono previste procedure standardizzate di invio e supporto reciproco	<ul style="list-style-type: none"> •supporto psicologico al paziente •creazione di una rete di strutture e operatori coinvolti nelle cure palliative •colloqui psicologici ai familiari per la prevenzione del lutto complicato •psicoterapia a familiari in caso di lutto complicato

COPIA TRATTA
NON VALIDA

Bibliografia

1. Caruso A, et al. L'intervento integrato in psicooncologia. In: Bellani ML, Morasso G, Amadori D, OrrW, Grassi L, Casali PG, Bruzzi P (Ed.). *Psicooncologia*. Milano: Masson; 2002. p. 951-60.
2. M.W. Wouters et al. ECCO essential requirements for quality cancer care: Melanoma *Critical Reviews in Oncology / Hematology* 122 (2018) 16478
3. Linee guida AIOM. Assistenza psico-sociale dei malati oncologici. Edizione 2019
4. Linee Guida SIPO
5. Hansen E, et al. Psychosocial support for adult skin cancer patients guidelines (2019) NHS
6. Holland J, Watson M, Dunn J. The IPOS new international standard of quality cancer care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*. 2011;20:67780
7. NCCN Guidelines version 2.2018 Distress Management 2018
8. Nathan, P., Cohen, V., Coupland, S., Curtis, K., Damato, B., Evans, J., et al., 2015. Uveal melanoma UK national guidelines. *Eur. J. Cancer* 51 (16), 2404412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2015.07.013>.
9. M. Miniotti et al., Prevalence and Correlates of the supportive care needs of Italian early-stage melanoma patients in follow up *J PsychosocOncol*, Nov-Dec 2019; 37(6) 746-757
10. H. Fu et al. Supportive care and unmet needs in patients with Melanoma: a mixed-methods systematic review 2020 Apr 27
11. Back AL, et al. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* 2003; 21:2433-6.
12. Caruso A, et al. La formazione alla relazione in ambito oncologico. In: Morasso G, Tonamichel M (Ed.). *La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento*. Roma: Carocci; 2005. p. 139-53.
13. Haidet P, et al. Reconsidering the team concept: educational implications for patient-centered cancer care. *Patient Educ Couns* 2009;77(3):450-5.
14. Costantini M, et al. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol* 2006;17:853-9.
15. Schlesinger-Raab, A., Schubert-Fritschle, G., Hein, R., Stolz, W., Volkenandt, M., H?zel, D., & Engel, J. (2010). Quality of life in localised malignant melanoma. *Annals of oncology*, 21(12), 2428-2435.
16. Kasparian, N.A., McLoone, J.K., Butow, P.N., 2009. Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature. *Arch. Dermatol.* 145 (12), 1415-1427.
17. Oliveria, S.A., Shuk, E., Hay, J.L., Henegan, M., Goulart, J.M., Panageas, K., et al., 2013. Melanoma survivors: health behaviors, surveillance, psychosocial factors, and family concerns. *Psychooncology* 22 (1), 10616. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.2059>
18. Kasparian, N.A., 2013. Psychological care for people with melanoma: what, when, why and how? *Semin. Oncol. Nurs.* 29 (3), 214-222. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2013.06.007>.
19. Cassileth, B.R.; Lusk, E.J. & Tenaglia, A.N. (1983) Patients Perceptions of the cosmetic impact of melanoma resection. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 71(1), 73-75.
20. Hansen, E.L.E; Clarke, A.; Austin-Parsons, N. & Butler, P.E.M. (2012). The psychological impact of split-thickness skin grafts. *Journal of Wound Care* 21 (10): 490-497.
21. Jeff Dunn, Maggie Watson, Joanne F. Aitken, Melissa K. Hyde, 2017 Systematic review of psychosocial outcomes for patients with advanced melanoma, *Psycho-Oncology*, 26:1722-1731
22. Boesen, E.H., Ross, L., Frederiksen, K., Thomsen, B.L., Dahlstr?r, K., Schmidt, G., et al., 2005. Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study. *J. Clin. Oncol.* 23 (6), 1270-1277. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2005.05.193>.
23. Dieng, M., Butow, P.N., Costa, D.S., Morton, R.L., Menzies, S.W., Mireskandari, S., et al., 2016. Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *J. Clin. Oncol.* 34 (36), 4405-4414. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2016.68.2278>.
24. --Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M.A., et al. Screening for distress in cancer patients - a multi center, nationwide study in Italy. *American Cancer Society* 2013;119:1714-21) (Holland, J.C., Andersen, B., Breitbart, W.S., et al. Distress management. *J. Natl. Comp. Canc. Netw.* 2010;8:448-485.)
25. Al-Shakhli, H.; Harcourt, D. & Kenealy, J. (2006). Psychological distress surrounding diagnosis of malignant and non-malignant skin lesions at a pigmented lesion clinic. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 59(5), 479-486.
26. Barker, J.; Kumar, A., Stanton, W. & Bath-Hextall, F. (2011). The needs and experiences of people with a diagnosis of skin cancer: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 9(4), p. 104-121.
27. Sigurdardottir, V.; Bolund, C.; Brandberg, Y et al. (1993). The impact of generalized malignant melanoma on quality of life evaluated by the EORTC questionnaire technique. *Quality of Life Research*, 2(3), 193-203.
28. Schofield, P.E.; Butow, P.N.; Thompson, J.F. et al. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14(1), 48-56.
29. Kneier, A.W. (2003). Coping with melanoma: ten strategies that promote psychological adjustment. *Surgical Clinics of North America*, 83(2), 417-430.
30. Albrecht, K., Droll, H., Giesler, J. M., Nashan, D., Meiss, F., & Reuter, K. (2013). Self-efficacy for coping with cancer in melanoma patients: its association with physical fatigue and depression. *Psycho-Oncology*, 22(9), 1972-1978.
31. Fawzy, F.I.; Cousins, N.; Fawzy, N.W. et al (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time and methods of coping in affect disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
32. Letho, U.S.; Ojanen, M. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 16(5), 805-816.
33. Fawzy, F.I.; Fawzy, N.W.; Hyun, C.S. et al. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50(9), 681-689.
34. Rogentine, Jr G.N.; van Kammen, D.P.; Fox, B.H. et al. (1979). Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma: a prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 41(8), 647-655.
35. Schlesinger-Raab, A., Schubert-Fritschle, G., Hein, R., Stolz, W., Volkenandt, M., Hentzel, D., & Engel, J. (2010). Quality of life in localised malignant melanoma. *Annals of oncology*, 21(12), 2428-2435.
36. S?iner W, Zschocke I, Zingg-Schir M, Stein B, Rumpold G, Fritsch P, et al. Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics* 1999; 40: 2395-0.
37. Trapp M, Trapp EM, Richtig E, Egger JW, Zampetti A, Sampogna F, et al. Coping strategies in melanoma patients. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 5980-2.
38. Brown, J.E.; Butow, P.N.; Culjak, G. et al. (2000). Psychosocial predictors of outcome: time to relapse and survival in patients with early stage melanoma. *British Journal of Cancer*? 83(11), 1448-1453.

39. Cashin RP, Lui P, Machado M, Hemels ME, Corey-Lisle PK, Einarson TR. Advanced cutaneous malignant melanoma: a systematic review of economic and quality-of-life studies. *Value Health*. 2008;11(2):25971.
40. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Antiques M, et al. (2013) Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. Mar 28;3:CD003751
41. McLoone, J., Menzies, S., Meiser, B., Mann, G.J., Kasparian, N.A., 2013. Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. *Psychooncology* 22 (7), 1444456.
42. Rychetnik L, McCaffery K, Mortin R, Irwig L (2013) Psychosocial aspects of post-treatment follow-up for stage I/II melanoma: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology* 22: 72136. doi: 10. 1002/pon.3060 PMID: 22431448]
43. Trotter S, Sroa N, Winkelmann RR, Olencki T, Bechtel M (2013) A global review of melanoma follow-up guidelines. *J Clin Aesthet Dermatol* 6: 186. 7
44. Fischbeck S, Imruck BH, Blettner M, Weyer V, Binder H, Zeissig SR, et al. (2015) Psychosocial Care Needs of Melanoma Survivors: Are They Being Met? *PLoS ONE* 10(8): e0132754. Doi:10.1371/journal.pone.0132754
45. McLoone J, Watts K, Menzies S, Meiser B, Butow P, Kasparian N (2012) When the risks are high: Psychological adjustment among melanoma survivors at high risk of developing new primary disease. *Qual Health Res* 22: 1102113. doi: 10.1177/1049732312448542 PMID: 22673092
46. Hay, J., Shuk, E., Zapolska, J., Ostroff, J., Lischewski, J., Brady, M. S., & Berwick, M. (2009). Family communication patterns after melanoma diagnosis. *Journal of Family Communication*, 9(4), 209-232.
47. Drabe, N., Jenewein, J., Weidt, S., Engeli, L., Meier, C., Bchi, S., Nutz, D. G. (2016). When cancer cannot be cured: A qualitative study on relationship changes in couples facing advanced melanoma. *Palliative & supportive care*, 14(6), 652-663.

COPIA TR
NON VAL

Disciplina: RADIOTERAPIA
Autori: Andrea GIRLANDO

Il melanoma cutaneo è storicamente considerato come un tumore radioresistente, e il ruolo della radioterapia è stato confinato a situazioni cliniche configuranti sintomatologia algica (es., metastasi ossee) o con possibili conseguenze neurologiche (es., mets cerebrali, leptomeningee o spinali), peraltro con risultati mediamente meno brillanti rispetto ad analoghi contesti in altre patologie.

Il progresso delle conoscenze in campo farmacologico e tecnologico sta comportando un'estensione dei momenti e delle modalità di applicazione della radioterapia nel melanoma cutaneo. Esiste infatti una letteratura composita e in continua espansione concernente l'impiego di nuove modalità d'impiego della radioterapia (tecnologie, frazionamenti ecc.) e l'integrazione con le nuove terapie biologiche (targeted therapy e immunoterapia).

Oltre all'indicazione classica delle metastasi cerebrali, la radioterapia trova moderna indicazione nel trattamento di singole lesioni metastatiche in caso di "oligoprogressione" alla terapia medica (progressione parcellare in singole lesioni nel contesto di una risposta in tutte le altre sedi di malattia), per l'ablazione di foci biologicamente eterogenei e "reservoir" di malattia resistente, consentendo quindi la prosecuzione della terapia medica secondo la strategia "beyond progression".

Per la complessità dell'attuale panorama pubblicistico ed in assenza di chiare evidenze in questo campo, vista la finalità pratica del PDTA in oggetto, il ruolo della radioterapia nel melanoma cutaneo viene analizzato in maniera pragmatica sotto forma di alcune domande di pratica quotidiana e relative risposte, alla luce delle attuali conoscenze.

DOMANDE E RISPOSTE PER LA RADIOTERAPIA NEL MELANOMA CUTANEO

1. *Esiste un ruolo codificato per la radioterapia nel melanoma cutaneo in stadio precoce (I – II) e operabile (III) ?*

Dai diversi studi presenti in letteratura, alcuni con la presenza di bias e retrospettivi, emerge che la radioterapia riduce il rischio di recidiva locale senza un impatto significativo in termini di Relapse Free Survival (RFS) o Overall Survival (OS).

Pur tuttavia, per alcuni pazienti, potrebbe essere discusso, all'interno di un team multidisciplinare, l'indicazione alla radioterapia adiuvante se presenti alcuni fattori di rischio:

- margini "close" o focalmente positivi e non suscettibili di ulteriore chirurgia;
- pazienti con multipli linfonodi positivi o di grandi dimensioni (> 3 cm), estensione extracapsulare (macroscopica; microscopica);
- linfonodi clinicamente palpabili;
- in presenza di recidiva locoregionale post resezione chirurgica.

1. Adamas G., Foote M., Brown S. et al. Adjuvant external beam radiotherapy after therapeutic groin Lymphadenectomy for Patients With Melanoma: A Dosimetric Comparison of Three-Dimensional Conformal and Intensity-Modulated Radiotherapy Techniques. *Melanoma Res* 2017 Feb;27(1):50-56.
2. Malcolm D Mattes , Ying Zhou , Sean L Berry et al. Dosimetric Comparison of Axilla and Groin Radiotherapy Techniques for High-Risk and Locally Advanced Skin Cancer. *Radiat Oncol J* 2016;34(2):145-155
3. Shefali Agrawal, John M. Kane, III, Beverly A. Guadagnolo, William G. Kraybill, et al. The Benefits of Adjuvant Radiation Therapy After Therapeutic Lymphadenectomy for Clinically Advanced, High-Risk, Lymph Node-Metastatic Melanoma. *Cancer* 2009 Dec 15;115(24):5836-44.
4. B. Ashleigh Guadagnolo, Victor Prieto, Randal Weber, Merrick I. Ross et al. The Role of Adjuvant Radiotherapy in the Local Management of Desmoplastic Melanoma. *Cancer* 2014 May 1;120(9):1361-8.
5. Daniel E. Oliver, Kirtesh R. Patel, Jeffrey Switchenko, Douglas Parker, David H. Lawson, et al. Roles of adjuvant and salvage radiotherapy for desmoplastic melanoma. *Melanoma Res.* 2016 Feb; 26(1): 35–41.
6. Wei Li, Yalian Yu, Hailong Wang, Aihui Yan and Xuejun Jiang. Evaluation of the prognostic impact of postoperative

	<p>adjuvant radiotherapy on head and neck mucosal melanoma:a meta-analysis. Cancer 2014 May 1;120(9):1369-78.</p> <p>7. Michael A Henderson , Bryan H Burmeister , Jill Ainslie 3 Richard Fisher et al. Adjuvant Lymph-Node Field Radiotherapy Versus Observation Only in Patients With Melanoma at High Risk of Further Lymph-Node Field Relapse After Lymphadenectomy (ANZMTG 01.02/TROG 02.01): 6-year Follow-Up of a Phase 3, Randomised Controlled Trial. Lancet Oncol 2015 Sep;16(9):1049-1060.</p> <p>8. Jean-Emmanuel Bibault , Sylvain Dewas, Xavier Mirabel, Laurent Mortier et al. Adjuvant Radiation Therapy in Metastatic Lymph Nodes From Melanoma. Radiat Oncol 2011 Feb 6;6:12.</p> <p>9. Primoz Stojan, Boris Jancar, Maja Cemazar, Maja Pohar Perme, Marko Hocevar. Melanoma Metastases to the Neck Nodes: Role of Adjuvant Irradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010 Jul 15;77(4):1039-45.</p>
2.	<p><i>Per il trattamento di sedi metastatiche dolenti (ossa, mets con forte "effetto massa", linfonodi "bulky" laterocervicali, ecc.) esistono protocolli di frazionamento e/o scheduling specifici per il melanoma avanzato?</i></p> <p>Il trattamento radiante è consigliato in presenza di lesioni ossee sintomatiche (soprattutto vertebrali) o a rischio di frattura. Il beneficio, tuttavia, deriva da dati estrapolati da studi che comprendono lesioni ossee derivanti da differenti tumori solidi tra cui anche il melanoma. La radioterapia, inoltre, può essere impiegata a scopo palliativo/sintomatico e/o per aumentare il controllo locale su diverse localizzazioni secondarie: linfadenopatie che possono provocare dolore da compressione o stasi linfatica, lesioni polmonari, lesioni cutanee-sottocutanee ulcerate sanguinanti. Vi è un chiaro razionale nell'impiego di schemi di ipofrazionamento usando un'alta dose per frazione (> 4 Gy).</p> <p>1. Brendan Curti , Marka Crittenden , Steven K Seung, Christopher B Fountain et al. Randomized Phase II Study of Stereotactic Body Radiotherapy and interleukin-2 Versus interleukin-2 in Patients With Metastatic Melanoma. J Immunother Cancer 2020 May;8(1):e000773.</p> <p>2. Rosario Mazzola, Barbara Alicja Jereczek-Fossa, Davide Franceschini, Slavisa Tubin, Andrea Riccardo Filippi et al. Oligometastasis and Local Ablation in the Era of Systemic Targeted and Immunotherapy. Radiat Oncol 2020 May 4;15(1):92.</p> <p>3. Gerszten PC, Burton SA, Quinn AE et al. Radiosurgery for the treatment of spinal melanoma metastases. Stereotact Funct Neurosurg 2005; 83: 213-221</p> <p>4. Xin Shelley Wang, MD, MPH, Associate Professor, Laurence D. Rhines, MD, Professor, Almon S. Shiu et al. A prospective analysis of the clinical effects of stereotactic body radiation therapy in cancer patients with spinal metastases without spinal cord compression. Lancet Oncol. 2012 Apr; 13(4): 395-402.</p> <p>5. Gabani P, Robinson CG, Ansstas G, Johanns TM, Huang J. Use of extracranial radiation therapy in metastatic melanoma patients receiving immunotherapy. Radiother Oncol. 2018;127(2):310-7.</p>
3.	<p><i>A fronte di una metastasi cerebrale singola metacrona, la chirurgia è sempre preferibile alla radioterapia?</i></p> <p>La scelta della chirurgia dipende da una serie di fattori, tra i quali le condizioni generali del paziente (età, KPS) e lo stato della malattia (estensione di malattia extracranica, numero, localizzazione e grandezza della lesione). Dai vari studi emerge come la chirurgia, seguita da radioterapia sul letto tumorale (SRS o WBRT), incrementi il controllo locale e migliori l'OS rispetto alla sola chirurgia.</p> <p>1. Paul D Brown , Karla V Ballman , Jane H Cerhan , S Keith Anderson , Xiomara W Carrero et al. Postoperative Stereotactic Radiosurgery Compared With Whole Brain Radiotherapy for Resected Metastatic Brain Disease (NCCTG N107C/CEC-3): A Multicentre, Randomised, Controlled, Phase 3 Trial. Lancet Oncol 2017 Aug;18(8):1049-1060.</p> <p>2. Sperduto PW, Kased N, Roberge D, Xu Z, Shanley R, Luo X and Mehta M. Summary report on the graded prognostic assessment: an accurate and facile diagnosis-specific tool to estimate survival for patients with brain metastases. J Clin Oncol. 2012; 30:419-425.</p> <p>3. Ramakrishna N and Margolin KA. Multidisciplinary approach to brain metastasis from melanoma; local therapies for central nervous system metastases. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2013; 399-403</p> <p>4. Gibney GT, Forsyth PA and Sondak VK. Melanoma in the brain: biology and therapeutic options. Melanoma Res. 2012; 22: 177-183. Federico Pessina, MD, Pierina Navarria, MD, Stefano Tomatis, MSc, Luca Cozzi, PhD, Ciro Franzese et al. Outcome evaluation of patients with limited brain metastasis from malignant melanoma, treated with surgery, radiation therapy and targeted therapy. World Neurosurg 2017 Sep;105:184-190.</p> <p>5. G. Minniti, V. Eposito, E. Clarke et al. Multidose Stereotactic Radiosurgery (9 Gy x3) of the postoperative resection cavity for treatment of large brain metastases. Int J Radiation Oncol Biol Phys, Vol. 86, No. 4, pp. 623-629, 2013</p>

COPIA
NOI



	6. Federico Pessina, Pierina Navarra, Luca Cozzi, Anna Maria Ascolese et al. Outcome Evaluation of Oligometastatic Patients Treated with Surgical Resection Followed by Hypofractionated Stereotactic Radiosurgery (HSRS) on the Tumor Bed, for Single, Large Brain Metastases. PLOS ONE DOI:10.1371/journal.pone.0157869 June 27, 2016
4.	<i>Per le metastasi cerebrali multiple, la radioterapia “whole brain” ha ancora un ruolo?</i>
	<p>Per i pazienti con prognosi favorevole e malattia cerebrale limitata, le terapie locali hanno soppiantato la radioterapia panencefalica nel management upfront, alla luce del mancato beneficio sulla sopravvivenza e del rischio di tossicità relate al trattamento.</p> <p>La RT WB rimane l'opzione per i pazienti con diffusione leptomeningea sia in upfront che nel setting della malattia recidivante e nei pazienti con lesioni voluminose nei quali un trattamento stereotassico non è fattibile</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Richard C Wu , William Newman, Liron Patanowitz, Barton F Branstetter, Nduka Amankulor, Ahmad A Tarhini. Long-term Control of Leptomeningeal Disease After Radiation Therapy and Nivolumab in a Metastatic Melanoma Patient. Immunotherapy 2020 Jun 22. doi: 10.2217/imt-2019-0004. 2. Noelle L Williams , Evan J Wuthrick , Hyun Kim 1, Joshua D Palmer , Shivank Garg et al. Phase 1 Study of Ipilimumab Combined With Whole Brain Radiation Therapy or Radiosurgery for Melanoma Patients With Brain Metastases. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2017 Sep 1;99(1):22-30. 3. Margolin K, Atkins B, Thompson A, et al. Temozolomide and whole brain irradiation in melanoma metastatic to the brain: a phase II trial of the Cytokine Working Group. J Cancer Res Clin Oncol. 2002;128:2142-18. 4. Atkins MB, Sosman JA, Agarwala S, et al. Temozolomide, thalidomide, and whole brain radiation therapy for patients with brain metastasis from metastatic melanoma: a phase II Cytokine Working Group study. Cancer. 2008;113:2139-2145 5. Cecilia Jiang , David G Wallington , Christopher J Anker et al. Changing Therapeutic Landscape for Melanoma With Multiple Brain Metastases. Neurosurgery 2020 Apr 21;nyaa076. doi: 10.1093/neuros/nyaa076. 6. Angela M Hong , Gerald B Fogarty , Kari Dolven-Jacobsen , Bryan H Burmeister et al. Adjuvant Whole-Brain Radiation Therapy Compared With Observation After Local Treatment of Melanoma Brain Metastases: A Multicenter, Randomized Phase III Trial. J Clin Oncol 2019 Nov 20;37(33):3132-3141. 7. Richard J White , Stephen Abel , Zachary D Horne , Jonathan Lee et al. Melanoma brain metastases: is it time to eliminate radiotherapy? Neurooncol 2020 Jun 15. doi: 10.1007/s11060-020-03485-w.
5.	<i>Targeted therapies e radioterapia per le metastasi extracraniche: vi sono evidenze su quale sia la sequenza ottimale?</i>
	<p>La radioterapia extracranica gioca un ruolo importante nel management del melanoma metastatico nell'era delle targeted therapies.</p> <p>L'inibizione di BRAF è stato associato ad un effetto radiosensibilizzante in vitro. Ci sono pochi dati clinici sulla combinazione di BRAF e radioterapia extracranica suggerendo di prestare attenzione quando i trattamenti sono combinati o somministrati in un breve periodo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Susan M Hiniker , Sunil A Reddy , Holden T Maecker , Priyanka B Subrahmanyam et al. A Prospective Clinical Trial Combining Radiation Therapy With Systemic Immunotherapy in Metastatic Melanoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2016 Nov 1;96(3):578-88. 2. Gabani P, Robinson CG, Anstas G, Johanns TM, Huang J. Use of extracranial radiation therapy in metastatic melanoma patients receiving immunotherapy. Radiother Oncol. 2018;127(2):310-7. 3. Hecht M, Zimmer L, Loquai C et al. Radiosensitization by BRAF inhibitor therapy – mechanism and frequency of toxicity in melanoma patients. Ann Oncol. 2015;26(6):1238-1244 4. Ashlyn R Seeley , Jennifer F De Los Santos, Robert M Conry. Induction vemurafenib followed by consolidative radiation therapy for surgically incurable melanoma. Melanoma Res 2015 Jun;25(3):246-51. 5. Dinu Stefan, Hosni Popotte, Andreea Raluca Stefan et al. Vemurafenib and concomitant stereotactic radiation for the treatment of melanoma with spinal metastases: A case report. Rep Pract Oncol Radiother Jan-Feb 2016;21(1):76-80.
6.	<i>Targeted therapies e radioterapia per le metastasi cerebrali: vi sono evidenze su quale sia la sequenza ottimale?</i>

COPIA
NOI

BRAF e MEK inhibitors sono potenti radiosensibilizzanti e dovrebbero essere evitati durante il trattamento radiante di ampi volumi come WBRT per l'aumentata tossicità cutanea (dermatite G2-G3) e mucosite.

E' controverso l'incremento della tossicità con la radiochirurgia, ma in alcuni studi è emerso un maggiore tasso di radionecrosi ed emorragia.

Le linee Guida ECOG suggeriscono un'interruzione di almeno 3 giorni prima e dopo WBRT e di 1 giorno prima e dopo radiochirurgia.

1. Martins F, Schiappacasse L, Levivier M, Tuleasca C et al. The Combination of Stereotactic Radiosurgery With Immune Checkpoint Inhibition or Targeted Therapy in Melanoma Patients With Brain Metastases: A Retrospective Study. J Neurooncol 2020 Jan;146(1):181-193
2. Petrelli F, De Stefani A, Trevisan F, Parati C, Inno A et al. Combination of Radiotherapy and Immunotherapy for Brain Metastases: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Rev Oncol Hematol 2019 Dec;144:102830.
3. Pulvirenti T, Hong A, Clements A, et al. Acute radiation skin toxicity associated with BRAF inhibitors. J Clin Oncol. 2016;34(3):e17-20. 30.
4. Anker CJ, Grossmann KF, Atkins MB, Suneja G, Tarhini AA, Kirkwood JM. Avoiding severe toxicity from combined BRAF inhibitor and radiation treatment: consensus guidelines from the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2016;95(2):632-46. 31.
5. Dummer R, Ascierto PA, Gogas HJ, et al. Encorafenib plus binimetinib versus vemurafenib or encorafenib in patients with BRAF-mutant melanoma (COLUMBUS): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. Lancet Oncol. 2018;19(5):603-15.
6. Long GV, Stroyakovskiy D, Gogas H, et al. Combined BRAF and MEK inhibition versus BRAF inhibition alone in melanoma. N Engl J Med. 2014;371(20):1877-88.
7. Mark P. van Opijnen, Linda Dirven, Ida E.M. Coremans, Martin J.B. Taphoorn, and Ellen H.W. Kapiteijn. The impact of current treatment modalities on the outcomes of patients with melanoma brain metastases: A systematic review. Int J Cancer. 2020 Mar 15; 146(6): 1479-1489.
8. Tina Dasgupta , Daphne A Haas-Kogan, Xiaodong Yang, Aleksandra Olow, Daniel X Yang, Ashley Gragg, Lisa A Orloff, Sue S Yom. Genotype-dependent cooperation of ionizing radiation with BRAF inhibition in BRAF V600E-mutated carcinomas. Invest New Drugs 2013 Oct;31(5):1136-41
9. M Hecht , L Zimmer , C Loquai , C Weishaupt , R Gutzmer et al. Radiosensitization by BRAF inhibitor therapy-mechanism and frequency of toxicity in melanoma patients. Ann Oncol 2015 Jun;26(6):1238-1244.
10. Ricarda Merten , Markus Hecht, Marlen Haderlein, Luitpold Distel et al. Increased skin and mucosal toxicity in the combination of vemurafenib with radiation therapy. 2014 Nov;190(12):1169-72.
11. Imke Satzger 1, Annette Degen, Hiba Asper, Alexander Kapp, Axel Hauschild, Ralf Gutzmer. Serious skin toxicity with the combination of BRAF inhibitors and radiotherapy. J Clin Oncol 2013 May 1;31(13):e220-2.
12. David Ly , Hilary P Bagshaw , Christopher J Anker , Jonathan D Tward et al. Local control after stereotactic radiosurgery for brain metastases in patients with melanoma with and without BRAF mutation and treatment. J Neurosurg 2015 Aug;123(2):395-401.

7. Quali evidenze vi sono sulla compatibilità di un trattamento radiante concomitante all'immunoterapia con inibitori dei check-point immunitari?

La combinazione di anti CTLA-4 (ipilimumab) e radioterapia è sicura ed efficace per le metastasi cerebrali da melanoma. Pochi dati esistono sulla combinazione di anti PD-1 e RT per le metastasi cerebrali, anche se risultati preliminari suggeriscono l'assenza di tossicità neurologica e una migliore efficacia nelle metastasi da melanoma.

1. Gishan Ratnayake, Simone Reinwald, Mark Shackleton, Maggie Moore, Mark Voskoboynik. Stereotactic Radiotherapy Combined With Immunotherapy Against Metastatic Melanoma: Long Term Results of a Phase I Clinical Trial. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2020 May 22;S0360-3016(20)31146-9.
2. Yvan Pin , Adrien Paix, Julien Todeschi , Delphine Antoni , François Proust , Georges Noël. Brain Metastasis Formation and Irradiation by Stereotactic Radiation Therapy Combined With Immunotherapy: A Systematic Review. Crit Rev Oncol Hematol 2020 May;149:102923.
3. Jeongshim Lee, Jee Suk Chang, Mi Ryung Roh, Minkyu Jung et al. Clinical Outcomes of Immune Checkpoint Blocker Therapy for Malignant Melanoma in Korean Patients: Potential Clinical Implications for a Combination Strategy Involving Radiotherapy. Cancer Res Treat. 2020 Feb 13
4. Kroeze SG, Fritzt C, Hoyer M et al. Toxicity of concurrent stereotactic radiotherapy and targeted therapy or immunotherapy: a systematic review. Cancer Treat Rev 2017; 53: 25-37
5. Bag A., Wilhite TJ, Pike LRG, et al. Multicenter evaluation of the tolerability of combined treatment with PD-1 and CTLA-4 immune checkpoint inhibitors and palliative radiation therapy. IJROBP 2017; 98: 344-51;
6. Tagliaferrri L, Lancellotta V, Fionda B et Al. Immunotherapy and radiotherapy in melanoma: a multidisciplinary comprehensive review. Hum Vac Immunother 2022, 18:e1903827 pag.1-8;
7. Barker CA, Postow MA et al. Concurrent radiotherapy and ipilimumab immunotherapy for patients with melanoma. Cancer Immunol Res 2013; 1: 92-98
8. Kamran A Ahmed , Sungjune Kim , Louis B Harrison. Novel Opportunities to Use Radiation Therapy With Immune Checkpoint Inhibitors for Melanoma Management. Surg Oncol Clin N Am 2017 Jul;26(3):515-529.
9. Jana Schaulé , Stephanie G C Kroeze, Oliver Blanck , Susanne Stera et al. Predicting survival in melanoma patients treated with concurrent targeted- or immunotherapy and stereotactic radiotherapy : Melanoma brain metastases prognostic score. Radiat Oncol 2020 Jun 1;15(1):135.
10. M Sallabanda, M I García-Berrocá, J Romero , V García-Jarabo et al. Brain metastases treated with radiosurgery or

COPIA
NOI

<p>hypofractionated stereotactic radiotherapy: outcomes and predictors of survival. Clin Transl Oncol 2020 Mar 2. doi: 10.1007/s12094-020-02321-x.</p> <ol style="list-style-type: none"> Eric J Lehrer, Heather M McGee , Jason P Sheehan , Daniel M Trifiletti. Integration of immuno-oncology with stereotactic radiosurgery in the management of brain metastases. J Neurooncol 2020 Feb 12. doi: 10.1007/s11060-020-03427-6. K A Ahmed , Y A Abuodeh , M I Echevarria , J A Arrington , D G Stallworth et al. Clinical Outcomes of Melanoma Brain Metastases Treated With Stereotactic Radiosurgery and anti-PD-1 Therapy, anti-CTLA-4 Therapy, BRAF/MEK Inhibitors, BRAF Inhibitor, or Conventional Chemotherapy. Ann Oncol 2016 Dec;27(12):2288-2294. Elisabetta Trino , Cristina Mantovani , Serena Badellino , Umberto Ricardi , Andrea Riccardo Filippi. Radiosurgery/stereotactic radiotherapy in combination with immunotherapy and targeted agents for melanoma brain metastases. Expert Rev Anticancer Therap 2017 Apr;17(4):347-356. I Bot, C U Blank, D Brandsma. Clinical and radiological response of leptomeningeal melanoma after whole brain radiotherapy and ipilimumab. J Neurol 2012 Sep;259(9):1976-8. Naamit K Gerber , Robert J Young, Christopher A Barker, Jedd D Wolchok, Timothy A Chan, Yoshiya Yamada, Leigh Friguglietti, Kathryn Beal. Ipilimumab and whole brain radiation therapy for melanoma brain metastases. J Neurooncol 2015 Jan;121(1):159-65. Karim Tazi , Amanda Hathaway, Cody Chiuhan, Keisuke Shirai. Survival of melanoma patients with brain metastases treated with ipilimumab and stereotactic radiosurgery. Cancer Med 2015 Jan;4(1):1-6. 	
8.	<p><i>Esiste un interplay biologico (interferenza? sinergia?) tra radioterapia e immunoterapia con inibitori dei check-point immunitari?</i></p> <p>Diversi trials clinici mostrano come la combinazione di RT e ipilimumab migliori il controllo locale grazie all'effetto abscopal. Oltre ad avere un effetto tumoricida diretto, la radioterapia è in grado di determinare un'attivazione del sistema immunitario contro le cellule neoplastiche sia sulla sede irradiata che sui siti secondari di metastasi. Numerose segnalazioni di letteratura confermano questo aspetto anche per gli anticorpi anti-PD1. La sinergia tra radioterapia e immunoterapia sembra essere maggiore utilizzando schemi di irradiazione con alte dosi e ipofrazionamenti.</p> <p>L'interrelazione tra le due modalità terapeutiche sembra mostrare un chiaro effetto sinergico, con possibilità di prevenire/ritardare i fenomeni di resistenza. Studi futuri permetteranno di dimostrare l'efficacia di tali trattamenti combinati ed eventualmente di individuare i pazienti più suscettibili a tali terapie di associazione.</p> <ol style="list-style-type: none"> Voronova V, Vislobokova A, Mutig K, Samsonov M, Peskov K, Sekacheva, Materenchuk M, Bunyatyan N, Lebedeva S. Combination of immune checkpoint inhibitors with radiation therapy in cancer: A hammer breaking the wall of resistance. Front Oncol 2022, DOI 10.3389/fonc.2022.1035884 Elisa Funck-Brentano , Bouchra Baghdad , Magali Fort , Iman Aouidad et al. Efficacy of Late Concurrent Hypofractionated Radiotherapy in Advanced Melanoma Patients Failing anti-PD-1 Monotherapy. Int J Cancer 2020 Feb 21. doi: 10.1002/ijc.32934. Christopher J Anker , Kenneth F Grossmann , Michael B Atkins , Gita Suneja , Ahmad A Tarhini 5, John M Kirkwood. Avoiding Severe Toxicity From Combined BRAF Inhibitor and Radiation Treatment: Consensus Guidelines From the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). nt J Radiat Oncol Biol Phys 2016 Jun 1;95(2):632-46 Michael A Postow , Margaret K Callahan, Christopher A Barker, Yoshiya Yamada et al. Immunologic correlates of the abscopal effect in a patient with melanoma. N Engl J Med 2012 Mar 8;366(10):925-31 Antonio M Grimaldi , Ester Simeone , Diana Giannarelli , Paolo Muto et al. Abscopal effects of radiotherapy on advanced melanoma patients who progressed after ipilimumab immunotherapy. Oncoimmunology 2014 May 14;3:e28780 Ravi A Chandra , Tyler J Wilhite , Tracy A Balboni , Brian M Alexander et al. A systematic evaluation of abscopal responses following radiotherapy in patients with metastatic melanoma treated with ipilimumab. Oncoimmunology 2015 May 28;4(11):e1046028. Emily F Stamell , Jedd D Wolchok, Sacha Gnjatic, Nancy Y Lee, Isaac Brownell. The abscopal effect associated with a systemic anti-melanoma immune response. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2013 Feb 1;85(2):293-5. Martin AM, Cagney DN, Catalano PJ, et al. Immunotherapy and symptomatic radiation necrosis in patients with brain metastases treated with stereotactic radiation. JAMA Oncol. 2018;4(8):1123-4

RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN CORSO DI EMERGENZA DA COVID-19

La stesura del presente PDTA MELANOMA avviene nel contesto della crisi sanitaria da COVID-19. La diffusione della pandemia ha determinato in Italia circa 135.000 decessi, di cui circa 7.000 nella Regione Sicilia.

Recenti evidenze pubblicate in letteratura hanno evidenziato che i paziente affetti da patologie oncologiche presentano un rischio più elevato di sviluppare l'infezione da COVID-19. Il 41% delle infezione da COVID-19, per questi pazienti, è contratta in seguito a

COPIA
NOI

ricoveri e visite di controllo ospedaliere ricorrenti. I pazienti oncologici a valle dell'intervento chirurgico e del trattamento chemioterapico sono significativamente più a rischio di sviluppare gravi eventi correlati all'infezione da COVID-19¹.

L'esigenza di contenere i contagi e di minimizzare i rischi di nuove ondate di diffusione del virus ha richiesto a livello ospedaliero l'adozione di specifici protocolli di contenimento del rischio di contagio per gli operatori sanitari ed i pazienti.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto pertanto imprescindibile corredare il documento di alcune raccomandazioni specifiche per la gestione del paziente oncologico e applicabili trasversalmente anche in altri percorsi di patologia, di seguito articolate in 4 dimensioni chiave:

1. Modalità di accesso del paziente alla struttura sanitaria, a seconda della finalità di accesso e delle prestazioni che il paziente deve svolgere/fruire;
2. Definizione delle misure igieniche-sanitarie di prevenzione individuale e degli ambienti ospedalieri che accolgono i pazienti;
3. Riorganizzazione dei percorsi per la gestione dei pazienti negativizzati da COVID-19 e non COVID-19 per ridurre al minimo il rischio di trasmissione dell'infezione (e.g. percorsi di gestione delle visite ambulatoriali, dei trattamenti attivi e degli interventi chirurgici)
4. Definizione di protocolli di contatto medico-paziente per facilitare l'adozione dei nuovi processi di sicurezza.

La **Tabella 1** riassume le raccomandazioni definite per la gestione dei pazienti in situazioni di emergenza, nelle 4 dimensioni chiave e specificando l'applicabilità specifica di patologia e/o trasversale in altre aree terapeutiche.

Tabella 1. Raccomandazioni per la gestione del paziente oncologico in emergenza da COVID-19. Legenda applicabilità delle raccomandazioni: specifiche per patologie oncologiche; trasversali altri percorsi di patologia

AMBITO	RACCOMANDAZIONE	NOTE ESPLICATIVE	APPLICABILITÀ
MODALITÀ DI ACCESSO	Prenotazione obbligatoria prestazioni sanitarie	Obbligatoria prenotazione (sia per visite urgenti - codice U dell'impegnativa - che programmate) contattando direttamente il CUP o, dove presente, il numero dedicato dell'ambulatorio	
	Screening per COVID-19 pre-accesso ospedaliero	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pronto Soccorso: predisposizione di un ulteriore filtro prima dell'accesso in PS per valutare il profilo clinico del paziente in rapporto al COVID-19 (es. febbre, tosse secca, congestione nasale, indolenzimento e dolori muscolari) 2. Reparto/ambulatorio: disposizione in camera isolata pre-accesso di personale incaricato alla valutazione della motivazione di accesso e delle presenza di fattori di rischio correlati al COVID-19 (es. febbre, tosse secca, congestione nasale, indolenzimento e dolori muscolari) 	
	Vietato accesso ospedaliero agli accompagnatori	<ol style="list-style-type: none"> 3. Divieto di accesso a chi non debba svolgere all'interno della struttura prestazione sanitarie per limitare i rischi di assembramento e di contagio 4. Accesso consentito ad un unico accompagnatore, per un tempo limitato, solo per i pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria (dopo autorizzazione specifica) o per utenti fragili e non autosufficienti 	
	Percorso ospedaliero	Adozione di percorsi interni separati per i pazienti in	

1

Yu J et al. SARS-CoV-2 Transmission in Patients with Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. JAMA Oncol. Published online March 25, 2020

COPIA
NOI



AMBITO	RACCOMANDAZIONE	NOTE ESPLICATIVE	APPLICABILITÀ
	differenziato in entrata e uscita per i pazienti	ingresso e in uscita dalla struttura ospedaliera.	
MISURE IGIENICO-SANITARIE	Distanziamento sociale durante l'attesa e in visita	5. Monitoraggio del rispetto da parte dei pazienti delle misure di sicurezza di almeno 1 mt negli spazi comuni (es. sale d'attesa dei vari servizi/reparti, i corridoi, i servizi igienici, gli spazi esterni di attesa) 6. Predisposizione delle sedute nelle sale d'attesa adeguatamente distanziate per limitare i rischi di assembramento e di contagio	
	Fornitura sistemi di igienizzazione per il paziente	Fornitura di dispenser di gel alcolico anche per il paziente, segnalati da adeguata cartellonistica, per garantire la frequente igiene delle mani all'interno delle strutture sanitarie	
	Adozione DPI pazienti e personale	Fornitura sistematica di DPI per la protezione del paziente (es. mascherine), se non provvisto, e del personale sanitario operante in struttura (es. mascherine, guanti e camice monouso)	
RIORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI	Analisi e programmazione attività cumulata	Analisi strutturata delle risorse disponibili e degli appuntamenti cancellati/posticipati, per ripianificare le attività della ripresa in modo da gestire la curva di accumulo, secondo priorità condivise e scelte organizzative sostenibili	
	Triage telefonico e/o telematico dei pazienti	Valutazione a distanza dei pazienti come filtro per differenziare le visite specialistiche che devono essere eseguite in ospedale rispetto a quelle convertibili gestibili in altri setting assistenziali	
	Opportunità visite virtuali	Avvio di progetti sperimentali di gestione in remoto delle visite ambulatoriali, laddove si presenti l'opportunità di tale iniziativa, al fine di minimizzare il numero degli accessi in struttura, a vantaggio del paziente e del centro	
	Maggiore coinvolgimento del territorio per presa in carico paziente	Coinvolgimento, dove possibile, del sistema sanitario territoriale (es. MMG e specialisti sul territorio) per il monitoraggio dei pazienti oncologici, in raccordo con il centro ospedaliero presso cui sono presi in carico	
	Sorveglianza domiciliare pazienti con profilo clinico idoneo	7. Adozione, dove possibile, dell'assistenza domiciliare per i pazienti che con un profilo clinico idoneo 8. Formalizzazione di possibili accordi con associazioni pazienti o di volontariato per la gestione al domicilio dell'assistenza sanitaria	
	Revisione intervalli di trattamento/visita	Distanziamento nel tempo dei cicli di terapia in seguito alla valutazione della clinica del paziente (es. caratteristiche biologiche del tumore e potenziali rischi sanitari per infezione da COVID-19)	
	Switch a formulazioni gestibili al domicilio	Adozione in base al giudizio clinico di trattamenti orali, sottocute e/o intramuscolo che consentano una gestione extra-ospedaliera del trattamento	
	Delivery domiciliare delle terapie farmacologiche	9. Dove possibile, consegna delle terapie farmacologiche, dopo la valutazione specialistica, al domicilio del paziente per evitare l'accesso	

COPIA
NOI

AMBITO	RACCOMANDAZIONE	NOTE ESPLICATIVE	APPLICABILITÀ
		all'ospedale per il ritiro del farmaco 10. Formalizzazione di possibili accordi con associazioni pazienti o di volontariato per la consegna al domicilio dei farmaci	
	Screening per COVID-19 per accessi pre-intervento	Esecuzione dello screening per COVID-19 (es. test sierologici e/o tampone naso-faringeo) nei giorni immediatamente precedenti il ricovero. In caso di positività l'operazione dovrebbe essere differita fino alla negativizzazione virale sul tampone, se tale ritardo non aumenta significativamente il rischio di progressione oncologica	
PROTOCOLLI DI CONTATTO	Adozione di soluzioni per la gestione in remoto	Adozione di strumenti di comunicazione alternativi (es. indirizzo mail, numero dedicato) per la gestione di temi clinici non urgenti correlati alla patologia, per evitare un accesso del paziente in struttura	
	Educazione del paziente per l'accesso ospedaliero	Disposizione di servizi educazionali per paziente e caregiver sulla gestione in sicurezza degli accessi in struttura (es. informative, cartellonistica), per stimolare l'adozione di comportamenti virtuosi da parte del paziente	
	Strumenti digitali evoluti per medico e paziente	Adozione di dispositivi digitali dove possibile (es. app, diario paziente digitale, portali per la condivisione di documenti) per la misurazione dei parametri clinici, la raccolta dei referti di laboratorio e di diagnostica strumentale, per ottimizzare il tempo-visita e la permanenza del paziente in struttura	

COPIA TRATTA DAL S.
NON VALIDA PER L'



SINOSI DEGLI INDICATORI SUDDIVISI PER DISCIPLINA

INDICATORE	tipo	target	fonte di evidenza
GENERALI			
N° Centri che hanno istituito il TMD "Melanoma"	struttura	-	Delibera Aziendale
% Casi discussi nel TMD "Melanoma"	esito	>75%	cartelle - flussi - registro
Frequenza degli incontri del TMB "Melanoma"	processo	15 gg.	cartelle - registro
DERMATOLOGIA			
% casi diagnosticati in stadio I su tutti i casi incidenti	esito	>50%	cartelle - flussi
% casi diagnosticati in stadio III - IV su tutti i casi incidenti	esito	<20%	cartelle - flussi
Tempo di attesa per prima visita in caso di sospetto clinico di melanoma da parte del medico curante	esito	<10 gg	cartelle - flussi
Tempo di attesa tra prima visita ed esame videodermatoscopico	esito	<10 gg	cartelle - flussi
Tempo di attesa tra diagnosi clinico/dermoscopica e biopsia escissionale	esito	<15 gg	cartelle - flussi
Tempo di attesa tra biopsia escissionale ed allargamento dei margini di escisione	esito	<45 gg	cartelle - flussi
CHIRURGIA			
Tempo di attesa tra diagnosi dermatologica ed escisione	processo	30 gg	cartelle - flussi
Tempo di attesa tra biopsia e ampia escisione/BLS	processo	30 gg	cartelle - flussi
% Pts con tempo di attesa tra biopsia e ampia escisione/BLS	esito	<30 gg.	cartelle - flussi
N° Pts con BLS positiva e successiva terapia medica	processo	>80%	cartelle - flussi
% Pts sottoposti a linfadenectomia ascellare con n° linfonodi asportati	esito	>=12	cartelle - flussi
% Pts sottoposti a linfadenectomia inguinale con n° linfonodi asportati	esito	>=6	cartelle - flussi
% Pts sottoposti a linfadenectomia con complicanza successiva con ricovero chirurgico	esito	<10%	cartelle - flussi
% Pts con tempo di degenza post-linfadenectomia < 7 giorni	processo	>=90%	cartelle
Incidenza di linfedema post linfadenectomia arto superiore	esito	<20 %	cartelle
ANATOMIA PATOLOGICA			
Tempo intercorrente tra prelievo e diagnosi istologica definitiva	processo	10 gg.	cartelle - flussi
Tempo intercorrente tra prelievo e completamento profilo molecolare	processo	20 gg.	cartelle - flussi
% Pts con refertazione istopatologica redatta secondo le indicazioni di rete	processo	>90%	cartelle
% Pts % di nuovi casi con valutazione della ulcerazione	processo	>90%	cartelle
% referti con riportato numero di linfonodi asportati	processo	>90%	cartelle
% linfonodi sentinella campionati secondo protocollo EORTC 2019	processo	>90%	cartelle
ONCOLOGIA MEDICA			
Tempo intercorrente tra diagnosi istologica e inizio di un trattamento	processo	30 gg.	cartelle - flussi
% Pts che avviano la terapia adiuvante entro il tempo previsto (< 11 settimane)	esito	>90%	cartelle - flussi
Tempo intercorrente tra la prima visita oncologica ed inizio della terapia medica in Pazienti con melanoma in stadio IIIb - IV	processo	30 gg.	cartelle - flussi

Tasso di mortalità a 6, 12, 18 mesi per stadio (mortalità globale e causa specifica)	esito		cartelle - flussi
% Pts che hanno ricevuto un trattamento sistemico nei 30 giorni prima del decesso	processo	<10%	cartelle
Ricoveri per eventi avversi correlati alla terapia sistemica	processo	<20%	cartelle
% Pazienti drop out durante il trattamento	processo	<10%	cartelle
% Pazienti drop out durante il follow-up	processo	<10%	cartelle
% Pazienti in mobilità passiva extraregionale (dopo diagnosi istologica)	processo	<10%	cartelle - flussi
% Pazienti in mobilità attiva intraregionale	processo	>10%	cartelle - flussi
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA			
Tasso di mortalità a 6, 12, 18 mesi (mortalità globale e causa specifica)	esito		cartelle
% Pts che hanno ricevuto un trattamento antitumorale radiante nei 30 giorni prima del decesso	processo	<10%	cartelle
Ricoveri per eventi avversi correlati alla terapia oncologica radiante	processo	<20%	cartelle
% Pazienti drop out durante il trattamento	processo	<5%	cartelle
% Pazienti drop out durante il follow-up	processo	<10%	cartelle
% Pazienti in mobilità passiva extraregionale (dopo diagnosi istologica)	processo	<10%	cartelle - flussi
% Pazienti in mobilità attiva intraregionale	processo	≥ 10%	cartelle - flussi
PSICOONCOLOGIA			
% Pts che richiedono una prescrizione di farmaco neuroattivo dopo la diagnosi	esito	<30%	cartelle - flussi
% Pts che sospendono assunzione di farmaco neuroattivo durante un trattamento specifico	esito	>30%	cartelle - flussi
% accessi Ptz con prima diagnosi di melanoma allo screening per la valutazione del distress psicologico	esito	≥ 80%	cartelle
% Pts con alto distress psicologico che effettuano almeno due colloqui di terapia psicologica	processo	≥ 80%	cartelle
n° di colloqui psicologici individuali per paziente	processo	≥ 1	cartelle
% Pts discussi in riunione multidisciplinare	processo	≥ 50%	cartelle

(2023.35.1955)102

COPIA
NOI

DECRETO n. 941 dell'1 settembre 2023.

Integrazione della composizione del Tavolo tecnico regionale sul follow up del neonato pretermine di cui al D.A. n. 615 del 9 giugno 2023.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

VISTO lo Statuto della Regione;

VISTA la l. 23/12/78, n.833 recante "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";

VISTO il d.lgs. 30/12/92, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23/10/92, n. 421" e ss. mm.ii.;

VISTA la l. r. 14/4/09, n. 5 recante "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale";

VISTO il D.M. Salute 2/4/15, n. 70 recante "Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

VISTO il D.A. 1/7/2015 n.1181 di recepimento del predetto D.M. n.70 del 2/4/2015;

VISTO il D.P.C.M. del 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTO il D.A. n.22 dell'11.01.2019, recante "Adeguamento della Rete Ospedaliera Regionale al D.M. 70/2015";

CONSIDERATO che in Italia lo 0,9% circa dei nati vivi hanno una età gestazionale < alle 32 settimane di gestazione e/o un peso alla nascita < ai 1.500 grammi mentre lo 0,3% dei nati vivi nasce prima delle 28 settimane di gestazione;

CONSIDERATO che i dati di letteratura scientifica relativi alla regione Europa segnalano che la sopravvivenza senza morbidità severa alla dimissione, per la fascia di nati tra le 22 e le 26 settimane di gestazione è aumentata dal 15.4% al 26.3% mentre per i nati tra le 27 e le 31 settimane di gestazione è aumentata dal 68.4% al 79.6% grazie alla individuazione di percorsi clinico assistenziali appropriati;

CONSIDERATO che sulla base di vari studi epidemiologici europei (Epipage ed Epicure) l'11.9% di nati tra la 24 e la 26 settimana di gestazione va incontro a disabilità neuro evolutiva severa, mentre il 15.8% ad una forma moderata e il 38.5% a una forma lieve e che tali dati percentuali si riducono sensibilmente nei nati pretermine nella fascia di età gestazionale tra 27 e 31 settimane sebbene tale riduzione è significativa solo per la forma grave e minore per le forme moderate e lievi;



CONSIDERATO che le richieste di salute dei neonati pretermine e/o a rischio di patologia evolutiva necessitano di uniformità operativa nella risposta assistenziale da parte delle strutture e degli operatori sanitari, in ordine alle esigenze di governo del rischio clinico;

CONSIDERATO che il follow-up del neonato pretermine rappresenta la prosecuzione delle cure dopo la dimissione del neonato dalle UOC TIN (Terapia Intensiva Neonatale) e di converso la valutazione degli outcome clinici a breve e lungo termine;

CONSIDERATO che l'individuazione precoce di problematiche di salute nel neonato pretermine consentono la possibilità di potere avviare interventi in grado di modificare la storia naturale della condizione o delle patologie correlate ed eventualmente insorgenti;

RITENUTO opportuno avviare in Sicilia una rete organizzativa sul tema, unitamente ad una piattaforma comune tra le varie strutture di Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologie, inerente criteri di reclutamento e modalità attuative di uno specifico follow-up;

CONSIDERATO che i processi assistenziali relativi ai neonati pretermine risultano legati ad un elevato livello di rischio clinico, nonché alla imprescindibile presenza di particolari requisiti tecnici e professionali basati sulla documentata esperienza, al fine di garantire un'assistenza sicura e in linea con le richieste credenziali;

CONSIDERATO che è obiettivo privilegiato fornire a livello regionale il miglior trattamento ai neonati pretermine e garantirne la sicurezza e l'appropriatezza del setting assistenziale tramite la costituzione di una rete di servizi a valenza regionale;

VISTO il verbale della seduta del 24/07/2023 del Tavolo Tecnico di cui al D.A. n.615 del 09.06.2023, dal quale si evince che occorre implementare i componenti chiamati a farne parte, al fine di migliorare l'operatività nella individuazione di percorsi di diagnosi, cura e terapia nei riguardi di tutte le patologie correlate alla salute dei neonati pretermine, anche in presidi ospedalieri ricadenti nell'ambito di aziende sanitarie territoriali, individuando a tal fine il dottor Vincenzo Duca, responsabile dell'U.O. UTIN dell'Ospedale Ingrassia – ASP Palermo;

RITENUTO OPPORTUNO pertanto, di dover rimodulare la composizione del tavolo tecnico di cui al D.A. n.615 del 09.06.2023;

DECRETA

Art. 1) Per le motivazioni di cui in premessa, che si intendono qui interamente riportate, la composizione del "Tavolo Tecnico Regionale per la gestione del follow-up nel neonato pretermine" di cui al D.A. n.615 del 09.06.2023 è integrata come segue:

- Il Dirigente Generale del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico;
- Il Dirigente responsabile del Servizio 8/DASOE Qualità e rischio clinico;
- Il Dirigente responsabile del Servizio 4/DPS Programmazione Ospedaliera;
- Prof. Mario Giuffrè (Policlinico P. Giaccone, Palermo);
- Dott. Marcello Salvino Vitaliti (ARNAS Ospedale Civico Palermo);
- Dott.ssa Simona La Placa (ASP Trapani);
- Dott.ssa Caterina Cacace (ASP Messina);
- Dott.ssa Lucia Gabriella Tina (ARNAS Ospedale Garibaldi Catania);
- Dott.ssa Donatella Termini (A.OO.RR. Villa Sofia - Cervello Palermo);
- Dott. Fabio Giardina (A.OO.RR. Villa Sofia - Cervello Palermo);



- Dott. Vincenzo Duca, responsabile dell'U.O. UTIN dell'Ospedale Ingrassia – ASP Palermo.

Art. 2) Nessun compenso è dovuto ai Componenti della Commissione ad eccezione dei rimborsi, se e in quanto dovuti, per le spese sostenute per le trasferte necessarie alla partecipazione ai lavori, che rimangono a carico delle amministrazioni di appartenenza.

Art. 3) Il presente Decreto sarà trasmesso alla GURS per la pubblicazione e avrà efficacia a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, sarà inoltre trasmesso al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale di questo Assessorato ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione.

Palermo, 1 settembre 2023.

VOLO

(2023.36.1972)102



DISPOSIZIONI E COMUNICATI

PRESIDENZA

PO FESR Sicilia 2014/2020 - OT5 - Azione 5.3.2 - Approvazione degli studi di Microzonazione sismica di livello 1 (MS1) e dell'Analisi della Condizione Limite per l'Emergenza (CLE), realizzati nel territorio della Regione siciliana nell'ambito del Piano regionale di microzonazione sismica.

Con decreto 2 agosto 2023, n. 453 del dirigente generale del Dipartimento regionale della protezione civile, sono stati approvati, certificandone la loro conformità agli Indirizzi e criteri per la microzonazione sismica, ai sensi dell'art. 6, comma 7, dell'OPCM 3907/2010 e ss.mm.ii., gli studi di Microzonazione sismica di livello 1 (MS1) e dell'Analisi della Condizione Limite per l'Emergenza (CLE) dei comuni ricompresi nel lotto G del Progetto I del Piano regionale di MS, di seguito elencati: Niscemi (Provincia di Caltanissetta); Castel di Iudica, Licodia Eubea, Mazzarrone, Militello in Val di Catania, Mineo, Mirabella Imbaccari, Ramacca, San Michele di Ganzaria, Vizzini (Provincia di Catania); Piazza Armerina (Provincia di Enna); Acate, Chiaramonte Gulfi, Ispica, Pozzallo, Santa Croce Camerina, Scicli (Provincia di Ragusa); Avola, Buscemi, Carlentini, Cassaro, Ferla, Melilli, Rosolini, Solarino (Provincia di Siracusa).

Per prendere visione dei contenuti degli studi in argomento è possibile consultare il sito tematico del DRPC Sicilia tramite il seguente indirizzo: <https://www.protezionecivilesicilia.it/it/226-stato-di-attuazione-del-piano.asp>.

Cocina

(2023.36.1980)125

ASSESSORATO DELL'AGRICOLTURA, DELLO SVILUPPO RURALE E DELLA PESCA MEDITERRANEA

Piano Strategico della PAC 2023-2027 - Approvazione del bando di cui all'Intervento SRD03 - "Investimenti nelle aziende agricole per la diversificazione in attività non agricole" regime de minimis.

Si comunica che è stato pubblicato nel sito del PSP 2023-2027 Piano Strategico della PAC, nella sezione News del 31 agosto 2023, il decreto n. 3935 del 31 agosto 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale dell'agricoltura, con il quale è stato approvato il bando di cui all'Intervento SRD03.

Il dirigente del servizio 3: Lo Bianco

(2023.37.2036)003

Piano Strategico della PAC 2023-2027 - Approvazione del bando di cui all'Intervento SRD03 - Investimenti nelle aziende agricole per la diversificazione in attività non agricole - "aiuto in esenzione".

Si comunica che è stato pubblicato nel sito del PSP 2023-2027 Piano Strategico della PAC, nella sezione News del 31 agosto 2023, il decreto n. 3936 del 31 agosto 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale dell'agricoltura, con il quale è stato approvato il bando di cui all'Intervento SRD03.

Il dirigente del servizio 3: Lo Bianco

(2023.37.2037)003

Approvazione del bando per l'accesso all'intervento "SRG06 - Leader" Attuazione delle strategie di sviluppo locale.

Si comunica che è stato pubblicato nel sito del PSR Sicilia 2014-2022, nella sezione News del 31 agosto 2023, il decreto n. 3942 del 31 agosto 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale dell'agricoltura, con il quale è stato approvato il bando per l'accesso all'intervento "SRG06 - Leader" Attuazione delle strategie di sviluppo locale, con i relativi allegati.

Il dirigente del servizio 3: Lo Bianco

(2023.37.2048)003

ASSESSORATO DELLE AUTONOMIE LOCALI E DELLA FUNZIONE PUBBLICA

Assegnazione ed impegno delle risorse destinate, in attuazione del comma 16 dell'art. 26 della legge regionale 22 febbraio 2023, n. 2, ai comuni di San Giovanni Gemini, Grotte, Mirabella Imbaccari, Casteltermeni e Licata, per l'acquisto di scuola-bus, mezzi tecnici e mezzi di trasporto per disabili.

Si comunica che nel sito internet del Dipartimento regionale delle autonomie locali, all'indirizzo di seguito specificato, è consultabile il decreto del dirigente generale n. 275 dell'11 luglio 2023 registrato dalla competente Ragioneria centrale in data 31 luglio 2023 (imp. n. 1/2023 - cap. 590421), con il quale si è provveduto ad assegnare ed impegnare le risorse (pari a complessivi € 350.000,00) da destinare ai comuni di San Giovanni Gemini, Grotte, Mirabella Imbaccari, Casteltermeni e Licata, per l'acquisto di scuola-bus, mezzi tecnici e mezzi di trasporto per disabili:
<https://www.regione.sicilia.it/sites/default/files/2023-07/D.D.G.%20n.%20275%20dell%2711.07.2023.pdf>.

Il dirigente del servizio 4: Tornabene

(2023.35.1947)072

Approvazione del riparto delle risorse destinate, in attuazione del comma 9 dell'art. 3 della legge regionale 22 febbraio 2023, n. 2, ai comuni dell'Isola in cui ricadono le aree industriali e conseguente assegnazione.

Si comunica che nel sito internet del Dipartimento regionale delle autonomie locali, agli indirizzi di seguito specificati, sono consultabili il decreto dell'Assessore per le autonomie locali e la funzione pubblica n. 333 del 3 agosto 2023, di approvazione del riparto delle risorse previste dal comma 9 dell'art. 3 della legge regionale 22 febbraio 2023, n. 2 (pari a complessivi € 2.000.000,00) ed il decreto del dirigente generale n. 359 del 9 agosto 2023, registrato dalla competente Ragioneria centrale in data 22 agosto 2023, (imp. n. 6/2023 - Cap. 191301), con il quale si è provveduto ad assegnare ed impegnare le relative quote spettanti ai comuni dell'Isola in cui ricadono le aree industriali:

<https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/servizi-informativi/decreti-edirettive/n-333serv-4-3082023>

<https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/servizi-informativi/decreti-edirettive/ddg-n-359serv-4-9082023>.

Il dirigente del servizio 4: Tornabene

(2023.35.1933)072

ASSESSORATO DELL'ENERGIA E DEI SERVIZI DI PUBBLICA UTILITÀ

Programma operativo complementare 2014/2020 – Azione 2.1.3 – Provvedimenti concernenti liquidazione di somme in favore di vari comuni della Regione, a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo nell'ambito del Programma di Sostegno agli investimenti dei comuni della Sicilia al fine di “Promuovere la Sostenibilità Energetico-Ambientale nei comuni siciliani attraverso le Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER)”.

Con decreto n. 203 del 22.03.2023 del dirigente del servizio 1 del Dipartimento regionale dell'Energia, registrato al n. 252 del 12.04.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.233,20 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Bompietro (PA), con sede in Piazza Gangi, n.4 - C.F. 83000810826 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. F28J23000010002 - cod. caronte n. SI_1_32795, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, “Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) – Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili – Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili”, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del “Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia”, approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1988)131

Con decreto n. 267 del 28.03.2023 del dirigente del servizio 1 del Dipartimento regionale dell'Energia, registrato al n. 246 del 12.04.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.000,00 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Giardinello (PA), con sede in via Aldo Moro snc - C.F. 00532990827 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. J18J22000770008 - cod. caronte n. SI_1_31841, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, “Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) – Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili – Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili”, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del “Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia”, approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1987)131

Con decreto n. 293 del 31.03.2023 del dirigente del servizio 1 del Dipartimento regionale dell'Energia, registrato al n. 309 del 18.04.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 7.057,04 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Sciacca (AG), con sede in via Roma, n.13 - C.F. 00220950844 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. E81B23000100002 - cod. caronte n. SI_1_32859, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, “Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) – Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili – Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili”, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del “Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia”, approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1993)131

Con decreto n. 333 del 05.04.2023 del dirigente del servizio 1 del Dipartimento regionale dell'Energia, registrato al n. 322 del 19.04.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.776,96 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Castronovo di Sicilia, con sede in Piazza Municipio, n.1 - C.F. 00475000824 - a titolo di contributo per l' istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. G61B22002600002 - cod. caronte n. SI_1_31857, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) – Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili – Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1994)131

Con decreto n. 334 del 05.04.2023 del dirigente del servizio 1 del Dipartimento regionale dell'Energia, registrato al n. 323 del 19.04.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.426,24 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di San Marco d'Alunzio, con sede in via Aluntina, n.70 - C.F. 84004040832 - a titolo di contributo per l' istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. F81B22001740002 - cod. caronte n. SI_1_32882, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) – Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili – Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1990)131

Con decreto n. 451 del 04.05.2023 del dirigente del servizio 1 del Dipartimento regionale dell'Energia, registrato al n. 444 del 19.05.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 5.725,92 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Noto (SR), con sede in Piazza Municipio - C.F. 00195880893 - a titolo di contributo per l' istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. G81D22000340002 - cod. caronte n. SI_1_33083, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) – Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili – Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1989)131

Con Decreto n. 578 del 25.05.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 684 del 27.06.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 5.000,00 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Campofelice di Roccella (PA), con sede in via Cesare Cicello n. 62 - C.F. 00443640826 - a titolo di contributo per l' istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. D72C22001270002 - cod. caronte n. SI_1_32559, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) – Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili – Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1995)131

Con Decreto n. 631 del 13.06.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 703 del 03.07.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.938,56 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Mascali (CT), con sede in Piazza Duomo - C.F. 83002130876 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. E52C22000510002 - cod. caronte n. SI_1_31835, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) - Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili - Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1997)131

Con Decreto n. 722 del 26.06.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 757 del 12.07.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.692,64 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Corleone (PA), con sede in Piazza Giuseppe Garibaldi n. 1 - C.F. 84000030829 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. G68J23000060006 - cod. caronte n. SI_1_33290, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) - Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili - Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1996)131

Con Decreto n. 425 del 27.04.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 443 del 19.05.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 5.335,36 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Catenanuova (EN), con sede in Piazza Aldo Moro n. 15 - C.F. 80001380866 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. B43D22000850002 - cod. caronte n. SI_1_33060, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) - Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili - Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1976)131

Con Decreto n. 584 del 26.05.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 704 del 03.07.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.564,00 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Cesarò (ME), con sede in Corso Margherita n. 2 - C.F. 84004050831 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. B91B22002950002 - cod. caronte n. SI_1_32612, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) - Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili - Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1977)131

Con Decreto n. 632 del 13.06.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 702 del 03.07.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.638,48 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Trabia (PA), con sede in Via Spalla n. 28 - C.F. 87000530821 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. C98J22000150002 - cod. caronte n. SI_1_32336, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) - Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili - Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.1978)131

Con Decreto n. 556 del 23.05.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 686 del 27.06.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.907,04 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di Pietraperzia (EN), con sede in S: Domenico n. 5 - C.F. 00107080863 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. J48J22000410006 - cod. caronte n. SI_1_32337, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) - Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili - Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.2003)131

Con Decreto n. 579 del 25.05.2023 del Dirigente del Servizio 1 del Dipartimento Regionale dell'Energia, registrato al n. 685 del 27.06.2023 dalla Ragioneria Centrale Energia, è stata liquidata la somma di € 4.656,48 a titolo di anticipazione pari al 40% del contributo in favore del comune di San Cipirello (PA), con sede in Corso Trieste n. 30 - C.F. 80028020826 - a titolo di contributo per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili e solidali (CER), cod. CUP n. C86E22000120002 - cod. caronte n. SI_1_33268, sul capitolo 652420, codice SIOPE U.2.03.01.02.003, Dipartimento dell'Energia, "Interventi per la realizzazione della Azione 2.1.3 del Programma operativo complementare 2014-2020 (POC 2014/2020) - Sostegno agli investimenti di comunità energetiche rinnovabili - Contributi ai Comuni della Sicilia per l'istituzione di comunità di energie rinnovabili, del Bilancio della Regione Siciliana nell'ambito del "Programma di sostegno agli investimenti dei Comuni della Sicilia per la costituzione di Comunità di Energie Rinnovabili e Solidali (CER) della Sicilia", approvato con il D.D.G. n.707 del 10.06.2022.

Santacolomba

(2023.36.2004)131

PO FESR 2014/2020 - Azione 4.2.1 - "Incentivi finalizzati alla riduzione dei consumi energetici e delle emissioni di gas climalteranti delle imprese e delle aree produttive compresa l'installazione di impianti di produzione di energia da fonte rinnovabile per l'autoconsumo, dando priorità alle tecnologie ad alta efficienza" - Liquidazione e pagamento di somma a favore della O.P. Esperidio soc. cons.

Con decreto n. 895 del 25 luglio 2023 del dirigente del servizio 4 del Dipartimento regionale dell'energia, registrato dalla Ragioneria centrale del Dipartimento dell'energia in data 6 settembre 2023 al n. 1067, è stata autorizzata la liquidazione ed il pagamento della somma di € 40.555,40 pari al saldo del contributo concesso in favore della O.P. Esperidio soc. cons. - CUP G55F19001060006, per la realizzazione dell'intervento denominato "Progetto di riqualificazione energetica degli impianti produttivi con potenziamento degli impianti con sistemi ad alta efficienza" per un importo totale del progetto pari ad € 375.554,02 a valere sull'Avviso pubblico per la concessione di incentivi finalizzati alla riduzione dei consumi energetici e delle emissioni di gas climalteranti delle imprese e delle aree produttive compresa l'installazione di impianti di produzione di energia da fonte rinnovabile per l'autoconsumo, in attuazione del PO FESR 2014/2020, Azione 4.2.1, di cui al D.D.G. n. 870 del 17 ottobre 2018, pubblicato nel S.O. n. 1 della Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 46/2018, modificato con D.D.G. n. 15 del 9 gennaio 2019, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 4/2019.

Calagna

(2023.36.2025)131

Autorizzazione provvisoria alla società AcquaEnna S.c.p.A. allo scarico, con prescrizioni, delle acque reflue urbane provenienti da un impianto di depurazione del comune di Pietraperzia.

Con decreto n. 927 del 10 agosto 2023, il dirigente generale del Dipartimento regionale dell'acqua e dei rifiuti ha rilasciato al legale rappresentante della società AcquaEnna S.c.p.A. l'autorizzazione provvisoria allo scarico, con prescrizioni, delle acque reflue urbane in uscita dall'impianto di depurazione sito in c.da Favara nel territorio comunale di Pietraperzia (EN), relativa a "Lavori di ristrutturazione ed adeguamento dell'impianto di depurazione del comune di Pietraperzia sito in contrada Favara".

Il decreto è pubblicato per intero nel sito istituzionale della Regione siciliana nella sezione "Servizi informativi".

Il dirigente delegato: Ginex

(2023.34.1917)006

ASSESSORATO DELLE INFRASTRUTTURE E DELLA MOBILITÀ

Autorizzazione e liquidazione di somma per la realizzazione dell'intervento Piano straordinario messa in sicurezza delle strade nei piccoli comuni delle aree interne - Comune di Forza D'Agro - "Lavori di messa in sicurezza di strade comunali delle aree interne con meno di 2000 abitanti".

Con decreto n. 1768 del 25 luglio 2023 del dirigente del servizio 7 del Dipartimento regionale delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti, assunto contabilmente alla Ragioneria centrale delle infrastrutture e della mobilità in data 1 agosto 2023 al prot. n. 80463, si è provveduto ad autorizzare e liquidare, per la realizzazione dell'intervento Piano straordinario messa in sicurezza delle strade nei piccoli comuni delle aree interne - Comune Forza D'Agro - "Lavori di messa in sicurezza di strade comunali delle aree interne con meno di 2000 abitanti". Cod. ID 2077_30 - CUP I79E19000900008 - Cod. Caronte SI 1 26830, la somma complessiva di € 46.305,92 (impegno n. 01/2023), sul capitolo di spesa 672497 "Spese per la realizzazione dei progetti finanziati con le risorse del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020 per gli interventi del Piano straordinario di messa in sicurezza nei piccoli comuni delle aree interne" del bilancio della Regione siciliana.

Lanza

(2023.36.2016)133

Riduzione di impegno ed autorizzazione e liquidazione di somma per la realizzazione dell'intervento Piano straordinario messa in sicurezza delle strade nei piccoli comuni delle aree interne - Comune di Lucca Sicula - "Messa in sicurezza delle strade interne al centro urbano e delle strade extraurbane (strade vicinali e intercomunali)".

Con decreto n. 1810 del 26 luglio 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti, assunto contabilmente alla Ragioneria centrale delle infrastrutture e della mobilità in data 3 agosto 2023 al prot. n. 81453, si è provveduto a ridurre l'impegno n. 30/2023, per € 28.852,19 e si è provveduto ad autorizzare e liquidare la somma complessiva di € 41.378,56 per la realizzazione dell'intervento Piano straordinario messa in sicurezza delle strade nei piccoli comuni delle aree interne - Comune Lucca Sicula - "Messa in sicurezza delle strade interne al centro urbano e delle strade extraurbane (strade vicinali e intercomunali)". CUP: I79G20000020002 e Codice Caronte SI 1 26451, a favore del comune di Lucca Sicula (AG), sul capitolo di spesa 672497 del bilancio della Regione siciliana "Spese per la realizzazione dei progetti finanziati con le risorse del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020 per gli interventi del Piano straordinario di messa in sicurezza nei piccoli comuni delle aree interne".

Il dirigente del servizio 7: Lanza

(2023.36.2018)133

Programma Operativo Complementare - POC 2014/2020 - Asse 3 - Finanziamento ed impegno di somma per la realizzazione di un progetto esecutivo nel comune di Zafferana Etnea.

Con decreto n. 2038 del 9 agosto 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti, registrato contabilmente alla Ragioneria centrale delle infrastrutture e della mobilità in data 11 agosto 2023 al prot. n. 2388, si è provveduto a finanziare il progetto esecutivo relativo all'intervento Programma Operativo Complementare - POC 2014/2020 - Asse 3 - "Progetto per gli interventi di ripristino del manto stradale previsto nell'ambito della viabilità del territorio comunale" - CUP C17H22003110002 - Codice Caronte SI 1 32916, a favore del comune di Zafferana Etnea (CT) per un importo complessivo di € 328.982,00, nonché ad impegnare sul capitolo 672475 Spese per il rafforzamento con la rete globale delle Aree interne del Piano di azione e coesione (Programma Operativo Complementare - POC) 2014/2020, la somma di € 328.982,00.

Il dirigente del servizio 7: Lanza

(2023.36.2027)133

Finanziamento della maggiore somma per l'aggiornamento dei prezzi dell'intervento PO FESR 2014/2020 - Aree Interne (SNAI) - Nebrodi - Azione 7.4.1 - AINEB 13 - Lavori di manutenzione e messa in sicurezza - Itinerario stradale S.S. 113 - Mirto-Valle Zappulla.

Con decreto n. 2040 del 9 agosto 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti, registrato contabilmente dalla Ragioneria centrale delle infrastrutture e della mobilità in data 30 agosto 2023 al prot. n. 2544, si è provveduto a finanziare la maggiore somma per l'aggiornamento dei prezzi del progetto esecutivo relativo all'intervento PO FESR 2014/2020 - Aree Interne (SNAI) - Nebrodi - Azione 7.4.1 - AINEB 13 - Lavori di manutenzione e messa in sicurezza - Itinerario stradale S.S. 113 - Mirto-Valle Zappulla, CUP B77H19002860002 - Codice Caronte SI 1 27540, a favore della Città metropolitana di Messina, nonché ad impegnare sul capitolo 672494 "Contributi agli investimenti alle amministrazioni locali per la realizzazione degli interventi previsti nell'Asse 7, Azione 7.4.1, del PO FESR Sicilia 2014/2020" del bilancio della Regione siciliana, la somma di € 787.966,49.

Il dirigente del servizio 7: Lanza

(2023.36.1981)133

Finanziamento della maggiore somma per l'aggiornamento dei prezzi dell'intervento PO FESR 2014/2020 - Nebrodi - OT 7.4.1 - Strategia D'Area Sperimentale AINEB 14 - "Lavori di manutenzione e messa in sicurezza - Itinerario stradale S.P. 146 bis e S.P. 145 di Ponte Naso Sinagra - Limari".

Con decreto n. 2089 del 21 agosto 2023 del dirigente generale del

Dipartimento regionale delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti, registrato contabilmente dalla Ragioneria centrale delle infrastrutture e della mobilità in data 4 settembre 2023 al prot.n. 2577, si è provveduto a finanziare la maggiore somma per l'aggiornamento dei prezzi del progetto esecutivo relativo all'intervento PO FESR 2014/2020- Nebrodi - OT 7.4.1- Strategia D'Area Sperimentale AINEB 14 - "Lavori di manutenzione e messa in sicurezza - Itinerario stradale S.P. 146 bis e S.P. 145 di Ponte Naso Sinagra - Limari", CUP B17H19002230002 - Cod. Caronte SI 1 27298, a favore della Città metropolitana di Messina, nonché ad impegnare sul capitolo 672494 "Contributi agli investimenti alle amministrazioni locali per la realizzazione degli interventi previsti nell'Asse 7, Azione 7.4.1, del PO FESR Sicilia 2014/2020" del bilancio della Regione siciliana, la somma di € 490.051,27.

Il dirigente del servizio 7: Lanza

(2023.36.2007)133

ASSESSORATO DELL'ISTRUZIONE E DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE

Annullamento dei decreti n. 2091 del 30 dicembre 2021 e n. 505 del 13 aprile 2022 ed approvazione della graduatoria definitiva delle domande ammesse a finanziamento a valere sull'Avviso n. 43/2021 "Formazione per le nuove competenze nelle imprese siciliane", dello schema di adesione e dello schema di rimborso.

Il dirigente generale del Dipartimento regionale della formazione professionale, con decreto n. 802 dell'8 agosto 2023, vistato dalla Ragioneria centrale dell'istruzione e della formazione professionale in data 7 settembre 2023, con elenco n. 613, ha annullato i precedenti decreti n. 2091 del 30 dicembre 2021 e n. 505 del 13 aprile 2022, approvato lo schema di adesione e lo schema di rimborso ed approvato in via definitiva la graduatoria Avviso n. 43/2021.

Il testo integrale del D.D.G. n. 802 dell'8 agosto 2023 è pubblicato nel sito della Regione siciliana, Assessorato dell'istruzione e della formazione professionale, Dipartimento della formazione professionale.

Il dirigente del servizio 4: Monfalcone

(2023.35.1935)140

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 1, Componente 3, Misura 2, Investimento 2.3 - Approvazione, in via definitiva, della graduatoria di cui all'Avviso pubblico "Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici".

Il dirigente generale del Dipartimento regionale della formazione professionale, con decreto n. 904 dell'8 settembre 2023, ha approvato, in via definitiva, la graduatoria Avviso pubblico "Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici" Attività di formazione professionale per "Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici" nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 1 Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo Componente 3 Turismo e cultura 4.0 (M1C3) Misura 2 "Rigenerazione di piccoli siti culturali, patrimonio culturale, religioso e rurale" Investimento 2.3 "Programmi per valorizzare l'identità dei luoghi: parchi e giardini storici".

Il testo integrale del D.D.G. n. 904 dell'8 settembre 2023 è pubblicato nel sito della Regione siciliana, Assessorato dell'istruzione e della formazione professionale, Dipartimento della formazione professionale.

Il dirigente del servizio 4: Monfalcone

(2023.37.2039)137

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Revoca del decreto n. 1902 del 3 ottobre 2017, concernente autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie connesse alla PMA omologa di I livello al legale rappresentante della struttura Data Medica s.r.l., con sede legale in Siracusa.

Con decreto del dirigente generale del Dipartimento regionale per la pianificazione strategica n. 810 del 22 agosto 2023, è stato

revocato il D.D.G. n. 1902 del 3 ottobre 2017, di autorizzazione all'esercizio delle attività di procreazione medicalmente assistita di I livello concessa al centro PMA "Data Medica s.r.l." - via G. Galermi s.n.c. - Siracusa.

Il suddetto D.D.G. n. 810 del 22 agosto 2023 è visionabile per intero nel sito ufficiale dell'Assessorato della salute.

Il dirigente del servizio 4: Geraci

(2023.34.1921)102

ASSESSORATO DEL TERRITORIO E DELL'AMBIENTE

PO FESR Sicilia 2014-2020 - Asse prioritario 5 - Azione 5.1.1.A - Quota territorializzata SNAI - Aree interne - APQ Val Simeto - Concessione di un contributo finanziario ed approvazione del Disciplinare di finanziamento per la realizzazione di un intervento nel comune di Centuripe.

Si rende noto che l'Assessorato del territorio e dell'ambiente - Dipartimento regionale dell'ambiente, nell'ambito del PO FESR Sicilia 2014-2020 - Asse prioritario 5 - Azione 5.1.1.A - Quota territorializzata SNAI - Aree interne - APQ Val Simeto "Liberare radici per generare cultura", sottoscritto con la Regione siciliana, con decreto n. 947 del 24 luglio 2023 del dirigente generale, registrato dalla Ragioneria centrale del territorio e dell'ambiente in data 14 agosto 2023 al n. 2756, ha approvato il disciplinare e concesso il contributo finanziario pari a €262.290,14 a favore del comune di Centuripe soggetto attuatore dell'intervento "Ricostruzione e sostituzione in parte del muro di sostegno del vico Buonarotti" Codice Caronte SI_1_29350, pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e www.regione.sicilia.it.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.36.2009)135

Piano di azione e coesione - PAC III - Nuove Azioni-Linea B6 - azione B - sotto-azione B2 - Provvedimenti concernenti chiusura di interventi del Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale.

Si rende noto che l'Assessorato del territorio e dell'ambiente - Dipartimento regionale dell'ambiente, nell'ambito del Piano di azione e coesione - PAC III - Nuove Azioni-Linea B6 - azione B - sotto-azione B2, a seguito della trasmissione degli atti finali da parte del Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio per il territorio di Enna, soggetto attuatore dell'intervento finanziato con il D.D.G. n. 892 del 9 ottobre 2017, il cui importo è stato rideterminato in € 605.082,66 con D.D.G. n. 1598 del 27 dicembre 2022 dal titolo "Interventi di manutenzione delle opere di difesa dell'alveo del torrente Bozzetta e del torrente Manna nei comuni di Enna e Leonforte, Distretto forestale di Enna" Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio 11 - Servizio per il territorio di Enna - CUP: G74H16000160001 - Cod. Caronte SI_1_18129, ha emesso il decreto del dirigente generale n. 948 del 24 luglio 2023, registrato alla Ragioneria centrale del territorio e ambiente in data 10 agosto 2023 al n. 1345, Scheda 2737, assunta al protocollo al n. 64320 del 29 agosto 2023 e pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e www.regione.sicilia.it, di chiusura dell'intervento.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.35.1960)135

Si rende noto che l'Assessorato del territorio e dell'ambiente - Dipartimento regionale dell'ambiente, nell'ambito del Piano di azione e coesione - PAC III - Nuove Azioni-Linea B6 - azione B - sotto-azione B2, a seguito della trasmissione degli atti finali da parte del Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio per il territorio di Catania, soggetto attuatore dell'intervento finanziato con il D.D.G. n. 737 del 24 agosto 2017, il cui importo è stato rideterminato in € 411.446,93 con D.D.G. n. 1520 del 19 dicembre 2022 dal titolo "Interventi di manutenzione dell'alveo del fiume Dittaino in agro dei comuni di Ramacca (c.da Iannarello) e Belpasso (c.da Magazzinazzo)", redatto dal Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio per il territorio di Catania - CUP: G14H15000600006 - Cod. Caronte SI_1_17368, ha emesso il decreto del dirigente generale n. 949 del 24 luglio 2023, registrato alla Ragioneria centrale del territorio e ambiente in data 10 agosto 2023 al n.

1347, Scheda 2740, assunta al protocollo al n. 64320 del 29 agosto 2023 e pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e www.regione.sicilia.it, di chiusura dell'intervento.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(22023.35.1961)135

Si rende noto che l'Assessorato del territorio e dell'ambiente - Dipartimento regionale dell'ambiente, nell'ambito del Piano di azione e coesione - PAC III - Nuove Azioni-Linea B6_azione B - sottosezione B2, a seguito della trasmissione degli atti finali da parte del Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio per il territorio di Palermo, soggetto attuatore dell'intervento finanziato con il D.D.G. n. 1226 del 19 dicembre 2014, il cui importo è stato rideterminato in € 612.992,43 con D.D.G. n. 1548 del 21 dicembre 2022 ad oggetto "Progetto per la pulizia dell'alveo mediante taglio selettivo della vegetazione ripariale e delle piante deperienti o morte nel tratto dalla confluenza con il torrente Colluzzo-Piletto. Rimozione dei detriti dai tombini di attraversamento della via Provinciale, da eseguirsi presso il torrente Marcatello e/o calca vecchio", nel comune di Lascari, redatto dal Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio per il territorio di Palermo - CUP: G76J14000400006 - Cod. Caronte SI_1_17293, ha emesso il decreto del dirigente generale n. 950 del 24 luglio 2023, registrato alla Ragioneria centrale del territorio e ambiente in data 10 agosto 2023 al n. 1346, Scheda 2738, assunta al protocollo al n. 64320 del 29 agosto 2023 e pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e www.regione.sicilia.it, di chiusura dell'intervento.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(22023.35.1959)135

Si rende noto che l'Assessorato del territorio e dell'ambiente - Dipartimento regionale dell'ambiente, nell'ambito del Piano di azione e coesione - PAC III - Nuove Azioni-Linea B6_azione B - sottosezione B2, a seguito della trasmissione degli atti finali da parte del Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio per il territorio di Palermo, soggetto attuatore dell'intervento finanziato con il D.D.G. n. 1224 del 19 dicembre 2014, il cui importo è stato rideterminato in € 807.147,20 con D.D.G. n. 1378 del 24 novembre 2022 ad oggetto "Progetto per la pulizia alveo, manutenzione argini, taglio e rimozione di vegetazione, taglio e rimozione di albertatura e rimozione di detriti nel tratto di torrente in contrada Pistavecchia compreso tra l'autostrada PA-CT e la confluenza con il fiume Imera, da eseguirsi presso il torrente Argentiere nel comune di Campofelice di Roccella" - CUP: G76J14000420006 - Cod. Caronte SI_1_17281, ha emesso il decreto del dirigente generale n. 953 del 24 luglio 2023, registrato alla Ragioneria centrale del territorio e ambiente in data 10 agosto 2023 al n. 1344, Scheda 2736, assunta al protocollo al n. 59514 dell'1 agosto 2023 e pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e www.regione.sicilia.it, di chiusura dell'intervento.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(22023.35.1958)135

Si rende noto che l'Assessorato del territorio e dell'ambiente - Dipartimento regionale ambiente, nell'ambito del Piano di azione e coesione-PAC III - Nuove Azioni-Linea B6_azione B_sottosezione B2, a seguito della trasmissione degli atti finali da parte del Dipartimento regionale dello sviluppo rurale e territoriale - Servizio per il territorio di Messina, soggetto attuatore dell'intervento finanziato con il D.D.G. n. 583 del 7 luglio 2017 dal titolo "Interventi di manutenzione delle opere di difesa dell'alveo del torrente Camaro nel comune di Messina" CUP G46J16000430006, Codice Caronte SI_1_16678, ha emesso il decreto n. 1023 del 3 agosto 2023 del dirigente generale, registrato alla Ragioneria centrale T.A. il 31 agosto 2023 e pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e www.regione.sicilia.it, di chiusura dell'intervento.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.36.2012)135

PSC Sicilia 2014-2020 - Sezione speciale 2 - Provvedimenti concernenti rideterminazione di contributi concessi all'Ente Parco Fluviale dell'Alcantara e al comune di Santa Marina Salina, rispettivamente per le operazioni ID 28 e ID 56 e contestuale liquidazione di somme.

Con decreto n. 957 del 24 luglio 2023, vistato dalla competente Ragioneria centrale in data 14 agosto 2023 al n. 1352, il dirigente generale del Dipartimento regionale dell'ambiente ha rideterminato il contributo concesso con il D.D.G. n. 159 del 12 marzo 2021, e riconcesso a valere sul PSC 2014-2020 con D.D.G. n. 1809 del 15 dicembre 2021, richiesto dall'Ente Parco Fluviale dell'Alcantara per l'operazione ID 28 "Restauro naturalistico delle fasce di pertinenza fluviale in Località Cottanera" Codice CUP G59J21008130006, Codice Caronte SI_1_27268, e contestuale liquidazione della somma di € 141.557,68 relativa al pagamento dell'anticipazione del 20% dell'importo rideterminato a valere sul PSC Sicilia 2014/2020, Sezione speciale 2.

Il provvedimento è pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e in quello istituzionale del Dipartimento dell'ambiente www.regione.sicilia.it.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.36.2019)135

Con decreto n. 1064 dell'11 agosto 2023, vistato dalla competente Ragioneria centrale in data 25 agosto 2023, il dirigente generale del Dipartimento regionale dell'ambiente ha rideterminato il contributo concesso con il D.D.G. n. 159 del 12 marzo 2021, e riconcesso a valere sul PSC 2014-2020 con D.D.G. n. 1809 del 15 dicembre 2021, richiesto dal comune di Santa Marina Salina (ME) per l'operazione ID 56 "Recupero ecosistemico dello stagno di Lingua", Codice Caronte SI_1_27283, di € 958.431,04 e contestuale liquidazione della somma di € 47.921,55 relativa al pagamento dell'anticipazione del 5% dell'importo rideterminato a valere sul PSC Sicilia 2014/2020, Sezione speciale 2.

Il provvedimento è pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e in quello istituzionale del Dipartimento dell'ambiente www.regione.sicilia.it.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.36.2017)135

Parere motivato favorevole per la procedura di valutazione ambientale strategica relativa ad un Piano urbanistico esecutivo da realizzare nel comune di Altavilla Milicia.

Con decreto n. 285/Gab dell'11 agosto 2023 dell'Assessore per il territorio e l'ambiente, Autorità competente per la VAS, in conformità al parere n. 445/2023 del 17 luglio 2023, reso dalla commissione tecnica specialistica per le autorizzazioni ambientali di competenza regionale, è stato espresso parere motivato favorevole, ai sensi e per gli effetti dell'art. 15, comma 1, del D.Lgs. n. 152/2006 e ss.mm.ii., per la procedura di valutazione ambientale strategica relativa al "Piano urbanistico esecutivo (P.U.E.) per la realizzazione di n. 8 lotti e altrettanti edifici a scopo residenziale in contrada "Chiesazza" nel territorio del comune di Altavilla Milicia (PA) denominata "lottizzazione Romano" in zona C2.

Il dirigente del servizio 1 del Dipartimento regionale dell'urbanistica: Giordano

(2023.34.1918)119

PSC Sicilia 2014/2020 - Sezione 2 speciale - Comune di Salemi - Proroga dei termini per la realizzazione dell'operazione "I Art: il Polo diffuso per le identità e la valorizzazione ambientale".

Con decreto n. 1104 del 31 agosto 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale dell'ambiente, è stata concessa la proroga dei termini del cronoprogramma allegato alla Convenzione, approvata con D.D.G. n. 13 del 4 febbraio 2020 e aggiornata con il relativo Atto modificativo, nonché prorogato con D.D.G. n. 429 del 2 maggio 2023, dell'operazione "I Art: il Polo diffuso per le identità e la valorizzazione ambientale", del beneficiario comune di Salemi (TP), codice Caronte SI_1_23154, CUP n. H67819000000002, a valere sul PSC Sicilia 2014-2020, Sezione 2 speciale.

Il provvedimento è pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e in quello istituzionale del Dipartimento dell'ambiente www.regione.sicilia.it.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.36.2008)135

PSC Sicilia 2014-2020 Sicilia - Sezione 2 speciale - Parco nazionale dell'Isola di Pantelleria - Proroga del termine per la realizzazione dell'operazione ID 20.

Con decreto n. 1106 dell'1 settembre 2023, il dirigente generale del Dipartimento regionale dell'ambiente ha disposto la proroga, richiesta dal Parco Nazionale dell'Isola di Pantelleria per l'operazione ID 20 "Conservazione della biodiversità del Lago Bagno dell'Acqua/Specchio di Venere (Isola di Pantelleria)", Codice Caronte SI_1_27276, rispetto al termine fissato nel cronoprogramma allegato alla Convenzione, approvata D.D.G. n. 1060 del 5 agosto 2021, che prevedeva la fine dei lavori in data 31 dicembre 2023, a valere sul PSC Sicilia 2014-2020, Sezione 2 speciale.

Il provvedimento è pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e in quello istituzionale del Dipartimento dell'ambiente www.regione.sicilia.it.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.35.1967)135

PSC Sicilia 2014-2020 - Sezione 2 speciale - Comune di Priolo Gargallo - Aggiornamento del cronoprogramma dell'operazione ID 44_35_41.

Con decreto n. 1107 dell'1 settembre 2023, il dirigente generale del Dipartimento regionale dell'ambiente ha disposto l'aggiornamento del cronoprogramma, richiesto dal comune di Priolo Gargallo (SR), per l'operazione ID 44_35_41 "Eradicazione delle specie alloctone e riquilibrificazione ambientale" codice Caronte SI_1_27263, rispetto al termine fissato nel cronoprogramma allegato alla Convenzione, approvata con D.D.G. n. 1049 del 5 agosto 2021, che prevedeva la fine dei lavori in data 31 agosto 2022, a valere sul PSC Sicilia 2014-2020, Sezione 2 speciale.

Il provvedimento è pubblicato integralmente nei siti www.euroinfoscilia.it e in quello istituzionale del Dipartimento dell'ambiente www.regione.sicilia.it.

Il dirigente del servizio 4: Maurici

(2023.35.1968)135

**ASSESSORATO DEL TURISMO,
DELLO SPORT E DELLO SPETTACOLO**

Provvedimenti concernenti iscrizione di associazioni pro loco all'Albo regionale delle pro loco ricadenti nel territorio della Città metropolitana di Messina.

Con decreto n. 1861/S16 del 18 agosto 2023 del dirigente del Servizio turistico regionale n. 16 di Messina del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo, è stata disposta, ai sensi dell'art. 5 del decreto assessoriale n. 372 del 24 marzo 2022, l'iscrizione all'Albo regionale delle pro loco del territorio di Messina dell'associazione Pro loco "Santa Maria APS", C.F./P.IVA: 90033830838, con sede legale nel comune di Montalbano Elicona (ME), frazione di Santa Maria, in via Portella, s.n.c., C.A.P. 98065.

Lestensore: Reni

(2023.34.1913)111

Con decreto n. 1862/S16 del 18 agosto 2023 del dirigente del Servizio turistico regionale n. 16 di Messina del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo, è stata disposta, ai sensi dell'art. 5 del decreto assessoriale n. 372 del 24 marzo 2022, l'iscrizione all'Albo regionale delle pro loco del territorio di Messina dell'associazione Pro loco "Il Casale del Faro APS" codice fiscale 97126080833, con sede legale nel comune di Messina, Villaggio Faro Superiore, via G. Tropea n. 1, C.A.P. 98158.

Lestensore: Reni

(2023.34.1914)111

Rettifica dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "ILTM North America" ed. 2023.

Con decreto n. 1937/S11 del 4 settembre 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo, è stato rettificato l'elenco degli operatori ammessi a parteci-

pare alla manifestazione fieristica: "ILTM North America" ed. 2023, in programma a Nassau - Bahamas dal 18 al 21 settembre 2023, di cui al D.D.G. n. 1502/S11 del 13 luglio 2023.

La versione integrale del decreto e il relativo allegato saranno pubblicati nel sito *web* dell'Assessorato regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo.

Il dirigente del servizio 11: Giacone

(2023.36.1999)136

Approvazione dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "WTE" ed. 2023.

Con decreto n. 1939/S11 del 4 settembre 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo, è stato approvato l'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica: "WTE" ed. 2023, in programma a Torino dal 21 al 23 settembre 2023.

La versione integrale del decreto e il relativo allegato saranno pubblicati nel sito *web* dell'Assessorato regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo.

Il dirigente del servizio 11: Giacone

(2023.36.2000)136

Rettifica dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "FIT" ed. 2023.

Con decreto n. 1940/S11 del 4 settembre 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo, è stato rettificato l'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica: "FIT" ed. 2023, in programma a Buenos Aires dal 30 settembre al 3 ottobre 2023, di cui al D.D.G. n. 1488/S11 del 12 luglio 2023.

La versione integrale del decreto e il relativo allegato saranno pubblicati nel sito *web* dell'Assessorato regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo.

Il dirigente del servizio 11: Giacone

(2023.36.2001)136

Approvazione dell'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica "IFTM Top Resa" ed. 2023.

Con decreto n. 1941/S11 del 4 settembre 2023 del dirigente generale del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo, è stato approvato l'elenco degli operatori ammessi a partecipare alla manifestazione fieristica: "IFTM Top Resa" ed. 2023, in programma a Parigi dal 3 al 5 ottobre 2023.

La versione integrale del decreto e il relativo allegato saranno pubblicati nel sito *web* dell'Assessorato regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo.

Il dirigente del servizio 11: Giacone

(2023.36.2002)136

Approvazione degli elenchi dei soggetti esclusi ed ammessi a beneficiare dei voucher da utilizzare per la partecipazione alle attività sportive presso Società/Associazioni ed Enti di promozione sportiva.

Con decreto n. 1945 del 4 settembre 2023, il dirigente generale del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo ha approvato gli elenchi dei soggetti esclusi e dei soggetti ammessi a beneficiare dei voucher del valore di euro 50,00 mensili da utilizzare per la partecipazione alle attività sportive presso Società/Associazioni ed Enti di promozione sportiva, a seguito della pubblicazione dell'avviso approvato con D.D.G. n. 1761 dell'1 agosto 2023.

Il testo completo del decreto è rinvenibile nel sito internet del Dipartimento regionale del turismo, dello sport e dello spettacolo.

Il dirigente del servizio 5: Tornabene

(2023.36.1979)104

STATUTI

STATUTO DEL COMUNE DI SAN GIOVANNI GEMINI (Libero Consorzio comunale di Agrigento)

Modifiche

Con deliberazione del consiglio comunale n. 30 del 19 luglio 2023 sono state apportate le seguenti modifiche allo Statuto del comune di San Giovanni Gemini:

“Omissis

Art. 15

Sessione e convocazione

1. L'attività del consiglio si svolge in sessioni ordinarie.
2. Le norme generali di funzionamento del consiglio comunale sono stabilite dal regolamento secondo quanto dispone il presente statuto.
3. Le sessioni ordinarie sono di prima e di seconda convocazione.
4. Nel caso in cui si manifesti una situazione tale da non consentire il rispetto dei termini ordinari di convocazione, le sedute possono essere convocate altresì in via d'urgenza nei modi e nei termini previsti dal regolamento, di iniziativa del suo presidente o su richiesta del sindaco, della conferenza dei capigruppo o di un terzo dei consiglieri assegnati, quando l'urgenza sia determinata da motivi rilevanti ed indilazionabili e sia assicurata la tempestiva conoscenza da parte dei consiglieri degli atti relativi iscritti all'ordine del giorno.
5. Il consiglio è convocato dal presidente, mediante avviso contenente l'elenco degli affari da trattare, da consegnarsi, almeno cinque giorni prima di quello stabilito per l'adunanza, alla dimora dei consiglieri o al domicilio eletto nel comune. L'avviso di convocazione del consiglio comunale è consegnato, a cura della segreteria, ai consiglieri comunali attraverso l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) da loro depositato con apposita dichiarazione scritta. Ove la spedizione telematica non potesse aver luogo, si procederà a recapitare l'avviso per mezzo del messo notificatore comunale. La consegna dell'avviso si intende assolta con il recapito e la giacenza del documento nella casella di posta elettronica certificata di ciascun consigliere. Il corretto invio della convocazione e dell'avvenuta consegna risulterà dal messaggio della ricevuta di "accettazione" e dalla ricevuta di "consegna" che saranno conservate a corredo degli atti dell'adunanza consiliare. Gli elenchi degli affari da trattarsi in aggiunta a quelli già iscritti all'ordine del giorno debbono essere comunicati ai consiglieri con avviso da consegnarsi nei modi e nei termini stabiliti dal comma precedente.
6. Nei casi d'urgenza, la consegna dell'avviso con gli elenchi previsti dai commi precedenti può avere luogo anche 24 ore prima; ma in tal caso ogni deliberazione, su richiesta della maggioranza dei consiglieri presenti, può essere differita al giorno seguente.
7. Nessuna proposta può essere sottoposta a deliberazione se non sia stata iscritta all'ordine del giorno e se gli atti non siano stati messi a disposizione dei consiglieri almeno tre giorni prima se trattasi di sessione ordinaria e 24 ore prima nei consigli d'urgenza salvo il caso, espressamente disciplinato dal regolamento, in cui nella seduta di prima convocazione ed in presenza di tutti i consiglieri in carica, il consiglio con l'unanimità dei voti deliberi di inserire nuovi argomenti oltre a quelli già iscritti all'ordine del giorno.

Omissis

Art. 22

Composizione della giunta

1. La giunta è composta dal sindaco che la convoca e la presiede e da un numero massimo di assessori previsti dalla legislazione vigente.
2. In presenza del sindaco ed assistiti dal segretario comunale che redige il processo verbale, gli assessori, prima di essere ammessi nell'esercizio delle proprie funzioni, prestano giuramento secondo la formula stabilita per i consiglieri comunali.
3. La giunta è composta in modo da garantire la rappresentanza

di entrambi i generi. La carica di componente della giunta è compatibile con quella di consigliere comunale. La giunta non può essere composta da consiglieri comunali in misura superiore alla metà dei propri componenti.

4. Non possono far parte della giunta il coniuge, gli ascendenti e i discendenti, i parenti e gli affini sino al secondo grado del sindaco o di altro componente della giunta e dei consiglieri comunali.

Omissis

Art. 33

Il segretario comunale

1. La disciplina relativa alla nomina e dallo stato giuridico ed economico del segretario comunale è stabilita dalla legge, dal D.P.R. 4 dicembre 1997, n. 465 e dai contratti collettivi di categoria.
2. Il segretario svolge compiti di collaborazione e funzioni di assistenza giuridico amministrativa nei confronti degli Organi dell'ente in ordine alla conformità dell'azione amministrativa alle leggi, allo Statuto e ai Regolamenti del comune.
3. Inoltre, il segretario espleta le altre funzioni previste dalla legge, dallo Statuto e quelle attribuitigli dal sindaco, a cui spettano le attribuzioni in ordine al rapporto funzionale del segretario con il comune ed agli altri istituti contrattuali connessi a tale rapporto.
4. Il segretario sovrintende allo svolgimento delle funzioni di dirigenza apicali, ne coordina l'attività, adotta gli atti di gestione che li riguardano.
5. Il segretario comunale, inoltre, è titolare delle seguenti funzioni e competenze:
 - a. su richiesta dell'ente, eroga i contratti nei quali il comune è parte ed autentica le scritture private e gli atti unilaterali nell'interesse dell'ente e, comunque, nel rispetto delle vigenti leggi in materia;
 - b. emana direttive generali e circolari in ordine alla conformità di atti e procedure a normative legislative e regolamentari;
 - c. esprime pareri in ordine a problemi di natura amministrativa a richiesta degli organi dell'ente;
 - d. convoca e presiede la conferenza dei responsabili di Area;
 - e. ha il potere di avocare l'adozione di provvedimenti o atti gestionali di competenza dei responsabili di Area in caso di persistente inerzia degli stessi, su richiesta del sindaco e previa diffida;
 - f. segnalare, su richiesta di terzi o su propria iniziativa, al sindaco ed ai responsabili interessati, eventuali profili di non conformità alle leggi, allo Statuto e dai regolamenti presenti in atti dell'amministrazione al fine di un riesame degli stessi;
 - g. dirime i conflitti di attribuzione e di competenza fra i responsabili delle strutture organizzative dell'ente, in conformità a quanto statuito negli atti di attribuzione delle competenze e nel rispetto delle direttive impartite dal sindaco e dalla giunta;
 - h. partecipa, se richiesto, alle sedute delle commissioni istituite dal consiglio comunale;
 - i. redige il processo verbale del giuramento degli assessori prima di essere ammessi nell'esercizio delle loro funzioni;
 - j. riceve le dimissioni del sindaco;
 - k. attesta, su dichiarazione del messo comunale e del responsabile del sito istituzionale, l'avvenuta pubblicazione all'albo *online* e l'esecutività dei provvedimenti del comune;
 - l. esercita ogni altra funzione attribuitagli dallo Statuto o dai regolamenti e conferitegli dal sindaco.

Omissis

Capo IV

**Il difensore civico
Eliminazione**

Omissis”.

*Il responsabile di P.O. dell'Area 1
amministrativa: Lombino*

(2023.34.1915)014

CIRCOLARI

PRESIDENZA

CIRCOLARE 31 agosto 2023, n. 1 - CFD - Idro.

Attività di prevenzione per il rischio meteo-idrogeologico e idraulico.

- Sindaci
- Segretari generali dei comuni
- Responsabili Uffici Comunali di P.C.
- Polizia Locale
- Liberi Consorzi, Città Metropolitane
- Responsabili Uffici Provinciali P.C.
- Autorità di Bacino del Distretto Idrografico della Sicilia
- Dipartimento dell'Acqua e dei Rifiuti
- Dipartimento dell'Agricoltura
- Dipartimento Sviluppo Rurale e Territoriale
- Dipartimento Regionale Ambiente
- Dipartimento Regionale Tecnico
- Uffici del Genio Civile
- Dipartimento Beni Culturali
- Soprintendenze ai BB.CC.AA.
- ARPA - Agenzia Regionale Protezione Ambiente
- Enti Parco (Alcantara, Etna, Madonie, Nebrodi, Sicani)
- Riserve e Aree protette
- Istituto Regionale per lo Sviluppo delle
- Attività Produttive (IRSAP)
- Consorzi di Bonifica
- Enti Gestori Dighe
- Ufficio Tecnico per le Dighe - sez. Palermo
- Ordini professionali (Architetti, Geologi, Geometri, Ingegneri, Agronomi e Forestali)
- Guide Alpine e Vulcanologiche
- CAI, CNSAS Corpo Naz.le Soccorso Alpino e Speleologico
- Dipartimento per la Pianificazione Strategica
- Dipartimento Attività Sanitarie e Oss. Epid.
- SUES 118
- CRI
- ANAS
- CAS
- ESA

COPIA
NON



- RFI
- ENEL - Sicilia
- TERNA – Sicilia
- SNAM Rete gas Sicilia
- Siciliacque
- Enti gestori telefonia
- Gestori Servizio Idrico Integrato (AMAP AMAM, SIDRA, ACOSSET)
- Prefetture – UTG

Tramite le Prefetture:

- Corpo Nazionale Vigili del Fuoco
- Comando Regionale Arma dei Carabinieri
- Compartimento Polizia Stradale Sic. Or.
- Compartimento Polizia Stradale Sic. Occ.
- Comando Regionale Sicilia Guardia di
- Finanza
- Direzioni Marittime
- Capitanerie di Porto

e, per conoscenza:

- Presidente della Regione Siciliana
- Dipartimento della Protezione Civile
- DRPC Sicilia - Aree e Servizi

0 – PREMESSA: CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

La stagione estiva 2023 è stata caratterizzata da persistenti temperature dell'aria molto elevate in tutta la Regione; la temperatura del mare ha raggiunto valori ragguardevoli (intorno ai 30 °C nel Mediterraneo) e ciò comporta una instabilità meteorologica che si potrà tradurre in fenomeni temporaleschi estremi non appena nella bassa troposfera si introdurranno masse d'aria più fresca.

La distribuzione nel tempo degli eventi piovosi intensi in Sicilia ci insegna che non vi sono aree maggiormente esposte; però è possibile affermare che lo stato del territorio è diffusamente molto vulnerabile a causa dell'intensa urbanizzazione che ha spesso comportato una manomissione del reticolo di drenaggio naturale, con conseguenti rischi per i beni e per la popolazione derivanti da una non corretta regimazione delle acque superficiali. Inoltre, i fenomeni meteorologici intensi possono provocare frane veloci (colate di detrito, colate di fango, crolli di roccia) con grave rischio per i beni e le persone che orbitano intorno alle aree con maggiore propensione al dissesto sia per costituzione naturale dei terreni, sia per effetto di eventi calamitosi quali gli incendi.

Quanto sopra impone una serie di comportamenti virtuosi, finalizzati alla previsione e prevenzione del rischio idrogeologico, da parte di coloro che sono responsabili, a vario titolo, della gestione del territorio.

Il DRPC ha messo a disposizione del pubblico le mappe delle interferenze idrauliche e della propensione al dissesto geomorfologico con il fine di fornire utili elementi di valutazione (con gli eventuali approfondimenti) agli amministratori locali (http://www.protezionecivilesicilia.it:8080/cfd_sicilia/), come meglio descritto a seguire nel par. 4.2.

1 – PREMESSA: IL SISTEMA DI ALLERTAMENTO STATALE E REGIONALE

L'articolo 2 del Decreto Legislativo n. 1 del 2018 - Codice della Protezione Civile – individua le attività di prevenzione di protezione civile distinguendole in “strutturali” e “non strutturali”; queste ultime comprendono l'allertamento del Servizio Nazionale di Protezione Civile.

Il Sistema di allertamento nazionale di protezione civile è costituito dal livello regionale e dal livello statale e opera al ricorrere di identificabili fenomeni precursori di un evento calamitoso per il quale sia possibile svolgere un'attività di preannuncio.

Il Sistema si articola in due fasi:

- a) una fase di previsione probabilistica che ha lo scopo di valutare, quando e dove possibile, la situazione attesa, nonché gli effetti che tale situazione può determinare;
- b) una fase di monitoraggio di parametri ambientali e sorveglianza di fenomeni d'interesse di protezione civile, anche attraverso il presidio territoriale, che ha lo scopo di osservare e seguire, quando e dove possibile, l'evoluzione della situazione in atto e i potenziali impatti sul territorio.

Tale Sistema è costituito dall'insieme delle procedure e attività che, ove e quando possibile, ha lo scopo di attivare il Servizio Nazionale della Protezione Civile ai diversi livelli territoriali. In seguito a tale attivazione, le autorità competenti pongono in essere le pertinenti attività di previsione e prevenzione degli eventi nonché quelle di gestione dell'emergenza, quest'ultima anche in relazione alla pianificazione di protezione civile.

La gestione del sistema di allerta nazionale è assicurata dal Dipartimento della Protezione Civile (DPC) e dalle Regioni attraverso la rete dei Centri Funzionali Decentrati, delle strutture regionali e dei Centri di Competenza.

Ogni Regione stabilisce le procedure e le modalità di allertamento del proprio sistema di protezione civile ai diversi livelli, regionale, provinciale e comunale.

La presente Circolare intende richiamare le procedure e le modalità di allertamento che la Regione Siciliana, tramite il Dipartimento Regionale della Protezione Civile (DRPC), ha stabilito e concordato con i vari livelli territoriali di governo e fornire importanti precisazioni finalizzate alla corretta interpretazione dei contenuti dell'Avviso Regionale di protezione civile per il Rischio Meteo-Idrogeologico e Idraulico (d'ora in poi, brevemente, Avviso-Idro).

In tal modo, i responsabili competenti per territorio possono avviare, nell'ambito della pianificazione locale di protezione civile, ogni efficace azione per la prevenzione e mitigazione dei rischi.

COPIA TRATTA DAL
NON VALIDA PER



2 – AVVISO REGIONALE DI PROTEZIONE CIVILE

Il DRPC emana quotidianamente, tramite il Centro Funzionale Decentrato-Idro della Regione Siciliana (CFD-Idro), facente parte della Rete Nazionale dei Centri Funzionali (ex Direttiva PCM 27/02/2004), l'Avviso-Idro che è elaborato sulla scorta:

- delle previsioni meteorologiche predisposte dal Centro Funzionale Centrale del DPC; il CFD-Idro non gode di autonomia per quanto concerne le previsioni meteorologiche che continuano ad essere fornite dal DPC;
- dei quantitativi di pioggia registrati dalle reti meteorologiche nei giorni precedenti la valutazione quotidiana;
- delle soglie critiche di pioggia elaborate con metodi statistici.

Il contenuto dell'Avviso-Idro riguarda:

- il **RISCHIO IDROGEOLOGICO**, che riguarda i possibili effetti al suolo sia di natura geomorfologica (frane), sia di natura idraulica (esondazioni, allagamenti) nei piccoli bacini (superficie < 50 kmq) e nelle aree urbane; tale assunto (cioè l'identificazione nell'ambito del "rischio idrogeologico" di fenomenologie differenti) è reso necessario dal fatto che i fenomeni idraulici nei piccoli bacini e nelle aree urbane non sono riconducibili alle modellazioni idrauliche che riguardano ampie aree naturali; **particolare rilevanza assumono le precipitazioni in ambito urbano: piogge di breve durata ed elevata intensità, anche con quantitativi cumulati non rilevanti, possono determinare criticità notevoli qualora non siano adeguatamente drenate dai sistemi di smaltimento cittadini**;
- il **RISCHIO IDRAULICO**, ovvero i possibili effetti al suolo di natura idraulica (fenomeni alluvionali) nei bacini idrografici maggiori (superficie con foce a mare > 50 kmq); in merito, appare utile osservare che la previsione del rischio idraulico non può tenere conto di eventuali condizioni critiche locali (quali, ad esempio, ostruzioni delle luci dei ponti o altre anomalie idrauliche) che possono determinare effetti al suolo più rilevanti rispetto alle elaborazioni teoriche;
- il **RISCHIO METEOROLOGICO**, ovvero quello legato a fenomeni quali le grandinate, i rovesci o temporali, le mareggiate, le trombe d'aria, i quali, avendo generalmente uno sviluppo locale e improvviso, non rientrano nei consueti canoni delle previsioni meteorologiche quantitative, nel senso che non è possibile conoscere se, quando, dove e con quale intensità essi si possono verificare, pur essendo in presenza di previste situazioni di instabilità meteorologica. Tali fenomeni, aggravati dal riscaldamento climatico in atto, si manifestano con eventi violenti che, specie nei contesti urbani, caratterizzati da elevata antropizzazione, possono causare effetti al suolo più significativi rispetto a quanto teoricamente prevedibile.

COPIA TRATTA DA
NON VALIDA PER



2.1- LIVELLI DI ALLERTA E FASI OPERATIVE

Il territorio della Regione Siciliana è suddiviso in 9 zone di allerta: A, B, C, D, E, F, G, H, I.

Per ognuna delle zone di allerta, l'Avviso-Idro definisce un **Livello di Allerta**, codificato con sistema semaforico (Verde, Giallo, Arancione, Rosso), cui vengono associati scenari di evento e degli effetti e danni attesi (Tabella degli Scenari in <https://www.protezionecivilesicilia.it/it/146-cfdmi.asp>).

Le **Fasi Operative** (Generica vigilanza, Attenzione, Preallarme, Allarme) sono correlate ai Livelli di Allerta e rappresentano le modalità con le quali il Sistema regionale della protezione civile, nelle sue varie articolazioni e competenze, si predispone per la mitigazione dei possibili rischi.

Si veda, al riguardo, la Tabella delle Fasi Operative accessibile all'indirizzo:

<https://www.protezionecivilesicilia.it/it/146-cfdmi.asp>

In considerazione dello scenario previsto, delle vulnerabilità del proprio territorio, dell'effettivo verificarsi della previsione e delle capacità di risposta complessive della propria struttura di protezione civile i Comuni, ciascuno per l'ambito di propria competenza, devono valutare l'opportunità di attivare direttamente - o successivamente all'approssimarsi dei fenomeni - **fasi operative più gravose** rispetto a quelle dichiarate nell'Avviso-Idro.

Ciò in quanto, come ribadito al successivo p.2.3, le previsioni meteo e l'Avviso-Idro sono determinati su base probabilistica su 9 zone regionali e non possono certamente considerare rispettivamente:

- fenomeni meteo di non ampia estensione o di rapidissima formazione non prevedibili e con effetti locali molto intensi (p.es. forti rovesci con temporali) il cui accadimento è sempre più frequente in funzione dei c.d. cambiamenti climatici,
- specifiche e particolari condizioni di vulnerabilità e di rischio di ciascuno dei 391 comuni della Sicilia e dei milioni di edifici, strade, manufatti vari esposti agli eventi meteo (p.es. situazioni di forte convogliamento di acque piovane di ruscellamento su aree depresse quali sottopassi posti a quote più basse di quella di campagna, aree incendiate che comportano una impermeabilizzazione del suolo e, di conseguenza, una maggiore rapidità del ruscellamento).

2.2 - EMISSIONE E DIRAMAZIONE

L'Avviso-Idro viene:

- viene emesso ogni giorno:
 - quale aggiornamento rispetto all'Avviso del giorno precedente e valevole dall'ora di emissione (intorno alle 16:00) fino alle ore 24:00 del giorno corrente;
 - quale previsione per l'intero giorno successivo, dalle ore 00:00 alle ore 24:00.

COPIA TRATTA DA
NON VALIDA PI



- emesso e pubblicato su: <https://www.protezionecivilesicilia.it/it/news/?pageid=75>
- formalmente trasmesso, sotto forma di notifica, al sistema regionale della protezione civile attraverso la piattaforma GECoS; sempre tramite tale piattaforma, i responsabili locali di protezione civile devono ATTIVARE le Fasi Operative.

2.3 - CONTENUTI DELL'AVVISO: IMPORTANTI PRECISAZIONI

L'Avviso-Idro è un documento che valuta, in termini probabilistici, gli effetti al suolo (frane e alluvioni) in un numero significativo di località all'interno delle 9 Zone Omogenee di Allerta, ovvero porzioni di territorio nelle quali ci si attende uno sviluppo **mediamente omogeneo** dei fenomeni attesi.

Le **previsioni meteorologiche** (che, in quanto tali, sono soggette alle incertezze insite nei modelli fisici) e le conseguenti valutazioni in ordine ai possibili effetti al suolo (**Livelli di allerta**) hanno carattere **probabilistico** con elevati gradi di incertezza in relazione ai limiti intrinseci della modellistica e alla variabilità dei contesti territoriali nei quali i fenomeni possono manifestarsi; le previsioni meteorologiche sono riferite ad ampi settori regionali, definiti Zone di Vigilanza Meteo, e pertanto non contemplano l'individuazione di singole località nelle quali i fenomeni possono assumere carattere più severo.

Il contenuto e il significato dell'Avviso-Idro sono stati in questi anni adattati alle indicazioni operative emesse dal DPC. In particolare, a seguito della Direttiva del 22/11/2016 emanata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-DPC, gli scenari di criticità vengono adeguati in **presenza di fenomeni temporaleschi** anche se i quantitativi previsti di pioggia non superano le soglie critiche. Nella Direttiva si è valutata l'utilità di segnalare agli enti locali i fenomeni temporaleschi che sono caratterizzati da elevata incertezza previsionale in termini di localizzazione, tempistica e intensità, distinguendoli da quelli dovuti a precipitazioni diffuse persistenti.

Infatti, gli eventi estremi, ormai sempre più frequenti per effetto del "global warming", si manifestano con precipitazioni temporalesche, anche molto localizzate, di entità e intensità capaci di sfuggire agli attuali modelli previsionali.

Questi fenomeni, spesso accompagnati da venti di forte intensità, possono riversare al suolo quantità di piogge rilevanti in tempi brevi (rovesci e temporali), alimentano deflussi idraulici fortemente impattanti sul territorio e possono innescare rapidi movimenti gravitativi (frane e colate di fango) lungo i pendii più acclivi, con gravi effetti al suolo riconducibili ai meccanismi delle "alluvioni lampo".

Per queste motivazioni, l'Avviso-Idro contiene, fra le sue informazioni, anche la segnalazione – con idoneo simbolo grafico - della forzante "temporale", allo scopo in ogni caso di allertare il sistema di protezione civile in modo da consentire l'attivazione di misure specifiche.

Tali misure, da prevedere nei piani di emergenza locali, devono tenere conto in particolare della vulnerabilità del contesto geografico esposto (aree metropolitane piuttosto che zone rurali), dei tempi necessari alle misure di contrasto, nonché della natura probabilistica della previsione in generale e della maggiore incertezza previsionale legata ai fenomeni temporaleschi in particolare. All'incertezza della previsione si associa, inoltre, la difficoltà di disporre in tempo utile di dati di monitoraggio strumentali per aggiornare la previsione e gli scenari d'evento, data la rapidità e la ristretta localizzazione con cui evolvono tali fenomeni.

Pertanto, la presenza dei previsti rovesci o temporali - evidenziata graficamente e testualmente nell'Avviso - può comportare effetti al suolo più significativi di quanto prevedibile, come chiaramente riportato nelle *Avvertenze* dell'Avviso.

COPIA
NON

I **Livelli di allerta** derivanti dalle elaborazioni rappresentano una stima dei probabili effetti al suolo (di natura idrogeologica e/o idraulica) correlati alle cumulate di pioggia previste all'interno delle Zone Omogenee di Allerta.

Tuttavia, tenuto conto della grande variabilità dei fattori che concorrono alla manifestazione dei fenomeni legati al dissesto idrogeologico e idraulico (idrografia, geologia, urbanizzazione, uso del territorio, manutenzione dei corsi d'acqua e delle loro sponde, protezione e manutenzione delle scarpate lungo la viabilità, efficienza delle reti di smaltimento delle acque in ambito urbano, aree incendiate, ecc.), **non si può escludere la possibilità che, localmente, si possano verificare circostanze tali da determinare effetti al suolo molto diversi da quelli ragionevolmente prevedibili da analisi condotte a scala regionale e sulle 9 zone di allerta.**

È anche altrettanto possibile che, rispetto alle previsioni, un evento meteo possa “sconfinare” nella Zona di Allerta contigua e di ciò devono responsabilmente essere consapevoli i gestori dei territori interessati.

3 – MONITORAGGIO IN TEMPO REALE DEGLI EVENTI IDRO-METEORICI

Oltre alla diramazione dell'Avviso-Idro, le procedure di allertamento attuate dal CFD-Idro del DRPC Sicilia comprendono anche il monitoraggio in tempo reale dei fenomeni meteo attraverso il rilevamento delle grandezze registrate dalla rete di monitoraggio regionale.

In fase di monitoraggio, i dati di pioggia cumulati e i livelli idrometrici dei corsi d'acqua strumentati sono sottoposti a confronti da parte del CFD con valori di soglia, superati i quali si provvede, per il tramite della SORIS, ad allertare i territori interessati dall'evento idro-meteo in corso.

Tale attività viene svolta anche ricorrendo al supporto delle osservazioni RADAR meteo, satellitari e relative alle fulminazioni che possono utilmente integrare le rilevazioni effettuate a terra ricorrendo ai portali dedicati del Dipartimento della protezione civile.

Allo scopo di acquisire una copertura efficace del territorio regionale, il DRPC ha operato una radicale ridefinizione della rete regionale delle stazioni meteo per precipue finalità di protezione civile, provvedendo all'installazione di un sistema sinteticamente composto da 276 apparecchiature per il rilevamento in tempo reale di piogge e temperature, alcune delle quali dotate di sensori nivometrici e anemometrici; la trasmissione in tempo reale dei dati alla centrale di monitoraggio presso il CFD-Idro è garantita da n° 56 ripetitori radio ridondati in banda UHF e da collegamenti GPRS. L'intervento è stato realizzato in gran parte con i fondi del PO FESR 2014-2020 e parzialmente integrato con fondi del bilancio regionale.

I dati sono consultabili all'indirizzo web <https://www.protezionecivilesicilia.it:8443/aegis/map/map2d>

Per rafforzare i propri compiti istituzionali, il DRPC ha siglato il Protocollo di intesa con l'Autorità di Bacino (D.D. n. 35/2020 del 20.02.2020) per effetto del quale è stata presa in carico l'originaria rete di monitoraggio dell'AdB (ex Osservatorio delle Acque) costituita dalle stazioni idro-termo-pluviometriche e dai ponti radio.

Questa rete, tuttavia, è costituita da strumentazione che, nella maggior parte dei casi, deve essere adeguata ai requisiti utili agli scopi di protezione civile; per tale ragione, gli sforzi del DRPC sono orientati verso l'attuazione di interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria (alcuni dei quali già in corso) efficaci all'allineamento della rete preesistente con la nuova infrastruttura di monitoraggio.

COPIA TR
NON VA

4 – PIANIFICAZIONE COMUNALE DI PROTEZIONE CIVILE PER IL RISCHIO IDROGEOLOGICO E IDRAULICO

Il piano di protezione civile è lo strumento necessario ad accrescere in tempo ordinario la consapevolezza del rischio, organizzare e porre a fattor comune le risorse umane e strumentali disponibili, “costruire” capacità e professionalità e garantire il raccordo tra diverse amministrazioni ed enti, sulla base di una strategia condivisa.

Un piano di protezione civile non è quindi solo l’insieme delle procedure operative di intervento in caso di emergenza, ma anche lo strumento attraverso cui definire l’organizzazione operativa della struttura di protezione civile per lo svolgimento delle attività di cui all’articolo 2 del Codice della protezione civile.

Tenuto conto che la Regione presenta molte vulnerabilità, la maggior parte delle quali riferibili alle interferenze tra azioni antropiche e caratteristiche fisiche del territorio, è indubbio che, in mancanza di adeguate soluzioni strutturali, sia necessario ricorrere a opportune strategie di prevenzione rientranti, nel linguaggio comune della protezione civile, tra le “azioni non strutturali” nell’ambito delle quali la pianificazione di protezione civile costituisce un passaggio ineludibile (artt. 12 e 18 del D. Lgs 1/2018).

Se correttamente predisposta, la pianificazione di protezione civile per il rischio idrogeologico e idraulico diventa uno strumento insostituibile per avviare tutte quelle pratiche ritenute utili a prevenire e a mitigare, laddove possibile, i rischi derivanti dagli eventi meteorologici. Affinché ciò sia attuabile, il Piano deve contenere, in modo esaustivo, ma sintetico, alcuni elementi cardine tra cui: l’inquadramento del territorio, l’individuazione dei rischi e dei relativi scenari e il modello di intervento, come stabilito dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2021: “Indirizzi per la predisposizione dei piani di protezione civile ai diversi livelli territoriali – G.U. Serie Generale n° 160 del 06/07/2021).

Allo scopo, si richiamano i seguenti documenti ai quali fare riferimento nella pianificazione di protezione civile:

- le “Linee Guida per la redazione dei piani di protezione civile comunali e intercomunali in tema di rischio idrogeologico - GURS N. 8 del 18-02-2011”
- il “Rapporto preliminare sul rischio idraulico in Sicilia e ricadute nel sistema di protezione civile” (2015);
- il “Piano di Gestione Rischio Alluvioni” - I ciclo, (2014-2021) e II ciclo in corso di adozione (2021-2027);
- la Delibera di Giunta Regionale n. 233 del 28.04.2022: “Pianificazione di protezione civile. Atto di indirizzo per l'utilizzo delle Mappe delle interferenze idrauliche” e la relativa Direttiva di protezione civile regionale del 11.08.202;
- la Delibera di Giunta Regionale n.354 del 25 luglio 2022: “Pianificazione di protezione civile. Atto di indirizzo per l'utilizzo della Mappa della propensione al dissesto geomorfologico”.

Inoltre, una virtuosa politica di prevenzione e gestione del rischio deve intendere il piano di protezione civile non come uno strumento statico nel tempo, ma come un sistema di gestione e controllo vigile: soltanto attraverso un piano adeguatamente mantenuto in aggiornamento si potranno prevedere opportuni nuovi modelli di intervento in risposta ai nuovi scenari di rischio che possono discendere dalle modifiche territoriali che intervengono nel tempo.

4.1 - SCENARI DI EVENTO

Per “scenario di evento” si intende l’insieme delle condizioni che possono comportare situazioni di criticità. Nell’ambito del cosiddetto rischio meteo-idrogeologico e idraulico, gli scenari di evento sono rappresentati dal verificarsi di fenomeni meteorologici particolarmente significativi, ossia che possono comportare impatti più o meno rilevanti sul tessuto socioeconomico locale.

Tenuto conto che il Sistema nazionale e regionale di protezione civile deve necessariamente conformarsi a criteri e procedure omogenee, gli scenari di evento sono correlati ai Livelli di Allerta così come riportato nella *Tabella degli scenari*.

È da rimarcare che tali scenari delineano un ampio spettro di probabili fenomenologie, coerentemente con le situazioni meteorologiche che possono effettivamente manifestarsi e con la variabilità dei contesti territoriali.

4.2 - SCENARI DI RISCHIO

Lo “scenario di rischio” è l’identificazione del possibile impatto sul territorio, in termini di effetti al suolo, causato da un evento meteorologico; pertanto, esso è strettamente legato alla presenza di beni vulnerabili in aree soggette a dissesti geomorfologici e/o idraulici.

Il DRPC Sicilia ha elaborato prodotti utili all’identificazione di queste aree, consultabili attraverso il WebGis Idro al seguente indirizzo: http://www.protezionecivilesicilia.it:8080/cfd_sicilia/, come di seguito descritti:

- a) La distribuzione sul territorio regionale delle schede “frane” e “idro” con le quali sono censiti i luoghi esposti a criticità geomorfologiche e idrauliche, classificate in funzione della pericolosità e del rischio (link alle schede <https://tinyurl.com/3jwa6377>); la maggior parte di queste schede deve essere validata dalle Amministrazioni locali, che possono interagire direttamente con il WebGis Idro previo accreditamento compilando l’apposito modulo scaricabile dalla pagina di avvio e inviandolo via pec all’indirizzo: dipartimento.protezione.civile@certmail.regione.sicilia.it
Le operazioni di editing consentono anche l’inserimento di nuove schede.
- b) **la Mappa regionale delle interferenze idrauliche** (rif. Deliberazione di Giunta Regionale n. 233 del 28.04.2022 e Direttiva di protezione civile regionale del 11.08.2022 – GURS n. 41 del 02/09/2022 – link <https://tinyurl.com/2p85e3sw>) che identifica contesti potenzialmente critici generati dalla possibile interazione fra reticolo idrografico, principale e secondario, con le strutture e infrastrutture antropiche, anche non individuate nel PAI o nel PGRA. Si raccomanda un’attenta consultazione della Mappa al fine di individuare gli scenari di rischio idraulico nell’ambito delle pianificazioni locali di protezione civile e di predisporre i necessari e opportuni provvedimenti per la mitigazione del rischio, sia in termini di azioni non strutturali (pianificazione di protezione civile), sia in termini di interventi strutturali.
La mappa delle interferenze idrauliche è soggetta a periodici aggiornamenti derivanti dall’acquisizione di dati territoriali più dettagliati allo scopo di fornire uno strumento di supporto sempre più completo e adeguatamente rappresentativo.
- c) **la Mappa regionale della propensione al dissesto geomorfologico** (rif. Deliberazione di Giunta Regionale n. 354 del 25.07.2022 - link <https://tinyurl.com/2p85e3sw>) che identifica sull’intero territorio regionale le aree in cui sono probabili determinate tipologie di dissesto, indipendentemente dal fatto che già il dissesto stesso sia noto o si sia manifestato, così da supportare nella valutazione preventivamente delle vulnerabilità territoriali. Si raccomanda un’attenta consultazione della Mappa al fine di individuare gli scenari di rischio geomorfologico nell’ambito delle pianificazioni locali di protezione civile e di predisporre i necessari e opportuni provvedimenti per la mitigazione del rischio, sia in termini di azioni non strutturali (pianificazione di protezione civile), sia in termini di interventi strutturali.

Si precisa che:

Gli Enti Locali hanno comunque il compito di verificare ed eventualmente integrare le informazioni messe a disposizione dal DRPC Sicilia.

COPIA
NON



Gli strumenti di supporto alle decisioni resi disponibili dal DRPC Sicilia integrano i documenti del PAI (Piano di bacino per l'Assetto Idrogeologico) e del PGRA (Piano di Gestione Rischio Alluvioni)

Si rammenta, infine, che quale documento di sintesi e di facile consultazione nell'ambito del Piano di protezione civile, è raccomandata la rappresentazione dei luoghi esposti ai diversi tipi di rischio mediante opportuna cartografia tematica.

4.3 - MODELLI DI INTERVENTO: AZIONI MINIME DI PREVENZIONE

Ai sensi della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2021 recante “*Indirizzi per la predisposizione dei piani di protezione civile ai diversi livelli territoriali*” il modello di intervento è costituito da: - l'**organizzazione della struttura di protezione civile**, -**gli elementi strategici operativi** e - le **procedure operative** che consistono nella definizione delle azioni che i soggetti partecipanti alla gestione dell'emergenza ai diversi livelli operativi e di coordinamento devono porre in essere per fronteggiarla.

Il modello di intervento, pertanto, individua le procedure operative, il “chi-fa-che cosa” in relazione agli scenari delineati, e le *Fasi Operative*, nell'ambito della pianificazione di protezione civile.

Il “cosa fare” evidentemente dipende sia dal Livello di allerta previsto, sia dalle reali condizioni che si manifestano sul territorio di cui solo gli Enti Locali possono avere piena contezza.

A tal riguardo, avendo conoscenza degli Scenari di rischio, gli Enti preposti a vario titolo al mantenimento delle condizioni di sicurezza del territorio e delle infrastrutture in esso presenti, avranno cura, ad esempio, di rendere efficienti le reti di smaltimento delle acque di superficie e di installare, laddove ritenuto opportuno o necessario, dispositivi idonei a limitare o inibire la circolazione viaria e pedonale all'approssimarsi o durante eventi meteo severi che possano mettere in pericolo l'incolumità della popolazione. Sempre a titolo di esempio, il Sindaco e la struttura preposta (sia comunale sia dell'Ente gestore) devono monitorare i sottopassi e mantenersi pronti a chiuderli alla circolazione in caso di pioggia e di allagamenti dello stesso. L'Ente gestore di una strada o di una qualsiasi altra infrastruttura deve limitare o interdire la circolazione in caso di eventi meteo severi. Ciò è tanto più vero e doveroso laddove si siano verificati nel tempo eventi calamitosi e danni a persone e cose.

Le azioni di prevenzione minime sono riportate nello schema concettuale seguente **che non è da considerarsi esaustivo in quanto ciascun Comune e Amministrazione proprietaria e/o preposta all'esercizio può e deve delineare differenti, ulteriori ed efficaci attività in relazione alla propria struttura organizzativa e alle specifiche condizioni del territorio e/o dei beni (di cui deve essere sempre a conoscenza) di cui è responsabile.**

In relazione anche agli accadimenti che hanno causato vittime che soggiornavano in manufatti abusivi posti sul greto o in prossimità di torrenti, si rammenta che, oltre ai provvedimenti di competenza nei confronti degli illeciti edilizi e urbanistici, il Comune e l'autorità preposta devono adottare ogni efficace provvedimento per informare le persone e inibirne la presenza qualora ricadano in aree a rischio.

COPIA
NON

LIVELLO DI ALLERTA	FASE OPERATIVA	AZIONI MINIME DI PREVENZIONE a cura del Sindaco e degli Enti proprietari e/o gestori di infrastrutture viarie e di manufatti e beni comunque esposti	
		NON PIOVE	PIOVE
VERDE	GENERICA VIGILANZA o ATTENZIONE	Nessuna azione specifica, fatti salvi i normali controlli. In caso siano previsti CMA e temporali, va verificata la funzionalità del "sistema" locale di p.c.	Attivazione del Piano di protezione civile: - verifica della funzionalità dei "sistemi" locali di p.c. - preallerta dei Presidi Operativi e del volontariato.
GIALLO	ATTENZIONE o PREALLARME	Attivazione del Piano di protezione civile: - verifica della funzionalità e della capacità di pronta risposta dei "sistemi" locali di p.c. - preallerta del COC e dei Presidi Operativi. Gli Enti preposti alla gestione di infrastrutture viarie e di beni comunque esposti preallertano le proprie risorse per fronteggiare le eventuali criticità.	Attivazione del Piano di protezione civile: - attivazione dei Presidi Operativi che effettuano verifiche sui "nodi" a rischio più sensibili (Rischio Moderato, Elevato e Molto Elevato) - limitazione o interdizione, a ragion veduta, alla fruizione di beni esposti (viabilità, edifici, aree, etc) In caso di situazioni critiche, il Sindaco attiva il C.O.C. e il volontariato
ARANCIONE	ATTENZIONE o PREALLARME	Attivazione del Piano di protezione civile: - attivazione dei Presidi Operativi che effettuano verifiche sui "nodi" a rischio più sensibili. - eventuale attivazione COC Gli Enti preposti alla gestione di infrastrutture viarie e di beni comunque esposti preallertano le proprie risorse per fronteggiare le eventuali criticità.	Il Sindaco attiva il C.O.C. anche in configurazione ridotta (Presidio Operativo e Territoriale) e attua altre procedure di mitigazione dei rischi informando la popolazione. All'occorrenza, si mantiene in contatto con la SORIS e i VVF Il COC - Funzione Tecnica di Pianificazione, anche tramite i Presidi Territoriali: - sorveglia i nodi a rischio e, all'occorrenza, limita o inibisce la fruizione dei beni. Gli Enti preposti alla gestione di infrastrutture viarie e di beni comunque esposti attivano le proprie risorse per fronteggiare le eventuali criticità. p.es. limitazioni e/o inibizione della circolazione
ROSSA	PREALLARME o ALLARME	Il Sindaco, a ragion veduta, attiva il C.O.C. anche in configurazione ridotta (Presidio Operativo e Territoriale) Il COC- La Funzione Tecnica di pianificazione, tramite i Presidi Territoriali effettua verifiche sui nodi a rischio (censiti nel Piano di prot. civile) e si mantiene in contatto con la SORIS e con il DRPC. Gli Enti preposti alla gestione di infrastrutture viarie e di beni comunque esposti attivano le proprie risorse per fronteggiare le eventuali criticità.	Il Sindaco attiva il C.O.C. e attua altre procedure di mitigazione dei rischi informando la popolazione. Si mantiene in contatto costante con il DRPC – servizio provinciale e Nopi, la SORIS, e le altre sale operative (VVF, etc). Il COC - Funzione Tecnica di Pianificazione, anche tramite i Presidi Territoriali: - sorveglia i nodi a rischio e, all'occorrenza, inibisce la fruizione dei beni. Gli Enti preposti alla gestione di infrastrutture viarie e di beni comunque esposti attivano le proprie risorse per fronteggiare le criticità, p.es. limitazioni e/o inibizione della circolazione

Appare opportuno rimarcare che la "gestione del rischio" e la programmazione delle conseguenti attività di mitigazione sono di competenza degli Enti Locali, della struttura comunale e del Sindaco in particolare, quale autorità di protezione civile, in quanto la conoscenza delle peculiari condizioni del territorio e delle eventuali criticità in esso presenti rientra tra le indispensabili attività propedeutiche alla redazione del Piano di protezione civile locale e a tutte quelle ulteriori azioni volte a mitigare e fronteggiare specifiche situazioni locali non rilevabili da un organismo regionale che fornisce tuttavia indirizzi, linee guida e indicazioni

COPIA
NON
VALIDA



generali di aree a rischio da verificare come prima detto, nonché supporto nella gestione dell'emergenza anche con l'attivazione del volontariato.

A tal riguardo, è utile ribadire che il **Sindaco**, in qualità di responsabile locale di protezione civile, e i responsabili a vario titolo delle altre Amministrazioni preposte ad assicurare le azioni di mitigazione dei rischi possono **attivare Fasi Operative più severe di quelle correlate ai livelli di allerta indicati nell'Avviso Idro**.

4.4 - STRATEGIE DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE

I contenuti del Piano di protezione civile devono essere resi noti alla popolazione affinché venga diffusa la consapevolezza della vulnerabilità del territorio e avviato un percorso culturale, anche mediante esercitazioni, che miri alla conoscenza delle misure di auto-protezione (buone pratiche) ritenute utili per evitare comportamenti che mettano a repentaglio beni e vite umane quali, ad esempio:

- informarsi, presso l'amministrazione, quali sono i rischi di natura idrogeologica e idraulica del territorio in cui si abita; chiedere in visione il piano di protezione civile;
- prestare attenzione alle indicazioni fornite dalle autorità e dai mezzi di comunicazione;
- non sostare o transitare sui ponti o lungo gli argini o le rive di un corso d'acqua in piena;
- non sostare o transitare in aree soggette a esondazioni o allagamenti anche in ambito urbano;
- non tentare di arginare la massa d'acqua – spostarsi ai piani superiori;
- non percorrere un passaggio a guado o un sottopassaggio durante e dopo un evento piovoso, soprattutto se intenso, né a piedi né con un automezzo;
- allontanarsi dai luoghi se si avvertono rumori sospetti riconducibili all'edificio (scricchiolii, tonfi) o se ci si accorge dell'apertura di lesioni nell'edificio;
- allontanarsi dai luoghi se ci si accorge dell'apertura di fratture nel terreno o se si avvertono rimbombi o rumori insoliti nel territorio circostante (specialmente durante e dopo eventi piovosi particolarmente intensi o molto prolungati);
- nel caso si debba abbandonare l'abitazione, chiudere il gas, staccare l'elettricità e non dimenticare l'animale domestico, se presente;
- non sostare al di sotto di una pendice rocciosa non adeguatamente protetta (sempre) o argillosa (durante e dopo un evento piovoso);
- allontanarsi dalle spiagge, dalle coste, dai moli durante le mareggiate e in caso di allerta tsunami;
- non sostare, non curiosare in aree dove si è verificata una frana o un'alluvione: possono esserci rischi residui e si ostacola l'operazione dei tecnici e dei soccorritori;
- avvisare il Comune e i suoi Uffici, le sale operative provinciali e regionali, etc, di ogni rischio di cui viene a conoscenza.

4.5 - LA CONDIVISIONE CON GLI ENTI LOCALI LIMITROFI

La pianificazione di protezione civile deve tenere conto del contesto geografico: un territorio amministrativo non è un'isola. Pertanto, è fortemente raccomandato un dialogo conoscitivo e, all'occorrenza, l'integrazione delle informazioni e il raccordo delle azioni di prevenzione con le amministrazioni che gestiscono, a diverso titolo, i territori vicini.

Il dirigente generale del Dipartimento regionale della protezione civile: COCINA

(2023.36.1983)103

COPIA TRATTA
NON VALIDA

La *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Pusante Alfonso - via Barone Francesco Celsa, 33.

BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali

Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).

BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Edicola "Scilipoti" di Stroschio Agostino - via Catania, 13.

CASTELVETRANO - Cartolibreria Marotta di Parrino V. & Valerio N. s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.

CATANIA - Libreria La Paglia - via Etna, 393/395.

MODICA - Baglieri Laura - corso Umberto I, 458/460.

PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Bottega della Carta"

di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11.

PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armanca Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.

RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.

SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.

SIRACUSA - Cartolibreria Zimmitti s.r.l. unipersonale - via Necropoli Grotticelle, 25/O.

TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 350.

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2023

PARTE PRIMA

I)I Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale

— annuale	€ 81,00
— semestrale	€ 46,00

II)I Abbonamento ai fascicoli ordinari, inclusi i supplementi ordinari e l'indice annuale:

— soltanto annuale	€ 208,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento annuale (abbonamento semestrale non previsto)	€ 23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale (versione cartacea)	€ 166,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento annuale (solo on-line)	€ 133,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (versione cartacea)	€ 91,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (solo on-line)	€ 73,00 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 3,50 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,00 + I.V.A. ordinaria

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni facciata

€ 0,15 + I.V.A. ordinaria

Per l'estero i prezzi di abbonamento e vendita sono il doppio dei prezzi suddetti

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente**, deve essere versato, a mezzo **bollettino postale**, sul c/c postale n. 00296905 intestato alla "Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana - abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione (in atto, UNICREDIT), indicando nella causale di versamento per quale parte della Gazzetta ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione della Gazzetta non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonamenti od acquisti di copie o fotocopie della Gazzetta deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nella quietanza rilasciata dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione del Codice Univoco, delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dell'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, se concernenti l'intero anno, dal 1° gennaio al 30 giugno se relativi al 1° semestre e dal 1° luglio al 31 dicembre, se relativi al 2° semestre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati ed esauriti o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre e entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.a. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della Gazzetta.

L'invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione di una etichetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

Si fa presente che, in atto, l'I.V.A. ordinaria viene applicata con l'aliquota del 22%.

AVVISO Gli uffici della Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 15,45 alle ore 17,15. Negli stessi orari è attivo il servizio di ricezione atti tramite posta elettronica certificata (P.E.C.).

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *condirettore e redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione