

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	MARIO NICOLA FRANCESCO ALPARONE	
Direttore Sanitario	GLORIA CHIOZZA	
Responsabile Aziendale Qualità	ANNA MESTO	
Referente Indicatori R.O.	PATRIZIA BERGESE BOGLIOLO	
Coordinatore CAS aziendale	MIRELLA GAVAZZA	
Referente medico	FEDERICA BRUSA	
Referente infermieristico	MIRELLA GAVAZZA	
Referente amministrativo	CINZIA TREVISANI	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	FRANCO TESTORE	
Rappresentante utenza/ cittadini	<i>Equipe Locale di Empowerment 3° Settore</i> AVO CITTADINANZA ATTIVA VAO	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle d'Aosta	OSCAR BERTETTO	

Data di approvazione	Dicembre 2016 (1°) Luglio 2017 (2°) Novembre 2018 (3°)
Periodicità di revisione	BIENNALE
Data prossima revisione	Novembre 2020
Modalità di diffusione interna	<i>Diffusione ai Componenti GIC, Direttori e Coordinatori delle Strutture coinvolte; Pubblicazione su AREA Intranet aziendale in Sistema Gestione Qualità (SGQ)</i>
Modalità di diffusione esterna	<i>Internet (sito Rete Oncologica); Invio del documento alla Direzione di Distretto e confronto con Responsabili Equipe MMG</i>
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

Composizione GIC

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

GIC TUMORI DEL COLON RETTO

ASL AT - Ospedale Cardinal Massaia

C.so Dante, 202 - 14100 Asti

REFERENTE:

Mario Grassini – Gastroenterologia

mario.grassini@gmail.com

Tel 0141/489954 - 5275

Strutture	Componenti	Referente	e.mail
Gastroenterologia	Mario Grassini	Mario Grassini	MGrassini@asl.at.it
	Edda Battaglia**		EBattaglia@asl.at.it
Chirurgia	Vincenzo Sorisio	Vincenzo Sorisio	VSorisio@asl.at.it
Chirurgia Infermiere	Elisabetta Castagna*		Ecastagna@asl.at.it
	Elisa Bosia	Elisa Bosia	Ebosia@asl.at.it
Anatomia Patologica	Luisa Ferrari	Luisa Ferrari	lferrari@asl.at.it
Radiologia	Matteo Garruso	Matteo Garruso	MGarruso@asl.at.it
Radioterapia Radioterapia Infermiere *	Mario Galliano	Mario Galliano	MGalliano@asl.at.it
	Antonella Borza *		aborza@asl.at.it
Oncologia Oncologia Infermiere	Claudio Lanfranco	Claudio Lanfranco	CLanfranco@asl.at.it
	Patrizia Carretto *		Pcarretto@asl.at.it
Centro Stomie Infermiere	Cristina Valle		CValle@asl.at.it
	Valentina Durizzotto**		VDurizzotto@asl.at.it
	Nadia Calosso**		NCalosso@asl.at.it
Cure palliative* Cure palliative* Infermiere	Francesco Pinta*	Francesco Pinta	fpinta@asl.at.it
	Elena Scarrone*		EScarrone@asl.at.it
CAS CAS Infermiere	Federica Brusa	Federica Brusa	fbrusa@asl.at.it
	Mirella Gavazza	Mirella Gavazza	MGavazza@asl.at.it
	Sara Martina**		smartina@asl.at.it
Dietologia*	Stefania Bianchi*	Stefania Bianchi	sbianchi@asl.at.it
	Giulia Morando**		gimorando@asl.at.it
Psicologia*	Ilaria Lombardi*	Ilaria Lombardi	ILombardi@asl.at.it

In tutti i GIC, per la gestione dei farmaci "innovativi" , i riferimenti sono:

Strutture	Componenti	Referente	e.mail
Farmacia*	Anna Maria Toffano*	Anna Maria Toffano	AToffano@asl.at.it
	Michela Colombo **		MColombo@asl.at.it

* Discipline che intervengono al GIC a chiamata

** Componenti supplenti

GIC - regolamento

Coordinatore	MARIO GRASSINI, Gastroenterologia, MGrassini@asl.at.it
Segreteria	<i>Vedi PDTA CAS</i>
Sede dell'incontro	<i>Vedi PDTA CAS</i>
Periodicità dell'incontro e orario	Quindicinale Lunedì ore 14,30
Modalità di refertazione	<i>Vedi PDTA CAS</i>
Descrizione sintetica del funzionamento	<i>Vedi PDTA CAS</i>

Descrizione del percorso assistenziale	<p><i>Modalità di presa in carico della persona/famiglia nel passaggio dal CAS al GIC (per la fase precedente fare riferimento al PDTA CAS)</i></p> <p>I referenti infermieristici individuati dalla Struttura, fanno parte del GIC e sono l'interfaccia del CAS centrale/CAS satelliti . Partecipano al GIC segnalando le fragilità del paziente e familiari riscontrate durante la valutazione infermieristica e collaborano per la presa in cura del paziente garantendo la continuità assistenziale. A tal fine curano il passaggio di comunicazioni tra le varie équipe e all'interno della propria équipe assistenziale, garantendo il rispetto delle tempistiche e delle implicazioni previste dallo specifico PDTA. Nel caso di chemioterapia, valutano il patrimonio venoso ed organizzano nei tempi indicati l'impianto di dispositivo più adeguato per tipo di terapia, condizioni e compliance del paziente.</p>
--	---

Contesto epidemiologico e clinico

Descrizione del bacino di utenza	ASL AT: n.106 comuni su un totale di 118
Numero di abitanti del bacino di utenza	202.909 (sito ASL a giugno 2018)

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia COLON- Neoplasia RETTO - Neoplasia ANO
ESOFAGO - STOMACO, FEGATO, PANCREAS E VIE BILIARI,

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Il carcinoma del colon-retto (CCR) rappresenta la seconda causa di morte per tumore sia tra gli uomini che tra le donne. Si stima che ogni anno in Piemonte si ammalino circa 2700 persone, che il numero di soggetti con Neoplasia del Colon Retto (NCR) sia di circa 20.000 ed il numero di decessi di circa 1400. [Costa 1997, Registro Tumori Piemonte]. Le probabilità di guarigione aumentano in modo considerevole se la malattia è diagnosticata e, di conseguenza trattata, quando è ancora allo stadio iniziale. In Italia è stato messo a punto un programma di screening per il tumore del colon retto che le autorità sanitarie stanno estendendo a tutto il Paese

Il **programma di screening** è rivolto a persone con età superiore a 50 anni e prevede la ricerca di sangue occulto nelle feci e l'eventuale effettuazione di colonscopia per i soggetti con SOF positività. Il modello di screening del Piemonte prevede la chiamata per le coorti dei soggetti di 58 anni per l'esecuzione della sigmoidoscopia una tantum. Se il paziente non risponde alla chiamata riceverà un sollecito e, solo nel caso di mancata risposta viene avviato alla ricerca SOF da ripetere ogni due anni. I pazienti positivi alla sigmoidoscopia per polipi ad alto rischio e ed i pazienti positivi al SOF vengono avviati alla Colonscopia di II° livello. Tale programma è attivo in tutto il Piemonte dal 2004-2005.

Si sottolinea l'importanza della colonscopia per le possibilità diagnostiche e terapeutiche delle lesioni neoplastiche iniziali.

Il paziente affetto da Neoplasia del Colon Retto arriva all'osservazione del CAS generalmente dopo l'esecuzione di Colonscopia, sia in regime ambulatoriale che in ambito di screening. Alcuni pazienti possono essere segnalati al CAS dopo prima visita all'ambulatorio gastroenterologico / chirurgico con invio dal Medico di Medicina Generale (MMG).

La visita CAS viene registrata sul software Ok-Dh Oncologia. Vengono prescritti gli esami necessari per la stadiazione del tumore:

- TAC ADDOME TOTALE
- RX TORACE
- ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE (SE TAC DUBBIA)
- MARCATORI TUMORALI

Per la stadiazione iniziale del carcinoma del retto sono necessari:

- ECOENDOSCOPIA
- TAC ADDOME
- RX TORACE
- MARCATORI TUMORALI
- RMN (per la definizione di retto intra /extraperitoneale, stadiazione N, fascia perirettale secondo LG AIOM 2017)

Segnalare con A (assistenziale) nelle diverse descrizioni sintetiche, eventuali specificità assistenziali (per es presenza enterostomista, dietista, logopedista, ecc...)

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (<i>modalità di prenotazione indicata in PDTA CAS</i>)	Tempi previsti di accesso
Presenza di sangue occulto nelle feci	COLONSCOPIA CON EV. BIOPSIA	Prenotazioni Cup e Farmacie	Tempi: 60 gg. E' prevista comunque una prassi che consente una corsia preferenziale di accesso, con tempi di attesa molto ridotti, per i casi con urgenza documentata. Si seguono anche le indicazioni regionali per la codifica dell'urgenza nella risposta alle richieste di visite e/o prestazioni.

Presenza lesioni endoscopicamente sospette	PRELIEVO BIOPTICO IN CORSO DI ENDOSCOPIA ED INVIO DEL MATERIALE PER ESAME ISTOLOGICO	Accesso diretto da ambulatorio	Il materiale viene inviato in giornata presso l'Anatomia patologica. L'esame istologico inviato come urgente viene refertato dalla S.C Anatomia Patologica entro 4 gg lavorativi
Istologia positiva per neoplasia colon /retto	RX TORACE	- S.O.C. Radiologia (piano -1)	Accesso diretto
	TAC ADDOME (TOTALE per k colon)	- S.O.C. Radiologia (piano -1)	10 gg
Paziente con K colon e TAC dubbia	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	- S.O.C. Radiologia (piano -1)	10gg
Istologia positiva per neoplasia retto	ECOENDOSCOPIA	Pren. telefonica da parte del CAS dell'ecoendoscopia (A) (Molinette/Mauriziano)	
Istologia positiva per neoplasia colon /retto	MARCATORI TUMORALI (TEST BIOMOLECOLARI)	- SC Anatomia patologica Laboratorio di Patologia Molecolare ASO Alessandria - Autoimpegnativa -Invio di blocchetto con tessuto da parte dell'Anatomia Patologica di Asti previa valutazione dell'idoneità	L'invio è concomitante alla refertazione.
Casi indicati da LG AIOM con k retto per acquisire ulteriori informazioni su T e N	RMN	- S.O.C. Radiologia (piano -1)	10 gg

Trattamento del materiale bioptico prelevato in corso di endoscopia

In corso di endoscopia possono essere sottoposte prelievo bioptico le lesioni che presentino caratteristiche di sospetto. Il materiale viene inviato in Anatomia Patologica per l'esame istologico, previa fissazione con formalina in contenitore con sistema di sicurezza per la Formalina. Il materiale viene descritto macroscopicamente e, dopo processazione, viene incluso in paraffina e vengono allestite sezioni istologiche, colorate per la visione al microscopio. La sezione viene esaminata al microscopio dal patologo in singolo o con revisione collegiale e da tale esame risulta un referto riportante i parametri di rischio metastatico secondo linee guida.

Trattamento endoscopico

Sono definiti adenomi cancerizzati quelli in cui si può accertare l'infiltrazione neoplastica della sottomucosa in assenza di interessamento della tonaca muscolare propria (pT1). Il referto istologico di un adenoma cancerizzato deve riportare i parametri che definiscono il rischio metastatico (basso rischio: 2 -18%; alto rischio: 20%): $\frac{35}{17}$ Grado di differenziazione del carcinoma (G1-G2 vs G3-G4) $\frac{35}{17}$ Presenza o assenza di invasione linfovaskolare $\frac{35}{17}$ Stato del margine di resezione endoscopica (cellule carcinomatose a meno di 1 mm e/o comprese nella banda di diatermocoagulazione) $\frac{35}{17}$ Sarebbe consigliabile disporre anche del "budding" tumorale (assente o presente; basso vs alto grado). La presenza di anche uno solo dei parametri

di rischio indica un alto potenziale metastatico della lesione e costituisce indicazione al trattamento chirurgico.

Lo sviluppo delle tecniche endoscopiche hanno permesso di trattare in modo radicale (mucosectomie, Endoscopy Submucosal Dissection) lesioni To – T1.

L'endoscopista provvede a marcare con inchiostro di china il punto di escissione del polipo. (Livello di evidenza 4) [74 [Rickert, 1979 #666, 75] [75]

Descrizione sintetica dei trattamenti

Dall'esito degli esami effettuati è possibile definire lo stato di avanzamento della malattia secondo i seguenti 4 livelli:

- STADIO I : il tumore è circoscritto all'interno della parete intestinale
- STADIO II : il tumore ha invaso tutta la parete intestinale, ma i linfonodi sono indenni
- STADIO III : il tumore ha invaso uno o più linfonodi localizzati vicino all'intestino
- STADIO IV : il tumore si è diffuso ad altri organi (ad es. fegato, polmone,..)

Il caso è discusso in sede GIC che deve valutare il corretto percorso diagnostico terapeutico.

Si propone l'indicazione chirurgica in base alle condizioni generali del pz. e l'indicazione alla eventuale radio / chemioterapia preoperatoria per pazienti con K retto.

L'iter terapeutico chirurgico, in caso di lesione operabile del colon può prevedere: Emicolectomia destra, Resezione del colon trasverso, Emicolectomia sinistra, Resezione del sigma, Resezione colica segmentaria (a scopo palliativo)

L'iter terapeutico chirurgico in caso di lesione operabile del retto può prevedere: Resezione anteriore del retto, Resezione del retto con colo-ano anastomosi, Resezione del retto per via addominoperineale (Intervento di Miles), Escissione locale.

(A) Se il paziente è anche solo potenzialmente candidato ad una stomia, l'enterostomista sceglie la sede della stomia preoperatoriamente.

la linfadenectomia loco-regionale prevede l'asportazione di un adeguato numero di linfonodi (almeno 12).

In caso di K retto è valutata la possibilità di effettuare radio/ chemioterapia preoperatoria allo scopo di ridurre le dimensioni del tumore e facilitarne l'asportazione chirurgica. In questo modo si evita anche la necessità di colostomia permanente. La valutazione dei casi è effettuata a livello GIC.

La **rilevazione e la gestione del dolore** sono costantemente monitorati al pari degli altri segni vitali

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (<i>modalità di prenotazione indicata in PDTA CAS</i>)	Tempi previsti di accesso
Neoplasie colon destro-trasverso e flessura splenica	emicolectomia destra e emicolectomia destra allargata al trasverso o al colon discendente prossimale	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)	10-15 gg dal GIC
Neoplasie colon destro-trasverso e flessura splenica con ileo dilatato	emicolectomia destra e emicolectomia destra allargata al trasverso o al colon discendente prossimale. Scarico e detersione dell'ileo	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)	10-15 gg dal GIC
Neoplasie Colon sinistro e giunto retto-sigma -	emicolectomia sinistra con lavaggio del colon al tavolo operatorio (Washout) ; anastomosi se non	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)	10-15 gg dal GIC

pareti integre e ben vascolarizzate	esiste rischio di deiscenza dell'anastomosi.		
Neoplasie Colon sinistro e giunto retto-sigma - pareti integre e ben vascolarizzate	emicolectomia sinistra con lavaggio del colon al tavolo operatorio (Washout) e ileostomia se rischio di deiscenza dell'anastomosi	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)	10-15 gg dal GIC
Neoplasie Colon sinistro e giunto retto-sigma con edema intestinale, vascolarizzazione precaria, perforazione del cieco	colectomia subtotale con anastomosi tra l'ileo-colica o ileo-rettale	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)	10-15 gg dal GIC
Neoplasie retto senza occlusione intestinale e tumore non avanzato	Resezione del retto con colo-ano anastomosi o escissione locale, o intervento di Miles	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)	10-15 gg dal GIC
Neoplasie retto con occlusione intestinale (raro) o avanzato (T3-4, N0-2, o qualunque T con N≠ 0	chemioterapia preoperatoria (valutazione GIC)	S.O.C. Oncologia (piano 0)	15 gg dal GIC
Neoplasie retto con occlusione intestinale (raro) o avanzato (T3-4, N0-2, o qualunque T con N≠ 0	Radioterapia preoperatoria (valutazione GIC)	S.O.C. Radioterapia (piano -1)	Visita RT entro 7 giorni dal GIC, inizio terapia entro 20 gg
Neoplasie colon / retto con stenosi	Posizionamento di endoprotesi auto espandibile bridge to surgery	S.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva piano -1	7 giorni

Esame intraoperatorio del campione chirurgico

In corso di intervento il chirurgo può richiedere un esame intraoperatorio mirato a modificare le procedure dell'intervento stesso. L'esame viene richiesto in caso di dubbio sulla possibile infiltrazione neoplastica di un margine chirurgico oppure per valutare della profondità di infiltrazione della neoplasia ed eventuale interessamento di strutture adiacenti.

Esame post-operatorio del campione chirurgico

Il campione chirurgico perviene all'Anatomia Patologica generalmente a fresco, conservato con sistema di sottovuoto. Viene poi descritto secondo parametri standardizzati e campionato secondo le linee guida. Analogamente ai procedimenti cui viene sottoposto il materiale biotico, le sezioni sono sottoposte a procedimenti sequenziali che permettono poi di ottenere una sezione istologica che viene esaminata al microscopio. L'esame delle sezioni istologiche permette di stilare un referto che riporta i principali parametri biologici caratterizzanti la neoplasia secondo le linee guida.

Trattamento post chirurgico

I pazienti sottoposti a chirurgia del colon-retto in assenza di complicanze vengono generalmente dimessi in VIII-X giornata postoperatoria. Il GIC discute il caso anche alla luce del referto istologico definitivo per il proseguimento delle cure ed il CAS programma il follow up oncologico. Tutti i pazienti in stadio III sono candidati alla chemioterapia adiuvante, che ha dimostrato un aumento di sopravvivenza a 5 anni di circa il 6%.

La chemioterapia deve essere iniziata entro 8 settimane dall'intervento chirurgico radicale

Tutti i pazienti eleggibili a chemioterapia sono sottoposti al trattamento con Oxaliplatino, 5-fluorouracile ed acido folico, impiegando lo schema ibrido FOLFOX 4 per 12 cicli (6 mesi)

Per pazienti non giudicati eleggibili al trattamento con FOLFOX, o per pazienti con rischio meno elevato è previsto un trattamento con 5-fluorouracile bolo ed acido folico. Oppure, in caso di coinvolgimento linfonodale N1 microscopico e fattori prognostici favorevoli, può essere indicato l'impiego di chemioterapia orale con CAPECITABINA per 6 mesi. Per il trattamento del tumore in stadio avanzato è previsto anche l'impiego di Bevacizumab, anticorpo monoclonale che interferisce con lo sviluppo dei vasi sanguigni che forniscono ossigeno alle cellule, impedendone in questo modo la crescita.

Trattamento chemioterapico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (A) comunicazione secondo valutazione GIC)	Tempi previsti di accesso
Paziente con carcinoma stadio III eleggibili al trattamento con FOLFOX	Oxaliplatino, 5-fluorouracile ed acido folico per 6 mesi – 12 cicli	S.O.C. Oncologia (piano 0)	15 gg
Paziente con carcinoma stadio III non eleggibili al trattamento con FOLFOX, o rischio meno elevato	Fluorouracile in bolo ed acido folico.	S.O.C. Oncologia (piano 0)	15 gg
Paziente con carcinoma stadio III con coinvolgimento linfonodale N1 microscopico e fattori prognostici favorevoli,	CAPECITABINA per os per 6 mesi	S.O.C. Oncologia (piano 0)	15 gg
Paziente con carcinoma stadio IV	Bevacizumab	S.O.C. Oncologia (piano 0)	15 gg

Trattamento Radioterapico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (vedere PDTA CAS)	
<i>Paziente con carcinoma stadio III oppure pT3pN0 eleggibili al trattamento radioterapico post operatorio</i>	<i>Radioterapia – si attende la conclusione della terapia chemioterapica negli stadi III; si attende la sola guarigione chirurgica nei pT3pN0 non chemiotrattati</i>	S.O.C. Radioterapia (piano -1)	RADIOTERAPIA In base ai tempi di guarigione della ferita chirurgica. Si richiede all'interno del GIC la consulenza RT. Tempi: visita RT 8 gg dalla richiesta salvo complicanze chirurgiche

Follow up – paziente con carcinoma del colon e del retto

Il follow-up dei pazienti con carcinoma coloretale viene correntemente applicato allo scopo di:

- Diagnosi di recidiva/metastasi in fase precoce, tale da consentire una cura in grado di migliorare la sopravvivenza del paziente
- Sorveglianza per le neoplasie metacrone
- Supporto psicologico per il paziente (rassicurazione, considerando però il rischio di ottenere invece effetto opposto di ansia per l'esecuzione dell'esame)

Durante il percorso di follow up il paziente viene inoltre affiancato e seguito con counselling infermieristico e del dietista rispetto alla adozione di corretti stili di vita (progetto Fucsam) finalizzati alla prevenzione delle recidive e all'empowerment delle sue abilità nella gestione giornaliera della patologia.

Qualora ci si trovi in una condizione di malattia in stadio avanzato che non risponde più alle terapie, il paziente sarà inviato al Servizio di Cure Palliative

FOLLOW UP

Procedura	PAZIENTI CON K COLON	PAZIENTI CON K RETTO	Dove viene svolta
	Periodicità	Periodicità	
1° controllo chirurgico	4 giorni dopo dimissione per valutazione paziente, ferita, terapie, rimozione punti sutura (se non effettuato prima)	4 giorni dopo dimissione per valutazione paziente, ferita, terapie, rimozione punti sutura (se non effettuato prima))	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)
2° controllo chirurgico	30 giorni dopo dimissione per valutazione paziente, ferita, terapie, comunicazione esame istologico, consegna esame istologico e relazione riassuntiva con pianificazione del follow up	30 giorni dopo dimissione per valutazione paziente, ferita, terapie, comunicazione esame istologico, consegna esame istologico e relazione riassuntiva con pianificazione del follow up	S.O.C. Chirurgia Generale (piano 2)
Esame clinico	ogni 3 mesi per i primi due anni, ogni 6 mesi per i tre anni successivi, quindi una volta l'anno fino a dieci anni dall'intervento.	ogni 3 mesi per i primi due anni, ogni 6 mesi per i tre anni successivi, quindi una volta l'anno fino a dieci anni dall'intervento.	ONCOLOGIA
Marcatore tumorale CEA	ogni 3 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi per i tre anni successivi, quindi una volta l'anno fino a dieci anni all'intervento,	ogni 3 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi per i tre anni successivi, quindi una volta l'anno fino a dieci anni all'intervento	S.O.C. Oncologia (piano 0)
RETTOSCOPIA		ogni 6 mesi per i primi due anni	S.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (piano -1)
COLONSCOPIA	Entro sei mesi dal trattamento chirurgico se non è stata eseguita pancoloscopia prima dell'intervento; a 1 anno dall'intervento ed in caso di esito negativo, ripetuta a 3 anni dall'intervento e ogni 5 anni dall'intervento	a 1 anno dall'intervento e, in caso di esito negativo, ripetuta a 3 e ogni 5 anni dall'intervento	S.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (piano -1)
ECOGRAFIA	ogni 6 mesi per i primi due anni,	ogni 6 mesi per i primi due anni,	- S.O.C. Radiologia

	quindi ogni 12 mesi per i successivi tre anni	quindi ogni 12 mesi per i successivi tre anni	(piano -1)
TAC ADDOME	Dopo ecografia dubbia, come esame di seconda istanza	Dopo ecografia dubbia, come esame di seconda istanza	- S.O.C. Radiologia (piano -1)
RX TORACE	solo in casi giudicati a maggior rischio di recidiva, con la stessa cadenza dell'ecografia dell'addome.	solo in casi giudicati a maggior rischio di recidiva, con la stessa cadenza dell'ecografia dell'addome.	- S.O.C. Radiologia (piano -1)
Visita radioterapica (solo per pazienti radiotrattati)	2 – 4 mesi dopo fine della radioterapia e ogni 6 mesi per 1 anno, ogni 8 mesi nel 2° e 3° anno ogni anno fino al 10° anno dall'intervento	2 – 4 mesi dopo fine della radioterapia e ogni 6 mesi per 1 anno, ogni 8 mesi nel 2° e 3° anno ogni anno fino al 10° anno dall'intervento	S.O.C. Radioterapia (piano -1) Prenotazione da parte della radioterapia al termine del trattamento e ad ogni visita prenotazione della successiva.

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Consegna della programmazione del follow up	SI MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI/ Il CAS, ricevuta la richiesta (da MMG o dal Paziente), attiva i contatti con gli specialisti. In alternativa il paziente può rivolgersi direttamente all'oncologia o al reparto in cui è stato maggiormente seguito, per richiedere una visita specialistica.</i>