Responsabilità

Nel caso di PDTA di area saranno indicate le Direzioni di tutte le Aziende coinvolte nel percorso

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Antonino Sottile	
Direttore Sanitario	Piero Fenu	
Dirigente Servizio Infermieristico e Tecnico	Rosella Marchese	
Coordinatore GIC aziendale	Dario Ribero	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Piero Fenu	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta	Oscar Bertetto	

Data di approvazione	Marzo 2017_ Revisione Novembre 2018
Periodicità di revisione	Annuale(<i>salvo significative innovazioni di carattere scientifico, giuridico-organizzativo o riforme regionali</i>)
Data prossima revisione	Novembre 2019
Modalità di diffusione interna	<ul style="list-style-type: none"> - Sito Intranet - Server Istituzionale - Invio mezzo e-mail a tutti i componenti il GIC - Copia cartacea presso la Direzione Sanitaria
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

Strutture	Referente	Firma
<i>Chirurgia Oncologica</i>	Dario Ribero	
<i>Chirurgia Oncologica</i>	Alfredo Mellano	
<i>Chirurgia Oncologica</i>	Armando Cinquegrana	
<i>Radioterapia</i>	Elena Delmastro	

<i>Medicina Nucleare</i>	Teresio Varetto	
<i>Medicina Nucleare</i>	Simona Cauda	
<i>Oncologia</i>	Massimo Aglietta	
<i>Oncologia</i>	Francesco Leone	
<i>Oncologia</i>	Renato Ferraris	
<i>Anatomia Patologica</i>	Alberto Pisacane	
<i>Radiodiagnostica</i>	Daniele Regge	
<i>Radiodiagnostica</i>	Delia Campanella	
<i>Radiodiagnostica</i>	Antonio Manca	
<i>Radiodiagnostica</i>	Ilaria Bertotto	
<i>Radiodiagnostica</i>	Gabriele Chiara	
<i>Terapia antalgica e Cure Palliative</i>	Maria Enrica Cruto	
<i>Endoscopia</i>	Teresa Staiano	
<i>Psicologo</i>	Manuela Manfredi	
<i>Dietista</i>	Paola D'Elia	
<i>Dietologa</i>	Marilena Rinaldi	
<i>Chirurgia Toracica</i>	Claudio Mossetti	
<i>Infermiere</i>	Pasqualina Demasi	

GIC - regolamento

Coordinatore	Dario Ribero Direttore Programma di Chirurgia Epatobiliopancreatica e Coloretale; Tel 0119933066; dario.ribero@ircc.it
Segreteria	Centro Unificato Prenotazioni IRCCS 011/9933777 (Coordinamento dei processi di prenotazione e rispetto delle tempistiche di prenotazione)
Infermiere GIC di riferimento	Pasqualina De Masi 011/9933069
Sede dell'incontro	Consulti Interdisciplinari GIC: Aula Gallo-Orsi V piano Visite Interdisciplinari GIC: Radioterapia piano terra Riunioni Organizzative GIC: Biblioteca di Istituto
Periodicità dell'incontro e orario	Consulti Interdisciplinari GIC (senza paziente): Settimanale, Martedì ore 15.00-16:00 Visite Interdisciplinari GIC (con paziente): Settimanale, Martedì ore 14.00-15.00 Riunioni Organizzative GIC: semestrali
Modalità di refertazione	Consulti Interdisciplinari GIC: cartella clinica informatizzata (TABULA) Visite Interdisciplinari GIC: programma di refertazione informatizzato di Istituto (TABULA) Riunioni Organizzative GIC: Verbale
Descrizione sintetica del funzionamento	- Discussione dei casi clinici afferiti al CAS in cui esistano opzioni e percorsi terapeutiche differenti e multimodali (Consulto Interdisciplinare GIC /visita di rivalutazione complessiva) - Discussione condivisa casi clinici già sottoposti a trattamento chirurgico da sottoporre ad eventuale terapia adiuvante (Consulto Interdisciplinare GIC postoperatorio) - Discussioni periodiche di carattere organizzativo per aggiornamento dei percorsi diagnostici terapeutici (es. procedure di diagnosi, stadiazione e terapia e relative tempistiche) e di aggiornamento scientifico e di ricerca clinica (Riunioni Organizzative GIC)

Lo specialista che per primo visita un paziente consospetta neoplasia coloretale:

- Referta una **visita specialistica CAS** (*Se il paziente è inviato dal Servizio CAS IRCCS, ovvero esiste già una visita CAS precedente, lo specialista GIC referterà una **visita specialistica prima***)

- Valuta se il paziente sia eleggibile per l'offerta di cura in IRCCS. Se decide per la presa in carico, lo specialista:

- Raccoglie l'anamnesi del paziente, prende visione e riportagli accertamenti inerenti già effettuati presso altre strutture ed eventualmente li trattiene per sottoporli a rivalutazione presso il Servizio di Radiologia IRCCS; qualora ritenga necessaria una revisione anatomopatologica invita il paziente a consegnare i preparati citoistologici ottenuti in altra sede presso la Segreteria della Divisione di Anatomia Patologica corredati da impegnativa per "revisione preparati citoistologici". Inoltre lo specialista sottopone il paziente a visita clinica, indica sul referto le ulteriori indagini diagnostiche necessarie, consegna copia dello stesso al paziente e segnala il nominativo del paziente e le eventuali indagini da effettuare all'Infermiera Referente CAS (tramite copia cartacea del referto della visita CAS o segnalazione via mail istituzionale con allegato referto).
- Può consegnare al paziente, unitamente al referto della visita, il certificato di esenzione (con codice di esenzione numero 048). Il certificato è valido anche in assenza di esame istologico (sospetto clinico di neoplasia). In questo caso ha validità di 3 mesi.
- Compila il modulo di inserimento in PDTA (vedi procedura approvata e depositata in Direzione Sanitaria - Allegato modulo inserimento in PDTA) indicando le indagini diagnostiche necessarie, e lo consegna alla segretaria di riferimento, allegando il referto della visita CAS, le impegnative interne (modello 506) per le prestazioni richieste e la modulistica prevista dalle procedure di presa in carico.

Percorso Assistenziale

L'infermiere di riferimento del CAS:

- Coordina gli atti del percorso per la stadiazione, controllandone la tempistica decisa nella visita CAS.
- Fornisce le informazioni sulle preparazioni e modalità di esecuzione degli esami di stadiazione.
- Valuta il paziente e compila l'apposita documentazione, incluse le schede di presa in carico, previste dalla Rete Oncologica:
 1. **scheda di valutazione del dolore**, prevede l'uso della scala NRS (Numeral Rating Scale); se necessario viene attivato il servizio di terapia del dolore (vedi Appendice II)
 2. **scheda per la valutazione di accesso ai servizi Psicosociali** in cui vengono rilevati lo stato d'ansia e le fragilità psicosociali in relazione ad aspettative di vita e ai trattamenti previsti potenzialmente invalidanti; se necessario, previo consenso della persona assistita, attiva lo psicologo e/o assistente sociale.
 3. **scheda di individualizzazione delle fragilità** ed eventuale attivazione del "Progetto Protezione Famiglia" quando siano presenti minori o importanti fragilità del nucleo familiare (handicap gravi)
 4. **scheda di valutazione geriatrica**: G8 per i pazienti con diagnosi di neoplasia con età ≥ 75 .
- Valuta tutti i pazienti per identificare e trattare il rischio di malnutrizione sia per difetto sia per eccesso, utilizzando il 'MUST': ('Malnutrition Universal Screening Tool' Strumento di screening universale della malnutrizione) così da garantire l'assistenza nutrizionale più adeguata. I pazienti malnutriti affetti da sindrome metabolica vengono segnalati al servizio di Dietologia.
- Inizia un percorso di informazione e/o educazione alla persona assistita e caregiver in merito ai benefici derivanti dal cambiamento di stile di vita come evidenziato dalla letteratura.

Le schede di presa in carico del paziente dovranno essere compilate dal momento del primo accesso del paziente o comunque entro la prima visita GIC.

I dati raccolti **dall'Infermiere di Riferimento CAS** vengono riportati sul programma informatizzato dell'Istituto (TABULA) per poter garantire la continuità assistenziale e la successiva condivisione delle informazioni con l'**Infermiere di Riferimento GIC**.

• **Al termine della fase diagnostica lo Specialista che ha avviato il percorso diagnostico in collaborazione con l'Infermiere di riferimento del CAS, verifica la presenza di tutta la documentazione raccolta e di tutti i referti richiesti e, se indicata, organizza la Visita/Consulto Collegiale Interdisciplinare GIC al fine di delineare la strategia terapeutica da adottare ed indirizzare poi il paziente presso la Divisione designata per la presa in carico e l'avvio dei trattamenti.**

• **L'infermiere di riferimento del GIC**: si occupa degli aspetti organizzativi ed educativi previsti dal percorso definito dalla Visita/consulto Interdisciplinare GIC in fase pre e postoperatoria ed in ogni fase in cui il paziente si riferisca nuovamente al GIC per rivalutazione diagnostico-terapeutica. I contatti tra l'infermiere di riferimento del GIC, gli specialisti GIC e le diverse équipe assistenziali coinvolte vengono mantenuti tramite il sistema informatico (e-mail aziendale) e telefonico.

• **Paziente inviato a trattamento CHIRURGICO:**

Attivazione del Prericovero mediante compilazione da parte dello **Specialista GIC della Divisione** del modulo di attivazione Prericovero che lo consegna alla Segreteria del Reparto. La Segreteria inserisce la paziente in lista d'attesa e invia il modulo di attivazione "prericovero" al Centro Prericoveri.

Prericovero: l'Infermiere del Centro Prericoveri attiva il prericovero attingendo dalla lista d'attesa secondo le priorità d'urgenza, ed illustra le tappe del percorso assistenziale inerenti la fase chirurgica. Al termine di tutti gli accertamenti previsti, ottenuta l'idoneità anestesio-logica, la cartella clinica corredata di anamnesi e di tutti i consensi necessari, viene inviata al reparto.

La Coordinatrice Infermieristica del Reparto conferma telefonicamente ai pazienti la data di ricovero e verifica la comprensione delle informazioni ricevute nella giornata di prericovero.

Ricovero: la Segretaria di reparto accetta e dimette il paziente dal punto di vista amministrativo secondo le procedure dell'Istituto.

L'infermiere di Reparto:

- prende in carico il paziente e si occupa dell'assistenza infermieristica pre- e postoperatoria.
- informa/educa il paziente e/o il caregiver sulla gestione di eventuali terapie da proseguire a domicilio.
- informa/educa il paziente e/o il caregiver sulla gestione domiciliare di un eventuale drenaggio e/o stomie con la finalità di garantire l'autonomia, acquisendo le manovre corrette per prevenire il rischio infettivo e gestire la corretta funzionalità del presidio (drenaggio e/o stomia),
- Prima della dimissione, pianifica la fornitura di eventuali presidi stomali

I medici dell'Equipe effettuano l'intervento chirurgico e seguono il paziente nel postoperatorio, decidono il giorno della dimissione e consegnano una lettera di dimissione in cui sono riassunti gli elementi salienti del ricovero, vengono prescritte le eventuali terapie e indicate le visite postoperatorie o medicazioni (in caso di **necessità di cure domiciliari/dimissione protetta** la continuità assistenziale è garantita attraverso la collaborazione con il medico di medicina generale, con il personale di assistenza sul territorio per la terapia domiciliare o con il curante ed il personale nei servizi di Hospice. In caso di necessità di ricovero in RSA è attivato il servizio di Assistenza Sociale presente in Istituto).

Visita e medicazioni post-ricovero: i pazienti che hanno subito un intervento senza confezionamento di stomie, effettuano le visite e le medicazioni in Ambulatorio. I pazienti che hanno avuto un intervento con confezionamento di stomia, oltre alla visita con il medico chirurgo, effettuano le medicazioni presso l'Ambulatorio dedicato.

Consegna dell'esame istologico: l'esito dell'esame istologico definitivo viene consegnato e discusso con il paziente dal chirurgo alla dimissione se già disponibile, o nel corso di una visita ambulatoriale. Nel caso di pazienti in stadio I con almeno 12 ln reperti o di soggetti con età superiore a 80 anni, viene posta indicazione a follow-up e consegnato lo schema dei relativi controlli. Nel caso di pazienti di età < 80 anni in stadio II-III, o in stadio I con < 12 ln reperti viene prenotata una visita oncologica nel corso della quale viene discussa l'indicazione ad un trattamento sistemico adiuvante. Nel caso di margini positivi il caso viene discusso invece in riunione collegiale (**consulto interdisciplinare GIC postoperatorio**) per decidere utilità di trattamenti postoperatori integrati, in particolare radioterapici.

• Paziente inviato a trattamento CHEMIOTERAPICO (generalmente pazienti in stadio IV):

Qualora il paziente risulti eleggibile a un trattamento chemioterapico +/- agenti biologici lo **Specialista del GIC** convocherà a visita il paziente al quale spiegherà il percorso terapeutico definito e provvederà ad inserire il paziente in lista d'attesa per l'apertura della pratica di Day Hospital/Day Service. **L'infermiere del GIC** provvederà alla valutazione del patrimonio venoso del paziente ed in caso di irreperibilità venosa o di utilizzo di farmaci specifici provvederà alla programmazione del posizionamento di un catetere venoso centrale (l'intervento di posizionamento del CVC è effettuato dal Servizio di Terapia Antalgica). Provvederà inoltre alla programmazione dell'ecocardiogramma ed eventuali ulteriori accertamenti strumentali. **Il personale infermieristico ed amministrativo del Servizio** si occuperà della programmazione degli esami ematici richiesti, degli accessi in Day Hospital/Day Service e della loro comunicazione al paziente. Il paziente preso in carico in regime di Day Hospital/Day Service, si presenterà nei giorni e negli orari comunicati per effettuare gli esami ematici, gli eventuali ulteriori accertamenti strumentali e la visita oncologica. Qualora le condizioni cliniche, l'esame obiettivo e gli esami richiesti lo consentano, il paziente effettuerà la terapia endovenosa. Al termine della terapia endovenosa il paziente viene dimesso a domicilio con una lettera di dimissione che riporta i successivi appuntamenti. **Al termine del programma chemioterapico se ritenuto necessario lo Specialista GIC potrà organizzare una Visita/Consulto interdisciplinare GIC di rivalutazione o inviare il paziente a controlli di follow-up in regime ambulatoriale.**

L'infermiere di Day Hospital (DH) o Day Service (DS): accoglie il paziente che inizia il suo percorso in DH e garantisce la continuità assistenziale rispetto ai precedenti accessi in Istituto, attraverso la piattaforma informatica dalla quale recupera le informazioni assistenziali relative alle eventuali problematiche insorte. Educa il paziente alla corretta gestione del CVC e valuta, ad ogni suo utilizzo, il buon funzionamento o l'insorgenza di eventuali complicanze (infezioni, occlusioni, etc.). È responsabile della gestione degli eventuali stravasi di chemioterapici e monitorizza e controlla l'evoluzione dell'evento nel post trattamento (visite periodiche ed eventuali consulenze con dermatologi). Valuta, mediante appropriate scale di valutazione (per es. Common Toxicity Criteria) il grado degli effetti collaterali della chemioterapia e pianifica gli interventi assistenziali ed educativi per permettere alla persona assistita di gestire tali sintomi. Assiste le persone arruolate in protocolli sperimentali educandole alla partecipazione, tutelandone i diritti e organizzando i percorsi necessari.

• Paziente inviato a trattamento RADIOTERAPICO:

Qualora il paziente risulti eleggibile a trattamento Radioterapico lo **Specialista GIC della Divisione** ed il suo gruppo di lavoro effettueranno una visita di presa in carico: in tale occasione verranno richiesti eventuali esami di approfondimento mirati al trattamento proposto (come la PET di centratura qualora non sia già stata eseguita in stadiazione). Verrà inoltre firmato il consenso informato e concordate le date dell'avvio dei trattamenti.

L'Infermiere del Servizio effettua una valutazione costante degli effetti collaterali conseguenti al trattamento a livello locale e pianifica gli interventi per la gestione degli stessi. È inoltre fundamenta-

l' intervento informativo/educativo rivolto alla persona assistita e caregiver al fine di riconoscere precocemente tali effetti e adottare le strategie utili alla gestione degli stessi.

Controlli durante i trattamenti: Durante il trattamento radioterapico tutti i pazienti saranno visitati almeno una volta alla settimana o secondo le necessità; la tossicità acuta sarà riportata basandosi sulla scala di tossicità RTOG-EORTC. Verranno inoltre richiesti esami ematochimici settimanali o ogni due settimane a seconda dell' associazione con chemioterapia concomitante.

Al termine del programma radioterapico, se ritenuto necessario, lo Specialista GIC potrà organizzare una Visita/Consulto interdisciplinare GIC di rivalutazione o inviare il paziente a controlli di follow-up in regime ambulatoriale.

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili*Specifico per patologia*

Descrizione del bacino di utenza	ASL TO-3, ASL TO-5
Numero di abitanti del bacino di utenza	875.307
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	Carmagnola, Chieri, Pinerolo, San Luigi, Rivoli-Venaria
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	GIC AO Mauriziano GIC ASLTO5 GIC ASLTO3

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasie del colon
Neoplasie del retto
Malattia coloretale metastatica e avanzata

Tumore del colon

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017. In aggiunta alle linee guida AIOM 2017 il gruppo di lavoro stabilisce che verranno utilizzate anche le linee guida regionali e le evidenze scientifiche internazionali più recenti.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
sospetto o diagnosi di neoplasia del colon	- Visita CAS o visita specialistica CAS (Chirurgica Oncologica)	Richiesta: MMG	Max 10 giorni
	- Visita Chirurgica Oncologica prima (se visita CAS già precedentemente eseguita)	Richiesta: CAS Sedi in cui è possibile effettuare la visita e modalità di prenotazione: -IRCCS presso Ambulatorio Chirurgico. Prenotazione diretta o telefonica presso Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS (011/9933777)	Max 10 giorni
stadiazione	Colonscopiatotale TC torace-addome +/- colonoscopia virtuale (se colonoscopia incompleta) RM addome e/o PET total body (su indicazione clinica in caso di stadiazione clinico-radiologica dubbia) CEA, GICA	CAS Impegnative interne	15 giorni per TC 7-15 giorni per PET ogni giorno lavorativo per CEA e GICA

valutazione rischio eredo-familiare	10-100 adenomi riscontrati in colonscopia criteri di Bethesda modificati Riscontro di deficit MMR system su esame istologico	CAS	max 10 giorni
	richiesta di eventuale consulenza genetica	Servizio di Genetica Medica (I piano)	max 25-30 giorni
<p>note: <u>Criteri di Bethesda:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soggetto affetto da CRC di età < 50 anni 2. Presenza di CRC o altri tumori associati alla HNPCC (endometrio, stomaco, ovaio, pancreas, uretere, pelvi renale, vie biliari, cervello, piccolo intestino, adenomi ghiandole sebacee, cheratoacantomi), sincroni e/o metacroni, indipendentemente dall'età 3. CRC con fenotipo MSI-H diagnosticato in soggetto di età < 60 anni 4. Paziente con CRC ed un parente di I grado con tumori associati a HNPCC, con uno dei cancri diagnosticati in età < 50 anni 5. Paziente con CRC con due o più parenti di I o II grado con tumori associati alla HNPCC, indipendentemente dall'età 			
Definizione percorso terapeutico	Visita collegiale GIC solo per il pazienti in stadio IV o nei casi in cui lo specialista GIC riteneva necessario un percorso multimodale- multidisciplinare. I pazienti con tumore del colon cM0 verranno avviati direttamente a chirurgia	CAS o Specialista GIC	Max 7 giorni

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017. In aggiunta alle linee guida AIOM 2017 il gruppo di lavoro stabilisce che verranno utilizzate anche le linee guida regionali e le evidenze scientifiche internazionali più recenti. E' possibile inoltre l'inserimento delle pazienti negli studi clinici presenti in Istituto.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
polipo cancerizzato asportato endoscopicamente	Sufficiente lapolipectomia se non si tratta di High Risk T1	MMG, Chirurgia Servizio di Endoscopia digestiva	4 settimane dalla visita CAS

adenoma/cT1 non asportabile endoscopicamente o High Risk T1, T2, T3 (tumore del colon localizzato ossia cM0)	<p>Resezione chirurgica (cfr Appendice I Chirurgia) con approccio miniinvasivo (laparoscopico o robotico) oppure laparotomico se controindicato un approccio miniinvasivo</p> <p>Tipo di resezione in base alla sede della neoplasia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - colon destro: emicolectomia dx - trasverso: trasversectomia o emicolectomia dx allargata al trasverso - colon sinistro: resezione flessura splenica (colectomia sn alta), emicolectomia sn, resezione del sigma, resezione anteriore alta (sezione del retto intraperitoneale) - FAP: colectomia totale + anastomosi ileo-rettale proctocolectomia totale con anastomosi ileo-anale manuale e pouch ileale 	MMG, CAS, Endoscopia, Oncologia, Chirurgia Oncologica	4 settimane dalla visita CAS
tumore del colon che infiltra altri organi (T4)	resezioni multiviscerali radicali “en bloc”	MMG, CAS, Endoscopia, Oncologia, Chirurgia Oncologica mediante discussione GIC	4 settimane dalla visita CAS
colon metastatico sintomatico	Palliazione mediante posizionamento di endoprotesi, confezionamento di stomia o resezione intestinale per poi eseguire CHT (vedi riga successiva)	MMG, CAS, Endoscopia, Oncologia, Chirurgia Oncologica mediante discussione GIC	max 7-10 giorni
colon metastatico (fegato, polmone, peritoneo) asintomatico/pauci sintomatico	resecabile —> metastasi sincrone o metacrone resecabili in prima istanza o dopo terapia neoadiuvante. Sono più	MMG, CAS, Endoscopia, Oncologia, Chirurgia Oncologica mediante discussione GIC	4 settimane dalla visita CAS o dal GIC

	<p>frequentementevalutate per la resezione chirurgica le metastasi nelle sedi seguenti: fegato, polmone, ovaio, surrene, peritoneo. Alla peritonectomia può essere associata chemioipertermia (HIPEC).</p> <p>Criteri di reseccabilità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fegato e polmone: sono reseccabili metastasi multiple e bilaterali se la loro asportazione è radicale e la quantità di parenchima residuo stimato è sufficiente per le esigenze metaboliche 2. Peritoneo: controindicazioni alla peritonectomia: ittero istruttivo, idronefrosi bilaterale, occlusione intestinale, metastasi epatiche multiple (> 3) e PCI > 16 <p>non reseccabile—>trattamento chemioterapico/palliativo/best supportive care</p> <p>Obiettivi della terapia medica nella malattia colica avanzata</p> <ul style="list-style-type: none"> - prolungamento della sopravvivenza; - controllo della malattia e ritardo della progressione; - palliazione dei sintomi con miglioramento della qualità di vita; - guarigione in una piccola percentuale dei casi nell'ambito di un trattamento multidisciplinare medico e chirurgico. 	<p>Oncologia Chirurgia Anestesia e Rianimazione servizio di Terapia Antalgica GIC</p>	<p>7-10 giorni Max4 settimane per inizio terapia</p>
<p>indicazione a visita oncologica postoperatoria</p>	<p>adenocarcinoma in stadio II-IV o stadio I con un numero inadeguato di Ln (<12)</p>	<p>Inviato al servizio di Oncologia dallo specialista di Chirurgia Oncologica</p>	<p>max 3 settimane dalla dimissione</p>
<p>indicazione a chemioterapia adiuvante</p>	<p>STADIO I. Non vi è indicazione ad un trattamento chemioterapico adiuvante. STADIO II. L'indicazione è valutata nel singolo paziente in base alla presenza di fattori di rischio sfavorevoli: presentazione in occlusione o perforazione, pT4, G>=3, invasione vascolare o linfatica, inadeguato numero di linfonodi analizzati (<12 LN).</p>	<p>Servizio di Oncologia</p>	<p>max 6 settimane dalla dimissione</p>

	<p>STADIO III. Tutti i pazienti in stadio III sono candidati ad un trattamento chemioterapico ad intento adiuvante.</p> <p>Il trattamento adiuvante viene riservato a pazienti di età < 80 anni.</p> <p>Schemi: Associazioni di oxaliplatino con 5flurouracile o capecitabina: - FOLFOX4 (oxaliplatino 85 mg/mq giorno 1, calcio-L-folinato 100 mg/mq giorno 1 e 2, 5fluorouracile 400 mg/mq bolo giorno 1 e 2 e 5fluorouracile 600 mg/mq/die in infusione continua protratta per 48 h) ogni 14 giorni per 12 cicli. - XELOX (oxaliplatino 130 mg/mq giorno 1 – capecitabina 2000 mg/mq/die giorni 1-14 per os) ogni 21 giorni per 8 cicli.</p> <p>Scelta in base a: possibilità di assumere terapia orale, indicazione o controindicazione al posizionamento di un accesso venoso centrale, facilità di accesso all'ospedale (diverso numero di accessi in ospedale in base al tipo di schema), desiderio del paziente.</p> <p>- Capecitabina 2500 mg/mq/die per os g 1-14/21 per 8 cicli. Nei paziente con ridotto performance status e/o comorbilità che controindichino l'utilizzo di oxaliplatino o nei pazienti in II stadio con indicazione alla terapia adiuvante.</p>		
Radioterapia	vedi tumore del retto		
Schemi di CHT nella malattia avanzata	cfr Appendice III		
Terapia palliativa/antalgic a malattia avanzata	vedi tumore del retto		

note: High Risk T1: polipo cancerizzato ad alto rischio di metastatizzazione: se G $\geq$ 3 sec. CC o alto grado sec. WHO, Invasione vascolare presente Interessamento margine di exeresi: distanza carcinoma-piano di exeresi (< 1 mm) Profondità invasione sottomucosa > 2mm Ampiezza invasione sottomucosa > 4mm, Budding tumorale alto)

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2017 e delle linee guida definite dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

È necessario inserire non soltanto le procedure finalizzate alla diagnosi di ripresa di malattia ma anche gli interventi utili alla riabilitazione, al controllo delle tossicità tardive e all'educazione alla salute. Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
<i>Stadio I (pT1-2N0M0)</i>		
Colonscopia	1 anno e poi, in assenza di polipidopo 3 anni e poi ogni 5 anni	Servizio di Endoscopia Digestiva, (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Visita specialistica con esame clinico	ogni 6 mesi per 3 anni e poi ogni 12 mesi il 4° e 5° anno	Ambulatorio di Chirurgia Oncologica (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS) -MMG (dopo i 5 anni)
Ecografia epatica	ogni 6 mesi per 3 anni e poi ogni 12 mesi il 4° e 5° anno	Servizio di Radiologia (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Marcatori sierici (CEA)	ogni 6 mesi per 3 anni e poi ogni 12 mesi il 4° e 5° anno	IRCCS presso Centro Prelievi (Piano Terra) (Accesso diretto Lun –Ven: 08.30-11.00)
<i>Stadio II e III (pT3-4NxM0 - pTxN+M0)</i>		
Colonscopia	1 anno e poi, in assenza di polipi dopo 3 anni e poi ogni 5 anni	Servizio di Endoscopia Digestiva, (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)

Visita specialistica con esame clinico	a fine CHT, ogni 3 mesi per 3 anni e ogni 6 mesi per altri 2 anni; oltre il 5 anno visite annuali presso il MMG	Ambulatorio di Chirurgia Oncologica (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS) -MMG (dopo i 5 anni)
Ecografia epatica	a fine CHT, ogni 12 mesi per 5 anni	Servizio di Radiologia (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
TC torace addome con mdc (in sostituzione dell'ecografia epatica)	Ogni 12 mesi (alternandola alla ecografia) per 3 anni	Servizio di Radiologia (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Marcatori sierici (CEA)	Durante chemioterapia adiuvante a 3 mesi, a fine CHT, ogni 3 mesi per 3 anni e ogni 6 mesi per altri 2 anni	IRCCS presso Centro Prelievi (Piano Terra) (Accesso diretto Lun –Ven: 08.30-11.00)
Ulteriori esami strumentali (TC/PET/RMN) e visite specialistiche	su indicazione clinica	Servizio di Radiologia/Medicina nucleare (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI (Relazione clinica completa)
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI (Relazione clinica completa al termine dell'iter terapeutico e successivamente allegata ad ogni visita di follow-up fino alla scadenza dei 5 anni)
Consegna della programmazione del follow up	SI (Relazione clinica completa al termine dell'iter terapeutico)

Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico

SI (riferimenti telefonici della Segreteria unificata del CUP, del Referente Infermieristico GIC e della Segreteria del Reparto di Ricovero riportati in Relazione Clinica - verbale GIC postoperatorio)

Tumore del retto

La neoplasia del retto è un tumore il cui margine inferiore è situato a valle della giunzione retto-sigma. Le neoplasie del giunto sigma-retto sono assimilate a quelle del retto superiore.
neoplasia del retto superiore(intraperitoneale): polo inferiore >10cm dal margine anale
neoplasia del retto medio-inferiore: polo inferiore <10cm dal margine anale.

E' considerato come cM+ l'interessamento dei linfonodi iliaci esterni o inguinali.

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017. In aggiunta alle linee guida AIOM 2017 il gruppo di lavoro stabilisce che verranno utilizzate anche le linee guida regionali e le evidenze scientifiche internazionali più recenti.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
sospetto o diagnosi di neoplasia del retto	<p>- Visita CAS o visita specialistica CAS (Chirurgica Oncologica)</p> <p>- Visita Chirurgica Oncologica prima (se visita CAS già precedentemente eseguita)</p>	<p>Richiesta: MMG</p> <p>Richiesta: CAS</p> <p>Sedi in cui è possibile effettuare la visita e modalità di prenotazione: -IRCCS presso Ambulatorio Chirurgico. Prenotazione diretta o telefonica presso Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS (011/9933777)</p>	<p>Max 10 giorni</p> <p>Max 10 giorni</p>
stadiazione	<p>Colonscopia totale TC torace-addome +/- colonscopia virtuale (se incompleta esplorazione alla colonscopia tradizionale)</p> <p>RM pelvica/Ecografia transrettale (L'ecografiatransrettale ha una maggior accuratezza diagnostica nella valutazione del T iniziale. È complementare alla RM nella stadiazione degli adenomi/cT1 e dei cT2 con dubbia estensione oltre la muscolare (identificazione dei cT3a).</p> <p>PET scan (in base allo stadio clinico) (indicata per gli stadi superiori al cT2N0 sulla base della RM/ETR. Per i pazienti con indicazione a terapia neoadiuvante, la PET ha funzione sia diagnostica che di centratura per la radioterapia)</p> <p>CEA, GICA</p>	<p>Prenotazione: CAS</p> <p>Impegnative interne</p> <p>Sedi in cui è possibile effettuare l'esame: -IRCCS presso Divisione di Radiologia, Medicina nucleare, Laboratorio Analisi (Piano Terra)</p>	<p>Max 15 giorni per Colonscopia, TC e RMN, 7-15 giorni per la PET Tutti i giorni al centro prelievi per CEA e GICA</p>

valutazione rischio eredo-familiare	<p>criteri di Bethesda modificati</p> <p>richiesta di eventuale consulenza genetica</p>	<p>CAS</p> <p>Servizio di Genetica Medica (I piano)</p>	<p>max 10 giorni</p> <p>max 30 giorni</p>
Definizione percorso terapeutico	<p>Visita collegiale con il paziente per la decisione multidisciplinare (chirurgo-radioterapista-oncologo) sull'opportunità o meno di eseguire trattamento neoadiuvante o meno</p>	<p>CAS o Specialista GIC</p>	<p>Max 7 giorni</p>
tumore del retto doporistadiazion e con RT-CHT	<p>colonscopia TC torace-addome RM pelvica PET scan CEA, GICA</p> <p> Criteri per valutare la risposta radiologica/metabolica/clinica dopo trattamento neoadiuvante: Downsizing radiologico: qualsiasi riduzione volumetrica della lesione valutata confrontando RM pre e post trattamento. RP metabolica: secondo criteri PERCIST (riduzione SUV 30%). RC radiologica e metabolica: neoplasia non più visibile in RM e silente alla PET. RC clinica: RC radiologica e metabolica con biopsia endoscopica negativa. PD clinica: comparsa di localizzazioni secondarie o neoplasia non più resecabili </p>	<p>Prenotazione: CAS</p>	<p>6 settimane dopo la fine della RT-CHT</p>

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017. In aggiunta alle linee guida AIOM 2017 il gruppo di lavoro stabilisce che verranno utilizzate anche le linee guida regionali e le evidenze scientifiche internazionali più recenti. E' possibile inoltre l'inserimento delle pazienti negli studi clinici presenti in Istituto.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso

neoplasia del retto iniziale (cT1/T2N0)			
adenomi o polipi cancerizzati cT1 < 3 cm, a meno di 8 cm dal bordo anale, che occupano meno di 1/3 o meno della circonferenza	Exeresi endoscopica o chirurgica transanale/TAMIS a) se early High Risk T1 all'istologia definitiva—> resezione chirurgica (RAR) b) se earlyLowRisk T1—> l'exeresi transanale è adeguata	Decisione Chirurgo-endoscopista	max 4 settimane dalla visita CAS
adenomi o polipi cancerizzati cT1 non passibili di exeresi transanale/TAMIS, gli High Risk T1 dopo exeresi transanale/TAMIS e i cT2 del retto medio-superiore, alcune recidive locali reseccabili dopo discussione GIC	resezione chirurgica (miniinvasiva laparoscopica o robotica, laparotomica se controindicazione all'approccio miniinvasivo) Tipo di resezione in base alla sede della neoplasia (cfr Appendice D): - resezione anteriore bassa (sezione del retto sottoperitoneale) - resezione anteriore ultrabassa (sezione al piano degli elevatori con anastomosi colo-anale meccanica o manuale) - resezione intersfinterica con anastomosi colo-anale manuale - resezione addomino-perineale (Miles) - FAP: colectomia totale + anastomosi ileo-rettale proctocolectomia totale con anastomosi ileo-anale manuale e pouch ileale	MMG, CAS, Endoscopia, Oncologia, Chirurgia mediante discussione GIC	max 4 settimane dalla visita CAS
neoplasia del retto localmente avanzato Neoplasia localmente avanzata retto medio-inferiore, esclusi i cT3a (sconfinamento tonaca muscolare <=1mm) del retto medio. Neoplasia retto superiore se cT4 o cT3 con margine radiale (CRM) a rischio (distanza <2mm) o cN2. Neoplasie retto inferiore cT2N0 con intento sphincter-saving. Recidive pelviche reseccabili o border line resectable	Long Course Radiotherapy + CHT neoadiuvante - capecitabina 2000 mg/mq/die per os giorni 1-14 e 22- 36 della radioterapia (1°-2° settimana e 4-5° settimana di radioterapia oppure - 5-FU 200 mg/mq/die in infusione continua) e ristadiazione e successiva resezione chirurgica o Short Course Radiotherapy e successiva resezione chirurgica	Decisione collegiale GIC Servizio di Oncologia Medica e Radioterapia	max 3 settimane dalla visita GIC (chemioterapia) max 6 settimane dalla visita GIC (radioterapia)

neoplasia che infiltra altri visceri	<p>CT-RT seguita da resezioni multiviscerali per tumori rettali o recidive pelviche se passibili di resezione en-block degli organi infiltrati con intento radicale (eviscerazione pelvica +/- sacrectomia).</p> <p>Criteri di non resecabilità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. infiltrazione pareti laterali della pelvi 2. infiltrazione sacrale craniale a S3 		
neoplasia del retto metastatica in paziente sintomatico	<p>Palliazione mediante posizionamento di endoprotesi, confezionamento di stomia o resezione intestinale per poi eseguire CHT</p>		
neoplasia del retto metastatica (fegato, polmone, peritoneo) in paziente asintomatico	<p>resecabile —>metastasi sincrone o metacrone resecabili in prima istanza o dopo terapia neoadiuvante.</p> <p>Sono più frequentemente valutate per la resezione chirurgica le metastasi nelle sedi seguenti: fegato, polmone, ovaio, surrene, peritoneo. Alla peritonectomia può essere associata chemioipertermia (HIPEC).</p> <p>Criteri di resecabilità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fegato e polmone: sono resecabili metastasi multiple e bilaterali se la loro asportazione è radicale e la quantità di parenchima residuo stimato è sufficiente per le esigenze metaboliche 2. Peritoneo: controindicazioni alla peritonectomia: ittero istruttivo, idronefrosi bilaterale, occlusione intestinale, metastasii epatiche multiple (> 3) e PCI > 16 	<p>Decisione collegiale GIC Oncologia Medica, Chirurgia</p>	<p>Max 4 settimane dalla visita GIC per la Chirurgia</p> <p>Max 3 settimane dalla visita GIC per l'Oncologia</p>

	<p>non resecabile—> trattamento chemioterapico/palliativo/best supportive care i base a performance status e comorbilità</p> <p>Obiettivi della terapia medica nei pazienti con neoplasia colo-rettale avanzata:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prolungamento della sopravvivenza; 2. controllo della malattia e ritardo della progressione; 3. palliazione dei sintomi con miglioramento della qualità di vita 4. guarigione in una piccola percentuale dei casi nell'ambito di un trattamento multidisciplinare medico e chirurgico. 	<p>Oncologia Chirurgia Anestesia e Rianimazione servizio di Terapia Antalgica GIC</p>	<p>7-10 giorni Max 3 settimane per inizio terapia</p>
procedura gestione stomia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disegno preoperatorio 2. Gestione perioperatoria 3. Educazione paziente e caregiver 	<ol style="list-style-type: none"> 1. personale di reparto 2. e 3. training del paziente da parte del personale di reparto 	<p>il lunedì e il venerdì in regime di ricovero o ambulatoriale</p>
indicazioni alla visita oncologica postoperatoria	<p>Adenocarcinomi pT3-4 e/o N+M1 tutti i casi dopo CHT neoadiuvante</p>	<p>richiesta MMG dopo prenotazione di visita oncologica postoperatoria</p>	<p>max 15-20 giorni dalla dimissione</p>

indicazioni a CHT adiuvante	<p>- Paziente in stadio II e III che non abbiano effettuato un trattamento preoperatorio.</p> <p>- Chemioterapia sistemica per non più di 2 mesi, seguita da radiochemioterapia e successiva ripresa della chemioterapia adiuvante per una durata complessiva di 6 mesi.</p> <p>- Pazienti sottoposti ad un trattamento pre-operatorio.</p> <p>Astensione terapeutica, monochemioterapia o polichemioterapia in base a: stadio clinico alla diagnosi (cT3 e/o N+), PS nel post-intervento e risposta patologica completa (ottima prognosi e limitato impatto della chemioterapia adiuvante).</p> <p>Schemi:</p> <p>- Capecitabina 2500 mg/mq/die per os g 1-14/21 per 6 cicli.</p> <p>- FOLFOX4 (oxaliplatino 85 mg/mq giorno 1, calcio-L-folinato 100 mg/mq giorno 1 e 2, 5fluorouracile 400 mg/mq bolo giorno 1 e 2 e 5fluorouracile 600 mg/mq/die in infusione continua protratta per 48 h) ogni 14 giorni per 10 cicli.</p> <p>- XELOX (oxaliplatino 130 mg/mq giorno 1 – capecitabina 2000 mg/mq/die giorni 1-14 per os) ogni 21 giorni per 6 cicli.</p>	Decisione collegiale GIC Chirurgia Oncologia	3 settimane dalla visita GIC
Schemi di CHT nella malattia avanzata	cfr Appendice III		3 settimane dalla visita GIC

Radioterapia	<p>Curativa</p> <p>1. Preoperatoria (Long o Short Course) -neoadiuvante -recidiva pelvica non precedentemente irradiata (può essere presa in considerazione una re-irradiazione da valutare nel singolo caso).</p> <p>2. Postoperatoria (adiuvante) (50.4 Gy in frazionamento convenzionale (1.8-2 Gy/frazione): - adenoca del retto non irradiato in precedenza, se ad alto rischio di recidiva locale (pT3 >5mm, pN2, R+); - dopo exeresi recidiva pelvica R+ non irradiata in precedenza.</p> <p>3. Esclusiva: neoplasia del retto con controindicazione medica alla chirurgia (54 Gy in frazionamento convenzionale (1.8-2 Gy/frazione).</p> <p>Palliativa</p> <p>Controllo del dolore - in recidiva pelvica non reseca-bile (dose da valutare a seconda del singolo caso (ed eventuale pregresso trattamento RT). - metastasi ossee con prevenzione delle fratture e compressione midollare (30 Gy in 10 frazioni o 20 Gy/5 frazioni o 20 Gy/4 frazioni o 8 Gy in singola frazione)</p> <p>Prevenzione sintomi neurologici nelle metastasi cerebrali (30 Gy/10 frazioni in caso di tecnica whole brain).</p>		6 settimane dalla visita GIC
Terapia palliativa/antalgica malattia avanzata	<p>Terapia antalgica (cfr Appendice III)</p> <p><u>Principi controllo del dolore</u> Esame obiettivo e valutazione di eziologia, tipologia, sede, irradiazione, intensità ed evoluzione nel tempo del dolore. Riconoscimento dei fattori (sociali, psicologici, prognostici, etc) che influenzano la percezione del dolore e la sua terapia. Focalizzare gli obiettivi clinici:</p>	Anestesia e Rianimazione servizio di Terapia Antalgica	attivazione su richiesta

	<p>controllo del dolore e miglioramento della qualità di vita.</p> <p>Si applicano strumenti validati per la misurazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensità dolore su scala qualitativa e quantitativa - Efficacia della terapia. - Qualità di vita (QoL). <p><u>Farmaci e indicazioni</u> Scelta del farmaco in base a:</p> <p>a) Eziologia del dolore Nocicettivo viscerale: spasmolitici, oppioidi.</p> <p>Nocicettivo somatico: oppioidi, FANS. Neuropatico: oppioidi con maggior azione sul dolore neuropatico (ossicodone, metadone) e farmaci specifici. Misto: associazione dei precedenti.</p> <p>b) Intensità del dolore: poiché spesso i pazienti hanno un dolore di intensità medio-grave, di norma si saltano il 1° e 2° gradino della scala OMS.</p> <p>c) Tipo di dolore: Cronico, di intensità costante nel tempo: farmaci a lunga emivita. Irregolare, con esacerbazioni acute o progressivamente in peggioramento: farmaci con dosaggio modificabile nel tempo e farmaci rescue per il dolore incidente.</p> <p>Procedure palliative</p> <p><u>Trattamento ascite</u> - Drenaggio peritoneale esterno - Shunt peritoneo-cavale</p> <p><u>Tecniche radiologia interventistica</u> - drenaggio biliare esterno, interno-esterno, endoprotesi - piolostomia + stent ureterale</p>	<p>Radiologia interventistica Endoscopia Digestiva</p>	<p>7-10 giorni</p>
--	--	--	--------------------

note:

- **High Risk T1:** polipo cancerizzato ad alto rischio di metastatizzazione: se G $\geq$ 3 sec. CC o alto grado sec. WHO, Invasione vascolare presente Interessamento margine di exeresi: distanza carcinoma-piano di exeresi (< 1 mm) Profondità invasione sottomucosa > 2mm Ampiezza invasione sottomucosa > 4mm, Budding tumorale alto)

- Long course: 45 Gy-50 Gy in 25-30 frazioni, 1.8 Gy /2 Gy dieconcomitante a capecitabina 2000 mg/mq/die per os giorni 1-14 e 22-36 della radioterapia (1°-2° settimana e 4-5° settimana di radioterapia). In caso di preferenza per un trattamento infusionale: 5-FU 200 mg/mq/die in infusione continua per tutta la durata della radioterapia.

Short course: 25 Gy in 5 frazioni, 5 Gy die.

- **Controindicazioni alla radioterapia**

1. assolute: Gravidanza, RettocoliteUlceromorragica o Morbo di Crohn in fase attiva,
2. relative: pregressa irradiazione pelvica

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2017 e dalle linee guida definite dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

E' necessario inserire non soltanto le procedure finalizzate alla diagnosi di ripresa di malattia ma anche gli interventi utili alla riabilitazione, al controllo delle tossicità tardive e all'educazione alla salute. Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
<i>Stadio I (pT1-2N0M0)</i>		
Rettoscopia	a 6, 18 e 24 mesi	Servizio di Endoscopia Digestiva, (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Colonscopia	1 anno e poi, in assenza di polipi dopo 3 anni e poi ogni 5 anni	Servizio di Endoscopia Digestiva, (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Visita specialistica con esame clinico ed esplorazione rettale	ogni 6 mesi per 3 anni e poi al 4° e 5° anno	Ambulatorio di Chirurgia Oncologica (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS) -MMG (dopo i 5 anni)
Ecografia addome	ogni 6 mesi per 3 anni e poi ogni 12 mesi il 4° e 5° anno	Servizio di Radiologia (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Marcatori sierici (CEA)	ogni 6 mesi per 3 anni e poi ogni 12 mesi il 4° e 5° anno (in concomitanza di ogni visita clinica)	IRCCS presso Centro Prelievi (Piano Terra) (Accesso diretto Lun –Ven: 08.30-11.00)

<i>Stadio II e III (pT3 4NxM0 - pTxN+M0) o ogni stadio dopo terapia neoadiuvante</i>		
Rettoscopia	a 6, 18 e 24 mesi	Servizio di Endoscopia Digestiva, (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Colonscopia	1 anno e poi, in assenza di polipi dopo 3 anni e poi ogni 5 anni	Servizio di Endoscopia Digestiva, (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Visita specialistica con esame clinico ed esplorazione rettale	a fine CHT, ogni 3 mesi per 3 anni e ogni 6 mesi per altri 2 anni; oltre il 5 anno visite annuali presso il MMG	Ambulatorio di Chirurgia Oncologica (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS) -MMG (dopo i 5 anni)
Dosaggio di marcatori sierici (CEA) ed emocromo	Durante chemioterapia adiuvante a 3 mesi, a fine CHT, ogni 3 mesi per 3 anni e ogni 6 mesi per altri 2 anni (in concomitanza di ogni visita clinica)	IRCCS presso Centro Prelievi (Piano Terra) (Accesso diretto Lun –Ven: 08.30-11.00)
Ecografia addome	a fine CHT, ogni 12 mesi per 5 anni	Servizio di Radiologia (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
TAC torace addome con mdc in sostituzione dell'ecografia epatica)	Ogni 6 mesi per 3 anni e poi annuale al 4° e 5° anno	Servizio di Radiologia (Prenotazione tramite Centro Unificato Prenotazioni I piano IRCCS dopo visita di Follow up)
Visita radioterapica	Se radio-trattati: dopo 45 giorni, a 6 mesi e poi ogni anno per 5 anni.	Servizio di Radioterapia (Prenotazione diretta dopo visita di Follow up)

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI (Relazione clinica completa- verbale GIC postoperatorio)
--	--

Consegna lettera informativa per il paziente all’inizio e/o al termine del follow up specialistico	<i>SI (Relazione clinica completa al termine dell’iter terapeutico e successivamente allegata ad ogni visita di FU fino alla scadenza dei 5 anni)</i>
Consegna della programmazione del follow up	<i>SI (Relazione clinica completa al termine dell’iter terapeutico - verbale GIC postoperatorio)</i>
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI (riferimenti telefonici della Segreteria unificata del CUP, del Referente Infermieristico GIC e della Segreteria del Reparto di Ricovero riportati in Relazione Clinica - verbale GIC postoperatorio)</i>