



# Napoli 1 SURGERY

**NAPOLI 27 – 28 SETTEMBRE**

Aula Magna Scuola di Medicina di Scampia

Centro Congressi Università degli Studi di Napoli Federico II



# Quali percorsi Chirurgici e Specialistici: Upper GI

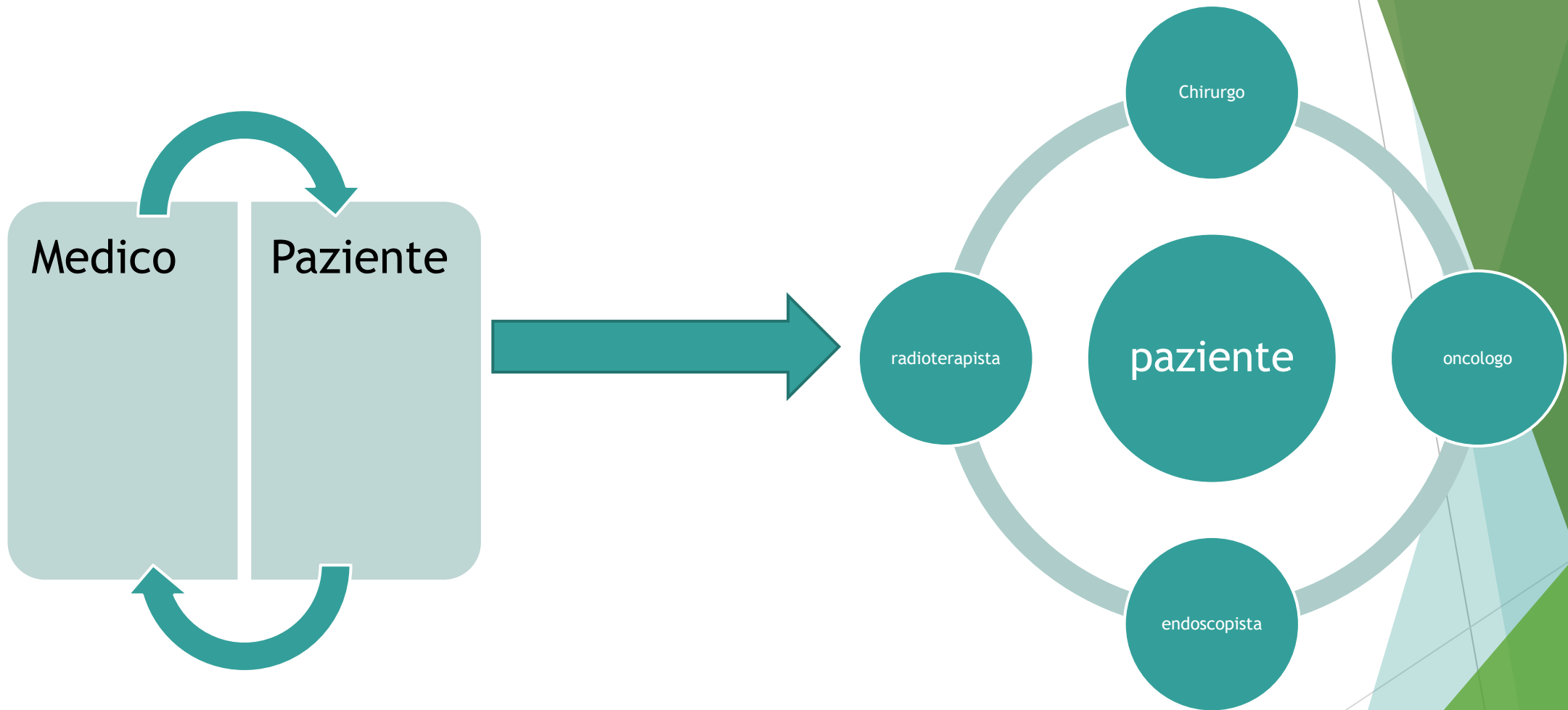


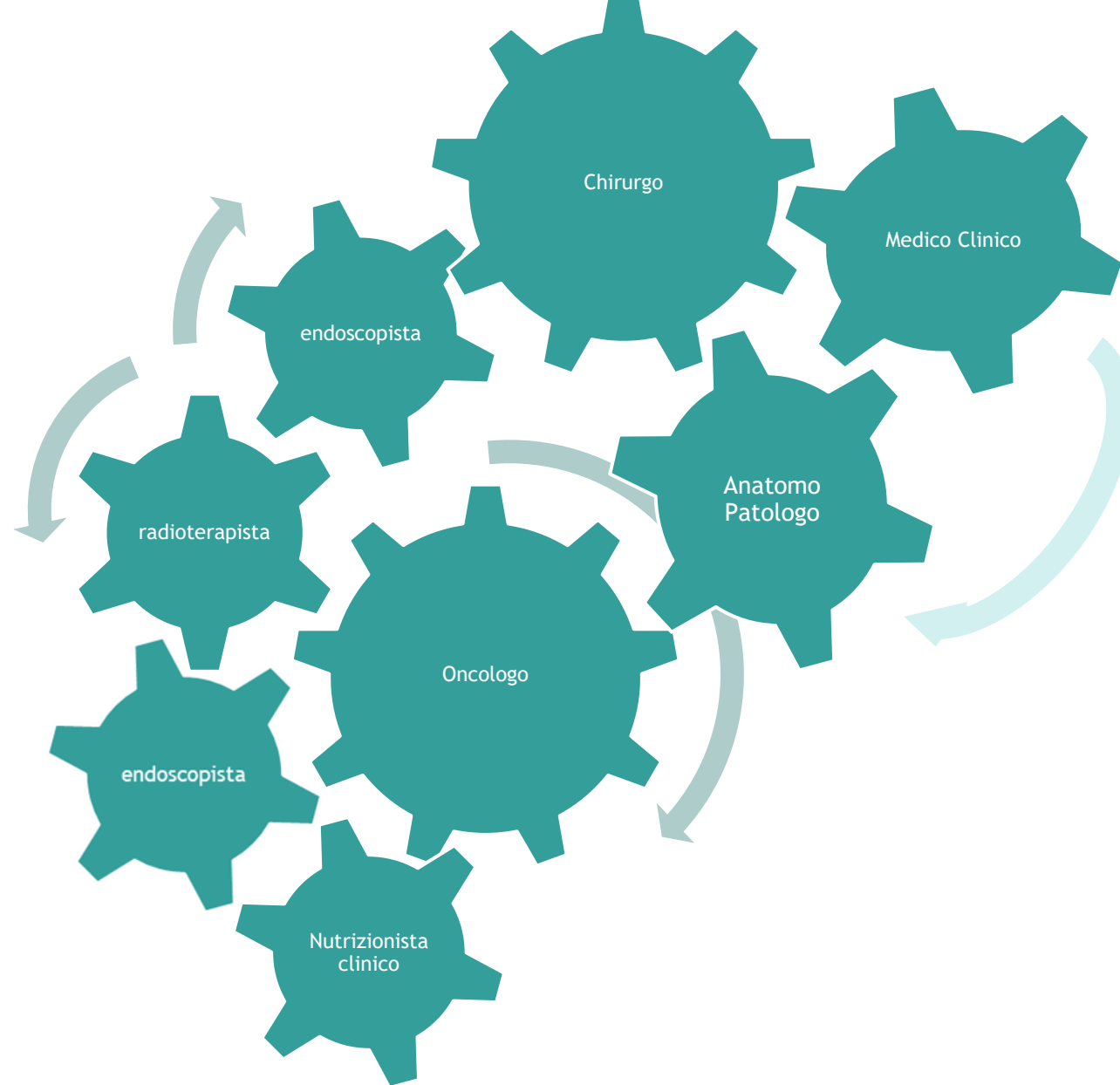
*Dott.ssa Cardone Eleonora*

*U.O.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza*

*P.O. S.Paolo*

# La Medicina che evolve





Garantire la Salute del Paziente.....

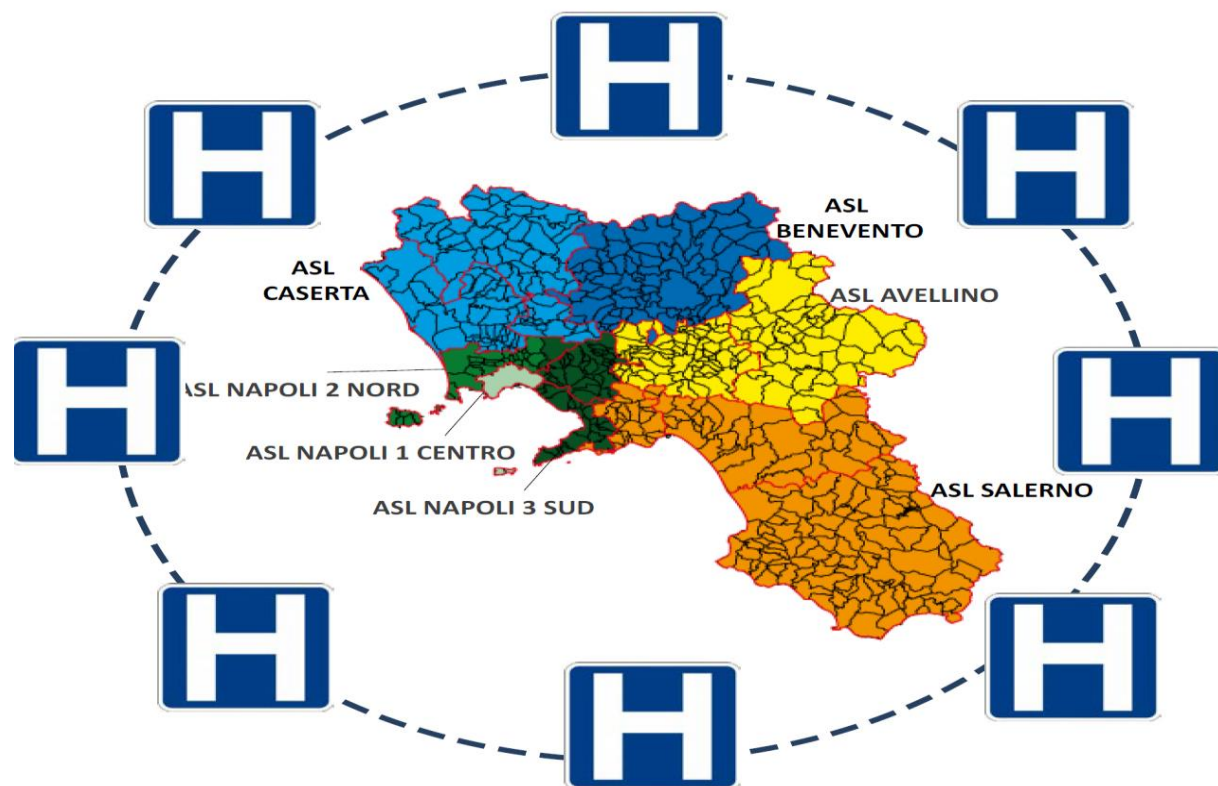
# Garantire la salute del paziente...in linea con gli standard Nazionali....ed Europei

- ▶ Garantire **equità** delle cure in base alla standardizzazione e alla possibilità di tailoring delle cure
- ▶ Evitare la migrazione extra regionale ed extranazionale dei pazienti

Secondo i dati AIRTum 2016 : la sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per tutti i tumori è, nei maschi, del **50,2% in Campania** e **54% nel Pool Italiano dei Registri** e, nelle femmine, rispettivamente del **59%** e del **63%**.

## Causali:

- ▶ Marcata “polverizzazione” dei percorsi diagnostico – assistenziali;
- ▶ Ridotta introduzione di modelli di trattamento multidisciplinare;
- ▶ Insufficiente applicazione della continuità di cura;
- ▶ Significativa mobilità passiva per procedure chirurgiche oncologiche.



...Elaborare una proposta di network regionale di Chirurgia Oncologica. Tutto dovrà necessariamente passare attraverso una valutazione di volumi/esiti anche in adesione ai risultati prodotti dal Piano Nazionale

**Piano Regionale  
di Programmazione della Rete Ospedaliera  
ai sensi del DM 70/2015  
2016-2018**

**DCA n.98 del 20/09/2016** : istituita la Rete Oncologica Campana (ROC) e definita l'articolazione attraverso i centri deputati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dai tumori maligni

**DCA 58 del 04/07/2019:** identificazione di Strutture Accreditate in ROC al trattamento di specifiche patologie oncologiche in base al n.casi/annui



**RETE ONCOLOGICA REGIONE CAMPANIA**

**VOLUMI CHIRURGICI MINIMI ANNUI - SEDI SPECIFICI -  
INDICATI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE ONCOLOGICA  
REGIONALE**

SEDE TUMORALE	CUT OFF *	CUT OFF - 20 % **
Mammella	150	120
Colon	50	30
Retto	30	24
Melanoma	50	40
Polmone	100	80
Stomaco	30	24
Pancreas	15	12
Vescica	20	16
Rene	30	24
Prostata	30	24
Testicolo	20	16
Cervice	15	12
Ovaio	30	24

**\*I CUT OFF INDICATI PER SINGOLA PATOLOGIA SI RIFERISCONO AL NUMERO MINIMO DI PAZIENTI CHE OGNI ISTITUTO DEVE TRATTARE CHIRURGICAMENTE OGNI ANNO PER LA PATOLOGIA ONCOLOGICA INDICATA**

**\*\* CUT OFF RIDOTTI DEL 20% CHE ABILITANO ALL'INGRESSO NELLA RETE ONCOLOGICA REGIONALE PER IL SOLO PERIODO DI TRANSIZIONE - 2019/2021 -**

**ORIGINALE**

Il Direttore della U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale, a seguito di istruttoria, dichiara la regolarità giuridico-amministrativa del provvedimento proposto.

U.O.C. Programmazione  
e Pianificazione Aziendale  
(timbro Direttore)  
Dott. Marco Papa



**DELIBERAZIONE**  
**del**  
**DIRETTORE GENERALE**  
n° 693 del 24/05/2021

**U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale**

**OGGETTO:** Individuazione Gruppi Oncologici Multidisciplinari (G.O.M.) per colangiocarcinoma, carcinoma tiroideo, neoplasie neuroendocrine e tumore del rene P.O. Ospedale del Mare ai sensi dei DD.CC.AA. n. 19 del 05.03.18, n. 89 del 05.11.18 e n. 58 del 04.07.19 e del Decreto Dirigenziale n. 51 del 05.03.20 e modifica composizione G.O.M. per tumore del colon retto, tumori del sistema nervoso centrale, tumori del distretto testa-collo, tumori dello stomaco, tumori del pancreas, epatocarcinoma e tumori della mammella, di cui alle Delibere n. 361 del 29.04.19, n. 674 del 20.06.19 e n. 122 del 06.02.20

## GOM tumori dello Stomaco

Core Team	Oncologo	Angelica Petrillo
	Chirurgo	Gianpaolo Marte, Fiorenza Manetta, Angela Travaglino
	Radioterapista	Marcella Gaetano, Maria Grazia Calvanese
	Case Manager	Pasquale Paradisone
Non Core Team	Radiologo	Marco Catalano, Antonella Pesce, Valeria Fiorini
	Radiologo interventista	Francesco Arienzo
	Gastroenterologo	Fabrizio Tremolaterra, Giuliana Vespere
	Anatomopatologo	Antonella Capasso
	Medico Nucleare	Pasqualina Sannino, Rosario Capasso
	Psico-oncologo	Annarita Di Somma, Massimiliano Scarpelli, Teresa Serrapica
	Infermiere PICC Team	Marco Micillo
	Farmacista	Elena D'Alessio
	Anestesista con esperienza nell'impianto di accessi venosi centrali e terapia del dolore	Serena Testa
	Nutrizionista	Ornella Romano, Carolina Sepe (dietista)





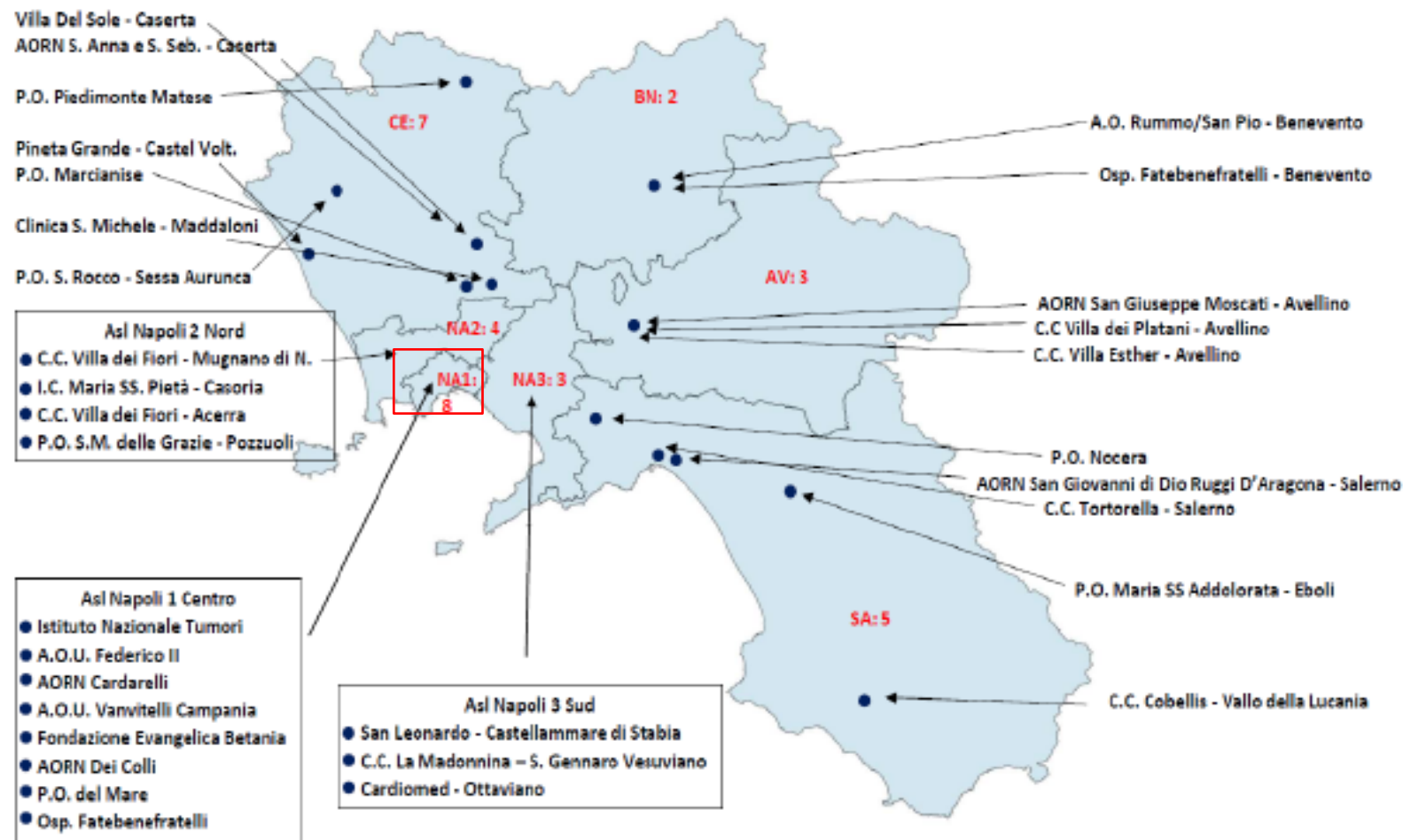
## PDTA 2022 CANCRO DELLO STOMACO



# PDTA Cancro dello Stomaco

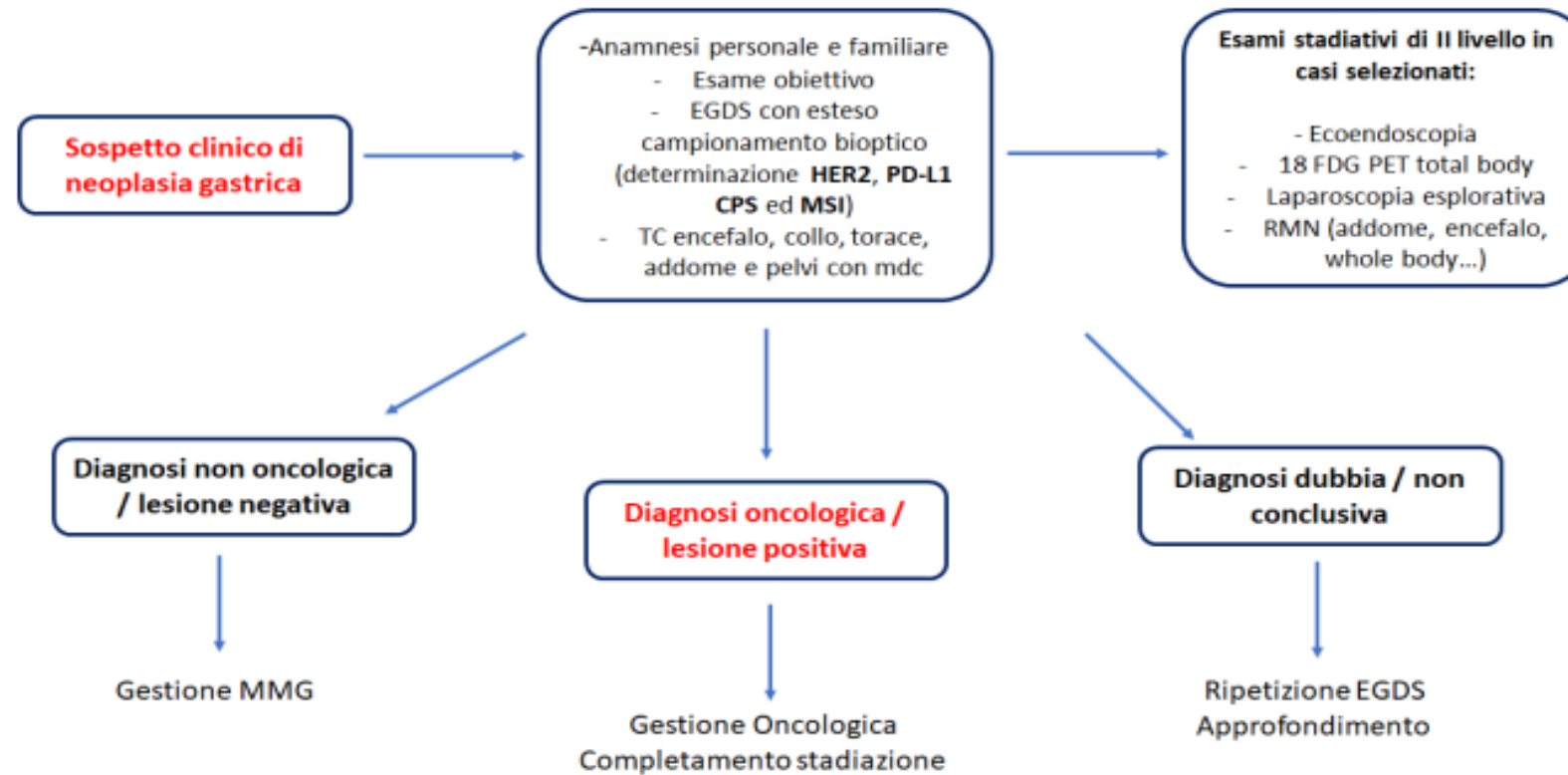
## RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore dello Stomaco

Strutture regionali abilitate ad entrare in rete in osservazione triennale 2022/2024: Nr 32



# Diagnosi

**Figura 1: Percorso diagnostico in casi di sospetto clinico di neoplasia gastrica**



La tabella 3 riassume gli esami diagnostico / stadiativi per il carcinoma gastrico localizzato

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS / Ecoendoscopia con biopsia multiple per esteso campionamento (6 prelievi)	Appropriata
TAC encefalo – collo – torace – addome e pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc (o altra sede)	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati
Laparoscopia esplorativa	Appropriata in casi selezionati

La tabella 4 riassume gli esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma gastrico localmente avanzato.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS / Ecoendoscopia con biopsia multiple	Appropriata
TAC encefalo – collo - torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati
Laparoscopia esplorativa	Appropriata in casi selezionati

La tabella 5 riassume gli esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma gastrico metastatico.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS / Ecoendoscopia con biopsia multiple	Appropriata
TAC encefalo – collo - torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati

Le indagini diagnostiche/stadiative possono essere effettuate in Strutture afferenti all'ASLNA1 di I e II livello

La terapia Chirurgica e/o CHT nelle strutture di II livello identificate in base al n.casi annui/esiti



# Valutazione GOM Stomaco



## GOM STOMACO (Gruppo Oncologico Multidisciplinare)



<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Nato a:</b>	<b>il:</b>
<b>Residenza:</b>	
<b>Tel.:</b>	<b>CF:</b>
<b>Medico Curante:</b>	<b>Codice ROC:</b>

### Core Team

Chirurgo: *Dr.*

Oncologo: *Dr.*

Radioterapista: *Dr.*

Case Manager:

<b>Struttura proponente GOM</b>	
<b>Medico proponente GOM</b>	
<b>Data presa in carico</b>	

<b>Patologie concomitanti</b>	<b>Terapie in corso</b>	<b>Allergie</b>

<b>Anamnesi oncologica</b>

<b>Data</b>	<b>1ª Valutazione</b>

<b>Data</b>	<b>Decisione GOM</b>

<b>Data</b>	<b>Programma</b>

Verbale del \_\_\_\_\_

<b>Chirurgo</b>	<b>Radioterapista</b>	<b>Oncologo</b>	<b>Case Manager</b>



## Tempi di presa in carico

- Il primo accesso al GOM per tumore dello stomaco avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campana
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico il paziente sarà erogata **entro 10 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, almeno per quanto attiene la prima TC stadiativa, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, l'intervento chirurgico laddove indicato sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico dovrà essere disponibile **entro 15 giorni dalle procedure biotiche o dall'intervento chirurgico**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, o provvederà ad indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, la paziente presso altre Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campana.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 21 giorni dalla prima valutazione (ed entro 60 giorni dall'eventuale intervento chirurgico, attesi i tempi di recupero del paziente e le eventuali complicanze)**

**Tabella 6. Percorso terapeutico per tumore dello stomaco non metastatico**

<b>Stadio</b>	<b>Trattamento</b>
<b>Tis-T1a, N0</b>	<b>Chirurgico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resezione endoscopica mucosale (EMR) oppure</li> <li>- Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD) in caso di tumori &lt; 20 mm, G1, senza invasione vascolare e/o linfatica</li> <li>- Gastrectomia R0, totale o subtotale distale in base alla sede della neoplasia con linfadenectomia D1-D2 e ricostruzione alla Roux (da preferire rispetto alla Billroth)</li> </ul>
<b>T1b, N0</b>	<b>Chirurgico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastrectomia R0, totale o subtotale distale in base alla sede della neoplasia con linfadenectomia D2 e ricostruzione alla Roux (da preferire rispetto alla Billroth)</li> </ul> <b>Trattamenti integrati:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polichemioterapia perioperatoria e chirurgia</li> <li>- Radiochemioterapia preoperatoria nelle forme giunzionali in pazienti con buon performance status (PS)</li> <li>- Chirurgia seguita da monochemioterapia adiuvante o da chemioradioterapia adiuvante in casi selezionati di resezioni R1 (residuo microscopico) o linfadenectomia &lt; D2. Tale opzione è da riservare a pazienti non trattati in fase preoperatoria, in quanto sono sempre preferibili i trattamenti preoperatori.</li> </ul>
<b>≥ T2 o N+</b>	
<b>Paziente non resecabile per controindicazioni</b>	<b>Medico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chemioradioterapia</li> <li>- Chemioterapia esclusiva</li> </ul>

**Tabella 7. Percorso terapeutico-assistenziale per pazienti con tumore dello stomaco metastatico**

Stadio	Trattamento
<b>Localmente avanzato, potenzialmente resecabile</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Trattamento di conversione con polichemioterapia preoperatoria secondo le linee guida</b></li> <li><b>2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento, comprendente EGDS, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body</b> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD             A[2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento, comprendente EGDS, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body] --&gt; B{Operabile}             B --&gt; C[intervento chirurgico Trattamento chemioterapico]             B --&gt; D[Non operabile: prosegue]             D --&gt; E[3. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia non operabile (vedi sopra)]             E --&gt; F{Operabile}             F --&gt; G[intervento chirurgico Trattamento chemioterapico]             E --&gt; H[Non operabile: prosegue]                     </pre> </div> </li> <li><b>3. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia non operabile (vedi sopra)</b> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD             A[2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento, comprendente EGDS, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body] --&gt; B{Operabile}             B --&gt; C[intervento chirurgico Trattamento chemioterapico]             B --&gt; D[Non operabile: prosegue]             D --&gt; E[3. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia non operabile (vedi sopra)]             E --&gt; F{Operabile}             F --&gt; G[intervento chirurgico Trattamento chemioterapico]             E --&gt; H[Non operabile: prosegue]                     </pre> </div> </li> </ol>
<b>Localmente avanzato, non resecabile</b>	<b>Vedi malattia metastatica</b>
<b>IV stadio</b>	<b>Chemioterapia di I linea in base allo stato di Her-2 e PD-L1 CPS (mandatorio).</b> <b>Valutazione stato di MSI (auspicabile).</b> <b>Valutare l'inserimento in trials clinici.</b> <b>Chirurgia palliativa del primitivo in caso di stenosi serrate o sanguinamenti</b> <b>Chirurgia di protezione in caso di stenosi da carcinosi peritoneale</b> <b>Posizionamento di endoprotesi in caso di disfagia</b> <b>Supporto nutrizionistico</b> <b>Terapia antalgica</b>
	<b>Chemioterapia di II linea in pazienti con accettabile performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una I linea di trattamento.</b> <b>Valutare l'inserimento in trials clinici</b> <b>Chemioterapia di III linea in pazienti con accettabile performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una II linea di trattamento.</b>
	<b>Valutare l'inserimento in trials clinici</b> <b>Valutazione immunoterapia (nel contesto di programmi compassionevoli o off-label, (se fattibili) in pazienti con malattia MSI-H in linee successive alla prima</b>

# Follow up: clinico strumentale per 10 anni

Timing		Follow-up
0-2 anni	Ogni 3-4 mesi	<ul style="list-style-type: none"><li>-Visita clinica</li><li>-Esami ematochimici</li><li>-EGDS ogni anno; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi</li><li>-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica</li></ul>
3-5 anni	Ogni 6 mesi	<ul style="list-style-type: none"><li>-Visita clinica</li><li>-Esami ematochimici</li><li>-EGDS ogni 2 anni; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi</li><li>-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica</li></ul>
>5 anni	Ogni anno	<ul style="list-style-type: none"><li>-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica</li><li>-Follow-up da effettuare presso ambulatori specialistici o presso MMG</li></ul>

# Best Supportive Care: Cure palliative

- ▶ Come indicato dal PDTA, la BSC viene attivata mediante la piattaforma ROC da un team cross funzionale costituito dall'oncologo medico e il terapeuta del dolore, supportato dal case manager.
- ▶ ROC → Scheda dei servizi : attivazione dei servizi Cure Palliative, competenti territorialmente in base alla residenza del paziente e della famiglia, sulla base di precise indicazioni del team BSC espresse nella scheda GOM.



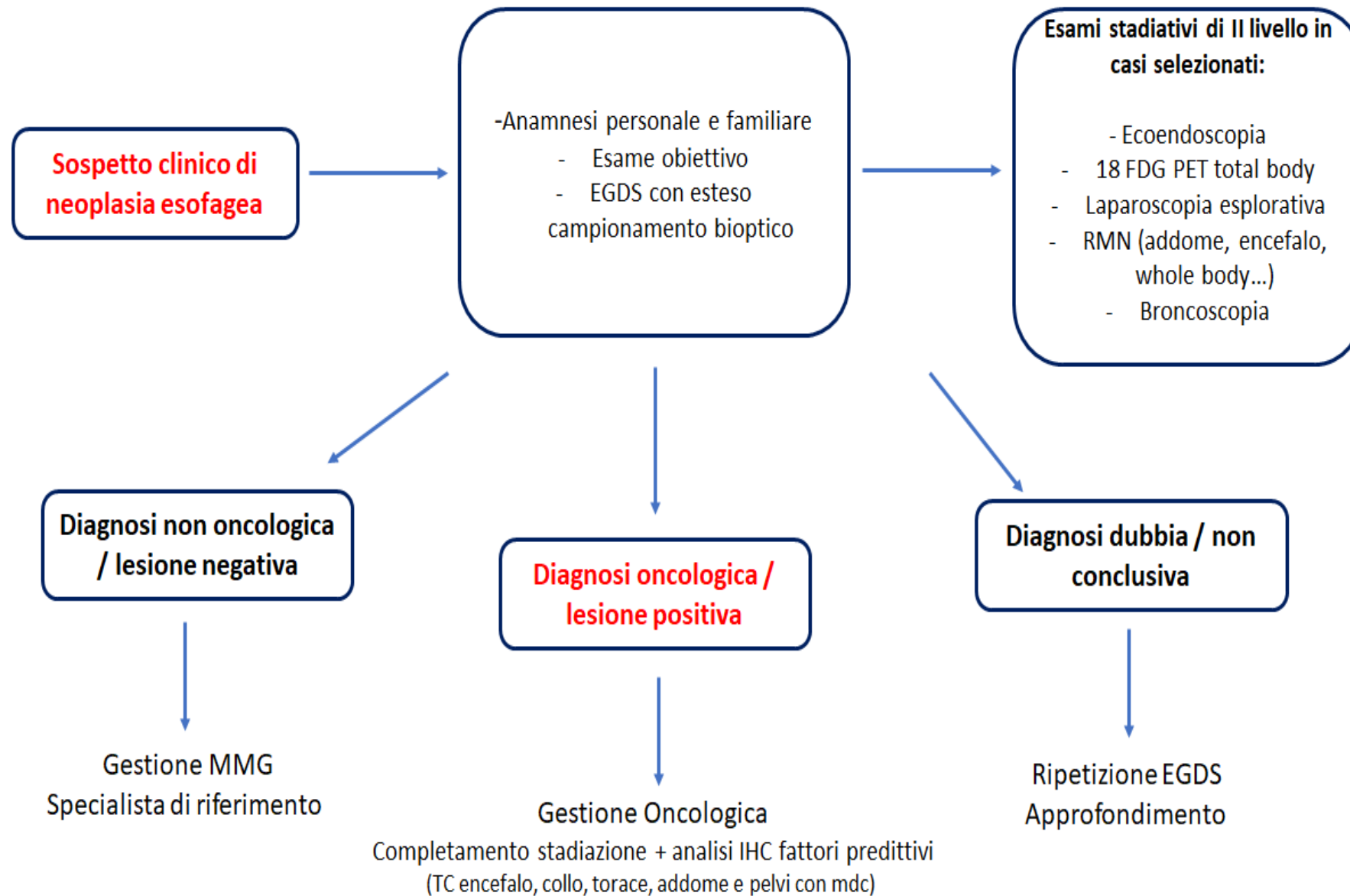




## PDTA 2022 CANCRO DELL' ESOFAGO



## Percorso diagnostico in casi di sospetto clinico di neoplasia esofagea





esami diagnostico / stadiativi per il carcinoma **esofageo localizzato.**

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS con biopsia multiple	Appropriata (diagnosi)
Ecoendoscopia	Appropriata
TC encefalo, collo, torace, addome e pelvi con e senza mdc	Appropriata
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome (o altro distretto) con mdc	Appropriata in casi selezionati
Broncoscopia	Appropriata in casi selezionati

esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma esofageo **localmente avanzato.**

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS con biopsia multiple	Appropriata (diagnosi)
Ecoendoscopia	Appropriata
TC encefalo, collo, torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
Broncoscopia	Appropriata in casi selezionati

esami diagnostico/stadiativi per il carcinoma esofageo metastatico.

TIPOLOGIA DI ESAME	APPROPRIATEZZA
EGDS con biopsia multiple	Appropriata
TC encefalo, collo, torace-addome-pelvi con e senza mdc	Appropriata
Scintigrafia ossea total body	Appropriata in casi selezionati
RMN addome con mdc	Appropriata in casi selezionati
TC/RMN encefalo con mdc	Appropriata in casi selezionati
18-FDG PET/TC Total Body	Appropriata in casi selezionati



# Valutazione GOM



## GOM ESOFAGO (Gruppo Oncologico Multidisciplinare)



Cognome	Nome
Nato a:	il:
Residenza:	
Tel.:	CF:
Medico Curante:	Codice ROC:

### Core Team

Chirurgo: Dr.  
Oncologo: Dr.  
Radioterapista: Dr.  
Case Manager:

I

++			
Struttura proponente GOM			
Medico proponente GOM			
Data presa in carico			
Patologie concomitanti	Terapie in corso	Allergie	
Anamnesi oncologica			
Data	1ª Valutazione		
Data	Decisione GOM		
Data	Programma		
Verbale del			
Chirurgo	Radioterapista	Oncologo	Case Manager

Integrazione con:  
**Endoscopista** (possibile  
necessità di  
protesizzazione/Broncoscopia  
etc..)

**ORL** (valutare l'impatto sulle vie  
aeree/laringoscopia)

## Percorso terapeutico per carcinoma squamoso esofageo non metastatico

Stadio	Trattamento
<b>Stadio Tis-T1a, N0</b>	Trattamento: chirurgico
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucosectomia endoscopica (EMR) in casi selezionati=&gt;sorveglianza endoscopica</li> <li>- Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD)=&gt;sorveglianza endoscopica</li> <li>- Esofagectomia</li> </ul>
<b>T1b-T4a, N0-N+</b>	<p>-Esofago Cervicale: CRT definitiva=&gt;Chirurgia di salvataggio in casi selezionati</p> <p>- Esofago Toracico: CRT neoadiuvante (RT 41.4 – 50.4 Gy + CT) =&gt;esofagectomia</p> <p>CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: no 60 Gy) =&gt;sorveglianza endoscopica e Strumentale</p> <p>CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: no 60 Gy) CT esclusiva (se infiltrazione aorta, trachea ecc tale da controindicare RT)</p>
<b>T4b, N0-N+ (non resecabile)</b>	



## Percorso terapeutico per adenocarcinoma esofageo non metastatico

<b>Stadio Tis-T1a, N0</b>	Trattamento: chirurgico
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucosectomia endoscopica (EMR) in casi selezionati =&gt; sorveglianza endoscopica</li> <li>- Dissezione endoscopica sottomucosale (ESD) =&gt; sorveglianza endoscopica</li> <li>- Esofagectomia</li> </ul>
<b>T1b-T4a, N0-N+</b>	<p>CT perioperatoria</p> <p>CRT neoadiuvante (41.4 – 50.4 Gy + CT =&gt; esofagectomia</p> <p>CT neoadiuvante =&gt; esofagectomia</p> <p>Esofagectomia (<math>\leq</math> T2N0)</p> <p>CT esclusiva</p>
<b>T4b, N0-N+ (non resecabile)</b>	<p>CRT definitiva (RT 50.4 Gy, NB: no 60 Gy) in casi selezionati</p> <p>CT esclusiva come prima linea (se infiltrazione aorta, trachea ecc tale da controindicare RT)</p>

**Percorso terapeutico-assistenziale per pazienti con tumore esofageo metastatico (squamoso e adenocarcinoma)**

Stadio	Trattamento
Localmente avanzato, potenzialmente resecabile	<div><div><div><div><div>1. Trattamento di conversione con polichemioterapia preoperatoria secondo le linee guida (adenocarcinoma) o CRT (squamoso o casi selezionati adenocarcinoma)</div><div>2. Valutazione con ri-stadiazione dopo 4 cicli di trattamento, comprendente ecoendoscopia, TC total body con mdc e 18-FDG PET total body</div></div><div><div>resecabile: intervento chirurgico Trattamento chemioterapico</div><div>Non resecabile: prosegue</div></div><div><div>1. Rivalutazione strumentale dopo ulteriori 4 cicli in caso di malattia</div><div>2. non operabile (vedi sopra)</div></div><div><div>Resecabile: intervento chirurgico Trattamento chemioterapico</div><div>Non resecabile: prosegue</div></div></div></div></div>
Localmente avanzato, non resecabile	Vedi malattia metastatica
IV stadio	<div>Chemioterapia di I linea (eventuale RT palliativa o di consolidamento, specie nei carcinomi squamosi)</div> <div>Valutazione stato di HER2 (adenocarcinoma distale e giunzione GE), MSI e PD-L1 CPS per adenocarcinoma (auspicabile).</div> <div>Valutare l'inserimento in trials clinici.</div> <div>Chirurgia palliativa del primitivo in caso di stenosi serrate o Sanguinamenti</div> <div>Posizionamento di endoprotesi in caso di disfagia (compatibilmente ai trattamenti e all'attesa di vista)</div> <div>Supporto nutrizionistico (valutazione in primis per enterale, anche artificiale)</div> <div>Terapia antalgica</div>
	<div>Chemioterapia di II linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una I linea di trattamento.</div> <div>Valutare l'inserimento in trials clinici</div> <div>Immunoterapia di II linea (carcinoma squamoso)</div> <div>Chemioterapia di III linea in pazienti con performance status (PS) 0-1 in progressione dopo una II linea di trattamento.</div> <div>Valutare l'inserimento in trials clinici</div> <div>Valutazione immunoterapia (nel contesto di programmi compassionevoli o off-label, se fattibili) in pazienti con malattia MSI-H o PD-L1 CPS &gt;10 in linee successive alla prima.</div>

# Follow up: clinico strumentale per almeno 5 anni

Timing		Follow-up
0-2 anni	Ogni 3-4 mesi	<ul style="list-style-type: none"><li>-Visita clinica</li><li>-Esami ematochimici</li><li>-EGDS ogni anno; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi</li><li>-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica</li></ul>
3-5 anni	Ogni 6 mesi	<ul style="list-style-type: none"><li>-Visita clinica</li><li>-Esami ematochimici</li><li>-EGDS ogni 2 anni; TC total body con mdc ogni anno; Ecografia addome ogni 6 mesi</li><li>-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica</li></ul>
>5 anni	Ogni anno	<ul style="list-style-type: none"><li>-Esami strumentali da eseguire su necessità clinica</li><li>-Follow-up da effettuare presso ambulatori specialistici o presso MMG</li></ul>



# Best Supportive Care: Cure palliative

- ▶ Come indicato dal PDTA, la BSC viene attivata mediante la piattaforma ROC da un team cross funzionale costituito dall'oncologo medico e il terapeuta del dolore, supportato dal case manager.
- ▶ ROC → Scheda dei servizi: attivazione dei servizi Cure Palliative, competenti territorialmente in base alla residenza del paziente e della famiglia, sulla base di precise indicazioni del team BSC espresse nella scheda GOM.



*Aiutate le persone ad avere le giuste informazioni e faranno le cose giuste"*

James Belasco (Autore)



Grazie per l'attenzione