

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Carcinoma dell'Endometrio

Edizione 2020



tabella 1 sono riportate le figure professionali ed Unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UOS) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza nell'ambito del **GOM Endometrio**

ACCOGLIENZA	Personale infermieristico Case Manager	UOC Oncologia Medica/Ginecologia Identificato nell'ambito del GOM
PRESA IN CARICO	Oncologi Medici Ginecologi Oncologi Radioterapisti	UOC Oncologia Medica UOC Ginecologia UOC Radioterapia
ASSISTENZA	Oncologi Medici Ginecologi Oncologi Anatomopatologi Radioterapisti Oncologi Psiconcologi	UOC Oncologia Medica UOC Ginecologia UOC Anatomia Patologica UOC Radioterapia Oncologica SSD Psicologia
<i>Rete Interna ai centri della Rete Oncologica Campana o esterna ai centri</i>	Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa) Personale infermieristico	Ambulatorio Day Hospital Ricovero Ordinario
	Farmacisti Personale infermieristico	Farmacia Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)
	Personale Dedicato	UOC Oncologia Medica UOC Ginecologia UOC Radioterapia UOC Anatomia Patologica UOC Genetica/Farmacogenomica UOC Radiodiagnostica UOC Medicina Nucleare UOC Urologia UOC Sperimentazioni cliniche UOC Terapie Palliative SSD Psicologia

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio¹

Il carcinoma endometriale è il quinto tumore, per frequenza, nelle donne e, nella fascia di età 50-69 anni, diventa il quarto tumore, dopo il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone. In circa l'80% di queste lesioni, l'iperestrogenismo gioca un ruolo fondamentale e caratterizza neoplasie di tipo endometriode, che insorgono al termine di un percorso cancerogenetico comprendente una serie di lesioni precancerose (iperplasia complessa, eventualmente con atipie). I principali fattori di rischio di queste forme sono rappresentati da: alto numero di cicli anovulatori, nulliparità, menopausa tardiva, obesità, diabete e ipertensione arteriosa. Un ulteriore fattore di rischio può essere rappresentato dalla terapia ormonale estrogenica (non associata a progestinici) e da un effetto paradossale dell'ormonoterapia con antagonisti degli estrogeni utilizzata per il trattamento del carcinoma della mammella. Le neoplasie dell'endometrio estrogeno-indipendenti si associano invece a scarsa differenziazione, insorgono in età più avanzata (menopausa), presentano differenziazioni in senso sieroso o a cellule chiare e non sono associate a pregressa iperplasia o displasia dell'endometrio. I tumori maligni mesenchimali più frequenti sono rappresentati dai leiomioidi e dalle neoplasie dello stroma endometriale. Il leiomioma costituisce il più frequente sarcoma uterino, insorge prevalentemente in donne adulte (intorno a 50 anni) e non sono riferite associazioni con i fattori di rischio legati all'insorgenza del carcinoma endometriode. Non più da annoverare tra i sarcomi ma tra i carcinomi endometriali di tipo II sono invece i tumori misti carcino-sarcomi, ad insorgenza in età più avanzata (intorno ai 65 anni) e comportamento aggressivo. Tra i fattori di rischio per questo tipo di neoplasie si annoverano le radiazioni (tumore iatrogeno post irradiazione pelvica) e il possibile ruolo della terapia con antagonisti degli estrogeni nel carcinoma mammario.

Incidenza

Il numero di nuovi casi di cancro dell'endometrio in Italia è 23,8 per 100.000 donne² con un numero di casi atteso nel 2019 di 8.700 casi. La Campania presenta un tasso di incidenza di circa un punto percentuale più basso, 22,7 per 100.000 donne³, con un numero di 695 nuovi casi attesi nel 2019.

¹ I numeri del cancro in Italia 2019 – AIOM-AIRTUM

² Dati Airtum 2009/2013 - Tasso standardizzato su popolazione europea 2013

³ Dati Registro Tumori Regione Campania 2008/2012 -.Tasso standardizzato su popolazione europea 2013

In Italia l'andamento temporale⁴ è sostanzialmente stabile (variazione annua di meno 0,1%, non significativa); tale andamento è confermato anche per la Campania, (incremento annuo di più 0,5%, non statisticamente significativo).

Mortalità

Si stima che il numero di donne decedute per cancro dell'endometrio nel 2015⁵ sia stato in Italia di 865 ed in Campania di 61. La molto scarsa precisazione, su base nazionale, nella indicazione della causa di morte se riferita a decesso per cancro della cervice o del corpo dell'utero, spiega il motivo per cui le stime di mortalità vengano prodotte per l'utero in toto: in Italia² tale stima è di 8,3 decessi per 100.000 donne ed in Campania³ di 7,5 per 100.000 donne.

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni per tumore dell'endometrio⁶ in Italia è pari al 77%. La probabilità di sopravvivere altri 5 anni, avendo superato il primo anno dalla diagnosi, è pari all'84%, ed al 95% dopo 5 anni dalla diagnosi. In Campania la sopravvivenza a 5 anni è pari al 74,5%; si conferma, anche per il cancro dell'endometrio, come per quello della cervice, una più bassa sopravvivenza rispetto al pool italiano dei Registri Tumori. Non essendo previsto per il cancro dell'endometrio uno screening organizzato di popolazione, tale minore sopravvivenza può essere motivata dalla presenza di criticità che intervengono lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dei casi di cancro accertati. (ritardato accesso alle strutture, marcata frammentazione dei percorsi con erogazione delle cure da parte di strutture con bassi volumi di attività e minore expertise).

⁴ I Tumori in Italia – Trend 2003/2014 – AIRTUM 2019

⁵ Dati ISTAT 2015

⁶ La sopravvivenza per cancro in Italia – dati AIRTUM 2016

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Percorso diagnostico/stadiativo per pazienti con sospetta neoplasia dell'endometrio
- Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia dell'endometrio accertata
- Percorso terapeutico per pazienti con recidiva
- Follow up

PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA DELL'ENDOMETRIO

Anamnesi personale e familiare

La presenza di perdite ematiche atipiche in post-menopausa o con metrorragie, sanguinamenti intermestruali in epoca peri e premenopausale, tensione endopelvica accompagnata da algie ipogastriche e lombosacrali e leucoxantorrea è fortemente sospetta di tumore dell'endometrio. Una neoplasia endometriale va sempre sospettata in donne obese o oligoanovulatorie che in età perimenopausale o premenopausale presentino frequenti e prolungati episodi metrorragici, mentre il riscontro di linfedema agli arti inferiori e/o edema ai genitali esterni deve orientare per un quadro clinico manifesto di diffusione linfonodale iliaco-otturatoria.

L'obesità, l'ipertensione arteriosa, le epatopatie croniche, il diabete, il menarca precoce e la menopausa tardiva, la policistosi ovarica, la nulliparità, tumori a cellule germinali dell'ovaio secernenti estrogeni, iperplasia dello stroma corticale del surrene e l'utilizzo di terapie ormonali estrogeniche, non bilanciate da progestinici sono considerati fattori di rischio. Particolare attenzione deve essere rivolta alle donne con anamnesi personale di carcinoma della mammella in trattamento con Tamoxifene, modulatore selettivo degli estrogeni che esercitando un'azione agonista sui recettori estrogenici dell'endometrio, risulta associato a un maggiore di rischio di sviluppo di carcinoma endometriale.

Nell'ambito dell'anamnesi familiare è opportuno identificare eventuali sindromi eredo-familiari nel cui contesto il tumore dell'endometrio potrebbe essersi sviluppato. In particolare l'insorgenza di tale neoplasia in una donna giovane, in epoca premenopausale, può essere considerato evento sentinella della sindrome Lynch in un difetto dei meccanismi di "*mismatch repair*" ereditato come autosomico dominante. Queste pazienti presentano un rischio molto elevato di neoplasia del colon

(probabilità del 70% di ammalare entro i 70 anni di età), ed è nota anche l'associazione con il tumore della mammella; pertanto devono essere avviate ad un ambulatorio di *counseling* genetico per la corretta pianificazione della sorveglianza clinica.

Visita Ginecologica

Permette di rilevare attraverso la palpazione bimanuale rettovaginale alterazioni della consistenza, della mobilità e del profilo superficiale dell'utero, annessi, cervice, vagina e retto.

Ecografia pelvica - trans-vaginale

Permette di valutare lo spessore endometriale che varia da valori \leq a 5 mm nella donna in menopausa a valori da 1 a 14 mm nella donna in età fertile. Anomalie dello spessore, perdita di ecogenicità, vacuolizzazione dell'endometrio, ovvero la scomparsa o interruzione dell'alone periendometriale, alterazioni della perfusione ematica dell'endometrio valutati al color doppler, permettono di identificare processi sospetti.

Isteroscopia

Consente la valutazione della cavità endometriale in tutte le sue parti, degli osti tubarici, la topografia di eventuali formazioni, la focalità, l'estensione e la distanza dal canale cervicale. La metodica combinata di isteroscopia con biopsia endometriale permette prelievi mirati che, nel sospetto di neoplasia, devono essere multipli su tutte le zone maggiormente sospette. In particolare su collo e corpo separati, lungo le porzioni basali e i corni tubarici che sono sede preferenziale di carcinomi e polipi. La biopsia guidata deve essere tale da consentire di ottenere una quantità di tessuto sufficiente per una diagnosi istologica, con relativo grading.

Nuova classificazione molecolare

Per l'analisi patologica si rimanda al documento sulla refertazione patologica standard. Ai fini dell'inquadramento dei tumori endometriali secondo la nuova classificazione molecolare del TCGA è raccomandato introdurre le analisi in immunistochimica di p53 e e del MMR. La mutazione POLE, ove testabile, andrebbe aggiunta in quanto identifica un sottogruppo di pazienti a prognosi molto favorevole.

PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO/TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA DELL' ENDOMETRIO ACCERTATA

Ogni neoplasia dell'endometrio deve essere valutata dal Ginecologo Oncologo.

Stadiazione pre-operatoria

In fase preoperatoria, l'iter stadiativo strumentale dovrebbe essere diversificato in base al rischio di diffusione extrauterina basato sul profilo istologico (istotipo e grado) ed ultrasonografico (valutazione del diametro tumorale, della giunzione endometrio-miometrio e di eventuale diffusione extrauterina). Nei casi di carcinoma endometriode ben differenziato con diametro tumorale ≤ 2 cm e non evidenza di massiva infiltrazione miometriale e/o infiltrazione cervicale o sospetta diffusione extrauterina, non si ritiene necessaria ulteriore integrazione di diagnostica per immagini. Negli altri casi, è opportuno integrare l'ultrasonografia con TC torace-addome-pelvi al fine di identificare eventuali secondarismi o dalla combinazione di TC torace e RM addome-pelvi. Quest'ultima metodica consente di valutare meglio il grado di invasione miometriale, i rapporti con le strutture circostanti. Nel sospetto clinico di metastasi ossee trova indicazione l'impiego della scintigrafia ossea. Non esistono biomarcatori per i tumori dell'endometrio.

Chirurgia

Stadi iniziali I FIGO (Tumore limitato al corpo dell'utero) – II (Tumore esteso allo stroma cervicale)

Per lo stadio I e II il trattamento chirurgico standard è rappresentato dall'isterectomia extrafasciale e annessiectomia bilaterale con valutazione della citologia peritoneale.

Per quanto riguarda la linfadenectomia pelvica ed eventualmente lomboaortica, non vi è uniformità di pensiero. L'approccio consigliato, secondo le linee guida AIOM e ESGO 2018 varia a seconda della classe di rischio:

- Basso rischio (G1-G2 con infiltrazione miometriale $<50\%$) non si effettua linfadenectomia.
- Rischio intermedio (G1-G2 con infiltrazione miometriale $>50\%$) linfadenectomia stadiativa (pelvica o linfonodo sentinella)
- Rischio intermedio/alto (G1-G2 con infiltrazione miometriale $>50\%$ con infiltrazione degli spazi linfovaskolari oppure G3 con infiltrazione miometriale $<50\%$) linfadenectomia stadiativa (pelvica o linfonodo sentinella)

- Alto rischio (G3 con infiltrazione miometriale >50%) linfadenectomia sistematica (almeno 20 linfonodi pelvici e 15 lomboaortici).

Bisogna aggiungere omentectomia infracolica in caso di tumori di istotipo sieroso.

La biopsia del linfonodo sentinella ha mostrato una buona performance diagnostica e potrebbe rappresentare un buon compromesso (attualmente ancora in fase di validazione)

Il trattamento chirurgico preclude la fertilità e potrebbe essere rifiutato da giovani donne desiderose di preservare il proprio potenziale riproduttivo. In tali donne il carcinoma endometriale si presenta generalmente con caratteristiche prognostiche favorevoli: istotipo endometriode, ben differenziato, minima/assente invasione miometriale. In questi casi, considerato il buon esito oncologico (riportate sopravvivenze libera da malattia a 5 e a 10 anni pari rispettivamente al 99.2% e al 98%), può essere proposto un trattamento conservativo che preveda la somministrazione orale (medrossiprogesterone o megestrolo acetato) o endouterina (spirale levonorgestrel-medicata) di un progestinico. Il trattamento farmacologico può essere preceduto o meno da chirurgia resectoscopica. Il trattamento conservativo è comunque da considerarsi temporaneo e finalizzato all'ottenimento della gravidanza, questa deve essere fortemente incoraggiata a partire dal riscontro di una risposta tumorale completa. Il trattamento chirurgico standard è raccomandato in caso di progressione di malattia, mancata risposta tumorale completa a 12 mesi, e al termine della gravidanza

Stadi avanzati III (Tumore con estensione locale: ovaio, vagina, parametri o regionale linfonodi pelvici e /o aortici) – IV (estensione alla mucosa vescicale, intestinale o metastasi a distanza)

Nelle pazienti che in fase stadiativa risultino in stadio III e IV intra-addominale, qualora le condizioni della paziente e la diffusione di malattia lo permettano, sembra preferibile, un approccio chirurgico a scopo citoriduttivo in combinazione con chemioterapia e/o radioterapia. L'incertezza delle linee guida rende il trattamento dei terzi stadi personalizzato in funzione delle sedi di malattia. Nelle altre pazienti in stadio IV l'approccio chirurgico può avere un ruolo palliativo in quanto il trattamento di scelta è quello chemioterapico.

TERAPIA ADIUVANTE

Per la definizione delle successive scelte terapeutiche è opportuno suddividere le pazienti in classi di rischio secondo la classificazione aggiornata dalla FIGO nel 2018-(**Tab.1**), basata su stadiazione, grading e tipo istologico. A questi fattori di rischio, sulla scorta di numerosi studi clinici (GOG 99, PORTEC1, PORTEC2, PORTEC3) vanno aggiunte anche l'età > 60 anni e l'invasione linfovaskolare, nella valutazione complessiva per l'indicazione ai trattamenti adiuvanti.

Tabella 1. Fattori prognostici e categorie di rischio

Classe di rischio	FIGO 2009	Grado	Istologia	Spazi linfovaskolari
<i>Basso</i>	IA	1-2	E	-
<i>Intermedio</i>	IB	1-2	E	-
<i>Intermedio/Alto</i>	IA	3	E	-/+
	IA-B	1-2	E	+
<i>Alto</i>	IB	3	E	-/+
	II-III-IV	1-2-3	E	
	IA-IB-II-III	-	SP / CC	

Legenda. E: endometriode; CC: cellule chiare; SP:sieroso capillifero IM: invasione miometriale

Recentemente è stata pubblicata una Consensus tra ESMO, ESGO e ESTRO in cui la classificazione del rischio è stata integrata con una categoria a rischio intermedio alto sulla base della positività degli spazi perivascolari e sono state aggiunte la classe di malattia avanzata e metastatica. Si distinguono pertanto (Fig. 1 e 2):

- ✓ **Classe di rischio basso (Stadio I, istotipo endometriode, G1-G2, Invasione miometriale < al 50%; assenza di invasione linfovaskolare):** non è raccomandata nessuna terapia adiuvante, le pazienti verranno avviate a programma di follow-up clinico strumentale.
- ✓ **Classe di rischio intermedio (Stadio I, istotipo endometriode, G1-G2, invasione miometriale >50%, assenza di invasione linfovaskolare):** per il controllo della recidiva locale è indicata la brachiterapia sulla cupola vaginale. Per le pazienti con età <60 anni è comunque proponibile anche la sola osservazione.
- ✓ **Classe di rischio intermedio alto (Stadio I, istotipo endometriode, G3 invasione miometriale < 50%; o Stadio I endometriode G1-G2, invasione linfovaskolare presente):** in caso di stadiazione chirurgica linfonodale eseguita con linfonodi risultati negativi è indicata la sola brachiterapia endovaginale; la radioterapia pelvica a fasci esterni e la chemioterapia è indicata solo se non è stata effettuata un'adeguata stadiazione chirurgica linfonodale o in caso di invasione linfovaskolare o se in presenza di un tumore altamente indifferenziato.
- ✓ **Classe di rischio alto: I Stadio (Stadio I endometriode, G3, invasione miometriale > 50%, a prescindere dallo stato di invasione linfovaskolare):** se i linfonodi sono negativi è indicata la radioterapia pelvica a fasci esterni; qualora la stadiazione linfonodale non è disponibile, la paziente va avviata a trattamento combinato chemio-radioterapico

✓ **Classe di rischio alto: II stadio**

- Per lo stato II, indipendentemente dal grading e della presenza di invasione linfovaskolare va eseguita la radioterapia pelvica a fasci esterni associata a chemioterapia a base di sali di platino, con schemi concomitanti o sequenziali. Lo schema effettuato nello studio PORTEC3 rappresenta oggi la modalità di trattamento da preferire

✓ **Classe di rischio alto: Istotipi speciali**

È sempre raccomandata la chemioterapia adiuvante con schemi a base di sali di platino.. Il trattamento radioterapico nello stadio IA, in assenza di invasione linfovaskolare, prevede la sola brachiterapia endovaginale. Negli stadi \geq IB è indicata la radioterapia a fasci esterni. L'eventuale boost brachiterapico è indicato in caso di in presenza di franca invasione stromale cervicale. Inoltre è opportuno l'inserimento di tali pazienti nell'ambito di trials clinici.

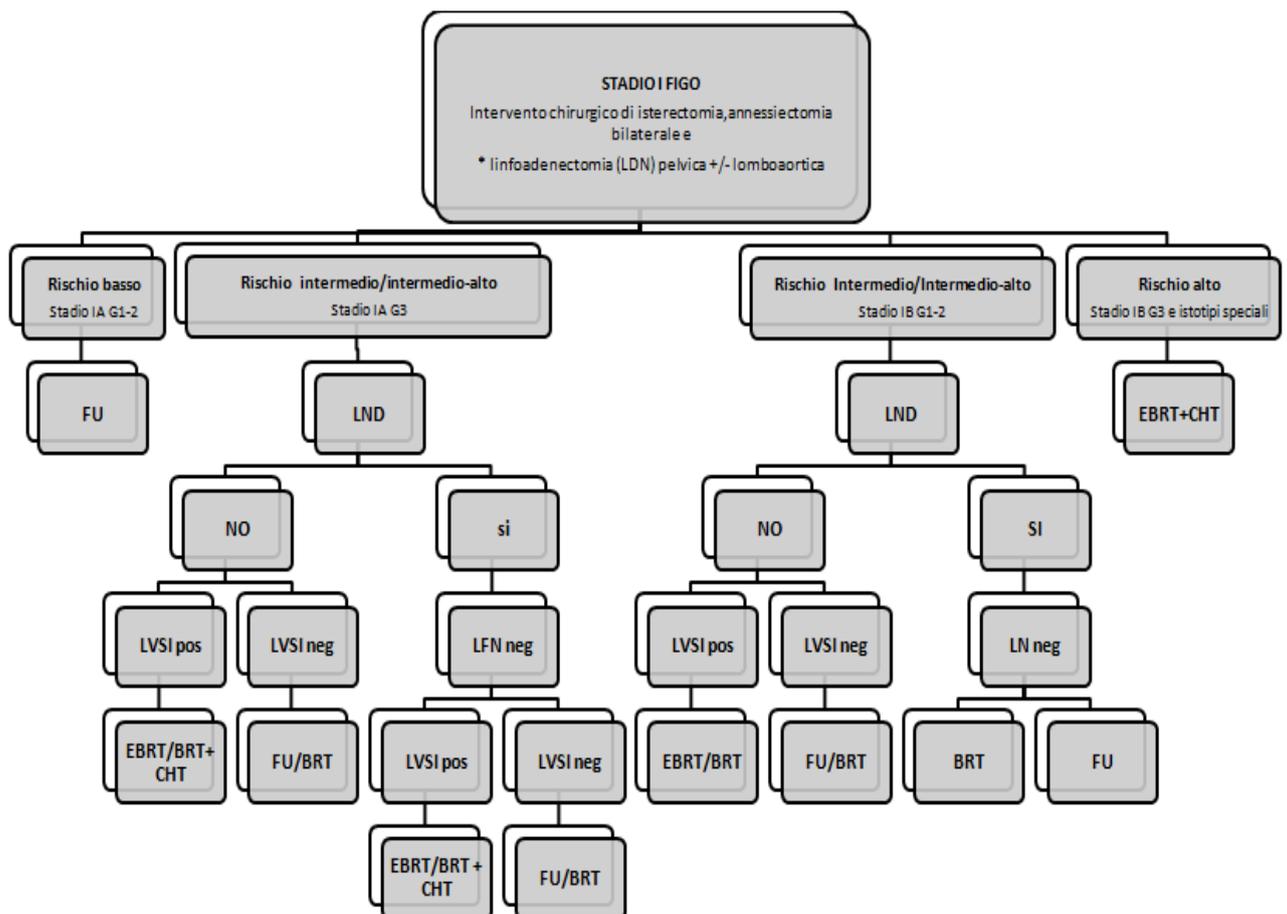


Figura 1. Percorso per la terapia del tumore dell'endometrio in stadio I FIGO

LEGENDA

* Linfadenectomia (LND) pelvica +/- lomboaortica non mandatoria

✓ **Classe di rischio alto: III stadio**

- Per lo **stadio III** la chemioterapia e la radioterapia a fasci esterni vanno proposte per ridurre il rischio di recidiva pelvica e migliorare la “progression-free survival”.
- Per lo stadio IIIA-B-C (in assenza di residuo tumorale), indipendentemente dalla stadiazione chirurgica linfonodale, è indicata la radiochemioterapia (radioterapia a fasci esterni e, in presenza di franca invasione stromale cervicale, anche brachiterapia endovaginale di completamento). Nello stadio IIIC2 è indicata anche le irradiazione delle stazioni linfonodali paraortiche. Per quanto riguarda i regimi chemioterapici di associazione generalmente si utilizzano schemi a base di sali di platino concomitanti alla radioterapia o consecutivi. Lo schema del PORTEC 3 è quello da preferire

✓ **Classe di rischio avanzato e metastastico IVA – IVB**

Per il IV stadio è il trattamento **chemioterapico sistemico** secondo lo schema Carboplatino-Paclitaxel è la terapia di scelta, ricorrendo alla radioterapia pelvica a scopo palliativo. Nelle pazienti in IV stadio con condizioni generali scadute o non candidabili ad ulteriori cicli di chemioterapia la può essere proposta l’ormonoterapia con medrossiprogesterone acetato, megestrolo acetato o tamoxifene.

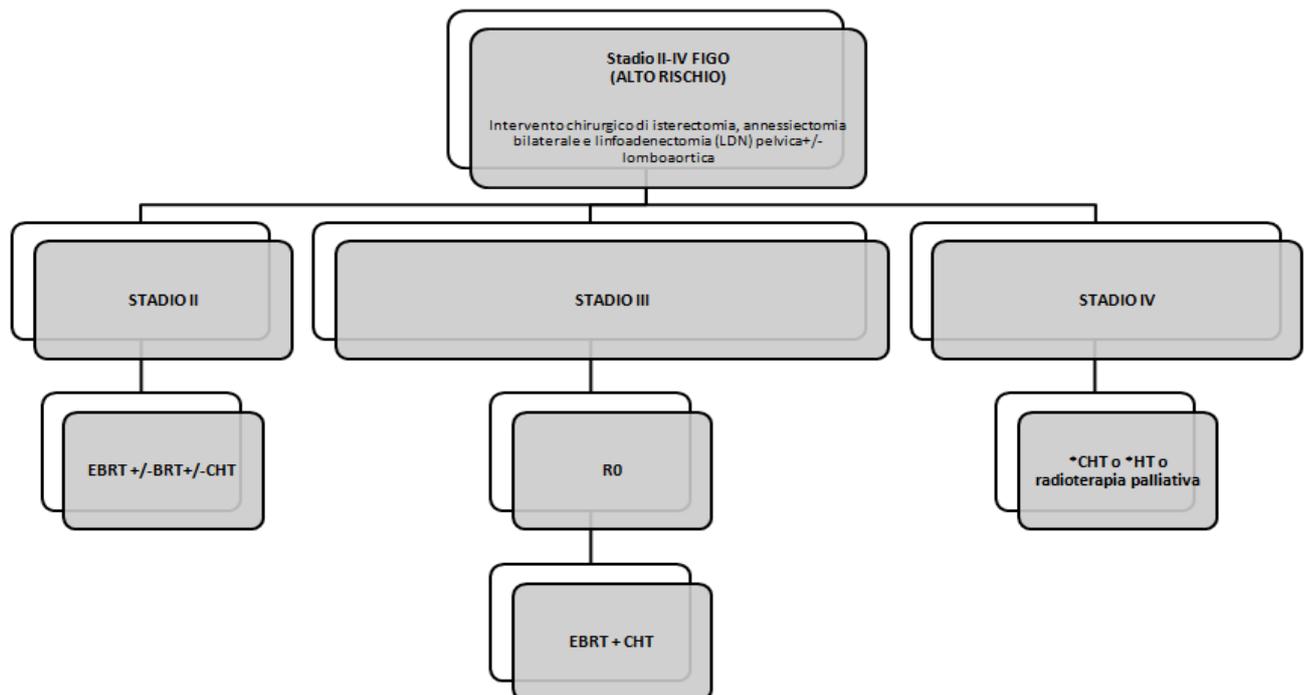


Figura 2. Percorso per la terapia del tumore dell’endometrio in stadio II e IV

LEGENDA

*in pazienti platino refrattarie o resistenti (<6 mesi dal precedente platino) considerare chemioterapia (CHT) con agenti singoli o Ormonoterapia (HT) con progestinici o clinical trial

*in pazienti platino sensibili (>6 mesi dal precedente trattamento con il platino) considerare regimi di chemioterapia a base di platino (Cisplatino-Epirubicina/Carboplatino/Taxolo)

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON RECIDIVA DI NEOPLASIA DELL'ENDOMETRIO

Quando la malattia si presenta sotto forma di recidiva vaginale isolata nelle pazienti che non hanno ricevuto un precedente trattamento radiante, la radioterapia rappresenta un trattamento curativo nel 75-80% delle pazienti. Nelle pazienti che hanno già ricevuto una precedente radioterapia e con buon *performance status*, l'opzione chirurgica rappresenta il trattamento di scelta. L'approccio chirurgico varia dalla citoriduzione secondaria alla pelvectomia. Tecniche di radioterapia stereotassica o brachiterapia image guided possono essere prese in considerazione in casi selezionati di recidiva pelvica (sia locale che linfonodale), anche in pazienti già precedentemente irradiate.

Nella maggior parte dei casi tuttavia, una chemioterapia di prima linea contenente carboplatino e taxolo o una terapia ormonale sistemica con intento palliativo, rappresentano le sole opzioni terapeutiche perseguibili. Con l'utilizzo sempre più diffuso della chemioterapia adiuvante, le opzioni terapeutiche per i pazienti con una ripresa di malattia sono decisamente ridotte poiché i farmaci di II linea hanno dimostrato generalmente risposte limitate e di breve durata. Sebbene siano stati studiati diversi regimi, mancano studi randomizzati e quindi nessun regime può essere proposto come standard. Tra i farmaci in indicazione: la doxorubicina liposomiale pegilata (response rate 9-10%), il paclitaxel (response rate 8 %).

L'ormonoterapia é riservata alle pazienti in condizioni cliniche generali scadute e non in grado di ricevere un trattamento chemioterapico sistemico. Progestinici quali medrossiprogesterone acetato o megestrolo acetato, e tamoxifene sono i farmaci più usati.

FOLLOW UP

Ad oggi non esistono chiare evidenze sul ruolo e le modalità del follow up.

Secondo i dati disponibili, la sorveglianza delle pazienti affette da carcinoma dell'endometrio deve avvalersi di: un'accurata anamnesi volta alla ricerca di sintomi suggestivi di ripresa di malattia, ed esame obiettivo con visita ginecologica ogni 3-4 mesi nei primi tre anni dal trattamento primario, ogni 6 mesi nei successivi due anni. In assenza di indicazioni cliniche si raccomanda di non eseguire i seguenti esami: emocromo ed esami biochimici; esecuzione routinaria di markers tumorali, Pap test, esami radiologici. Auspicabile è che il medico che conduce il follow up suggerisca l'adozione di misure che riducano i fattori di rischio e che identifichi eventuali sindromi eredo-familiari (in particolare l'esecuzione del test MSI nelle pazienti di età inferiore ai 55 anni).

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO, NCCN).

Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

- Il primo accesso al GOM per tumore dell'endometrio 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 la paziente sarà erogata **entro 7 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, 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, intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 - 50 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall'intervento**.
- 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 4-8 settimane** dall'intervento chirurgico.

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	C. Pisano, M. Orditura, R. Lauria, S GreggF Zullo, F Gherardi
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche a cura:	M. Fusco: Coordinamento registri Tumori della Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM, CIPOMO con coordinamento della revisione da parte di C Savastano, G Colantuoni

Percorsi suggeriti dalle Associazioni Pazienti aderenti a FAVO Campania da sviluppare nella ROC prima della prossima revisione annuale del PDTA

PDTA Endometrio	<ul style="list-style-type: none"> - si suggerisce, di inserire nell'ambito accoglienza le associazioni di volontariato per armonizzare tutti i pdta - si suggerisce di inserire chiari riferimenti operativi alle azioni previste dal DL 22 del 2017 sul DAT - si suggerisce una stabile proposta collaborativa tra il GOM e le organizzazioni di volontariato per campagne di informazione mirate per ampie aree della popolazione femminile
-----------------	---