



**Percorso di Salute Diagnostico
Terapeutico Assistenziale**

Tumori Colorettali

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

SOMMARIO

1.	Introduzione e presentazione del documento	Pag. 3
2.	Redazione e aggiornamento	Pag. 3
3.	Lista distribuzione	Pag. 3
4.	Gruppo di Lavoro e Coordinamento	Pag. 4
5.	Glossario terminologia e abbreviazioni	Pag. 6
6.	Scopo	Pag. 7
7.	Analisi del problema oggetto del PSDTA	Pag. 7
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag. 8
9.	Contesto organizzativo di riferimento	Pag. 8
10.	Criteri di ingresso	Pag. 9
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA	Pag. 10
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag. 14
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag. 15
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag. 15
15.	Archiviazione	Pag. 16
16.	Linee guida di riferimento	Pag. 16
17.	Elenco allegati	Pag. 17

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

La condivisione di percorsi di salute diagnostici terapeutici e assistenziali (PSDTA) rappresenta un elemento fondamentale di governance delle Reti Oncologiche. Tale processo mira a garantire qualità ed efficienza della gestione delle patologie oncologiche e a rendere omogeneo su tutto il territorio della Rete il percorso del paziente, garantendo l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali". La definizione del PSDTA garantisce anche una corretta allocazione di risorse, indispensabile per rendere governabile il sistema, e il miglioramento costante dell'offerta terapeutica, attraverso il monitoraggio di indicatori e procedure di audit interni ed esterni.

Il PSDTA per i tumori coloretali è redatto dai membri del Gruppo di Lavoro per i tumori colo-rettali della Rete Oncologica e approvato da tutti i referenti dei GIC colon-retto della Rete Oncologica.

Il percorso descrive gli snodi decisionali e le pratiche cliniche concordate tra i professionisti della Rete. Rappresenta la declinazione dell'EBM nella realtà clinica delle nostre regioni e fornisce uno standard di qualità comune per le prestazioni erogate ai pazienti, definendone tempi di attesa e modalità di verifica.

2. REDAZIONE E AGGIORNAMENTO

La stesura del PSDTA "matrice" (o PSDTA Regionale) è delegata dall'Assessorato alla Salute delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta alla Rete Oncologica. La Rete definisce, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, la sequenza delle procedure necessarie perché la gestione della patologia sia omogenea su tutto il territorio e abbia caratteristiche di qualità, efficienza, appropriatezza, multidisciplinarietà e multiprofessionalità.

Alle Direzioni Aziendali è affidato il compito di garantire che le procedure indicate siano disponibili, accessibili e dotate delle caratteristiche richieste.

La verifica della adeguatezza del percorso viene effettuata attraverso:

- la restituzione dei dati indicati come "indicatori" nel presente documento;
- lo svolgimento di audit specifici e l'analisi della documentazione clinica disponibile.

Data stesura primo documento	01/02/2023
Numero della revisione	
Data di Revisione	

3. LISTA DISTRIBUZIONE

Medici di Medicina Generale
Aziende Sanitarie: Direttori Generali e Direttori Sanitari
Direttori e Responsabili delle funzioni interessate: Responsabili CAS e GIC con preghiera di diffusione, CPO
Organizzazioni di Volontariato (ODV) di riferimento per patologia
Istituzioni: Ordine dei Medici, Ordine Professioni Sanitarie, Ordine Farmacisti, Ordine Psicologi, Ordine Assistenti Sociali

4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

COORDINATORI

Cognome Nome	Ruolo	Sede
Paolo Massucco	Chirurgia	AOU Mauriziano, Torino
Cristina Piva	Radioterapia	ASL TO4, Ivrea
Patrizia Racca	Oncologia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Mauro Santarelli	Chirurgia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Lucia Turri	Radioterapia	AOU Maggiore, Novara

GRUPPO DI LAVORO

Cognome Nome	Ruolo	Sede
Indicazioni relative a screening, diagnosi tempestiva, sindromi da predisposizione genetica dei tumori del colon-retto		
Vittoria Grammatico (coordinatore)	Chirurgia	ASL TO5, Carmagnola
Elisabetta Fenocchio	Oncologia	IRCCS Candiolo
Marco Naddeo	Chirurgia	ASL CN2, Verduno
Francesca Olivero	Endoscopia	ASL CN1, Mondovì
Myriam Katja Paris	Oncologia	ASL BI, Biella
Valentina Renda	Anatomia Patologica	ASO Cuneo
Indicazioni per il PSDTA del tumore del colon e del retto relative alla diagnosi clinica e anatomopatologica e alla stadiazione pre-trattamento		
Annalisa Balbo Mussetto (coordinatore)	Radiologia	AO Mauriziano, Torino
Laura Auriati	Anatomia Patologica	ASL TO5, Moncalieri
Renzo Clara	Chirurgia	ASL Città di Torino (Osp. G.Bosco)
Laura Fanchini	Oncologia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Renato Parente	Anatomia Patologica	Humanitas Gradenigo, Torino
Silvia Ramonda	Radiologia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Maurizio Spandre	Gastroenterologia	ASL Città di Torino (Osp. Martini)
Indicazioni per il PSDTA del tumore del colon relative al trattamento chirurgico		
Roberto Perinotti (coordinatore)	Chirurgia	ASL BI, Biella
Luca Bonatti	Chirurgia	ASL Città di Torino (Osp. Maria Vittoria)
Elisabetta Castagna	Chirurgia	ASL AT, Asti
Francesca Cravero	Chirurgia	ASL AL, Casale
Matteo Gatti	Chirurgia	ASL NO, Borgomanero
Antonio Masciandaro	Chirurgia	ASL TO3, Rivoli

Ugo Parisi	Chirurgia	ASL AT, Asti
Andrea Spinelli	Chirurgia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Indicazioni per il PSDTA del tumore del retto relative al trattamento chirurgico		
Maria Carmela Giuffrida (coordinatore)	Chirurgia	AO Santa Croce, Cuneo
Vincenzo Adamo	Chirurgia	ASL VC, Vercelli
Maria Paola Bellomo	Chirurgia	Humanitas Gradenigo, Torino
Paolo Bellora	Chirurgia	AOU Maggiore, Novara
Igor Monsellato	Chirurgia	AO SS. Antonio e Biagio, Alessandria
Francesco Moro	Chirurgia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Andrea Muratore	Chirurgia	ASL TO3, Pinerolo
Roberto Saracco	Chirurgia	ASL Città di Torino (Osp. Martini)
Alberto Serventi	Chirurgia	ASL AL, Acqui Terme
Marcello Zago	Chirurgia	ASL VC, Borgosesia
Indicazioni per il PSDTA del tumore colon relative alle terapie adiuvanti e ai trattamenti delle fasi avanzate		
Cristiano Oliva (coordinatore)	Oncologia	ASL Città di Torino
Sara Bustreo	Oncologia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Anna Ferrero	Oncologia	ASL TO5, Carmagnola
Angelo Giuli	Oncologia	ASL VCO, Verbania
Franco Sarli	Oncologia	ASL TO3, Pinerolo
Indicazioni per il PSDTA del tumore retto relative ai trattamenti neoadiuvanti, adiuvanti e delle fasi avanzate		
Cristina Piva (coordinatore)	Radioterapia	ASL TO4, Ivrea
Andrea Galla	Radioterapia	IRCCS Candiolo
Cristina Granetto	Oncologia	AO Santa Croce, Cuneo
Sara Lattuada	Oncologia	ASL VC, Vercelli
Luca Panier Suffat	Chirurgia	ASL TO4, Ivrea
Elena Traverso	Oncologia	AO SS. Antonio e Biagio, Alessandria
Roberta Volpatto	Oncologia	ASL TO4, Chivasso
Indicazioni per i PSDTA dei tumori del colon e del retto relative al follow up e ai problemi riabilitativi		
Roberto Rimonda (coordinatore)	Chirurgia	ASL CN1, Mondovì
Davide Ottaviani	Oncologia	Humanitas Gradenigo, Torino
Giuliana Ritorto	Oncologia	AOU Città della Salute e della Scienza, Torino
Liana Todisco	Radioterapia	AOU S.Luigi, Orbassano

Associazioni pazienti che hanno contribuito :

- **F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia**

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Termine	Significato
CAS	Centro Accoglienza e Servizi. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, il CAS è la struttura deputata alla presa in carico iniziale di un paziente con sospetto di neoplasia. Predisposti gli esami diagnostici essenziali sulla base del sospetto, il CAS indirizza il paziente verso il Gruppo Interdisciplinare Cure specialistico
GIC	Gruppi Interdisciplinari Cure. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, i GIC sono gruppi multispecialistici che prendono in carico il paziente con diagnosi oncologica e mettono a punto il programma terapeutico, secondo lo stato dell'arte
Stadio	Definisce l'estensione della malattia attraverso i parametri T, dimensione del tumore, N, stato dei linfonodi e M, presenza o meno di metastasi.
Prevenzione primaria	Azioni e misure adatte a ridurre l'incidenza di una certa patologia, agendo, ad esempio, sui fattori di rischio modificabili
Prevenzione secondaria	Azioni e misure adatte all'identificazione dei tumori in fase asintomatica, in modo da consentire terapie più tempestive ed efficaci
Prevenzione terziaria	Azioni e misure adatte, in pazienti che hanno già subito un intervento per tumore e sono liberi da malattia, ad intercettare e gestire gli esiti a breve o lungo termine dei trattamenti
MMG	Medico di Medicina Generale
RM/RMN	Risonanza magnetica/Risonanza magnetica nucleare
TAC/TC	Tomografia Assiale Computerizzata/Tomografia Computerizzata
PS	Performance Status
QoL	Quality of Life (Qualità di vita)
MDC	Mezzo di contrasto

6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutti i pazienti affetti da tumore del colon e del retto un iter personalizzato in tutte le fasi della malattia, attraverso un continuum di azioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sui bisogni della persona, atte ad ottenere il miglior outcome oncologico nel rispetto della qualità di vita. In particolare, il documento mira a:

- Descrivere il processo di cura per il problema di salute tumore colo-rettale riportando le indicazioni concordate tra i professionisti della Rete Oncologica sulla base delle evidenze disponibili.
- Ridurre la variabilità nei comportamenti e migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa.
- Informare gli operatori e gli utenti potenzialmente coinvolti nel percorso.
- Fornire indicazioni per la manutenzione (piano di revisione) e il monitoraggio del percorso (KPI).

N.B. Il presente documento fornisce indicazioni cliniche e organizzative applicabili ad un paziente tipo in un contesto ideale e non sostituisce il giudizio clinico degli operatori nelle scelte operate in specifiche condizioni cliniche nel contesto locale.

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

Incidenza in Piemonte

Il tumore del colon-retto risulta essere il secondo tumore più diagnosticato (escludendo i carcinomi della cute) nel sesso femminile (12%) dopo il tumore della mammella (32%), mentre nei maschi rappresenta il 13% del totale, al terzo posto dopo i tumori della prostata (18%) e del polmone (14%). [Registro Tumori del Piemonte - anni 2013-2014]

Nel 2019 sono stati stimati 4000 nuovi casi di carcinoma del colon-retto (2200 negli uomini e 1800 nelle donne), con un tasso di incidenza standardizzato (popolazione europea del 2013) di 82.9 per 100.000 negli uomini e 61.5 per 100.000 nelle donne. [I numeri del cancro in Italia, 2019]

Mortalità/sopravvivenza in Piemonte

Nel 2018 i decessi sono stati 1.658 (di cui 773 donne e 885 uomini). [ISTAT, ultimo anno disponibile]
Tasso di mortalità: grezzo di 31.2 per 100.000 abitanti (41.7 negli uomini) e standardizzato (per la popolazione europea) di 21.3 (38.8 negli uomini). [Registro Tumori del Piemonte - anni 2013-2014]

La sopravvivenza a 5 anni è dell'64% (sopravvivenza standardizzata per età, pool AIRTUM 2005-2009). [I numeri del cancro in Italia, 2019].

In [Figura 1](#) sono riportate incidenza e mortalità standardizzate (popolazione europea, Eurostat 2013) per ASL piemontesi. La differenza di incidenza potrebbe riflettere una diversa diffusione dei programmi di screening o essere effetto di differenti tempistiche nell'avvio degli stessi.

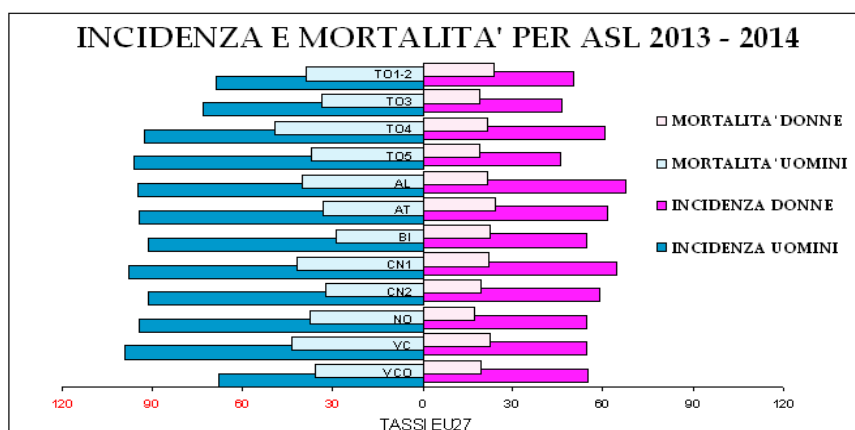


Figura 1. Fonte: Impatto dei tumori in Piemonte, 2019.

La Figura 2 presenta il trend dei tassi di mortalità in Piemonte per tumori del colon retto.

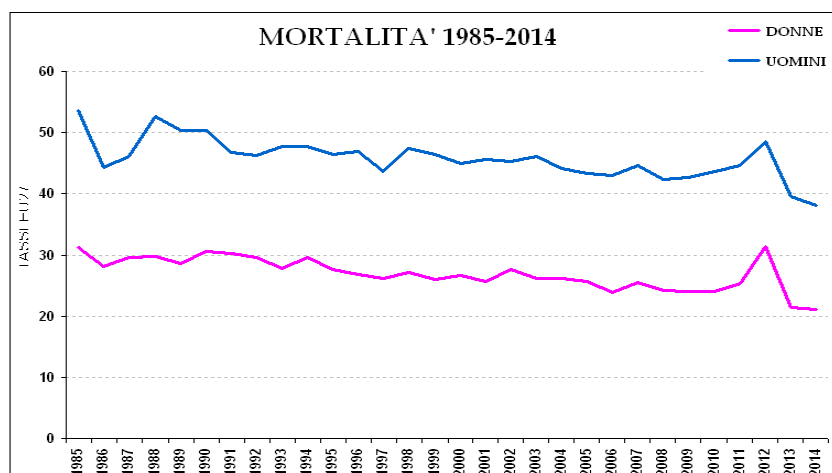


Figura 2. Fonte: Impatto dei tumori in Piemonte, 2019.

Ricoveri in Regione Piemonte

In base ai dati elaborati dal CPO Piemonte (<https://www.cpo.it/it/dati/assistenza-oncologica/>), nel 2019 ci sono stati 4128 ricoveri ospedalieri per tumore del colon: il 23% in regime di Day Hospital, il 58% in regime ordinario chirurgico e il 19% in regime ordinario medico. Per i tumori del retto i ricoveri sono stati 1688, con una distribuzione per regime di ricovero simile. Nel 2020 si è registrata un numero inferiore di ricoveri, sia per tumore del colon (N=3275, pari a - 21%), sia per tumori del retto (N=1688, pari a - 15%).

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2021 disponibile sul sito www.aiom.it

I numeri del Cancro in Italia 2021 disponibile sul sito [www.aiom.it http://dati.istat.it/](http://dati.istat.it/)

Regione Piemonte, D.G.R. n. 42-7344 del 31.03.2014 (definizione dei criteri per Hub e Spoke)

Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale 23 novembre 2015, n. 51-2485 (assegnazione Centri Hub)

9. CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

L'offerta assistenziale per i tumori del colon-retto nell'ambito della Rete Oncologica è articolata in 23 centri di riferimento (22 in Piemonte e 1 ad Aosta) per una densità di circa 1 centro ogni 200.000 abitanti. La distribuzione territoriale in Piemonte è la seguente: area Sud Est, 3 centri; area Sud Ovest, 3 centri; area Nord Est, 5 centri; area Torino Nord, 4 centri; area Torino Ovest, 5 centri; e area Torino Sud Est, 2 centri.

I requisiti dei centri di riferimento sono stati definiti con la DGR 42-7344 del 31 marzo 2014 - Individuazione dei criteri e dei requisiti per l'identificazione dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente alle varie tipologie di tumore.

La Regione Piemonte ha designato in seguito (DGR 51-2485 del 23 novembre 2015 - Individuazione dei centri HUB nell'ambito del dipartimento della Rete Oncologica) i centri di riferimento per le principali patologie oncologiche secondo il modello Comprehensive Center Centre Network.

Non esiste allo stato attuale una differenziazione tra tumori del colon e tumori del retto, patologia meno frequente (circa 1/3 della casistica) e caratterizzata da maggior complessità di trattamento.

Il modello organizzativo generale di presa in carico in atto in Regione Piemonte prevede la presenza di Centri Accoglienza e Servizi (**CAS**) e Gruppi Interdisciplinari Cure (**GIC**). I CAS locali garantiscono un accesso tempestivo a pazienti con sospetto diagnostico ed un efficiente indirizzamento verso i relativi GIC di riferimento per il prosieguo dell'iter terapeutico-assistenziale. Il percorso di cura è coordinato dai GIC di ogni centro, i cui referenti si riuniscono periodicamente presso la sede centrale della Rete Oncologica negli incontri del Gruppo di Studio per i tumori colo-rettali.

10. CRITERI DI INGRESSO

Sono inclusi in questo PSDTA tutti i pazienti con sospetto clinico o diagnosi di tumori del colon e del retto.

Nelle diverse fasi del PSDTA sono coinvolti:

- Dipartimento di Prevenzione
- Distretti Sanitari
- Medici di famiglia / Case della salute
- Servizi di cure domiciliari e palliative
- Hospice
- Strutture di riabilitazione
- Reti Ospedaliere
- Servizi sociali ospedalieri e territoriali
- Progetto Protezione Famiglie Fragili
- Associazioni di pazienti e di volontari

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

Prevenzione primaria

Lo stile di vita, inteso come l'insieme delle abitudini alimentari e della pratica di esercizio fisico, è classificato tra i fattori di rischio "modificabili", accanto a quelli "non modificabili" come età, genere e patrimonio genetico. Gli operatori della Rete Oncologica e i MMG hanno il compito di promuovere stili di vita salutari secondo le seguenti indicazioni.

- Controllo peso corporeo. Un BMI tra 20 e 25 definisce il peso ideale. L'incremento progressivo del valore di BMI si correla ad un aumentato rischio di recidiva di malattia tumorale.
- Dieta ricca di vegetali
- Limitare il consumo di cibi e bevande ad alta densità calorica ed elevato indice glicemico.
- Consumo di antiossidanti naturali: cereali integrali, legumi, frutta fresca e verdura di stagione.
- Consumo saltuario di carne, in particolare rossa. Prediligere il pesce.
- Consumo moderato di formaggio.
- Abbondante idratazione.
- Astensione o riduzione assunzione di alcoolici.
- Attività fisica regolare
- Astensione del fumo

Prevenzione secondaria

Gli operatori della Rete Oncologica e i MMG svolgono un ruolo di sensibilizzazione all'adesione allo screening della popolazione generale attivato dalla Regione Piemonte, che prevede la ricerca di sangue occulto fecale e la colonscopia nei soggetti positivi (vedi sito web Regione Piemonte).

E' richiesta alla classe medica una particolare attenzione nell'individuare soggetti con anamnesi sospetta per sindrome ereditaria. Dal 3 % al 5 % dei casi di neoplasia del colon-retto è ereditario. L' identificazione precoce della predisposizione ereditaria, spesso associata a sindrome di Lynch, permette di impostare un programma di monitoraggio allo scopo di evitare l'insorgenza di neoplasia o, nelle persone a cui è stata asportata una neoplasia, predisporre un programma di follow –up intensivo (*Allegato 1*)

La corretta indicazione alla esecuzione di una colonscopia, oltre a permettere una diagnosi precoce, consente l'identificazione e la rimozione di lesioni preneoplastiche (*Allegato 2*)

1.3 Prevenzione Terziaria

Programma di follow up nei pazienti liberi da malattia

Fa parte della riabilitazione terziaria la riabilitazione oncologica. Nel caso nel cancro del colon retto prevede alcuni aspetti cruciali:

- Educazione a corretti stili di vita e rieducazione alimentare soprattutto in pazienti con estesa chirurgia del colon
- Gestione delle stomie con adeguata valutazione PRE OPERATORIA e POST OPERATORIA a cura degli Infermieri stomaterapisti
- Riabilitazione in caso di incontinenza fecale nelle anastomosi ultra basse o quale esito di RT sul retto
- Riabilitazione psico sessuale in caso di impotenza derivante da chirurgia demolitiva del retto

Prevenzione socio assistenziale

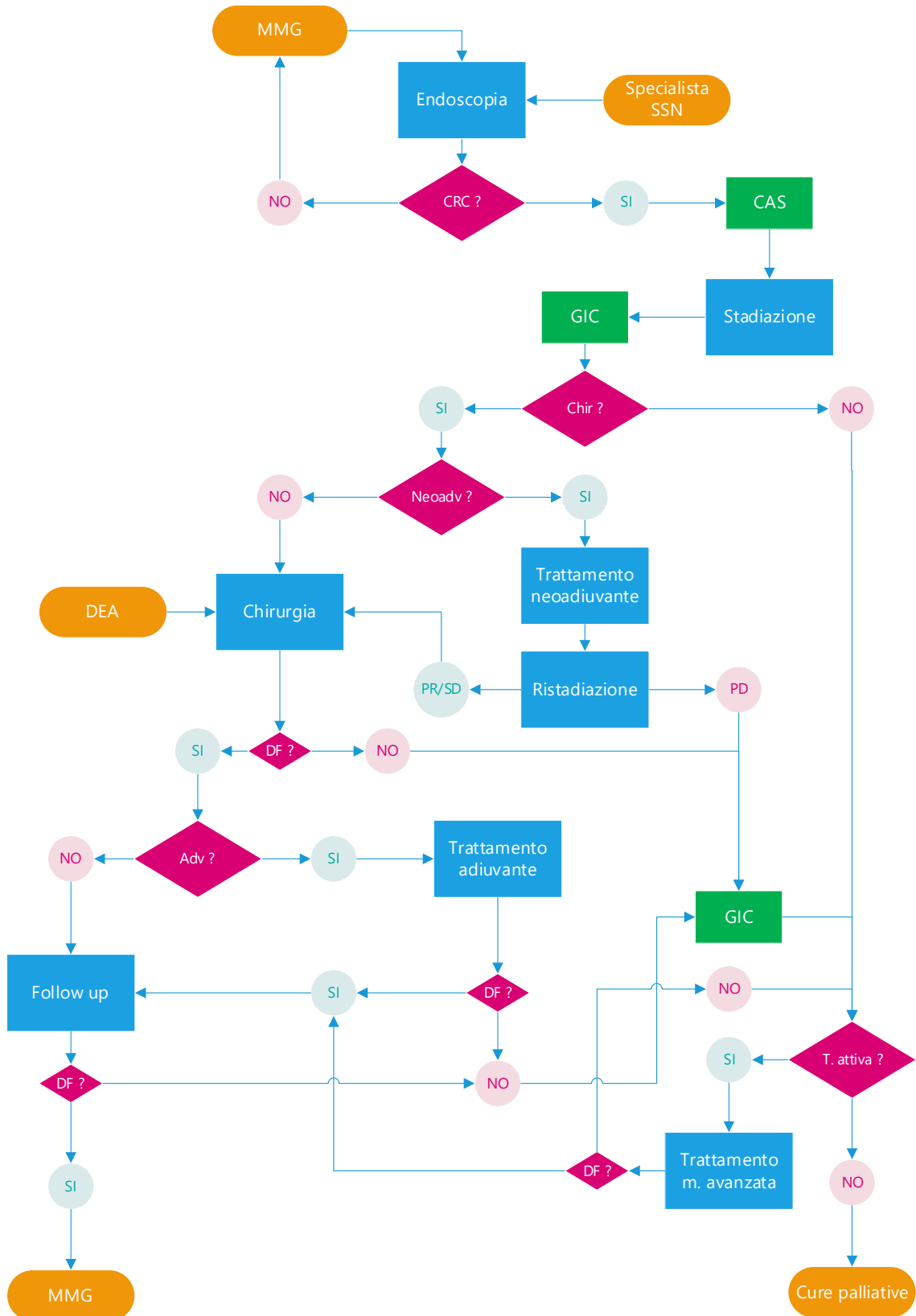
La Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta tutela i propri assistiti con l'erogazione, di fronte al solo sospetto diagnostico, dell'esenzione ticket 048. La richiesta dell'invalidità civile precocemente nell'iter diagnostico e, ove necessario, l'attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili, costituiscono determinanti supporti socio assistenziali per il malato, soprattutto in caso di malattia in stadio avanzato in persone a rischio socio-assistenziale.

Fasi	Descrizione	Timing
Visita CAS	<p>La presa in carico di un paziente con sospetta/accertata neoplasia del colon-retto comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione medica con definizione e richiesta dei successivi accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali. - Valutazione infermieristica con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale. - Gestione amministrativa con rilascio dell'esenzione 048 temporanea o definitiva e organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico. <p>Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti e attivare il GIC di riferimento.</p>	<p><i>La visita CAS deve essere erogata <u>entro 5 giorni dalla richiesta</u></i></p>
	<p>Nel processo di diagnosi stadiazione della malattia devono essere disponibili le seguenti modalità diagnostiche (<i>Allegato 3</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonscopia con possibilità di biopsia • TC con contrasto • RM con contrasto • PET con FDG 	
GIC	<p>Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare pre e postoperatoria del caso nel suo complesso, portando alla definizione di una strategia diagnostica e terapeutica condivisa. Il GIC deve prevedere la partecipazione di tutti gli specialisti necessari per una completa valutazione del caso, di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgo • Radioterapista • Oncologo • Infermiere <p>Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomopatologo • Dietologo • Endoscopista • Farmacista • Psicologo • Radiologo • Stomaterapista • Medico Nucleare • Palliativista/Terapista del dolore <p>In caso di non disponibilità di qualcuna delle discipline richieste è necessario far riferimento al GIC di un altro centro (possibilmente l'hub di riferimento territoriale). Nel regolamento del GIC, oltre agli specialisti che partecipano, devono essere descritte le periodicità degli incontri, le modalità di svolgimento e di refertazione.</p>	<p><i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i></p>

	<p>In seguito alla discussione multidisciplinare viene redatta una relazione scritta con le indicazioni terapeutiche stabilite e lo specialista a cui il caso viene affidato. La proposta è in seguito condivisa con la paziente nel rispetto delle rispettive caratteristiche cliniche e preferenze.</p> <p>La discussione interdisciplinare è obbligatoria per l'impostazione iniziale delle terapie e necessaria ogni qualvolta si ravvisi un problema clinico complessivo che richieda più competenze</p>	
Malattia localizzata	<p>Il trattamento della malattia localizzata deve essere preceduto da una corretta stadiazione sistemica e loco regionale con RM in caso di neoplasie rettali. Trattamenti per via endoscopica devono essere conseguenza di valutazione collegiale che consentirà di definire la strategia terapeutica e la modalità operativa più adeguata (<i>Allegato 4</i>). La diagnosi anatomo patologica deve essere secondo linee guida (<i>Allegato 5</i>) con caratterizzazione molecolare nella malattia avanzata</p>	
Neoplasia localmente avanzata del retto	<p>Nel tumore del retto medio inferiore sono indispensabili una stadiazione locale con RM e la determinazione dello stato del MMR per definire, secondo linee guida, l'opportunità di un trattamento neoadiuvante che deve essere esito di consulto multidisciplinare (<i>Allegato 6</i>)</p>	
Malattia metastatica d'esordio	<p>Nella malattia metastatica d'esordio deve sempre essere compiuta una stadiazione accurata che permetta di definire la potenziale operabilità delle metastasi, sia immediata che dopo un trattamento neoadiuvante. Pertanto è necessario che in caso di possibile reseccabilità il caso venga riferito a centri dedicati a questo tipo di chirurgia (<i>Allegato 7</i>)</p>	
Terapia adiuvante	<p>Dopo intervento a intento curativo, un trattamento adiuvante deve essere discusso con il paziente secondo linee guida tenendo in considerazione oltre allo stadio, l'età, il P.S. e, negli stadi iniziali, la presenza/assenza di MMR (<i>allegato 8</i>).</p>	
Malattia avanzata	<p>Il trattamento della malattia avanzata deve essere basato sui seguenti presupposti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caratterizzazione molecolare (AII-RAS, B-RAF, MSI/MMS, HER-2) - Sede neoplasia primitiva - Età e Performance Status - Potenziale reseccabilità che deve essere oggetto di condivisione multidisciplinare, tenendo presente che oltre alla chirurgia, radiofrequenza e radioterapia possono essere utili 	
Follow up	<p>Il follow up del paziente operato con intento curativo deve essere mirato a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depistare precocemente la comparsa di metastasi che possono essere oggetto di trattamenti locali anche dopo terapia neoadiuvante • Problematiche legate agli effetti di medio-lungo termine della terapia inclusa la gestione di eventuali stomie (<i>Allegato 9</i>) • Sorveglianza endoscopica per prevenire lo sviluppo di nuove neoplasie. Pertanto il follow-up deve essere molto attento e graduato sul rischio (<i>Allegato 10</i>) 	

Cure Palliative	<p>Si raccomanda la presa in carico precoce, anche in fase di trattamento attivo (simultaneous care), da parte della rete Cure Palliative.</p> <p>Considerare i seguenti snodi clinici per l'attivazione di un programma di cure palliative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi di neoplasia non suscettibile di guarigione (inoperabile, localmente avanzata e/o metastatica); • malattia avanzata con insorgenza di sintomi non controllati; • interruzione di trattamenti con intento di cura e avvio a trattamenti chemioterapici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo per l'esclusivo controllo dei sintomi. 	
Medicina Territoriale	<p>In tutte le fasi della malattia deve essere mantenuto un rapporto costante con i Medici di Medicina Generale e con le strutture territoriali che possono fornire un importante supporto complementare della terapia principale.</p> <p>Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia</p> <p>I MMG sono determinanti nell'intercettare i casi con familiarità e nel reclutare i familiari a rischio nelle sindromi accertate come familiari. Parimenti i MMG sono importanti nella promozione di stili di vita adeguati.</p>	
Ruolo delle organizzazioni di volontariato (ODV)	<p>La diagnosi di carcinoma colo-rettale per la sua prevalenza rappresenta un problema non solo sanitario ma anche socio-economico: le associazioni di volontariato contribuiscono alla promozione di programmi di prevenzione, e sono di supporto nel percorso personale delle pazienti. La Regione Piemonte si avvale del loro contributo nel disegno e validazione del PSDTA per garantire l'umanizzazione del percorso e la garanzia della sua applicazione</p>	

12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA



13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA

Per favorire l'implementazione del PSDTA si possono prevedere le seguenti attività:

- 1) diffusione attraverso il sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta;
- 2) eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari coinvolti nel percorso di cura;
- 3) diffusione brochure informative orientate all'utenza (esempio, versione semplificata tipo "flyer" del PSDTA);
- 4) pubblicazione del PSDTA sul sito aziendale;
- 5) altre iniziative promosse dalle Direzioni Aziendali volte a diffondere la cultura del miglioramento attraverso il PSDTA. Le Direzioni Aziendali provvederanno alla mappatura dei Servizi integrati nel PSDTA e a fornire i tempi di attesa per l'accesso agli stessi, oltre che, attraverso gli appositi strumenti a disposizione, di elaborare procedure per il monitoraggio degli indicatori;
- 6) Condivisione e coinvolgimento delle Organizzazioni di volontariato (ODV).

14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

Il gruppo di lavoro ha identificato un set di indicatori di processo e di outcome, misurabili utilizzando i dati amministrativi regionali (flussi SDO e ambulatoriali). Il set di KPI proposto è mutuato dai documenti emanati dai principali enti regolatori (Ministero Salute, AGENAS e Regione Piemonte).

Il gruppo di lavoro auspica la creazione a livello centrale (Rete Oncologica, Direzione Sanità) di un sistema di auditing permanente con feed-back periodico ai centri di riferimento (referenti GIC e DS). Sulla base dei dati raccolti, dovrebbero poi essere intraprese azioni di miglioramento in rapporto agli outliers, sia per quanto riguarda le best-practices da diffondere tra i centri della rete, sia per le performance sotto soglia meritevoli di interventi mirati di incremento della qualità. A livello aziendale dovrebbero essere attuate azioni di verifica degli indicatori, seguite, in caso di scostamento dalla soglia, da relativo piano di adeguamento con evidenza documentale delle azioni di miglioramento intraprese e del loro esito, in stretto coordinamento con la Direzione di Rete.

N°	Indicatore	Note
1	Percentuale interventi in laparoscopia/robotica per ca colon (esclusi in urgenza)	Regionale
2	Percentuale interventi in laparoscopia/robotica per ca retto (esclusi in urgenza)	Regionale
3	Mortalità postoperatoria a 30 e 90 gg (esclusi interventi in urgenza)	Regionale
4	Durata della degenza postoperatoria (esclusi interventi in urgenza, deceduti in ospedale e trasferiti)	Regionale
5	Percentuale di reinterventi entro 30 gg dal primo intervento (esclusi interventi in urgenza e interventi per chiusura della stomia)	Regionale
6	Percentuale di riammissioni a 30gg dalla dimissione (per qualsiasi causa, esclusi deceduti nel primo ricovero e reinterventi per chiusura della stomia)	Regionale
7	Percentuale di pazienti con "otimal recovery" (dimessi entro 7 gg, senza reinterventi o reingressi in ospedale e vivi a 30 giorni dal primo intervento)	Regionale

Gli indicatori proposti derivano dal set di indicatori definiti dai gruppi di lavoro regionali della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta che hanno elaborato i PSDTA, con alcune revisioni e integrazioni necessarie per renderli calcolabili centralmente attraverso l'uso integrato dei dati sanitari pseudonimizzati presenti nel datawarehouse del CSI Piemonte. Questi indicatori sono indicati nelle note come calcolabili a livello "Regionale". Gli indicatori proposti dai gruppi di lavoro non calcolabili centralmente sono riportati come disponibili solo a livello

“Locale”. Una parte di questi sarebbe calcolabile se opportunamente raccolti in modo standardizzato in tutti i centri regionali.

Tutti gli indicatori calcolabili a livello centrale saranno calcolati per l'intera regione, per ASL di residenza e per struttura che eroga la prestazione. I confronti tra centri e tra periodi di alcuni indicatori possono richiedere procedure statistiche di standardizzazione per renderli più confrontabili.

15. ARCHIVIAZIONE

Si suggerisce fortemente l'archiviazione dei PSDTA su supporto informatico in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

Il PSDTA dovrà essere conservato e reso consultabile presso gli uffici delle Direzioni Aziendali e della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

16. LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

1. Linea guida AIOM 2021 – Tumori del colon e Tumori del retto e dell'ano.

https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/11/LG-146_Colon_agg2021.pdf

https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/11/LG-279-Retto-e-Ano_agg2021.pdf

Addendum Linee Guida 2022 – Neoplasia del Retto Ano

https://www.iss.it/documents/20126/8403839/Addendum-LG_279_AIOM_Retto_ed2022.

2. Linea guida AIRO 2014 – La radioterapia dei tumori gastrointestinali.

<https://www.radioterapiaitalia.it/linee-guida-raccomandazioni/linee-guida-della-disciplina/2014-la-radioterapia-dei-tumori-gastrointestinali-indicazioni-criteri-guida/>

3. ESGE Guideline 2020 - Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer.

<https://www.esge.com/self-expandable-metal-stents-for-obstructing-colonic-and-extracolonic-cancer-esge-guideline-update-2020/>

4. ESGE Guideline 2022 - Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions.

<https://www.esge.com/endoscopic-submucosal-dissection-update-2022/>

5. ESMO Guideline 2014 – Metastatic colorectal cancer.

<https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/metastatic-colorectal-cancer>

6. ESMO Guideline 2017 – Rectal cancer.

<https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/rectal-cancer>

7. ESMO Guideline 2020 – Localized colon cancer.

<https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/localised-colon-cancer>

17. ELENCO ALLEGATI

Gli allegati si riferiscono a specifiche procedure che possono essere soggette a frequenti aggiornamenti. Sono pubblicati sul sito delle Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

- Allegato 1 : Sindromi da predisposizione ereditaria al tumore colo-rettale. Criteri di screening, diagnosi e follow-up
- Allegato 2 : Indicazioni alla colonscopia e linee guida di refertazione
- Allegato 3 : Schemi di percorso diagnostico e di refertazione
- Allegato 4 : Principi di terapia locale e sintesi dei percorsi di gestione perioperatoria (protocollo ERAS)
- Allegato 5 : Linee guida per ottenere un referto anatomico patologico adeguato
- Allegato 6 : Sintesi dei programmi di terapia neoadiuvante del tumore rettale
- Allegato 7 : Linee guida per il paziente con metastasi sincrone
- Allegato 8 : Sintesi linee guida terapia adiuvante
- Allegato 9 : Percorso gestione stomia
- Allegato 10 : Schemi di follow-up

La Rete Oncologica con i suoi Gruppi di Studio e/o in collaborazione con altre istituzioni produce documenti di indirizzo sulle seguenti tematiche, consultabili sul sito di Rete www.reteoncologica.it :

- Assistenza infermieristica
- Assistenza psicologica e sociale
- Riabilitazione
- Nutrizione
- Gestione paziente anziano
- Cure palliative
- Problemi internistici del paziente oncologico
- Gestione farmaci
- Diagnostica anatomopatologica
- Raccomandazioni generali per le vaccinazioni nei pazienti oncologici pubblicate nel 2022