



## **Allegato C PDTA COLON RETTO**

**Revisione 01 dei PDTA dei tumori del colon-retto**

## Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	<b>Massimo Uberti</b>	
Direttore Sanitario	<b>Luciano Bernini</b>	
Direzione Sanitaria di Presidio	<b>Pierino Panarisi</b>	
Direttore S.C. Oncologia Coordinatore CAS aziendale	<b>Vincenzo Dongiovanni</b>	
Direzione DIPSА	<b>Tiziana Lacchio</b>	
Coordinatore GIC aziendale	<b>Pietro Cumbo</b>	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	<b>Rosario Porrovecchio</b>	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta	<b>Oscar Bertetto</b>	

<b>Data di approvazione</b>	21 marzo 2019
<b>Periodicità di revisione</b>	Annuale.
<b>Data prossima revisione</b>	21 marzo 2020
<b>Modalità di diffusione interna</b>	Intranet aziendale. Comunicazione tramite mail a tutti i componenti CAS e GIC. Copia cartacea depositata presso la Direzione Generale, archivio CAS e Responsabile GIC. Divulgazione attraverso corsi di formazione. Corsi di FSC per il gruppo di studio per la revisione.
<b>Modalità di diffusione esterna</b>	Pubblicazione del PDTA sul sito aziendale. Lettera informativo per distretti e MMG
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta	

## Stato di revisione

Il documento è stato inserito nel format proposto dal Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle D'Aosta. E' stata mantenuta anche la forma estesa. Si tratta della revisione 01. Le modifiche apportate riguardano:

- l'aggiornamento dei contenuti clinici secondo le linee guida AIOM 2017.
- la contestualizzazione aziendale del modello organizzativo del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) e dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) quali strumenti di governo e controllo dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per i pazienti oncologici.

La stesura del PDTA gastrico è stata compilata dalla dott.ssa Vittoria Grammatico

## Composizione GIC

### GIC COLON-RETTO

Responsabile: **Pietro Cumbo**

Direttore S. C. Chirurgia H. S. Lorenzo Carmagnola

011/9719234 [cumbo.pietro@aslto5.piemonte.it](mailto:cumbo.pietro@aslto5.piemonte.it)

Chirurgo	<b>Vittoria Grammatico</b> – Chirurgia Carmagnola- <b>Referente</b> <b>Claudia Monticone</b> - Chirurgia Carmagnola <b>Francesco Potente</b> – Chirurgia Moncalieri <b>Luca Lorenzini</b> – Chirurgia Moncalieri <b>Alberto Kiss</b> - Chirurgia Chieri <b>Luigi Vitale</b> - Chirurgia Chieri
Chirurgo Endoscopista	<b>Francesco Piccoli</b> - <b>Referente</b>
Oncologo:	<b>Anna Ferrero</b> - Oncologia- <b>Referente</b>
Anatomo - patologo:	<b>Palmira Ghidoni</b> Anatomia Patologica - <b>Referente</b> <b>Francesca Pietribiasi</b> - Anatomia Patologica
Radiologo:	<b>Francesca Mastrogiamomo</b> - Radiologia Carmagnola- <b>Referente</b> <b>Giuseppina De Fazio</b> -Chieri <b>Simona Rossetti</b> -Chieri
Infermiera CAS:	<b>Gabriella Unnia</b> – cpsi <b>Referente</b>
Infermiera GIC:	<b>Nadia Sarti</b> - Chirurgia Moncalieri – <b>Referente</b> <b>Roberta Ucheddu</b> – Chirurgia Carmagnola <b>Daniela Narduzzo</b> - Chirurgia Chieri
Palliativista :	<b>Anna Maria Burato</b> - Terapia antalgica e cure palliative. <b>Referente</b> <b>Massimo Pietrobono</b> - Cure palliative e Antalgica
Stomaterapista:	<b>Maria Friio</b> - chirurgia- <b>Referente</b>
Radioterapista:	<b>Marco Gatti</b> - Radioterapia IRCC Candiolo - <b>Referente</b>
Psiconcologia:	<b>Raffaella Fornero</b> -Psico-oncologia - <b>Referente</b> <b>Marina Tosco</b> – Psico-oncologia
Assistente sociale:	<b>Gabriella Giletta</b> – Assistente Sociale. <b>Referente</b> <b>Rita Malorno</b> – Assistente Sociale

## Regolamento GIC

<b>Coordinatore</b>	Pietro Cumbo, Chirurgia, contatti 011/9719234 cumbo.pietro@aslto5.piemonte.it
<b>Segreteria</b>	CAS Centrale H. S. Lorenzo Carmagnola 1°Piano. 011/9719472 <a href="mailto:cas@aslto5.piemonte.it">cas@aslto5.piemonte.it</a>
<b>Sede dell'incontro</b>	Ambulatorio CAS Centrale di Carmagnola
<b>Periodicità dell'incontro</b>	Una volta la settimana. Giovedì dalle ore 14
<b>Modalità di refertazione</b>	Trakcare e cartella informatizzata GIC Referto della prestazione GIC ( codice 89.07 )
<b>Descrizione sintetica del funzionamento</b>	<p>Discussione collegiale dei casi clinici dei pazienti affetti da neoplasia colon- Retto per completamento diagnostico o per strategia terapeutica. I casi vengono prenotati dagli specialisti CAS o dai componenti del GIC nei giorni precedenti e condivisi tramite e-mail. Se durante il GIC vengono richiesti esami questi vengono prenotati dal CAS. Refertazione del verbale GIC su Track-care e su archivio GIC.</p> <p>La discussione e la comunicazione interprofessionale e interdisciplinare si effettua dopo la presentazione del caso clinico da parte del medico che ha segnalato il paziente; al termine della comunicazione e della scelta terapeutica da parte del GIC si procede alla refertazione del verbale, archiviato su cartella informatica Trackcare</p> <p>La persona riceve la comunicazione del percorso proposto dal medico e dall'infermiere GIC di riferimento . La relazione di cura procede, dopo la raccolta del consenso al trattamento con la presa in carico della persona .</p>

## Neoplasie di pertinenza del GIC

Stomaco

**Colon -Retto**

## Contesto epidemiologico e clinico

<b>Numero di abitanti del bacino di utenza</b>	310.307 abitanti (rilevazione al 31.12.2014)
<b>Descrizione del bacino di utenza</b>	<p>L'ASL TO5 comprende un territorio di 795 Km<sup>2</sup> di superficie</p> <p>I comuni che afferiscono all'Azienda sanitaria sono suddivisi in <b>quattro distretti</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Distretto di Chieri</b> ( 25 comuni, 103.543 abitanti) Albugnano, Andezeno, Arignano, Baldissero Torinese, Berzano S. Pietro, Buttigliera d'Asti, Cambiano, Castelnuovo Don Bosco, Cerreto d'Asti, Chieri, Isolabella, Marentino, Mombello, Moncucco, Montaldo, Moriondo, Passerano Marmorito, Pavarolo, Pectetto Torinese, Pino d'Asti, Pino Torinese, Poirino, Pralormo, Riva presso Chieri, Santena</li> <li>• <b>Distretto di Carmagnola</b> ( 8 comuni, 53.111 abitanti) Carignano, Carmagnola, Castagnole P.te, Lombriasco, Osasio, Pancalieri, Piobesi T.se, Villastellone.</li> <li>• <b>Distretto di Moncalieri</b> ( 3 comuni, 76.939 abitanti) La Loggia, Moncalieri, Trofarello</li> <li>• <b>Distretto di Nichelino</b> ( 4 comuni, 76.714 abitanti) Candiolo, Nichelino, None, Vinovo</li> </ul> <p>Sono inoltre presenti <b>tre presidi ospedalieri</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospedale Maggiore di Chieri</li> <li>• Ospedale San Lorenzo di Carmagnola</li> <li>• Ospedale Santa Croce Moncalieri</li> </ul>
<b>Numero di nuovi pazienti/anno con tumore afferenti all'azienda (potenziale utenza CAS)</b>	<p style="text-align: center;"><b>Dati anno 2015</b></p> <p>Incidenza : 242 casi/anno Prevalenza : 3300 casi</p>

## PDTA Carcinoma del Colon- Retto

### Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
Screening	-Rettosigmoidoscopia -SOF (Sangue occulto nelle feci) -Colonscopia	Secondo programma regionale. Tutti gli adenomi avanzati provenienti dal programma screening vengono inviati al CAS
Presenza di lesioni endoscopicamente sospette	Prelievo bioptico in corso di endoscopia per esame istologico	Accesso diretto al CAS da ambulatorio endoscopico
Riscontro obiettivo o ecografico o Tc di massa addominale. Riscontro alla colonscopia virtuale di lesione colica	Visita Cas	Visita CAS entro 5 giorni lavorativi dalla prenotazione
Sanguinamento rettale in pazienti > 50 anni; persistenza di dolore addominale, alterazioni dell'alvo, mucorrea, rettorragia, dimagrimento ed anemia sideropenica	Visita dal curante con accurata anamnesi e esame obiettivo e quindi Visita CAS	Visita CAS entro 5 giorni lavorativi dalla prenotazione o prenotazione colonscopia tramite CUP con richiesta MMG o specialista con priorità U/B ( urgente/breve)
Adenoma cancerizzato del coloretto	CAS: -esenzione 048 -visita CAS -esami ematochimici Markers -valutazione psico-sociale  GIC	Visita CAS da prenotare telefonicamente ai n. 011/9719472 , 011/94293313, 011/6930785 o via e-mail all' indirizzo <a href="mailto:cas@aslto5.piemonte.it">cas@aslto5.piemonte.it</a> con DEMA e da eseguire entro 5 giorni dalla prenotazione. Prenotazioni esami gestite dal CAS

<b>Carcinoma del colon</b>	<b>CAS: esenzione 048 visita valutazione psico-oncologica esami ematochimici con markers tac torace ed addome colonscopia virtuale se non colonscopia completa GIC</b>	<b>Prenotazione visita CAS con le metodiche già descritte. Il CAS prenota la TAC entro 8 giorni lavorativi presso le radiologie dei 3 presidi. Concluso il percorso diagnostico GIC entro 22 giorni dalla visita CAS</b>
<b>Carcinoma del retto medio-basso</b>	<b>CAS: esenzione 048 visita valutazione psico-oncologica esami ematochimici e marcatori Tac torace ed addome RMN addome inferiore o in alternativa ecoendoscopia ( se neoplasia sotto gli 8 cm da margine anale) GIC</b>	<b>Prenotazione visita cas entro 5 giorni lavorativi. Prenotazione esami pdta dal cas ed invio a GIC entro 24 giorni lavorativi dalla visita CAS.</b>
<b>Carcinoma colonretto con tac dubbia</b>	<b>Discussione in GIC per ulteriori esami</b>	<b>Prenotazione tramite CAS</b>

## Descrizione sintetica dei trattamenti

<b>Condizione</b>	<b>Procedure</b>	<b>Modalità di accesso</b>
<b>Adenomi avanzati ( displasia alto grado e/o superiori a 1 cm)</b>	<b>Rimozione endoscopica</b>	<b>Presso ambulatori di endoscopia dell'ASL o prenotazione mucosectomia c/o Città della Salute o endoscopie convenzionate. Accesso con richiesta cartacea o mail o telefonica, prenotata dal CAS.</b>

<p><b>Adenomi cancerizzati a basso rischio metastatico linfonodale (0.3-0.7%).</b>  <b>Infiltrazione sottomucosa &lt; a 500 µ,</b>  <b>non invasione linfovascolare e neurale e basso budding tumorale.</b></p>	<p><b>Se rimosso completamente, discussione in GIC e atteggiamento conservativo con F.U. ( follow-up) endoscopico</b></p>	<p><b>Presso ambulatori di endoscopia dell'ASL o prenotazione mucosectomia presso Città della Salute accesso con richiesta cartacea o mail o telefonica</b></p>
<p><b>Adenomi cancerizzati a medio rischio metastatico linfonodale( 8-10%).</b>  <b>Infiltrazione sottomucosa fino a 1 mm o fino a 2 mm in assenza di altri fattori di rischio</b></p>	<p><b>Se non rimosso completamente, discussione in GIC e controllo endoscopico a 1 mese.</b>  <b>Se rimosso completamente discussione in GIC e decisione terapeutica a seconda dell'età e condizioni cliniche del paziente.</b>  <b>Se recidiva endoscopica a 3 mesi intervento chirurgico in VL ( video-laparoscopia)</b></p>	<p><b>Prenotazione in GIC</b></p>
<p><b>Adenomi cancerizzati ad alto rischio metastatico linfonodale (10-20%)</b>  <b>Infiltrazione della sottomucosa &gt; 1 mm con altri fattori di rischio o superiore a 2 mm.</b></p>	<p><b>Discussione in GIC ed intervento di resezione colica chirurgica VL assistita</b></p>	<p><b>Prenotazione in GIC</b></p>
<p><b>Adenomi cancerizzati ad alto rischio e pazienti non operabili</b></p>	<p><b>Discussione in GIC:</b>  <b>F.U. endoscopico a 3 mesi;</b>  <b>visita oncologica o radioterapica ( se neoplasia rettale)</b></p>	<p><b>Prenotazione in GIC</b></p>
<p><b>FAP</b>  <b>Condizione morbosa caratterizzata dalla presenza di centinaia di polipi con trasmissione autosomica dominante e sviluppo di neoplasie nel 100% dei casi. Il gene interessato si chiama APC</b></p>	<p><b>Se polipi presenti:</b>  <b>Proctocolectomia totale con Pouch ileale a raggiungimento dello sviluppo corporeo</b></p>	<p><b>Prenotazione GIC ed indirizzati presso struttura gastroenterologica specializzata in patologie genetiche</b></p>

<p><b>HNPCC</b>  <b>Sindrome di Lynch</b>  <b>Con mutazione germinale dei geni del mismatch-repair system. Ereditarietà autosomica dominante.</b>  <b>Alta predisposizione per neoplasie colon destro, stomaco, uretere, ovaio, ileo, endometrio</b></p>	<p><b>Osservazione con endoscopia totale annuale a partire dai 25 anni o 5 aa prima del parente più giovane colpito</b></p>	<p><b>Invio al CAS se adenomi cancerizzati e prenotazione visita genetica.</b></p>
<p><b>Neoplasie del colon cieco, colon destro e flessura epatica</b></p>	<p><b>Emicolectomia destra e destra allargata VL, VL assistita o laparotomica secondo caso clinico.</b></p>	<p><b>Prenotazione da parte del CAS in chirurgia e presentazione del paziente all'infermiera GIC</b></p>
<p><b>Neoplasie del colon trasverso</b></p>	<p><b>Emicolectomia destra allargata VL, VL assistita o laparotomica</b></p>	<p><b>Prenotazione da parte del CAS in chirurgia e presentazione del paziente all'infermiera GIC</b></p>
<p><b>Neoplasie della flessura splenica, del colon sinistro e del giunto retto-sigma con pareti integre e ben vascolarizzate</b></p>	<p><b>Emicolectomia sinistra VL o VL assistita o laparotomica.</b>  <b>Ileostomia di protezione se rischio deiscenza anastomosi</b></p>	<p><b>Prenotazione da parte del CAS in chirurgia e presentazione del paziente all'infermiera GIC</b>  <b>Prenotazione ambulatorio stomie per colloquio e disegno preoperatorio se non intervento in urgenza</b></p>
<p><b>Neoplasie della flessura splenica, del colon sinistro e del giunto retto-sigma con pareti edematose, vascolarizzazione precaria, perforazione del cieco</b></p>	<p><b>Colectomia subtotale con anastomosi ileo-colica o ileo-rettale.</b></p>	<p><b>Accesso dal pronto soccorso se intervento urgente o prenotazione da parte del CAS in chirurgia e presentazione del paziente all'infermiera GIC.</b>  <b>Prenotazione ambulatorio stomie per colloquio e disegno preoperatorio se non urgenza</b></p>

<p><b>Neoplasie del retto alto (tra 15 e 12 cm dal margine anale) senza occlusione intestinale e tumore non avanzato</b></p>	<p><b>(A) Se neoplasie al di sopra della riflessione peritoneale vengono resecati il sigma ed il retto in VL a 5 cm dal margine inferiore della neoplasia con asportazione del mesoretto (TME).</b></p> <p><b>(B) Se neoplasia retto al di sotto della riflessione peritoneale, vengono resecati il sigma ed il retto in VL (LAR: Low Anterior Resection) fino a circa 2 cm dal margine inferiore con tutto il mesoretto (TME) mantenendo integra la capsula mesorettale. Anastomosi colo-anale ed eventuale stomia di protezione.</b></p>	<p><b>Prenotazione da parte del CAS in chirurgia e presentazione del paziente all'infermiera GIC</b></p> <p><b>Prenotazione ambulatorio stomie per colloquio e disegno preoperatorio.</b></p>
<p><b>Neoplasie del retto medio (tra i 12 ed i 6 cm dal margine anale) senza occlusione intestinale e tumore non avanzato</b></p>	<p><b>(A) Resezione del sigma ed del retto in VL (LAR: Low Anterior Resection) fino a circa 2 cm dal margine inferiore con tutto il mesoretto (TME) mantenendo integra la capsula mesorettale. Anastomosi colo-anale ed eventuale stomia di protezione.</b></p> <p><b>(B) Se T1 si invia il paziente al centro di riferimento per effettuare una TEM</b></p>	<p><b>Prenotazione da parte del CAS in chirurgia e presentazione del paziente all'infermiera GIC</b></p> <p><b>Prenotazione ambulatorio stomie per colloquio e disegno preoperatorio.</b></p> <p><b>Centro di riferimento per le TEM: Città della Salute</b></p>
<p><b>Neoplasie retto basso (dai 6 cm dal margine anale) senza occlusione intestinale e tumore non avanzato</b></p>	<p><b>(A) Resezione anteriore Ultrabassa con anastomosi colo-anale (CAA- colo-anal anastomosi) In presenza di anastomosi colo-rettali basse, ultrabasse o colo-anali, specie se radio trattate, si confeziona una ileocutaneostomia temporanea (8-12 settimane) di protezione</b></p> <p><b>(B) Amputazione addomino-perineale del retto sec. Miles con confezionamento di colostomia definitiva se la neoplasie è a ridosso degli sfinteri o li infiltra</b></p> <p><b>(C) Se T1 si invia il paziente al centro di riferimento per effettuare una TEM</b></p>	<p><b>Prenotazione da parte del CAS in chirurgia e presentazione del paziente all'infermiera GIC</b></p> <p><b>Prenotazione ambulatorio stomie per colloquio e disegno preoperatorio.</b></p> <p><b>Centro di riferimento per le TEM: Città della salute</b></p>

<b>Neoplasie del retto con occlusione intestinale o stadio avanzato</b>	<b>Valutazione GIC x chemioterapia e/o radioterapia preoperatoria con possibilità di intervento palliativo con confezionamento di stomia o posizionamento di endoprotesi in caso di occlusione.</b>	<b>Se indicata visita RT è da eseguire entro 7 giorni dal GIC ed il trattamento deve iniziare entro 20 giorni dal GIC</b>
---	---	---

## Follow up

<b>Procedura</b>	<b>Periodicità</b>	<b>Dove viene svolta</b>
<b>GIC postoperatorio</b>	<b>Entro 1 mese dall'intervento</b>	<b>CAS Centrale Carmagnola</b>
<b>Stadio I colon: esame clinico+ CEA+ Ecografia addome</b>	<b>Ogni 6 mesi per 5 anni</b>	<b>Ambulatorio di F.U. chirurgico che si svolge a Carmagnola presso il CAS centrale ed a Moncalieri presso l'Ambulatorio di chirurgia. Dopo il 5° anno visite annuali presso il medico curante</b>
<b>Stadio I colon</b>	<b>Colonscopia ad 1 anno, a 4 anni e poi ogni 5 anni se precedenti colonscopie "clean"</b>	<b>Richiesta e visionata dal chirurgo CAS che si occupa del F.U.</b>
<b>Stadio II e III colon: visita+ CEA+ emocromo</b>	<b>Ogni 3 mesi i primi 3 anni Ogni 6 mesi fino a 5 anni</b>	<b>Ambulatorio di F.U. chirurgico se II stadio non avanzato, Oncologia se II stadio avanzato o III stadio. Dopo i 5 anni controlli MMG</b>
<b>Stadio II e III colon: Ecografia addome alter- nata a tac torace +addo- me</b>	<b>Ogni 6 mesi per 5 anni</b>	<b>Ambulatorio di F.U. chirurgico se II stadio non avanzato, Oncologia se II stadio avanzato o III stadio. Dopo i 5 anni controlli MMG</b>
<b>Stadio II e III colon: colonscopia</b>	<b>Dopo 1 anno, se "clean" si ripete dopo 3 anni e quindi ogni 5 anni</b>	<b>Richiesta e visionata dallo specialista che segue il F.U. Dopo i 5 anni controlli a carico MMG</b>

<b>Stadio IV colon: pazienti con persistenza di malattia.</b>	<b>Non classico F-U. Trattamento oncologico e controlli clinico-strumentali per valutare la risposta alla terapia con timing va- riabile e personalizzato</b>	<b>Oncologia</b>
<b>Stadio I Ca retto: visita + CE</b>	<b>Ogni 6 mesi nei primi 3aa poi ogni 12 mesi 4° e 5° anno</b>	<b>Chirurgo CAS per i primi 5 anni poi a cura del curante</b>
<b>Stadio I Ca retto: endoscopia</b>	<b>Rettoscopia a 6-18 e 24 mesi. Colonscopia entro 12 mesi se clean dopo 3 anni poi ogni 5 anni</b>	<b>Chirurgo CAS per i primi 5 anni poi a cura del curante</b>
<b>Stadio II e III Ca retto: visita +CEA+ Emocromo</b>	<b>Ogni 3 mesi per i primi 3 anni poi Ogni 6 mesi fino a 5 anni</b>	<b>Chirurgo CAS se II stadio non avanzato, Oncologo se II stadio avanzato o III stadio. Dopo i 5 anni controlli a carico del MMG</b>
<b>Stadio II e III Ca retto: tac torace ed addome ed ecografia addome alter- nati</b>	<b>Ogni 6 mesi i primi 3 anni poi 1 volta all'anno il 4° e 5°</b>	<b>Chirurgo CAS se II stadio non avanzato se II stadio non avan- zato, Oncologo se II stadio avanzato o III stadio. Dopo i 5 anni controlli a carico del MMG</b>
<b>Stadio II e III Ca retto: endoscopia</b>	<b>Rettoscopia a 6-18 e 24 mesi. Colonscopia entro 12 mesi se clean dopo 3 anni poi ogni 5 anni</b>	<b>Richiesta e visionata dallo spe- cialista che si occupa del F.U.</b>
<b>Stadio IV del retto</b>	<b>Non classico F-U. Trattamento oncologico e controlli clinico-strumentali per valutare la risposta alla terapia con timing variabile e personalizzato</b>	<b>Oncologia</b>

**Altre procedure correlate al Follow Up ( FU )**

<b>Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate</b>	Si vedi allegato
<b>Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico</b>	Si vedi allegato
<b>Consegna della programmazione del follow up</b>	Si vedi allegato
<b>Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico</b>	Si Il paziente può telefonare o recarsi di persona presso il servizio di FU chirurgico o di oncologia e prenotare visita urgente

---

## **PDTA in forma estesa**

### **INTRODUZIONE**

La neoplasia coloretale è al 3° posto per incidenza nel mondo per gli uomini ed al 4° per le donne. In Italia l'incidenza, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è al primo posto in tutta la popolazione ed al II posto per mortalità. La mortalità per entrambi i sessi è pari all'11.3% e la sopravvivenza a 5 anni è pari al 13.8%.

Le possibilità di guarigione aumentano in modo considerevole se la malattia è diagnosticata e trattata nello stadio iniziale.

Per tale motivo è in funzione dal 2004 lo screening per le neoplasie del colon-retto che in Piemonte consiste nell'invitare le coorti di soggetti di 58 aa a sigmoidoscopia. Se il soggetto non risponde alla chiamata ed al successivo sollecito viene inviato a SOF (ricerca sangue occulto nelle feci). Vengono inviati a colonscopia i pazienti con SOF positivo o con adenomi ad alto rischio alla sigmoidoscopia. Tale esame è fondamentale per le possibilità diagnostiche e terapeutiche delle lesioni neoplastiche iniziali. In caso di colonscopia positiva per neoplasia o adenoma avanzato il paziente viene inviato dallo screening al CAS chirurgico.

### **OBIETTIVI**

Gli obiettivi del PDTA sono i seguenti:

- formalizzare in un documento il percorso diagnostico-clinico-assistenziale per la gestione del paziente con sospetta o certa neoplasia del colon- retto al fine di assicurare una continuità assistenziale, efficiente ed efficace, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali
- ottimizzare le reti di servizi esistenti e condividere gli standard professionali e organizzativi favorendo la tempestività nella diagnosi, nella terapia e nell'accesso al supporto psico-sociale;
- migliorare l'approccio al/la paziente sotto l'aspetto comunicativo per garantire un flusso omogeneo di informazioni mettendo i bisogni del/la paziente al centro dell'attenzione;
- ottimizzare e monitorare i livelli di qualità delle cure prestate, attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito nonché la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati.

### **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il presente PDTA si applica a tutti i pazienti con sospetto clinico o diagnosi certa di carcinoma del colonretto, dal momento dell'ingresso in Azienda fino alla fase di follow-up post-trattamento compresi eventuali percorsi di cure palliative e di fine vita.

### **CRITERI DI INCLUSIONE**

- Pazienti con sospetto di carcinoma del colon- retto che giungono all'attenzione del chirurgo, dell'oncologo o di altro Specialista ospedaliero o MMG.
- Pazienti con diagnosi istologica di carcinoma del colon- retto.

## Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

All'interno dell'ASL To5 è possibile identificare un percorso che, in conformità alle linee guida nazionali e internazionali, orienta le scelte cliniche, garantisce l'accesso alle prestazioni necessarie e l'esecuzione rapida dell'iter diagnostico e terapeutico. Per tale motivo tutti i pazienti con neoplasie coloretali vengono inviati al CAS dove viene attivato il PDTA per tale patologia.

Per PDTA si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per la patologia in oggetto.

Il paziente affetto da sospetto di neoplasia colo-rettale può essere inviato al CAS dal medico curante, dal Pronto Soccorso, dal medico specialista, dai Reparti Ospedalieri, dallo screening e dagli Ambulatori di Endoscopia. Il servizio di Endoscopia svolge il ruolo principale nella diagnosi della malattia (presso l'ASL To5 è presente una Struttura Semplice a valenza Dipartimentale articolata nelle 3 sedi ospedaliere).

### CAS

Il CAS (centro accoglienza Servizi) fa da regista in questo percorso e si occupa del paziente, lo accompagna nel suo percorso diagnostico, non dimenticando l'aspetto psico-sociale.

Presso l'ASLTO5 c'è un:

**CAS centrale oncologico e specialistico presso l'ospedale di Carmagnola** aperto al pubblico tutti i giorni (con visite prenotabili al numero di telefono 011/9719472 o tramite e-mail) e 2 CAS specialistici Satelliti presso:

**-Ospedale di Moncalieri**, aperto al pubblico tutti i giovedì mattina dalle 08.30 alle 12.30 ma con visite prenotabili tutti i giorni lavorativi ( ai numeri telefonici: 011/6930785 oppure 011/9719472 o tramite e-mail)

**-Ospedale di Chieri**, aperto al pubblico tutti i mercoledì mattina dalle 08.30 alle 12.30 ma con visite prenotabili tutti i giorni lavorativi ( ai seguenti numeri : 011/94293313 oppure 011/9719472 o tramite e-mail)

### Presso il CAS si esegue:

-Visita CAS chirurgica Tale visita viene registrata su track-care su cui è stata introdotta una maschera di referto a cui possono accedere gli specialisti del CAS e durante la stessa vengono prescritti gli esami per la **diagnosi del tumore**:

-COLONSCOPIA ( se non già effettuata)

ESAMI EMATOCHIMICI CON MARCATORI TUMORALI

TAC ADDOME -TORACE con mdc (se non controindicazioni)

COLONSCOPIA VIRTUALE se colonscopia non completa (neoplasia non valicabile)

-Per il **completamento della stadiazione** del carcinoma del retto sono necessari:

COLONSCOPIA (se non già effettuata)

ESAMI EMATOCHIMICI CON MARCATORI TUMORALI

TAC TORACE-ADDOME con mdc (se non controindicazioni)

COLONSCOPIA VIRTUALE se colonscopia non completa

RMN E/O ECOENDOSCOPIA

- Presa in carico del paziente con compilazione delle schede infermieristiche del CAS,

- 
- Rilevamento di eventuali disagi sociali e psicologici e conseguente coinvolgimento dell'Assistente Sociale e del Servizio di Psicologia,
  - Valutazione dello stato nutrizionale con eventuale prenotazione di visita nutrizionale
  - Valutazione del dolore e prenotazione di visita algologica,
  - Compilazione scheda G8 se paziente di età > 75 anni
  - Controllo dell'avvenuta attivazione dell'esenzione 048
  - Organizzazione e prenotazione degli esami di stadiazione su agende dedicate,
  - Contatto con il paziente che viene istruito per l'esecuzione degli esami radiologici (si esegue anche il prelievo degli ematici necessari all'esecuzione degli esami radiologici come ad es. creatinina e eGFR per TAC con mdc);
  - Verifica della esecuzione degli stessi nei giorni stabiliti
  - Presentazione del caso dopo il completamento degli esami di stadiazione al Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)
  - Coordinazione ed integrazione delle chirurgie dei 3 presidi, e se prevista chirurgia, presentazione del paziente all'infermiera GIC dedicata e preposta al proseguo degli esami di prericovero che prenderà in carico il paziente in questa nuova fase e lo rimanderà al CAS dopo intervento chirurgico per la prenotazione al GIC postchirurgico
  - Consegna referto GIC al paziente da parte del Medico e infermiera GIC di riferimento.
  - Prenotazione presso ambulatorio stomie in fase preoperatoria, qualora sia prevista una stomia temporanea o definitiva. In tale occasione l'infermiera stomista avrà un colloquio con il paziente ed i familiari e farà un disegno preoperatorio. E' stato compilato un percorso per i pazienti con stomia.

## **RISORSE AZIENDALI**

L' ASL TO5 ha 3 presidi ed ha:

- 2 chirurgie poste presso il presidio di Carmagnola e di Moncalieri diretto dal Dott. P. Cumbo.
- 1 chirurgia presso l'ospedale di Chieri diretto dal dott. A.Kiss
- 3 endoscopie ( 1 in ogni presidio) referente il dott.F. Piccoli con attività routinaria, d'urgenza e di screening dal lunedì al venerdì
- 1 CAS centrale oncologico e specialistico presso l'ospedale di Carmagnola e 2 CAS specialistici satelliti presso gli ospedali di Moncalieri e Chieri.
- servizio di oncologia e DH oncologico diretto dal dott. V. Dongiovanni presso l'Ospedale di Carmagnola
- 3 radiologie nei 3 presidi diretto dalla dott. G. Cavalot
- 1 struttura complessa di anatomia patologica presso il presidio di Moncalieri con referente la dott. P. Ghidoni diretta dalla dott. Petribiasi
- 1 ambulatorio di psiconcologia diretto dalla dott Farri

- 
- 1 ambulatorio di stoma-care presso il presidio di Carmagnola con infermiera stomista M. Friio e referente la dott. E. Marchigiano. Tale ambulatorio è aperto tutti i venerdì dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle 14.00 alle 15.30
  - 1 ambulatorio di terapia palliativa ed antalgica presso il CAS centrale responsabile la dr. Burato
  - 1 servizio di Day surgery per posizionamento di cateteri venosi centrali a lunga permanenza presso il presidio di Moncalieri
  - 1 ambulatorio per posizionamento PICC presso il presidio di Chieri e Carmagnola.

## RISORSE EXTRAZIENDALI

- RMN: i pazienti vengono prenotati presso strutture accreditate
- PET: i pazienti vengono prenotati presso strutture accreditate
- EUS Transanale presso la Città della Salute o Ordine Mauriziano
- endoscopia di II livello con rimozione di polipi tramite mucosectomia o posizionamento di protesi endoscopiche presso la città della Salute o struttura accreditata
- radioterapia: servizi di consulenza presso la Città della Salute o Candiolo
- chirurgia epatica presso Ordine Mauriziano o Città della Salute
- chirurgia toracica presso la Città della Salute

## GIC

**Il GIC colon-retto** dell'ASLTO5 si riunisce settimanalmente per discutere i casi dei pazienti affetti da neoplasie del colon metastatiche o complicate, dei pazienti affetti da neoplasie del retto e di tutti i casi di neoplasie coloretali già sottoposti ad intervento chirurgico.

I casi che accedono al GIC vengono portati in discussione dai singoli Specialisti o dal CAS, previa coordinazione tra l'infermiera CAS, l'infermiera GIC ed il medico GIC di riferimento.

Ad ogni riunione, quindi, è disponibile una lista dei casi da discutere. E' possibile invitare uno specialista non incluso nella lista suddetta per la discussione dei casi complicati qualora richiesto ( ad esempio urologo).

Collegialmente, si decide l'iter terapeutico del paziente o la eventuale necessità di ulteriori accertamenti; si stabiliscono le scelte e le proposte per i possibili trattamenti attivi oppure se le comorbidità, età o PS (Performance Status) si valuta l'indirizzo verso trattamenti palliativi e di supporto. Viene previsto quali pazienti inviare a visita genetica.

Per ogni caso clinico, viene registrata su cartella informatizzata, trackare ,la sintesi della discussione e viene rilasciato un referto di visita GIC che verrà allegato alla cartella del paziente.

Lo specialista di riferimento presenterà e consegnerà al paziente concordando previa raccolta del consenso le opzioni di trattamento..

In tempo reale, vengono prenotate le visite oncologiche e radioterapiche, se previste, e compilate le richieste di ulteriori accertamenti diagnostici (ove necessario).