



In seguito all'incontro del 29 marzo u.s. con i referenti Gic colon retto si riassume quanto segue:

Erano presenti i referenti delle seguenti Aziende:

AOU Novara
ASL NO
ASL CN1
ASL CN2
AOU San Giovanni Battista
AOU San Luigi
AO Mauriziano
AO CUNEO
AO AL
IRCC Candiolo
ASL VC
ASL TO1 (Valdese)
ASL TO2 (G. Bosco)
ASL TO3
ASL TO4
ASL TO5
GRADENIGO
COTTOLENGO

Si esaminano gli avanzamenti dei lavori di stesura delle raccomandazioni che dovrebbero integrare e aggiornare le linee guida regionali. La stesura delle indicazioni radioterapiche è terminata: ed è attualmente in visione dei radioterapisti della rete per i suggerimenti che portino alla versione definitiva.

Per quanto riguarda gli aggiornamenti relativi alla gastroenterologia/endoscopia le priorità da ridefinire sono:

- La classificazione degli adenomi che secondo le indicazioni di Kudo comprende le lesioni sessili serrate, il polipo misto, il polipo iperplastico, l'adenoma serrato tradizionale;
- Il ruolo della colonscopia virtuale, in particolare come alternativa il clisma opaco a doppio contrasto, quando non è possibile eseguire o completare la colonscopia;
- L'introduzione della colonscopia senza dolore con assistenza anestesiológica e utilizzo del propofol dovrebbe essere garantita in tutti i casi in cui la presenza di sindromi aderenziali rendono indaginoso e doloroso l'esame e per i pazienti che la richiedono per problemi di compliance;
- La modalità di asportazione delle lesioni piatte con i relativi criteri per assicurare la radicalità per via endoscopica.

Si apre una discussione sulla forza delle raccomandazioni per la diffusione della colonscopia in narcosi, sulle possibilità organizzative per assicurarne l'esecuzione nella rete, su quanti dovrebbero essere i centri di riferimento, anche in base al numero dei pazienti per cui si pensa debba essere prevista.

A questo proposito si suggerisce di effettuare una ricerca presso i servizi di endoscopia digestiva della rete per valutare, al termine dell'esame con una misurazione a scala numerica, l'intensità del dolore percepito, correlandola al tipo di premedicazione effettuato. L'asportazione endoscopica di polipi adenomatosi rettali dovrebbe riguardare lesioni di dimensioni non superiori ai 2 cm, uT1, asportabili "En Bloc".

Saranno predisposte le raccomandazioni per la chirurgia con particolare attenzione ai criteri di radicalizzazione per le lesioni del tratto rettale; a questo proposito si discute in merito all'asportazione di lesioni per via transanale e sulle indicazioni alla TEM.

E' in corso il lavoro per le indicazioni al trattamento neoadiuvante, adiuvante, di prima e seconda linea nella malattia metastatica e/o recidivata con eventuali valutazioni anche di natura farmacoeconomica, per le quali si sottolinea la difficoltà di trovare esperti disponibili.

Le schede richieste relative al follow up adottati nei diversi centri della rete stanno pervenendo al gruppo di lavoro che ha il compito di esaminarle ed elaborare una proposta unica di riferimento.

Si condivide, per facilitare il lavoro dei diversi gruppi, l'attivazione di un forum con la nomina di un moderatore che, di comune accordo sarà il Dr. Marco Tampellini, coadiuvato dalla specializzanda Dr.ssa Morena Martinese.

E' stata presentata e discussa una scheda di valutazione per la presa in carico del paziente da parte dei Servizi di Cure Palliative: si è sottolineato lo sviluppo eterogeneo dell'attività inerente le cure palliative nelle varie Aziende, rendendo al momento problematica la possibile adozione di tale modello organizzativo nella rete oncologica.

Si richiede inoltre di valutare e suggerire programmi di intervento relativi al fatto che si intende caratterizzare il 2012 come anno dedicato alle neoplasie del colon retto e che si potrebbero promuovere iniziative in più sedi della rete su aspetti quali:

- Interventi per modificare gli stili di vita, alimentari e per vincere la tendenza alla sedentarietà;
- Modalità per aumentare l'adesione allo screening per i tumori del colon retto (ha offerto la propria collaborazione la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori);
- Interventi di informazione e formazione per rendere più tempestiva la diagnosi;
- Identificazione dei tumori di origine genetica e delle famiglie a rischio;
- La qualità della refertazione anatomo-patologica;
- La qualità delle prestazioni chirurgiche;
- Il trattamento delle metastasi epatiche;
- La qualità dei trattamenti radioterapici;
- La qualità delle prestazioni di oncologia medica;
- La fase palliativa nel percorso di cura;
- Lo sviluppo della ricerca clinica;
- Il ruolo dei CAS e dei GIC nei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali;
- I problemi riabilitativi;
- Il ruolo delle Associazioni di Volontariato.

Sarà cura della segreteria (ucr@reteoncologica.it) inviare alcuni giorni prima del prossimo incontro, conferma dell'ora, OdG e luogo.