



All'incontro del gruppo di studio sul **TUMORE DEL COLON-RETTO** tenutosi in data **02 aprile 2013** erano presenti i seguenti professionisti:

Paolo Bellora	A.O.U. Maggiore della Carità Novara
Alberto Bona	Presidio Sanitario Gradenigo
Luciano Bonaccorsi	ASL TO 2
Paolo Bruna	ASL CN 1
Costanza Calia	A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino - P.O. Molinette
Donatella Chiarinotti	A.O.U. Maggiore della Carità Novara
Renzo Clara	ASL TO 2
Alberto Comino	A.S.O. Santa Croce e Carle Cuneo
Mario Franchini	ASL CN 2
Veronica Galis	Specializzanda
Alex Luca Gerbino	Ospedale Cottolengo
Palmira Ghidoni	ASL TO 5
Marika Giacometti	Specializzanda
Mario Grassini	ASL AT
Elena Lale Murix	AUSL Valle d'Aosta
Monica Leutner	A.O.U. Maggiore della Carità Novara
Morena Martinese	Specializzanda
Manuela Monni	A.O.U. Maggiore della Carità Novara
Maria Emanuela Negru	A.O.U. Maggiore della Carità Novara
Cristiano Oliva	Presidio Sanitario Gradenigo
Patrizia Racca	A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino - P.O. Molinette
Mauro Risio	IRCC Candiolo
Piera Sciacero	ASL TO 4
Dino Solerio	ASL AL
Rosella Spadi	A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino - P.O. Molinette
Mauro Spandre	ASL TO 1
Andrea Spinelli	ASL TO 3
Luca Spreafico	ASL NO
Lucia Turri	A.O.U. Maggiore della Carità Novara
Oscar Bertetto	Dipartimento Rete Oncologica
Tiziana Caristo	Dipartimento Rete Oncologica

Si esamina l'applicazione delle nuove procedure raccomandate di follow up. Sono assenti i referenti di alcuni GIC in cui è elevato il numero di trattamenti per il carcinoma del colon retto; pur tuttavia risulta un quadro regionale complessivamente in netto miglioramento rispetto alla rilevazione della precedente riunione per l'unificazione degli esami richiesti; per l'organizzazione delle visite tra i diversi specialisti all'interno del GIC; per la consegna delle lettere esplicative per il paziente e il medico di famiglia; per l'adozione, pur con



alcune difficoltà informatiche, del modello di refertazione GIC proposto. Si proseguirà con il monitoraggio ed eventuali solleciti per raggiungere l'obiettivo dell'adozione del modello di follow up da parte di tutti i GIC.

Sono previsti da parte di alcuni GIC corsi per i medici di famiglia sul trattamento del carcinoma del colon retto, in cui sarà illustrato anche il programma di follow up; prossimamente saranno avviati i corsi a cura del GIC del Presidio Ospedaliero Cottolengo, dell'A.O.U. di Novara, dell'Ospedale di Borgomanero (ASL NO), dell'Ospedale di Alba – Bra (ASL CN 2).

E' successivamente discusso il documento sulla diagnostica anatomopatologica del carcinoma colon-rettale. Si esaminano alcune osservazioni pervenute sulla opportunità di valutare il grading in tutti gli istotipi; sull'utilità di misurare l'infiltrazione della sottomucosa quale fattore determinante il rischio metastatico, superando la classificazione di Haggitt per le formazioni peduncolate e di Kudo-Kikuchi per quelle non polipoidi; sulla scelta dei pazienti e le modalità con cui eseguire il test MSI. Per quest'ultimo problema si decide di costituire una commissione composta da:

- Monica Leutner (Coordinatrice) – Anatomia patologica
- Alberto Comino – Anatomia patologica
- Mario Franchini – Oncologia medica
- Paolo Massucco – Chirurgia.
- Cristiano Oliva – Oncologia medica

Si affronta il problema dello studio sulla misurazione del dolore durante l'esecuzione della colonscopia. La lettera di presentazione di tale studio da inviare a tutti i servizi endoscopici, firmata dal dr. Occhipinti (FISMAD) e dal dr. Bertetto (Dipartimento Rete), prevista nella scorsa riunione, sarà redatta a cura dei gastroenterologi.

Si apre una discussione sui criteri di scelta dei pazienti a cui offrire la possibilità di eseguire una colonscopia in sedo-anestesia (si precisa la differenza dalla sedazione profonda e dalla narcosi).

Vi sono problemi organizzativi legati alla disponibilità degli anestesisti, questioni legate alle preferenze del paziente, preconcetti degli operatori, valutazioni non sempre corrette dei rischi. Tutti concordano sull'opportunità di garantire l'esame ai soggetti a rischio di intenso dolore per pregressi interventi a livello pelvico e addominale, a chi ha avuto dolore di intensità elevata nel corso dell'esame precedente, ai pazienti con problemi cognitivi o psichiatrici gravi. Rimane invece aperto il dibattito se debba essere garantita anche per tutti i pazienti che semplicemente la richiedano per problemi personali, pur essendovi il rischio, in tali casi, che il rifiuto porti alla non esecuzione dell'esame. I tempi di attesa si aggirano sui 60 giorni, si ritiene però utile studiare l'attuale possibilità di eseguire l'esame nelle diverse strutture endoscopiche, i relativi criteri di scelta, i modelli organizzativi e le modalità di esecuzione, i tempi di attesa.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data 25 giugno 2013, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.



**Si ricorda che, in caso di impossibilità a presenziare al prossimo incontro, è possibile farsi sostituire da un delegato il cui nominativo deve essere necessariamente segnalato alla segreteria di rete ([ucr@reteoncologica.it](mailto:ucr@reteoncologica.it)) entro 48 h. antecedenti alla riunione.**