



In seguito all'incontro del 24 novembre u.s. con i referenti Gic colon retto si riassume quanto segue:

Erano presenti i referenti delle seguenti Aziende:

ASL TO4  
ASL NO  
ASL CN1  
AUSL VDA  
ASL TO5  
IRCC  
ASL TO2  
ASL TO1  
ASL AL  
Cottolengo  
Gradenigo  
A.O.U. San Luigi  
A.O.U. Maggiore della Carità Novara  
A.O.U. San Giovanni Battista  
A.O. Ordine Mauriziano

Si apre la discussione sulle possibili iniziative da intraprendere per affrontare le criticità emerse dalle relazioni dell'ultimo incontro ECM e si esprime una valutazione complessiva dell'evento formativo.

Si evidenzia che vi è stato un insufficiente tempo dedicato al dibattito, un numero eccessivo di relazioni su temi spesso molto diversi tra loro, alcune eccessivamente specialistiche e di non facile comprensione per gli esperti di altre discipline; si suggerisce di incentrare maggiormente il pomeriggio formativo su una tematica specifica e prevedere un maggior coinvolgimento di tutti i partecipanti. Il dibattito si sviluppa successivamente sulla modalità con cui affrontare i problemi emersi:

- iniziare a discutere alcune priorità per ciascun momento del percorso (es: approfondimento sull'effettiva utilità di determinare il budding tumorale, indicazioni alla chirurgia endoscopica, variabilità delle procedure di follow up ecc...)
- revisionare le linee guida regionali del 2001, ormai datate e superate in alcune importanti indicazioni
- dare una indicazione di rete per un PDTA ottimale nelle sue varie parti che funga da modello per i PDTA aziendali ;
- rivedere i percorsi alla luce della nuova programmazione regionale individuando dove, all'interno del cluster ospedaliero , eseguire in vari momenti diagnostici e terapeutici, definendo le caratteristiche che dovrebbe possedere l'hub e quelle proprie degli spokes.

Si decide di lavorare su un tema prioritario per ciascun aspetto del PDTA, affidando il compito di individuarlo a: Cassoni per l'anatomia patologica; Spandre per i problemi gastroenterologici, diagnostici e di trattamento endoscopico; Massucco per la chirurgia; Tampellini per l'oncologia medica; Turri per la radioterapia; Racca per l'organizzazione del follow up.

Relativamente alla refertazione unificata della visita GIC è presentata la versione redatta dal gruppo coordinato dal dott. Comandone; si propone di integrarla con l'informazione sulla presenza o meno del paziente e sul nominativo del medico che, avendo visitato il paziente, presenta il caso alla discussione.

Si allega il documento definitivo. Eventuali osservazioni devono pervenire entro 10 gg.

Sono riferite le difficoltà che hanno accompagnato l'avvio del lavoro sulle metastasi asportate; sono state individuate al momento come riferimento le anatomie patologiche delle A.O.U. San Giovanni Battista di Torino e San Luigi di Orbassano e dell'IRCC di Candiolo. Si propone di coinvolgere anche le anatomie degli altri ospedali, in cui risulta elevato il numero di interventi di metastasectomia.

Il problema legato alla necessità di determinare il ricettore dell'EGF è stato superato dalle nuove normative AIFA.

I tempi di attesa delle refertazione circa le mutazioni k-ras sono tra i 15 e i 20 gg, con qualche eccezione dovuta soprattutto alla difficoltà di ottenere con tempestività dalle anatomiche patologiche i campioni su cui eseguire l'esame.

Si decide di raccomandare quindi la determinazione delle mutazioni k-ras solo al momento in cui si renda necessaria la decisione sull'utilizzo del farmaco e quindi alla comparsa della recidiva e non su tutti i casi al momento dell'intervento chirurgico

Sarà cura della segreteria inviare, alcuni giorni prima del prossimo incontro ([ucr@reteoncologica.it](mailto:ucr@reteoncologica.it)), comunicazioni in merito al luogo, giorno, orario e OdG.

Dipartimento interaziendale ed interregionale  
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta  
A.O.U. San Giovanni Battista  
C.so Bramante n. 88 - 10126 Torino  
Segreteria tel-fax 011/6336889 e-mail: [ucr@reteoncologica.it](mailto:ucr@reteoncologica.it)