



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI del COLON-RETTO** tenutosi in data **15 marzo 2017** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O.U. Maggiore della Carità Novara

A.O.U. S. Luigi Gonzaga Orbassano

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. Mauriziano

ASL Alessandria

ASL Asti

ASL Biella

ASL CN 1

ASL CN 2

ASL Novara

ASL TO 1

ASL TO 2

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

ASL VC

ASL VCO

AUSL Valle d'Aosta

IRCCs di Candiolo

Ospedale Cottolengo

Ospedale Humanitas Gradenigo

Si procede secondo ordine del giorno:

1. Il Dr. Bertetto avvia la riunione ridefinendo le nuove regole per assegnazione di ECM.

E' necessaria la presenza ad almeno 4 su 5 riunioni (pari a 80% del tempo previsto) per ottenere i crediti ECM.

Tenendo presente il tempo necessario per raggiungere la sede della Rete di molti operatori si stabilisce che la durata minima degli incontri debba essere di almeno 2 ore e mezza con conseguente obbligo di presenza in aula dei singoli operatori.



La formazione sul campo prevede gruppi di 20 persone quindi è necessario identificare un secondo tutor,

anche se il lavoro verrà svolto nell'ambito dell'intero gruppo.

Viene riconfermata coordinatrice la Dr.ssa Racca P. che propone come secondo tutor il Dr. Massucco P., confermato all'unanimità.

2. Il dr. Bertetto ricorda la necessità di costituire un gruppo di lavoro con un minimo di tre esperti di diverse discipline per la valutazione dei diversi PDTA pervenuti alla Rete. Nello specifico consiglia di identificare 5 caratteristiche che si ritengano costituenti indispensabili di un PDTA.

Ricorda inoltre che gli indicatori scelti dalla Direzione del Dipartimento saranno comunicati a breve e consisteranno in uno-due indicatori di struttura, uno-due di processo e uno-due di risultato.

Viene definito il sottogruppo che si occuperà della revisione del PDTA colon-retto:

- oncologia Dr. Gerbino (coordinatore)
- chirurgia Dr. Adamo, Dr. De Paolis,
- radioterapia Dr.ssa Arcadipane
- radiologia Dr. Salmè
- endoscopia Dr. Balzarini
- anatomia-patologica Dr.ssa Ghidoni

Si incomincia ad analizzare quali aspetti si debbano ritenere indispensabili per un PDTA valido ed emergono alcune proposte iniziali: numero minimo di linfonodi asportati; aderenza al follow up proposto dalla Rete Oncologica, l'approccio wait and see dopo risposta completa a trattamento neoadiuvante.

Emerge la volontà di rianalizzare il lavoro svolto da Paolo Massucco sull'analisi dei PDTA identificando 5 proposte da ridiscutere ad inizio della prossima riunione.

Secondo il Dr. De Paolis si potrebbe ipotizzare un unico PDTA che poi sia adattato alle singole realtà.

3. Il Dr. Fusco presenta, anche a nome della dr.ssa Rossi, il database relativo ai pazienti sottoposti a trattamento neoadiuvante per adenocarcinoma del retto nel biennio 2011-2012 e nell'anno 2016.

Passa in rassegna le variabili inserite nel database, con indicazione a limitarne il numero per facilitarne la compilazione.

Specifica l'obiettivo primario del lavoro che è analizzare la scelta terapeutica in adiuvante nelle diverse sottopopolazioni di pazienti sulla base della stadiazione clinica e patologica.

Viene sollecitata la compilazione del database dalla maggioranza dei centri, con alcune criticità fondamentalmente legate al fatto che in alcuni centri le cartelle cliniche sono in mano a enti terzi.

Viene sollecitato da molti l'aggiunta del dato TRG.

4. Modalità di esecuzione e refertazione RMN ed ecografia transrettale

E' necessario che emergano dei parametri minimi, condivisi dai vari specialisti e utili per una adeguata definizione preoperatoria o pre-neoadiuvante.

Si individua nell'ambito del GdL un sottogruppo per ecotransrettale (Dr. Adamo, Dr.ssa Giuffrida, Dr. Bruno, Dr. Isolato) e per RMN pelvi (Dr. Salmè, Dr. Perinotti, Dr. Mistrangelo, Dr. Santarelli, Dr.ssa Paris). Sarà necessario analizzare le LG della Società di Chirurgia e Radioterapia per cercare di produrre un documento di consenso di Rete con indicazioni precise circa la modalità di esecuzione e refertazione che devono essere standard.

5. Trattamento radioterapico nel tumore del retto

Esiste un documento AIRO nel 2014, che va aggiornato con l'obiettivo di produrre un documento di consenso di Rete condiviso tra tutti i radioterapisti verificandone l'aderenza nel tempo.

Viene identificato un sottogruppo comprendente: radioterapia (Dr. Franco, Dr.ssa Arcadipane, Dr.ssa Sciacero, Dr.ssa Turri, Dr.ssa Bona), oncologia (Dr.ssa Sperti), chirurgia (Dr. Lo Tesoriere, Dr Allaix*) e anatomia patologica (Dr.ssa Leutner).

* Il Dr Allaix (Chirurgia U Prof Morino), non presente alla riunione per impedimento improvviso, ha richiesto successivamente l'inserimento in questo sottogruppo.

6. Scheda di refertazione GIC di Rete colon-retto inoltrato ai componenti del GdL

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **10 maggio 2017**, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.