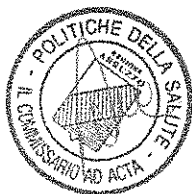


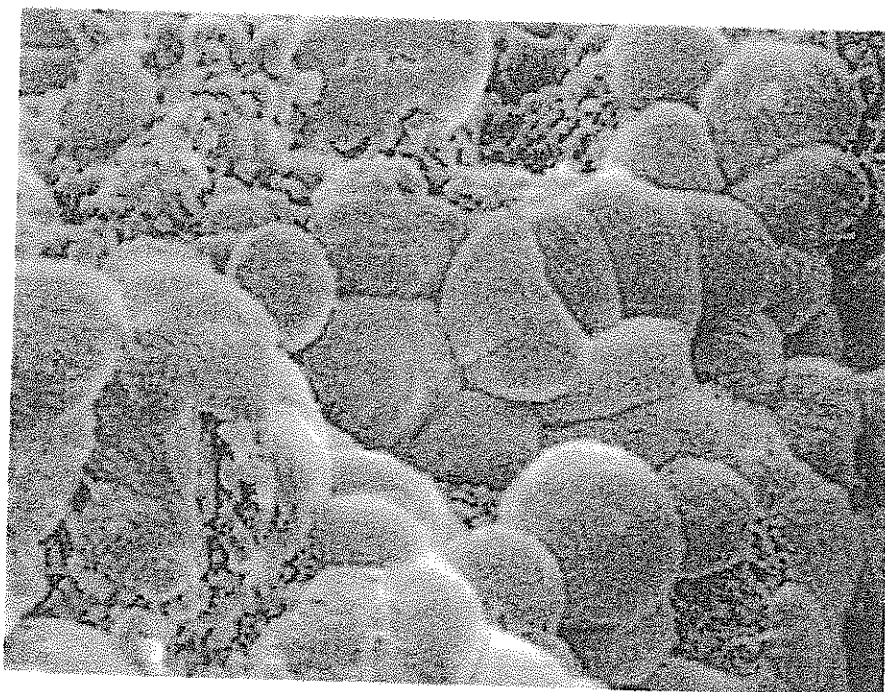
Att. 1

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 52/2016 del 06 GIU. 2016



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL COLON-RETTO



Regione Abruzzo



SOMMARIO

INTRODUZIONE	2
1. EPIDEMIOLOGIA DEL TUMORE DEL COLON RETTO NELLA REGIONE ABRUZZO	4
Tabella 1: Volumi di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del colon nella Regione Abruzzo	4
Tabella 2: Volumi di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo	4
Tabella 3: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo	5
Tabella 4: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo	5
2. GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)	6
3. UMANIZZAZIONE DELLE CURE	7
4. RISPETTO DELLA NORMATIVA SUL MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA	7
5. STADIAZIONE DEL TUMORE DEL COLON RETTO	9
6. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL COLON-RETTO (TCR)	11
6.1 PDTA PER SOSPETTO TCR	11
Figura 1: Flowchart del percorso del paziente con <i>sospetto TCR</i>	13
6.2 PDTA DEL TCR GESTITO DAL GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)	14
Figura 2: Flowchart del percorso del paziente con TCR gestito dal GICO	17
6.3 PDTA DEL TCR CON GESTIONE DI URGENZA	18
Figura 3: Flowchart del percorso del paziente con TCR con gestione di urgenza	18
6.4 PDTA DEL TCR GESTITO IN FASE AVANZATA	19
Figura 4: Flowchart del percorso del paziente con TCR in fase avanzata	20
7. INDICATORI	21
7.1 INDICATORI ORGANIZZATIVI	21
7.2 INDICATORI DI ATTIVITÀ	21
7.3 INDICATORI DEL PIANO NAZIONALE ESITI	21
8. BIBLIOGRAFIA	22



COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

Prof. Corrado Ficorella
corrado.ficorella@univaq.it
ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Antonello Nuzza
antonio.nuzza@asl2abruzzo.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Prof. Paolo Innocenti
innocenti@unich.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Prof. Matteo Neri
mneri@unich.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Prof.ssa Clara Natoli
natoli@unich.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Carlo Garufi
carlo.garufi@ausl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Marco D'Alessandro
marco.dallessandro@ausl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Donato Natale
donato.natale@ausl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Massimo Basti
massimo.basti@ausl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Edoardo Liberatore
edoardo.liberatore@ausl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Amedeo Pancotti
amedeo.pancotti@ashteramo.it
ASL Teramo

Dott.ssa Manuela Di Virgilio
manuela.divirgilio@asrabruzzo.it
ASR Abruzzo

Dott. Alfonso Mascitelli
alfonso.mascitelli@asrabruzzo.it
Direttore ASR Abruzzo
Coordinatore del Gruppo Tecnico



INTRODUZIONE

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento tecnico-gestionale che permette di delineare, rispetto a una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e ha come obiettivo quello di garantire la riproducibilità delle azioni, l'uniformità delle prestazioni erogate, la riduzione dell'evento straordinario, lo scambio di informazioni e la definizione dei ruoli.

Tutto quanto esposto sopra porta ad un governo dei processi clinici ed organizzativi con un miglioramento della fruibilità dell'iter affrontato dai pazienti.

Il PDTA è il perno su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche e costituisce il fulcro logistico e temporale per l'esito positivo del processo di cura.

IL tumore del Colon Retto (di seguito nominato TCR) richiede il coinvolgimento di diverse figure professionali e pertanto va valutato in maniera multidisciplinare, in coerenza con le linee guida delle varie Società Scientifiche coinvolte e secondo le più recenti evidenze disponibili, al fine di garantire al paziente la migliore cura possibile.

L'approccio multidisciplinare integrato è la migliore garanzia di qualità e di efficienza del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale per i pazienti affetti da neoplasia del colon retto. Tale approccio permette oggi un trattamento personalizzato sulle caratteristiche biologiche della malattia e sulle condizioni specifiche del singolo individuo.

La stesura del PDTA per il TCR ha utilizzato, per quanto riguarda la parte clinica, le evidenze più recenti della letteratura, riassunte sostanzialmente nelle principali linee guida internazionali. Tra queste, sono state scelte quelle che meglio soddisfano criteri di elevata qualità (AGREE- Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), con opportune integrazioni ricavate da linee guida nazionali.

La metodologia di elaborazione (ed attuazione) del PDTA tiene poi conto del "continuous quality improvement"; in particolare verranno definiti indicatori relativi a varie fasi del percorso da utilizzarsi come monitoraggio del percorso stesso.

Pur riconoscendo che ogni azienda sanitaria è organizzata secondo le proprie risorse, sia umane che tecnologiche, e che l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di autonomia e responsabilità, il documento in oggetto è uno strumento organizzativo che:

- 1) uniforma l'assistenza erogata al paziente con TCR su tutto il territorio abruzzese,
- 2) puntualizza i cardini basilari, definiti da Linee guida e "best practice", che sono garanti di un'assistenza appropriata ed efficace per il paziente affetto da TCR.

Resta nell'autonomia delle Aziende Sanitarie elaborare specifici protocolli operativi purché coerenti con il documento tecnico regionale, adattandoli al contesto locale e integrandoli di connotati specifici.



1. EPIDEMIOLOGIA DEL TUMORE DEL COLON RETTO NELLA REGIONE ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo i pazienti dimessi nell'anno 2014 e 2015 con diagnosi principale di tumore maligno del colon (ICD-9-CM 153,197.5) sono rispettivamente: 1.010 e 892.

Nella tabella seguente viene illustrato in dettaglio i Presidi e le Case di Cura accreditate in cui sono stati registrati le dimissioni di cui sopra.

Tabella 1: Volumi di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del colon nella Regione Abruzzo

ASL	DENOMINAZIONE STRUTTURALE	SEDE	ANNO 2014	ANNO 2015
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE	L'AQUILA	71	57
	OSPEDALE DELL'AMBROSIATA	SULMONA	23	14
	OSPEDALE CIVILE SS. PIETRO E NICOLA	AVEZZANO	55	52
	OSPEDALE CIVILE DI CASTEL DI SANGRO	CASTEL DI SANGRO	6	6
	CASA DI CURA DI LORENZO	AVEZZANO	13	9
	CASA DI CURA IMMACOLATA	CELANO	3	30
	CASA DI CURA IR. CAIASTRO	CAIASTRO	1	1
Totale	CASA DI CURA VIL. A. IFFIZIA	L'AQUILA	5	5
LANCIANO-VASTO-CHIETI	OSPEDALI "S. ANTONIO" SS. ANTONIATA	CHIETI	202	172
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI	LANCIANO	148	103
	OSPEDALE S. PIETRO PISTRALUNA	VASTO	48	48
	OSPEDALE CIVILE DI ATESSA	ATESSA	45	65
	OSPEDALE CIVILE DI GUARDIAGRELE	GUARDIAGRELE	1	3
	OSPEDALE CIVILE "SABIANO BERNABEO"	ORIGNA	2	2
	CASA DI CURA VILLA FIRI	CHIETI	29	33
Totale	CASA DI CURA SPA "CICCI"	CHIETI	41	46
PESCARA	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	PESCARA	35	21
	OSPEDALE CIVILE S. MARCO	PESCARA	202	206
	OSPEDALE CIV. LE SS. TRINITA'	PERGÈ	183	117
	CASA DI CURA "PIRANSELLI"	POPOLI	22	22
	CASA DI CURA VILLA SERENA	PESCARA	20	24
Totale	CASA DI CURA VILLA SERENA	CITTA' SANT'ANGELO	20	47
TERAMO	OSPEDALE CIVILE MAZZARI	TERAMO	26	26
	OSPED. MARIA SS. RA. DELLO SPILADORE	TERAMO	297	223
	OSPEDALE CIVILE SAN L. BERATORE	GIULIANOVA	29	51
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"	ATEL	26	33
Totale	OSPEDALE "VAL VIBRATA"	ATEL	18	37
TOTALE REGIONALE			182	174
Dati elaborati dal file ANEXO anni 2014 e 2015			1.010	892

I pazienti dimessi nell'anno 2014 e 2015 con diagnosi principale di Tumore Maligno del Retto (ICD-9-CM 154,197.5) , a livello regionale sono rispettivamente: 576 e 467

Tabella 2: Volumi di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo

ASL	DENOMINAZIONE STRUTTURALE	SEDE	ANNO 2014	ANNO 2015
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE	L'AQUILA	30	23
	OSPEDALE DELL'AMBROSIATA	SULMONA	12	5
	OSPEDALE CIVILE SS. PIETRO E NICOLA	AVEZZANO	26	26
	OSPEDALE CIVILE DI CASTEL DI SANGRO	CASTEL DI SANGRO	3	3
	CASA DI CURA DI LORENZO	AVEZZANO	3	3
	CASA DI CURA IMMACOLATA	CELANO	3	3
	CASA DI CURA VIL. A. IFFIZIA	L'AQUILA	19	15
Totale			77	68
LANCIANO-VASTO-CHIETI	OSPEDALI "S. ANTONIO" SS. ANTONIATA	CHIETI	115	115
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI	LANCIANO	83	53
	OSPEDALE S. PIETRO PISTRALUNA	VASTO	23	24
	OSPEDALE CIVILE DI ATESSA	ATESSA	17	12
	OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA	GUARDIAGRELE	1	1
	OSPEDALE CIVILE "SABIANO BERNABEO"	ORIGNA	2	2
	CASA DI CURA VILLA FIRI	CHIETI	26	26
Totale	CASA DI CURA SPADOLCO	CHIETI	21	19
PESCARA	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	PESCARA	27	15
	OSPEDALE CIVILE S. MARCO	PESCARA	178	166
	OSPEDALE CIV. LE SS. TRINITA'	PERGÈ	116	76
	CASA DI CURA "PIRANSELLI"	POPOLI	24	24
	CASA DI CURA VILLA SERENA	PESCARA	9	8
Totale	CASA DI CURA VILLA SERENA	CITTA' SANT'ANGELO	11	11
TERAMO	OSPEDALE CIVILE MAZZARI	TERAMO	12	12
	OSPED. MARIA SS. RA. DELLO SPILADORE	TERAMO	168	118
	OSPEDALE CIVILE SAN L. BERATORE	GIULIANOVA	50	39
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"	ATEL	33	26
Totale	OSPEDALE "VAL VIBRATA"	S. VENDE	27	27
TOTALE REGIONALE			125	93
Dati elaborati dal file ANEXO anni 2014 e 2015			576	467



Il Piano Nazionale Esiti (PNE) in riferimento all'intervento chirurgico per il tumore del colon e del retto utilizza i seguenti indicatori:

- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon in laparoscopia
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto in laparoscopia

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i dati degli indicatori illustrati sopra utilizzando i protocolli operativi del PNE riferiti agli anni 2014-2015.

Tabella 3: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo

ASL	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	SEDE	2014		2015		TOTALE	PERCENTUALE
			NUMERO	PERCENTUALE	NUMERO	PERCENTUALE		
ASL TERAMO	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
ASL PESCARA	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
ASL PESCARA	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
ASL PESCARA	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%

Dati estratti dal file ANNO anni 2014 e 2015

Dal PNE 2015 si evince che la percentuale degli interventi in laparoscopia sul totale degli interventi per il tumore del colon nell'anno 2014 è pari al 29,79%.

Tabella 4: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo

ASL	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	SEDE	2014		2015		TOTALE	PERCENTUALE
			NUMERO	PERCENTUALE	NUMERO	PERCENTUALE		
ASL TERAMO	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	TERAMO	10	100%	10	100%	20	100%
ASL PESCARA	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
ASL PESCARA	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
ASL PESCARA	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%
	OSPEDALE "SANTO SPIRITO"	PESCARA	10	100%	10	100%	20	100%

Dal PNE 2015 si evince che la percentuale degli interventi in laparoscopia sul totale degli interventi per il tumore del retto nell'anno 2014 è pari al 34,81%.



2. GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)

L'esigenza di coordinamento tra specialisti e l'evidenza a favore di una associazione tra elevato numero di casi trattati e miglioramento dei risultati a medio e lungo termine sono alla base delle raccomandazioni contenute in tutte le linee guida esaminate a favore della formazione di un Gruppo Interdisciplinare di Cure Oncologiche (GICO) cui far affluire i pazienti per la diagnosi o il trattamento.

I pazienti con Tumore del Colon - retto devono essere gestiti da un GICO costituito da clinici e da infermieri specializzati esperti nei diversi aspetti del trattamento; un componente del gruppo deve assumerne la responsabilità di coordinamento a seconda della fase della malattia.

Costituenti essenziali del GICO sono:

- chirurgo (preferibilmente esperto nella chirurgia colo-rettale);
- oncologo;
- radioterapista;
- radiologo;
- anatomopatologo;
- endoscopista.

Il GICO deve mantenere uno stretto contatto anche con le altre figure coinvolte nel trattamento dei pazienti:

- MMG, infermieri per l'assistenza sul territorio, assistente sociale, operatori di ambulatori per stomizzati, ecc.;
- Team per le Cure Palliative, composto da personale infermieristico, medici esperti nel trattamento antalgico e nel supporto psicologico, assistente sociale possibilmente dedicato;
- nutrizionista, dietologo;
- consulente genetico;
- riabilitatore;
- psicologo.

Il GICO deve avere la figura del CASE-MANAGER che è un infermiere che accompagna il percorso individuale di cura della persona malata, divenendo riferimento e facilitatore dell'effettiva continuità del percorso stesso.

Il case-manager, con specifiche competenze formative, si occupa del coordinamento organizzativo del percorso assistenziale.

È importante che la condivisione delle informazioni avvenga senza l'eccessivo appesantimento o rallentamento dei processi (ripetizioni, eccessiva burocratizzazione delle comunicazioni, etc..) ed evitando la dispersione delle stesse; d'altro canto, la gestione dei tempi consente la razionalizzazione delle risorse, parallelamente alla buona riuscita del percorso.

In ogni fase del trattamento, al paziente deve essere comunicato a quale medico membro del GICO deve riferirsi, cioè chi lo ha attualmente in quel momento in cura (es: chirurgo, quindi oncologo, ecc.).

Il GICO deve essere collocato presso strutture, anche a carattere inter-ospedaliero, in grado di garantire la presenza degli specialisti, che possono essere coinvolti anche per via telematica, al fine di minimizzare processi di riorganizzazione del servizio ed evitare eccessivi spostamenti al paziente.

L'obiettivo del GICO è pianificare nel modo migliore il trattamento di ogni singolo paziente preso in gestione. Ogni singolo caso clinico deve essere discusso collegialmente per valutarne le opzioni terapeutiche e assistenziali.

Il GICO deve:

- adottare protocolli aziendali specifici, in conformità con il PDTA regionale.
- riunirsi periodicamente per discutere i casi clinici e il trattamento. Le decisioni prese devono essere aderenti alle linee guida di riferimento. Qualora vi sia uno scostamento è opportuno



esplicitarne i motivi. Gli incontri, riassunti in sintetico verbale, vengono limitati da tutti i componenti presenti.

- * sviluppare e documentare un'attività di audit.
- * deve garantire la gestione dei problemi che possano insorgere nel paziente, eventualmente riprendendolo in carico.

Terminata la fase diagnostico-terapeutica, alla dimissione del paziente deve essere fornita una documentazione adeguata per il paziente, per il MMG e per i servizi di supporto dell'area territoriale, nonché lo schema di follow up.

Le linee guida raccomandano che il trattamento dei tumori colo-rettali venga affidato a gruppi multidisciplinari che siano responsabili del trattamento di almeno 100 nuovi pazienti per anno.

Ogni Azienda Sanitaria deve, con atto aziendale entro 60 giorni dal recepimento del PDTA regionale, approvare la composizione del GICO.

3. UMANIZZAZIONE DELLE CURE

In ogni fase descritta da queste Linee Guida, il paziente, i familiari o conviventi indicati, previo consenso del paziente stesso, devono ricevere una chiara, adeguata e sollecita informazione sulla malattia, sulle procedure diagnostiche, sulle opzioni terapeutiche e sulle loro conseguenze e un giudizio ponderato sull'aspettativa e sulla qualità di vita.

Il paziente deve avere sufficiente tempo per riflettere sulle informazioni fornitegli. Le informazioni devono essere fornite dal medico che ha in cura il paziente in ognuna delle singole fasi, e devono essere adattate alla psicologia del paziente. Un adeguato rapporto del paziente col personale infermieristico è altrettanto importante.

Testi e supporti audiovisivi possono essere di utilità.

In alcune fasi, specie nei pazienti portatori di stomia o con prognosi infausta, può essere necessario un supporto psicologico, offerto sia in ambiente ospedaliero che a domicilio, per il paziente stesso e per i suoi familiari.

Occorre assicurarsi che anche pazienti che non hanno una buona conoscenza della nostra lingua (comunitari o extracomunitari), o un livello culturale modesto, abbiano compreso appieno le informazioni.

Pertanto devono essere previsti corsi di formazione per il personale medico e infermieristico sugli aspetti metodologici e psicologici della comunicazione con il paziente.

4. RISPETTO DELLA NORMATIVA SUL MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

La normativa nazionale e regionale sul monitoraggio delle liste di attesa rispetto ai percorsi diagnostici terapeutici rivolge priorità soprattutto alle patologie oncologiche e in particolare il carcinoma del colon-retto, il carcinoma del la mammella e il carcinoma del polmone.

La metodologia si può sinteticamente riportare ad una logica che, nell'ambito del percorso diagnostico terapeutico, si focalizza su tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione suggestiva": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico): informa sul momento in cui solitamente si è giunti ad una diagnosi di certezza, in base alla quale si definiranno le strategie terapeutiche
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia chirurgica.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica tendenzialmente la fase diagnostica (anche se questa può richiedere ancora delle procedure, in particolare per la stadiazione), mentre l'intervallo b)-c) può dare la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica chirurgica.



Pur nel rispetto delle disposizioni e delle normative nazionali e regionali il tempo tra a) e c) non deve superare 45 giorni.

L'esperienza ha evidenziato come spesso il tempo tra la conclusione del percorso diagnostico e la programmazione della terapia è influenzato da diversi fattori legati al paziente alla sua famiglia che a fronte di una diagnosi grave spesso chiedono una seconda opinione o si rivolgono ad un altro centro per avere conferma della diagnosi e delle terapie proposte. Pertanto in tali casi si è ritenuto più affidabile considerare l'intervallo temporale intercorso tra la "Data di prenotazione" e la "Data di ricovero", presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), come più preciso per dimensionare la fase terapeutica chirurgica.

Per quanto riguarda la fase prettamente diagnostica essa inizia con l'identificazione della "prima procedura suggestiva" per la patologia, che permette di comprendere che si è passati da un generico sospetto (a bassa sensibilità) ad un sospetto consistente per avviare un processo di approfondimento. La prima procedura suggestiva può essere stata effettuata dal paziente sia a livello ambulatoriale che a livello ospedaliero in sede di ricovero.

Pertanto, attualmente, la metodologia utilizzata per il monitoraggio dei tempi di attesa identifica delle prestazioni traccianti sia l'inizio che la conclusione della fase diagnostica sia nell'ambito della Specialistica Ambulatoriale (File C) che nell'ambito del ricovero (File SDO).

Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella specialistica ambulatoriale - codici nomenclatore (si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA

Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella SDO - codici ICDIX CIM (si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO
45.43	ASPORTAZIONE E DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO

Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica del percorso-specialistica ambulatoriale (si prende la più vicina al ricovero)

91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple).
91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singole).
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica).
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple).
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE Non Associabile A Clisma Con Doppio Contrasto (87.65.2)
87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO Non Associabile A Clisma Opaco Semplice (87.65.1)
88.01.5	TOMOGRANIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO.
88.01.6	TOMOGRANIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.



Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica del percorso nella SDO - codici ICDIX CM
(si prende la più vicina al nervero)

88.91	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME
88.92	ALTRA TOMOGRAFIA ADDOMINALE
90.9	ESAME MICROSCOPICO DI CAMPIONE DI TUBO GASTROENTERICO INFERIORE E FECEI

Il metodo utilizzato permette di realizzare l'analisi dei singoli casi, ma il dato di maggior rilievo non è quello relativo al singolo paziente, ma lo studio dello svolgimento del percorso complesso, al fine di identificarne possibili criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Per questo motivo i risultati del monitoraggio dei tempi previsti per questo percorso diagnostico terapeutico saranno condivisi con il gruppo tecnico di lavoro composto dagli stessi specialisti e professionisti che hanno realizzato il documento in oggetto al fine di ricercare le modalità più opportune per migliorare le situazioni di criticità identificate.

5. STADIAZIONE DEL TUMORE DEL COLON RETTO

Secondo i criteri TNM (VII edizione - 2009) gli stadi del tumore del colon e del retto intraperitoneale e extraperitoneale sono così definiti:

T: Tumore primitivo

- Tx Tumore primitivo non definibile
- T0 Tumore primitivo non evidenziabile
- T1s Carcinoma in situ: intraepiteliale o invasione della lamina propria
- T1 Tumore che invade la meglio sottomucosa
- T2 Tumore che invade la muscolare propria
- T3 Tumore che invade la sottosierosa o i tessuti peri-colici e peri-rettali non ricoperti dal peritoneo)
- T4a Tumore che penetra il peritoneo viscerale
- T4b Tumore che invade direttamente altri organi o strutture

N: Linfonodi regionali

- Nx Linfonodi regionali non valutabili
- N0 Assenza di metastasi ai linfonodi regionali
- N1 Metastasi a 1-3 linfonodi regionali
- N1a Metastasi a un linfonodo regionale
- N1b Metastasi a 2-3 linfonodi regionali
- N1c Deposito di cellule neoplastiche in subsierosa, mesentero o tessuti peri-colici o peri-rettali non peritonealizzati senza metastasi ai linfonodi regionali
- N2 Metastasi in 4 o più linfonodi regionali
- N2a Metastasi a 4-6 linfonodi regionali
- N2b Metastasi in 7 o più linfonodi regionali

M: Metastasi a distanza

- Mx Metastasi a distanza non valutate
- M0 Assenza di metastasi a distanza
- M1 Presenza di metastasi a distanza
- M1a Metastasi in un solo organo/site
- M1b Metastasi in più di un organo/site o nel peritoneo



Stadio	T	N	M	Stadio	Stadio
I	Tis	N0	M0	-	-
	T1	N0	M0	A	A
IIA	T2	N0	M0	A	B1
	T3	N0	M0	B	B2
IIB	T4a	N0	M0	B	B2
	T4b	N0	M0	B	B3
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0	C	C1
	T3	N2a	M0	C	C1
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0	C	C2
	T2-T3	N2a	M0	C	C1/C2
IIIC	T1-T2	N2b	M0	C	C1
	T4a	N2a	M0	C	C2
	T3-T4a	N2b	M0	C	C2
IV	T4b	N1-N2	M0	C	C3
	Any T	Any N	M1a	-	-
IVB	Any T	Any N	M1b	-	-



6. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL COLON-RETTO (TCR)

A seconda delle condizioni cliniche del paziente si possono attivare 4 tipologie di PDTA del TCR:

- PDTA per sospetto TCR
- PDTA del TCR gestito dal GICO
- PDTA del TCR con gestione di urgenza
- PDTA del TCR in fase avanzata

6.1 PDTA PER SOSPETTO TCR

Il PDTA per il sospetto del TCR viene attivato dal Medico di Medicina Generale o altro Sanitario

Il paziente che entra in questo PDTA presenta segni e sintomi che pongono un sospetto reale di TCR.

La maggior parte dei pazienti con cancro del colon-retto si presenta con i seguenti sintomi:

- sanguinamento rettale (frammisto o meno a feci),
- cambiamenti delle abitudini intestinali (aumentato della frequenza di defecazione, feci non formate), sintomi non specifici (perdita di peso, astenia a causa di anemia da carenza di ferro definita come valore di emoglobina $< 11\text{g/ml}$ nelle donne in post-menopausa ed uguale/inferiore a 12g/ml negli uomini, dolore addominale, sensazione di gonfiore addominale)
- presenza di muco nelle feci,
- riscontro di masse addominali,
- quadro clinico di ostruzione intestinale.

A seguito dell'anamnesi e dell'esame obiettivo si possono presentare due possibili scenari:

- 1) Segni e sintomi ad alta predittività di tumore colo-rettale
- 2) Segni e sintomi a bassa predittività di tumore colo-rettale.

Nel caso 1) i segni e sintomi che evidenziano un quadro di urgenza per cui il paziente viene inviato dal MMG al Pronto Soccorso del Presidio più idoneo altrimenti allo specialista gastroenterologo e/o endoscopista attivando la classe di priorità U o B sono i seguenti:

- ostruzione:
 - distensione
 - vomito
 - rumori intestinali acuti
 - coliche addominali
- evidenza di sanguinamento rettale con sospetto di compromissione cardiovascolare
- evidenza di perforazione
- peritonite

Un invio prioritario deve essere fatto in:

- pazienti di età 40 anni o più con sanguinamento rettale e presenza di cambiamento delle abitudini intestinali persistenti da oltre 6 settimane
- pazienti di età 60 anni o più con sanguinamento rettale persistente da 6 settimane ed oltre, in assenza di cambiamento delle abitudini intestinali ed in assenza di sintomi anali

- pazienti di età 60 anni o più con un cambiamento delle abitudini intestinali senza sanguinamento rettale persistente da oltre 6 settimane
- in pazienti con una massa addominale nei quadranti inferiori suggestivi di un coinvolgimento del grosso intestino
- in pazienti con una massa palpabile intraluminale rettale
- uomini affetti da anemia da carenza di ferro e con emoglobina uguale o inferiore a 11g per 100mL non altrimenti spiegabile
- donne non mestruate con anemia da carenza di ferro e con emoglobina uguale o inferiore a 10 g per 100mL non altrimenti spiegabile.

Nel caso 2) le caratteristiche che indicano un basso di rischio di cancro colonrettale per cui il MMC può decidere di inviare il paziente allo specialista gastroenterologo e/o endoscopista attivando la classe di priorità, B o D che riterrà più appropriata, o effettuare lui un stesso un monitoraggio per verificare se i disturbi persistono o meno sono:

- sanguinamento rettale con sintomi anali
- sanguinamento rettale con una causa esterna visibile, come ad esempio:
 - emorroidi prolassate
 - prolasso rettale
 - ragadi anali
- cambiamento delle abitudini intestinali (ridotta frequenza della defecazione e feci dure) per meno di 6 settimane
- dolore addominale in assenza di anemia da carenza di ferro o di massa addominale palpabile
- dolore addominale in assenza di evidenza di ostruzione intestinale.

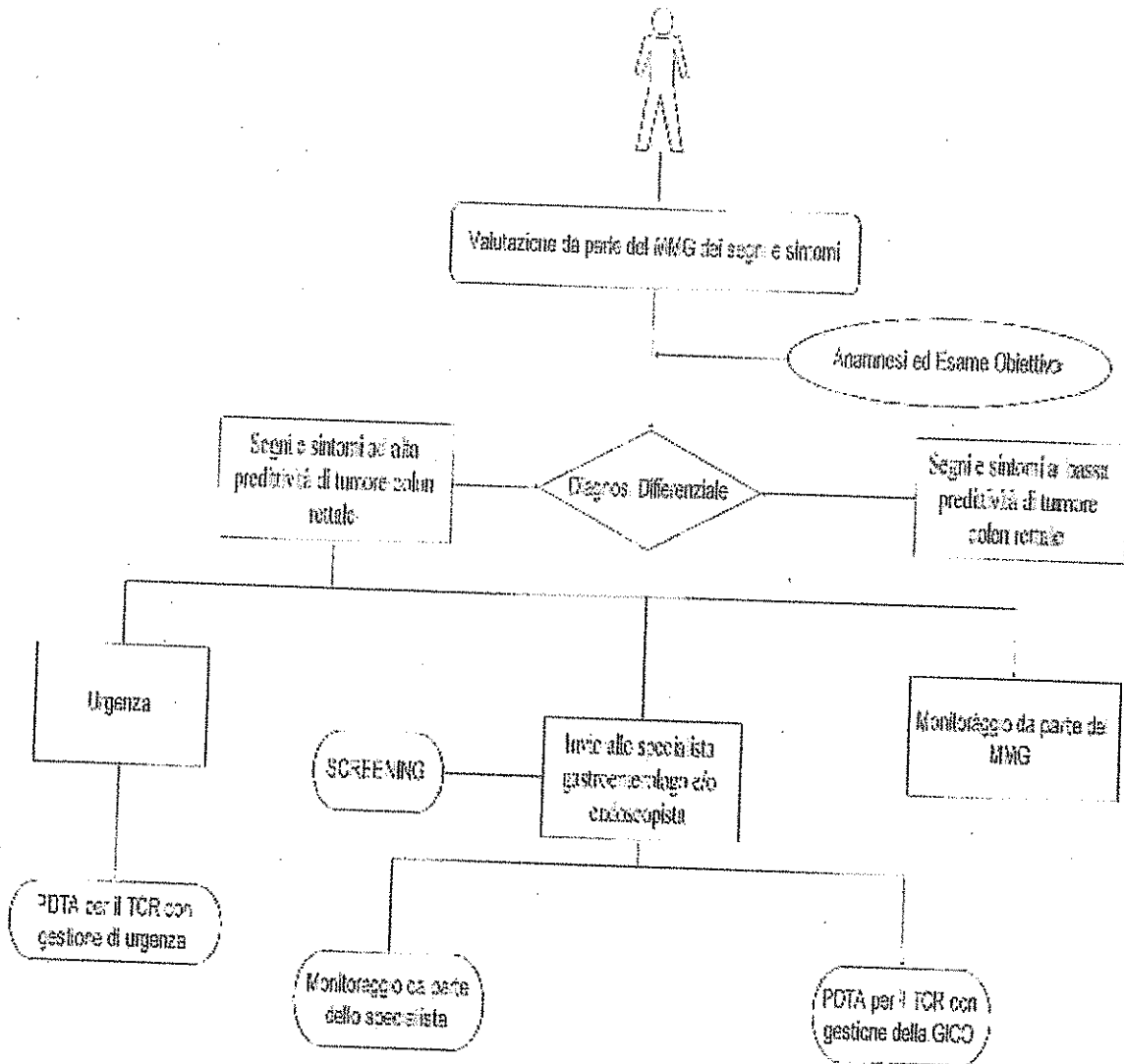
Lo specialista gastroenterologo e/o endoscopista una volta preso in carico il paziente può a seconda dei risultati degli esami da lui richiesti:

- 1) Monitorare il paziente
- 2) Portare all'attenzione del GICO il caso

N.B. In questo PDTA interviene anche il percorso dello screening: infatti qualora i soggetti sottoposti allo screening di primo livello risultassero positivi al test del sangue occulto fecale, essi vengono avviati ai test diagnostici di II livello con l'invio allo specialista gastroenterologo endoscopista.



Figura 1: Flowchart del percorso del paziente con sospetto TCR



6.2 PDTA DEL TCR GESTITO DAL GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)

Il PDTA del TCR gestito dal GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO) viene attivato da qualsiasi specialista componente del gruppo.

La presa in carico del paziente è di tutto il gruppo interdisciplinare ma in maniera particolare dello specialista che lo ha in cura a seconda delle varie fasi del PDTA.

Il primo obiettivo che il GICO deve raggiungere è una corretta stadiazione preoperatoria.

La valutazione pre-operatoria dovrebbe includere (a meno che non vi sia controindicazione):

- TC del torace con mdc
- TC dell'addome e della pelvi con mdc + ecografia addominale
- RM del fegato, in caso di dubbio alla TAC, per la valutazione di eventuali metastasi
- La Tomografia ad emissione di positroni con fluorodeossiglucosio (FDG-PET), non rappresenta un esame di routine nella pratica clinica ma deve essere richiesta nei casi in cui l'esito dell'esame comporti una variazione della strategia terapeutica.

In aggiunta i pazienti con carcinoma rettale devono ricevere:

- risonanza magnetica (RM) ad alta risoluzione pelvica per valutare il grado di estensione locale di malattia e l'eventuale coinvolgimento dei linfonodi peri-rettali
- L'ecografia endorettale ha la sua indicazione maggiore nei casi in cui è importante discriminare l'interessamento dei vari strati della parete rettale. Inoltre l'ecografia endorettale rappresenta un'alternativa se la risonanza magnetica è controindicata o non disponibile.

Lo staging non dovrà superare i 30 giorni e la responsabilità organizzativa del rispetto di tale tempistica rientra nelle competenze della Direzione Sanitaria Aziendale.

A conclusione del percorso diagnostico si possono presentare due scenari possibili:

- A) Malattia operabile
- B) Malattia non operabile

Nel caso A) il GICO ha il compito di valutare la possibilità dell'intervento in base ai seguenti fattori:

- stadiazione del tumore,
- idoneità del paziente a ricevere un intervento chirurgico,
- stato nutrizionale,
- analisi del rischio operatorio sulla base di specifiche scale valutative del rischio di morbilità e mortalità

La gran parte delle ultime linee guida raccomandano che tutti i pazienti candidati ad intervento chirurgico devono essere sottoposti a valutazione del rischio di Trombocitopenia venosa (TEV).

In questa fase del PDTA si possono delineare tre possibili situazioni cliniche

- 1) tumore del colon
- 2) tumore del retto
- 3) malattia metastatica operabile

1) In caso di Tumore del Colon in prima istanza si effettua l'intervento chirurgico con l'acquisizione dell'esame istopatologico del pezzo operatorio.

Il referto istologico è indispensabile per:

- la conferma diagnostica di carcinoma colon-rettale



- la stadiazione e prognosi del tumore
- la pianificazione di ulteriore trattamento

Per tutti i pazienti in stadio III e per casi selezionati con stadio II a fronte della presenza di fattori prognostici sfavorevoli fra i seguenti riportati:

- estensione del tumore oltre la sierosa (pT4)
- meno 12 linfonodi esaminati
- grading 3
- invasioni linfatica e/o vascolare e/o perineurale presentazione clinica con perforazione

deve essere considerata la **CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE** da iniziare entro 6-8 settimane dall'intervento chirurgico radicale.

Il Paziente dopo l'intervento riceve un'assistenza post-operatoria secondo le raccomandazioni delle ultime linee guida in particolare il supporto psico-sociale da parte di un infermiere o personale specializzato.

Ai pazienti ed ai familiari (o il personale di assistenza) devono essere forniti un numero per contattare un infermiere specializzato al fine di affrontare problemi/preoccupazioni insorti dopo la dimissione dall'ospedale.

Il case manager deve provvedere all'attivazione di procedure al fine di attivare i servizi per i pazienti che possono avere bisogno di aiuto concreto da parte di:

- un infermiere specialista
- personale di assistenza socio-sanitaria
- servizi assistenziali dedicati agli stomizzati

Il paziente in questa fase viene inserito dal GICO nel programma di Follow-up la cui gestione fa capo allo specialista a seconda del programma stesso e può essere:

- **a breve termine**, che deve concentrarsi su problemi post-operatori, sulla programmazione futura e la gestione dello stomia.

Deve comprendere una colonscopia completa entro 6 mesi dalla dimissione, se questa non fosse stata eseguita prima dell'intervento chirurgico in modo completo, mentre la colonscopia virtuale rappresenta una alternativa non invasiva alla colonscopia per coloro che presentano una controindicazione alla colonscopia.

Inoltre dovrebbe comprendere una TAC del torace e dell'addome, se non fosse stata effettuata prima dell'intervento chirurgico

- **a più lungo termine**

deve comprendere una colonscopia a intervalli di 1 e 3 anni dall'intervento e quindi ogni 5 anni nel paziente con clean-colon. Nei pazienti senza uno studio del colon preoperatorio, la colonscopia va effettuata entro 6-12 mesi dall'intervento. Nei pazienti con neoplasie del retto la rettoscopia va eseguita ogni 6 mesi per i primi due - tre anni.

- deve includere TC dell'addome e del torace ogni 6-12 mesi per i primi 2-3 anni dopo la resezione.

- deve includere l'esame fisico e l'antigene carcino-embriionario (CEA e CA 19.9) ogni 6 mesi per 5 anni (se i livelli dei markers sono elevati dopo la resezione eseguire comunque la colonscopia e la TC torace addome-pelvi)

- la tomografia ad emissione di positroni con fluoro-18-desossiglucosio (FDG-PET) non deve essere considerata una modalità di routine di follow-up. Può essere considerata in pazienti con CEA elevato con una TC normale.



deve rilevare i tumori metastatici (secondari carcinomi primitivi nel grosso intestino retinale)

- deve fornire un sostegno psicologico
- deve facilitare l'audit
- deve fornire consulenza e supporto da parte di un operatore sanitario qualificato per cambiare stile di vita e ridurre il rischio di recidiva.

2) Il retto medio-basso presenta caratteristiche anatomiche cliniche che rendono diversa la storia naturale e le strategie terapeutiche rispetto al retto alto (che viene assimilato al colon). Viene considerato anatomicamente retto medio-basso la porzione di retto al di sotto della riflessione peritoneale (retto extra-peritoneale).

Nei tumori del retto medio-basso con >T2 e/o N positivo la prima fase del percorso deve essere rappresentata dalla Terapia Preoperatoria (Radio-chemioterapica) con le seguenti finalità:

- diminuire il rischio di recidiva locale
- ridurre il volume del tumore prima della resezione e favorire una resezione conservativa.

Il trattamento radioterapico può essere somministrato per mezzo di:

- frazionamento convenzionale
- breve corso di radioterapia pre-operatoria

Rispetto alla radioterapia post-operatoria riduce il rischio di lesioni da radiazioni del piccolo intestino intrappolato nel bacino a causa di aderenze post-chirurgiche, può rendere possibile la conservazione dello sfintere anale, aumenta la probabilità che possa essere eseguita una anastomosi con il colon (resezione anteriore).

Dopo la fase della terapia preoperatoria il PDTA è uguale a quello già rappresentato per il Tumore del Colon.

La fase di terapia preoperatoria (Radio-chemioterapia), identificata dalla data di indicazione del GICO (verbale) al momento in cui viene effettuata al prima seduta di terapia (Radio-chemioterapia), non deve essere superiore di 30 giorni.

Si ricorda che una delle tecniche chirurgiche adottate per il tumore del retto medio basso è la chirurgia endoscopia trans-anale (TEM-Transanal Endoscopic Microsurgery) che può essere usata per trattare piccoli tumori del retto T1 che abbiano tutte le seguenti caratteristiche:

- meno di tre centimetri di diametro
- ben o moderatamente differenziati
- entro 8 centimetri del margine anale
- limitati a meno del 30% della circonferenza rettale

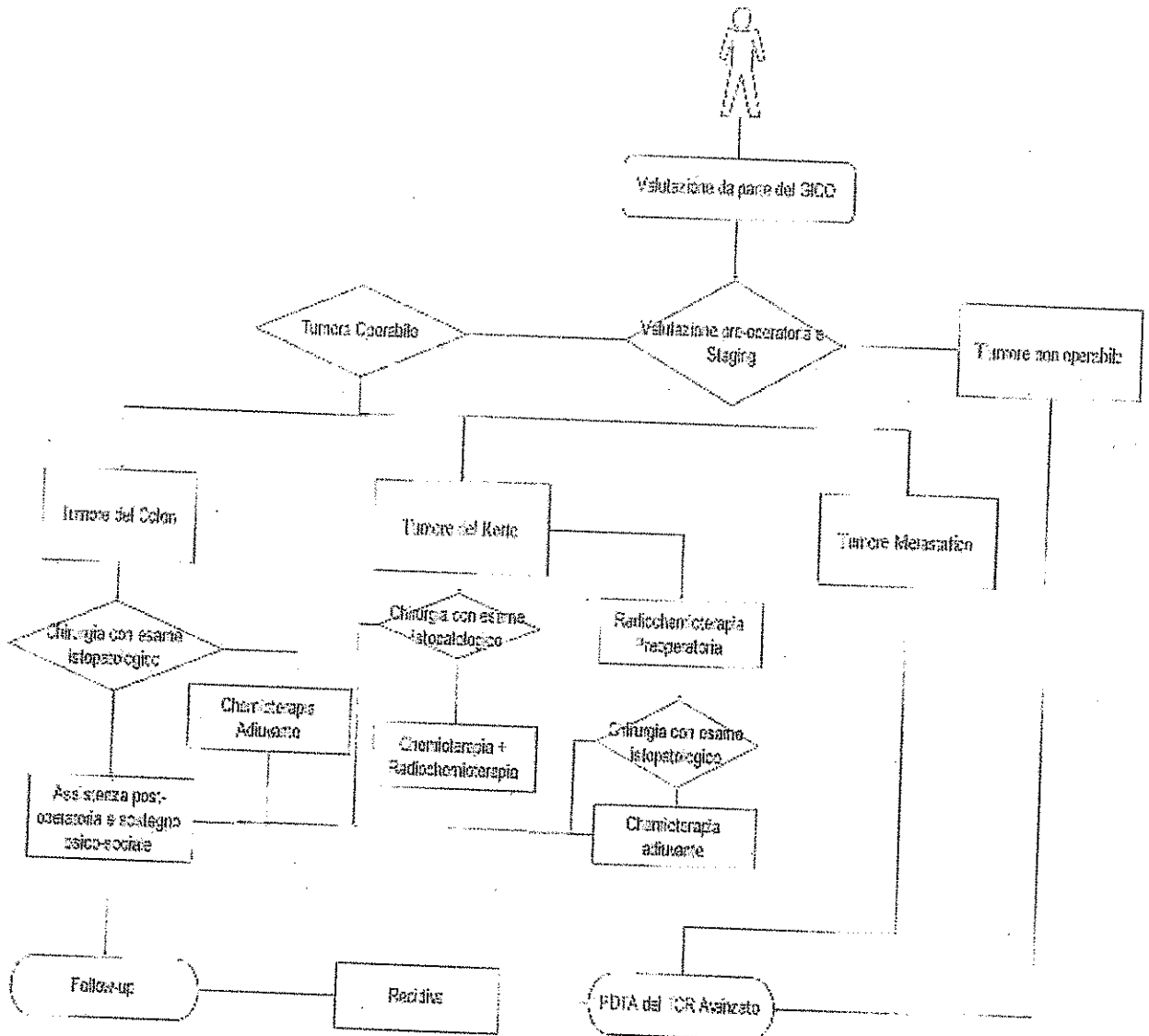
La TEM deve essere seguita nel follow-up con risonanza magnetica (RM).

Le sue limitazioni comprendono l'assenza di stadiazione patologica relativa al coinvolgimento linfonodale.

3) Nel caso di malattia metastatica operabile il paziente segue il PDTA del TCR AVANZATO descritto nel paragrafo 6.4

Nel caso B) anche in questo scenario il paziente segue il PDTA del TCR AVANZATO (paragrafo 6.4)

Figura 2: Flowchart del percorso del paziente con TCR gestito dal GICO



6.3 PDIA DEL TCR CON GESTIONE DI URGENZA

Il PDIA è gestito dallo specialista chirurgo.
 Il Paziente entra nel PDIA attraverso il Pronto Soccorso a cui vi è arrivato o tramite il MMG, o il servizio territoriale del 118 o di sua spontanea volontà.

Il punto fondamentale di questo PDIA è la stabilizzazione del paziente in quanto solo una volta raggiunta si può procedere all'esecuzione delle indagini diagnostiche.

La resezione chirurgica è sempre il presidio terapeutico preferito nel caso di ostruzione neoplastica del colon.

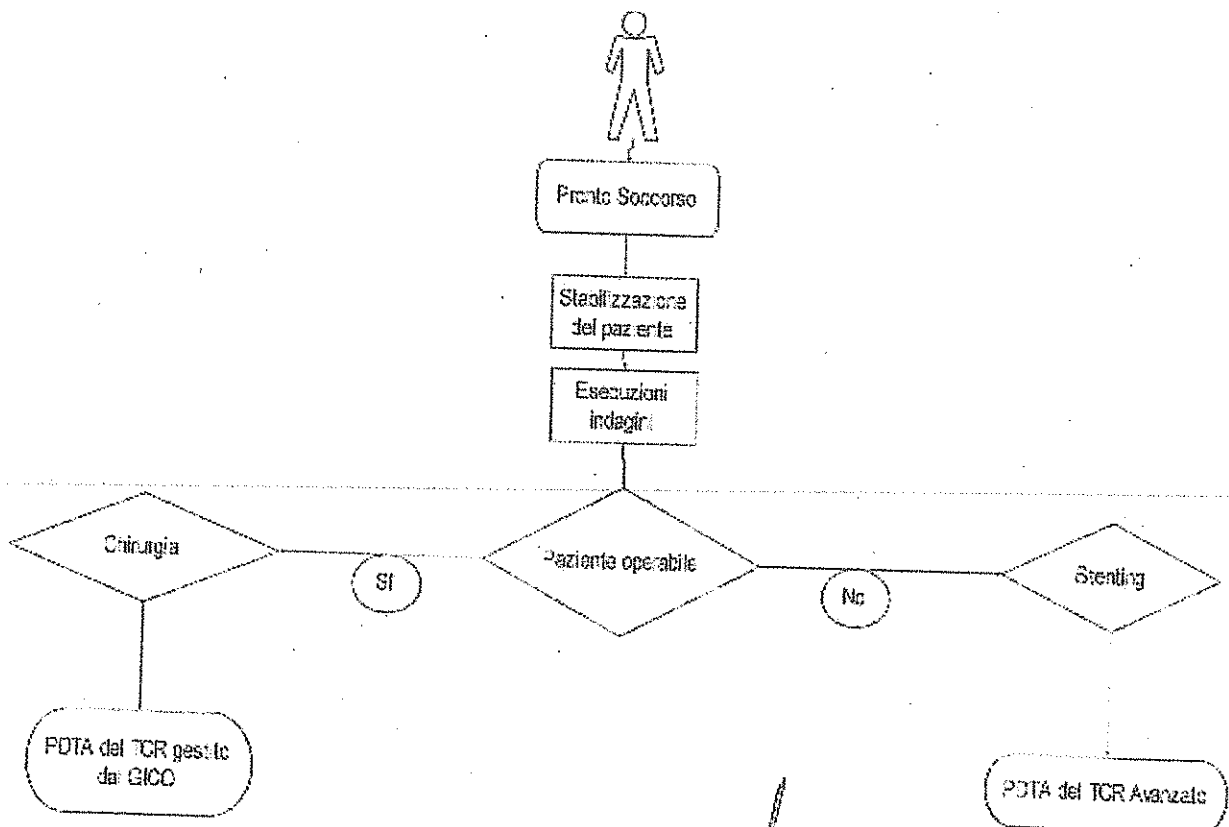
L'impianto di stent in urgenza in pazienti potenzialmente curabili con la resezione è riservato solo a casi selezionati che presentino ostruzione del colon sinistro ad elevato rischio di mortalità post-intervento.

Al contrario, lo stenting deve essere considerato come palliazione per i tumori non operabili.

Dopo la procedura dello Stenting il paziente viene preso in carico dal GICO e segue il PDIA specifico. (Paragrafo 6.2)

Il paziente segue lo stesso percorso descritto nello scenario A) del PDIA del IRC gestito dal GICO, paragrafo 6.2.

Figura 3: Flowchart del percorso del paziente con TCR con gestione di urgenza



6.4 PDTA DEL TCR GESTITO IN FASE AVANZATA

Il PDTA del TCR gestito in fase avanzata viene attivato da qualsiasi specialista componente del GICO.

La presa in carico del paziente è di tutto il gruppo interdisciplinare ma in particolare dello specialista che lo ha in cura in quella specifica fase del PDTA.

A tutti i pazienti in fase avanzata di malattia devono essere richieste le mutazioni dei geni RAS e BRAF sulla scorta dell'esame istologico di adenocarcinoma del colon-retto al fine di ottimizzare i trattamenti successivi.

I pazienti in fase avanzata di malattia sono definiti come:

- A) pazienti con malattia localmente avanzata, giudicata inoperabile con le indagini strumentali o dal chirurgo al momento dell'intervento;
- B) pazienti con metastasi a distanza (fegato, polmoni, linfonodi, carcinomi peritoneale, ossa, etc);

Ovviamente i quadri A e B possono coesistere nello stesso paziente.

- **Percorso dei pazienti in fase A.**

I pazienti devono essere studiati, a giudizio del clinico, per definire nel modo migliore l'estensione della malattia locale ed essere quindi avviati ad un trattamento di chemioterapia (CHT) o di CHT + Radioterapia (RT) a seconda delle circostanze. Verranno rivalutati ogni 2-3 mesi al fine di reconsiderarne l'operabilità. Qualora non convertiti ad operabilità continueranno la terapia proposta.

Nei casi in cui si arrivi ad operabilità il GICO valuterà l'opportunità di una terapia successiva "adiuvante".

Qualora in progressione al trattamento di prima linea verranno candidati per una seconda linea di terapia.

- **Percorso dei pazienti in fase B.**

I pazienti devono essere studiati, a giudizio del clinico, per definire nel modo migliore l'estensione della malattia metastatica. Tutti i pazienti devono avere una TC total body con mdc di stadiazione pre-trattamento. Se si tratta di pazienti con tumore primitivo in sede e metastasi a distanza va presa in considerazione in l'asportazione del tumore primitivo. I pazienti metastatici all'esordio devono essere avviati ad un trattamento di CHT e rivalutati ogni 2-3 mesi con la TC; la PET/TC e la RM potranno essere utilizzate nei casi dubbi per la definizione dell'estensione della malattia e nei casi in cui vi può essere l'indicazione a resezione radicale, ad esempio per metastasi epatiche o polmonari. Nei casi in cui si arrivi ad operabilità il GICO valuterà l'opportunità di una terapia successiva "adiuvante". Qualora in progressione al trattamento di prima linea verranno candidati per una seconda linea di terapia e successivamente di terza linea. Tutti i pazienti con malattia metastatica al fegato o al polmone o a singole sedi metastatiche, devono essere valutati dal GICO per considerare un trattamento locoregionale con intento radicale (chirurgico in prima istanza, radioterapico, etc).

I pazienti non più suscettibili di trattamenti volti al controllo della malattia neoplastica vanno avviati ad un percorso di cure palliative.



7. INDICATORI

7.1 INDICATORI ORGANIZZATIVI

- Recepimento del PDTA regionale per il TCR: Atto aziendale entro 30 giorni dalla trasmissione del Decreto del Commissario ad Acta di recepimento.
- Costituzione del GICO: Atto Aziendale entro 60 giorni dal recepimento da parte dell'Azienda del PDTA regionale
- Protocollo clinico organizzativo aziendale del TCR entro 30 giorni dalla costituzione del GICO
- Conformità del protocollo aziendale per il TCR al PDTA regionale: 100%
- N° di eventi formativi aziendali sul PDTA del paziente con TCR: almeno 1/anno

7.2 INDICATORI DI ATTIVITÀ

- N° dei pazienti con TCR presi in carico dal GICO per anno/ Totale pazienti ricoverati con diagnosi principale per tumore del colon retto (dati ASDO) per anno: 60%
- N° nuovi pazienti con TCR presi in carico dal GICO per anno: almeno 100 casi all'anno
- N° di verbali di incontri del GICO con TCR /anno: minimo 45/anno

7.3 INDICATORI DEL PIANO NAZIONALE ESITI

- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon in laparoscopia
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto in laparoscopia

Gli indicatori sopra esposti, che verranno monitorati dall'ASR Abruzzo, in condivisione con il gruppo di lavoro regionale, potranno essere implementati a seconda delle criticità rilevate e delle eventuali proposte che potranno esserci da parte dei professionisti coinvolti nel percorso stesso.

L'ASR con cadenza annuale elabora un report che sarà trasmesso al Dipartimento per la Salute e alle ASL e pubblicato sul sito istituzionale.



8. BIBLIOGRAFIA

- *Intesa Stato Regioni del 10 Febbraio 2011 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011- 2013"*
- *Intesa Stato Regioni del 30 ottobre 2014 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden di malattia del cancro per gli anni 2014- 2016"*
- *Adempimenti Livelli Essenziali di Assistenza: Lettera x) Implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)*
- *Delibera di Giunta Regionale n.575 del 11.08.2011 "Approvazione Piano Regionale di governo delle Liste di Attesa (PRGLA)*
- *Decreto del Commissario ad Acta n.60/2015 del 25 giugno 2015 "Recepimento e avvio del Piano Operativo per il contenimento delle Liste d'Attesa di cui alla Delibera n.9 del 3 febbraio 2015 dell'Agenzia Sanitaria Regionale"*
- *Linee guida AIOM: tumori del colon-retto (2015)*
- *Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. Annals of Oncology 21(Supplement 5): v70-v77, 2010*
- *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale: il carcinoma del colon e del retto Regione Emilia Romagna ANNO 2012*
- *Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte ANNO 2001*
- *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del DIPO di Mantova per il Tumore del colon retto Regione Lombardia*
- *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle neoplasie del colon retto in elezione per la Provincia di Pavia – Regione Lombardia ANNO 2012*
- *Percorso diagnostico terapeutico sul Carcinoma del Colon Retto ASL Lanciano-Vasto-Chieti*



