

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il carcinoma colon-retto

Edizione 2021



In tabella 1 sono riportate le figure professionali ed Unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UO) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza nell'ambito del **GOM** Colon-Retto.

ACCOGLIENZA	Case Manager	Identificato nell'Ambito del GOM
	Medico	Medico specialista di una delle unità afferenti al GOM
		Servizio civile
		Associazioni volontariato
PRESA IN CARICO (Core Team)	Oncologi	UOC Oncologia Medica
	Chirurghi Oncologici	UOC Chirurgia Colonrettale
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
ASSISTENZA (Extended Team)	Oncologi Medici	UOC Oncologia Medica
	Chirurghi oncologi	UOC Chirurgia Colonrettale
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
	Gastroenterologi	UOC Gastroenterologia
	Chirurghi addome	UOC Chirurgia Oncologica
	Genetisti	Addominale
	Patologi clinici	UOC Genetica Medica
	Biologi Molecolari	UOC Patologia clinica
	Anatomopatologi	UOC Biologia Molecolare
	Radiologi	UOC Anatomia Patologica
	Medici del dolore	UOC Radiodiagnostica
	Cardiologi	UO Terapie Palliative
	Psicologi	UO Cardiologia
	Nutrizionisti	UO Psicologia
	Personale infermieristico	UO Nutrizione
	Farmacisti	UO Farmacia
	Personale Infermieristico e/o	Unità di Manipolazione di
	Tecnici di laboratorio medico	Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)

TUMORI DEL COLON - RETTO

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio¹

I principali fattori di rischio per tumori del colon retto sono rappresentati dagli stili di vita e dalla familiarità.

Tra i primi vanno annoverati fattori dietetici, quali il consumo di carni rosse, insaccati, farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso, la ridotta attività fisica, il fumo e l'eccesso di alcool. In merito alla familiarità circa un terzo dei tumori del colon-retto presenta caratteristiche ascrivibile a suscettibilità ereditarie; solo una parte di questo rischio familiare (2-5%) è riconducibile a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche associate ad aumento del rischio di carcinoma coloretale; fra queste le sindromi caratterizzate dall'insorgenza di polipi, quali la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e quelle non poliposiche come la sindrome di Lynch. L'ereditarietà è per lo più su base autosomico-dominante. Per gli individui appartenenti a gruppi familiari a rischio non ancora inquadrati in sindromi definite, il rischio di ammalare di carcinoma del colon-retto è circa doppio rispetto alla popolazione generale nel caso in cui sia presente un consanguineo di I° grado, e più che triplo qualora quest'ultimo abbia contratto il tumore prima dei 50 anni di età. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. Considerato che circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose va sottolineato il ruolo determinante che assume, nella gestione della malattia neoplastica del colon retto, lo screening organizzato di popolazione; quest'ultimo, infatti, è in grado di ridurre sia la mortalità, con la diagnosi precoce di carcinomi, che la stessa incidenza, in quanto permette l'individuazione e la rimozione di lesioni precancerose.

Incidenza

I tumori del colon-retto rappresentano, sia in Italia che in Campania, la terza neoplasia negli uomini (dopo i tumori di prostata e polmone) e la seconda nelle donne (dopo il tumore della mammella).

La stima al 2020 dei nuovi casi di tumori del colon retto in Europa² è di un ASR di 89.7 per 100.000 nei maschi e 55.7 per 100.000 nelle donne con un numero di casi atteso di 519.820 (281.714 uomini e 238.106 donne). In Italia² gli equivalenti dati stimati al 2020 indicano un ASR di 81.6 per 100.000

¹ I numeri del cancro in Italia 2019 – AIOM-AIRTUM

² JRC-ENCR: ECIS - European Cancer Information System (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).
<https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

nei maschi e 57.4 per 100.000 donne con una stima dei casi attesi nel 2020 di 48.576 (25.588 uomini e 22.988 donne). La stima, invece, in Campania³ al 2020 indica un ASR di incidenza di 74.4 per 100.000 negli uomini e 48.0 per 100.000 nelle donne, con un numero di 3.946 nuovi casi (2.246 uomini e 1.700 donne).

Persiste tutt'ora un differenziale negativo di incidenza della Campania, stimato al 2020, rispetto alla media italiana di circa 7 punti percentuali nei maschi e 9 nelle donne.

In Italia l'andamento temporale⁴ dell'incidenza mostra un decremento sia nei maschi che nelle donne, con una variazione percentuale annua di -1,3% nei maschi e -1,1% nelle donne; in Campania tale andamento è invece stabile per i maschi ed in incremento dello 0,9% annuo per le donne.

Mortalità

In Italia i decessi per tumori del colon retto rappresentano la seconda causa di morte sia nei maschi che nelle donne (rispettivamente dopo il tumore polmonare e della mammella); in Campania rappresenta la seconda causa di morte nei maschi (dopo i tumori polmonari) e la terza causa nelle donne (dopo i tumori della mammella e del polmone). La stima al 2020 dei decessi per tumori del colon retto in Europa² è di un ASR di mortalità di 44.0 per 100.000 nei maschi e 25.7 per 100.000 nelle donne con un numero di decessi stimati di 244.824 (131.885 uomini e 112.939 donne). In Italia² gli equivalenti dati stimati al 2020 indicano un ASR di mortalità di 38.0 per 100.000 nei maschi e 23.0 per 100.000 nelle donne con una stima dei decessi nel 2020 di 21.789 (11.809 uomini e 9.980 donne). La stima, invece, in Campania³ al 2020 indica un ASR di mortalità di 33.2 per 100.000 negli uomini e 20.0 per 100.000 nelle donne, con un numero stimato di 1.595 decessi (898 uomini e 697 donne).

In Italia l'andamento della mortalità⁴ è in decremento negli anni sia nei maschi che nelle donne, con una variazione percentuale annua rispettivamente di - 0,7% e -0,9%; anche in Campania il trend di mortalità è in decremento sia nei maschi che nelle donne, con una variazione percentuale annua rispettivamente di - 0,5% e -0,3%, anche se tali valori non sono statisticamente significativi.

Sopravvivenza

La sopravvivenza per tumore del colon retto⁵ a 5 anni dalla diagnosi è pari al 65% in Italia, senza differenze tra maschi e femmine; in Campania la sopravvivenza a cinque anni è pari al 58% nei

³ Dati Registro Tumori Regione Campania (tassi standardizzati su popolazione europea 2013).

⁴ I Tumori in Italia – Trend 2003/2014 – AIRTUM 2019

⁵ La sopravvivenza per cancro in Italia – dati AIRTUM 2016

maschi e 60% nelle donne, con un differenziale, quindi, rispetto alla media italiana di meno 7 punti e meno 5 punti percentuali rispettivamente nei maschi e nelle donne. Come per il tumore della mammella anche per il tumore del colon retto il differenziale negativo di sopravvivenza riguarda l'intero meridione d'Italia ed è presente non solo a cinque anni dalla diagnosi, ma si mantiene anche a cinque anni dopo il primo anno di sopravvivenza (Italia 77% VS Sud-Isole 71%) ed a cinque anni dopo cinque anni di sopravvivenza (Italia 93% VS Sud-Isole 90%). Anche per questo tumore i dati evidenziano la presenza di criticità non soltanto nella fase iniziale di anticipazione diagnostica, con una significativa minore estensione ed adesione allo screening, ma anche lungo l'intero percorso diagnostico-clinico- assistenziale successivo alla diagnosi iniziale.

Percorsi diagnostico clinici dei pazienti residenti in Regione Campania

Tumore del colon

Nel triennio 2016/2018 sono stati trattati chirurgicamente per tumore del colon 6.347 pazienti residenti in Campania; di questi 5.611 (88,4% della casistica) sono stati trattati in 89 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 736 (11,6 % della casistica) sono stati trattati in ulteriori 176 diverse strutture extraregionali. La Rete Oncologica Regionale ha identificato soltanto 25 strutture regionali abilitate ad entrare in Rete per la chirurgia dei tumori del colon⁶:

- IRCCS Pascale - Napoli
- AORN - Cardarelli – Napoli
- AOR dei Colli - Napoli
- AOU Federico II - Napoli
- AOU Vanvitelli - Napoli
- AORN Moscati - Avellino
- A.O. OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi - Salerno
- AORN Sant'Anna e San Sebastiano - Caserta
- AORN Rmno / San Pio - Benevento
- Fondazione Evangelica Betania - Napoli
- PO Moscati - Aversa (Ce)
- Casa di cura Pineta Grande - Castel Volturno (CE)
- Osp. Fatebenefratelli - Benevento

⁶ DCA 58 del 04/07/2019 Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania –

- Casa di cura Villa dei Fiori - Acerra (NA)
- Casa di cura Maria SS. della Pietà - Casoria (NA)
- Osp. Fatebenefratelli - Napoli
- PO Tortora - Pagani
- PO Umberto Nocera Inferiore (SA)
- PO Ospedale del MARE - Napoli
- PO S.M. delle Grazie - Pozzuoli – (NA)
- Clinica San Michele - Maddaloni (CE)
- Casa di cura Tortorella - Salerno
- Casa di cura Cobellis - Vallo della Lucania (SA)
- PO Frangipane - Ariano Irpino (AV)
- PO San Leonardo - Castellammare di Stabia (NA)

(Vedi mappa regionale)

Tumore del retto

Nello stesso triennio, 2016-2018, sono stati trattati chirurgicamente per tumore del retto 2.297 pazienti residenti in Campania; di questi 1.903 (82,8% della casistica) sono stati trattati in 80 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 394 (17,1 % della casistica) sono stati trattati in ulteriori 96 diverse strutture extraregionali. La Rete Oncologica Regionale ha identificato soltanto 20 strutture regionali abilitate ad entrare in Rete per la chirurgia dei tumori del retto⁶:

- IRCCS Pascale - Napoli
- AOU Federico II - Napoli
- AORM Moscati - Avellino
- AOR dei Colli - Napoli
- AORN - Cardarelli – Napoli
- AOU Vanvitelli - Napoli
- A.O. OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi - Salerno
- AORN Rmno / San Pio - Benevento
- Osp. Fatebenefratelli - Benevento
- Fondazione Evangelica Betania - Napoli
- AORN Sant'Anna e San Sebastiano - Caserta
- Osp. Fatebenefratelli - Napoli

- PO Tortora - Pagani
- PO Moscati - Aversa (Ce)
- PO Ospedale del MARE - Napoli
- Casa di cura Tortorella - Salerno
- Casa di cura Cobellis - Vallo della Lucania (SA)
- PO S.M. delle Grazie - Pozzuoli – (NA)
- PO Frangipane - Ariano Irpino (AV)
- PO San Leonardo - Castellammare di Stabia (NA)

(Vedi mappa regionale)

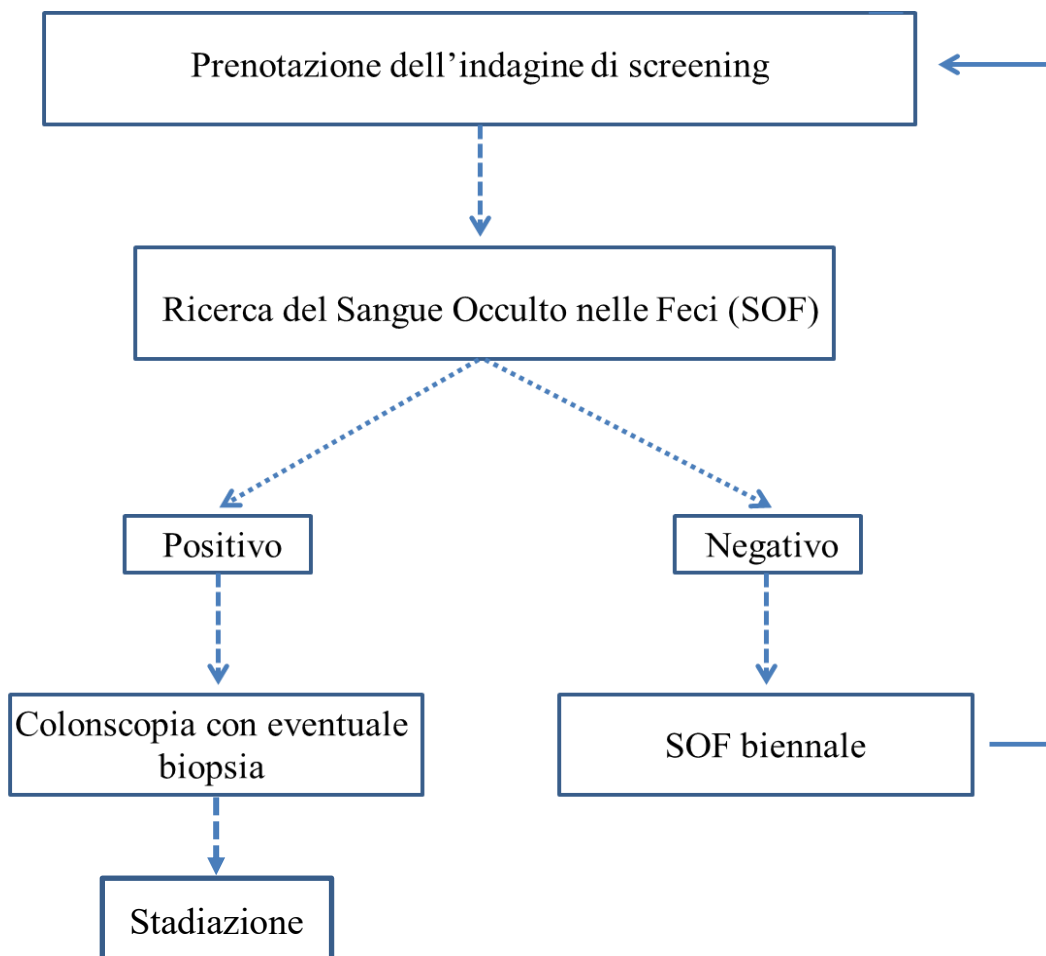
PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Screening con ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) per persone asintomatiche
- Percorso diagnostico per pazienti con sospetta neoplasia colon-rettale
- Percorso stadiativo/terapeutico per pazienti con neoplasia colon-rettale accertata
- Follow-up per pazienti con pregressa neoplasia colon-rettale

SCREENING CON RICERCA DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI (SOF) PER PERSONE ASINTOMATICHE

Lo Screening mediante Sangue Occulto nelle Feci (SOF) è una procedura Attualizzata dalle Strutture territoriali (Presidi Ospedalieri di Base, Ambulatori delle ASL, con il contributo dei Medici di Medicina generale -MMG). La popolazione target è rappresentata da donne ed uomini nella fascia d'età compresa tra 50 e 74 anni. La negatività allo screening prevede la ripetizione biennale. Il percorso previsto per lo screening della patologia colon-rettale è riportato in figura 1.

Figura.1 Percorso dello screening colon-rettale



Donne ed uomini positive allo screening con S.O.F. saranno inviati dalle Strutture Territoriali preposte allo screening al centro di endoscopia territorialmente più vicino per l'esecuzione di un retto/colonscopia, previo colloquio pre-colonscopico

Nel caso l'esame endoscopico risulti negativo per neoplasia la persona sarà reindirizzata al percorso screening.

I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso. Nel caso gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità il paziente sarà reindirizzato al percorso di screening.

Nel caso di esame endoscopico con sospetto di malignità, confermato dall'esame istologico, il paziente sarà inviato al Case Manager designato dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) responsabile della presa in carico, presso un centro oncologico di I o II livello appartenenti al GOM per la gestione diagnostico-terapeutica del caso (figura 3). L'esame istologico dovrà essere reso disponibile entro 14 giorni dalla procedura endoscopica.

PERCORSO DIAGNOSTICO PER PAZIENTI CON SOSPETTA NEOPLASIA COLON-RETTALE

Donne ed uomini di almeno 18 anni, con sintomi sospetti per neoplasia colon-rettale (es. ematochezie, rettorragia, stipsi ostinata, anemia) dovranno afferire autonomamente od opportunamente indirizzati dal proprio medico di MMG o altro medico specialista di riferimento presso un centro di endoscopia territorialmente più vicino per l'esecuzione di un retto/colonscopia. Il percorso diagnostico nel caso di una sospetta neoplasia colon-rettale è riportato in figura 2.

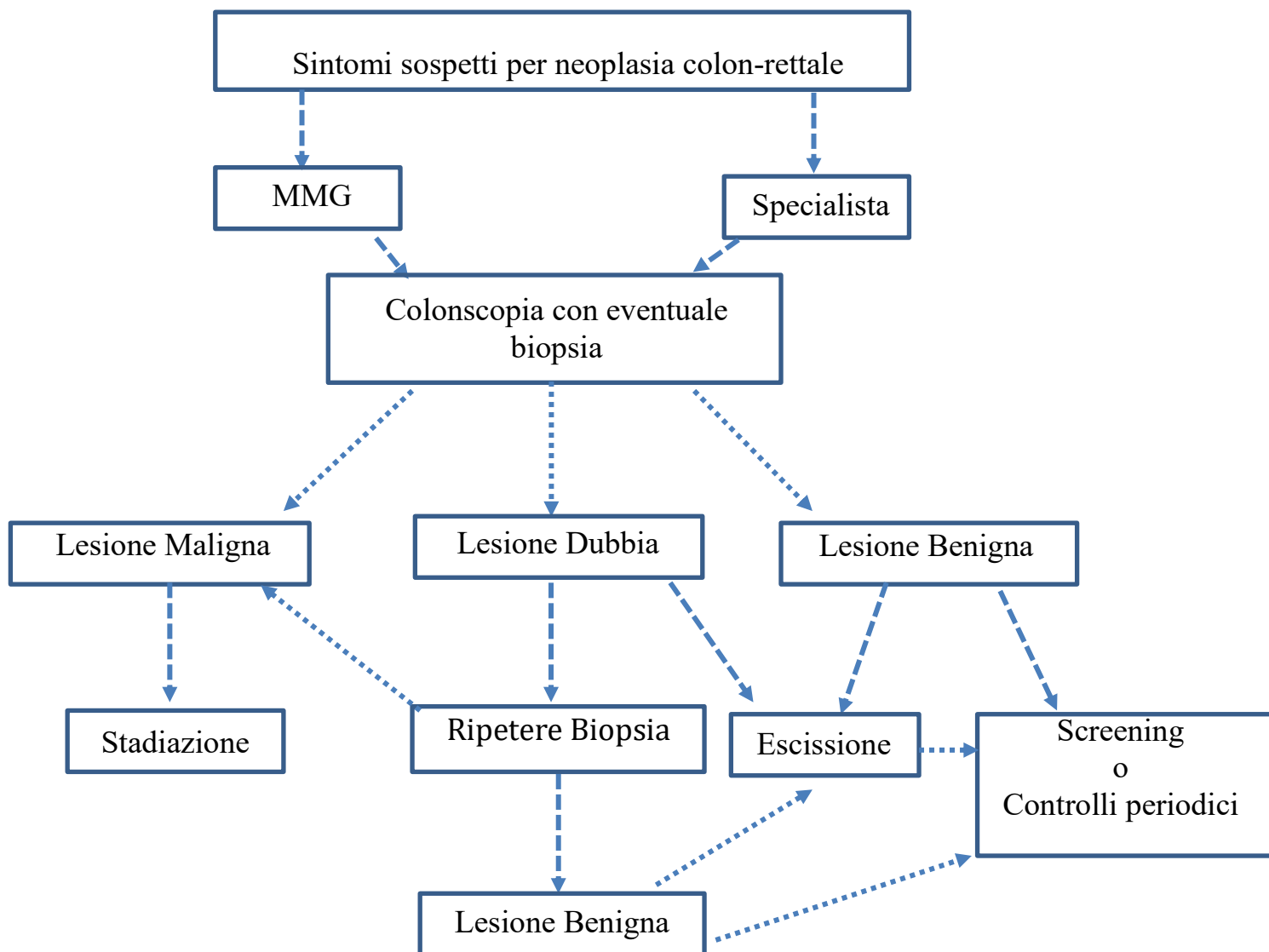
Nel caso l'esame endoscopico risulti negativo per neoplasia la persona sarà indirizzata al percorso screening e/o assistenziale, più idoneo alla sua condizione clinica come previsto dalle linee guida più attuali.

I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti, ripetizione della biopsia, che saranno ritenuti più opportuni caso per caso.

I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti a ulteriori approfondimenti, ritenuti opportuni caso per caso. Nel caso gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità il paziente sarà indirizzato a un percorso di screening o di follow-up.

Nel caso l'esame endoscopico istologico confermi il sospetto di malignità il paziente sarà inviato al Case Manager designato dal GOM responsabile della presa in carico, presso un CORP o CORPUS per la gestione diagnostico-terapeutica del caso, figura 3. L'esame istologico dovrà essere reso disponibile entro 14 giorni dalla procedura endoscopica.

Figura. 2 Percorso diagnostico per pazienti con sospetta neoplasia colon-rettale



PERCORSO STADIATIVO/TERAPEUTICO PER PAZIENTI CON NEOPLASIA COLON-RETTALE ACCERTATA

Donne ed uomini adulti con una diagnosi di neoplasia colon-rettale dovranno afferire autonomamente od opportunamente indirizzati dal proprio MMG o altro medico specialista di riferimento presso un CORP o CORPUS per la gestione diagnostico-terapeutica del caso da parte del GOM specifico per la patologia tumorale colon-rettale. Compito del GOM sarà quello di definire il percorso diagnostico e terapeutico-assistenziale nelle varie fasi di malattia e di coordinare le diverse figure professionali che si faranno carico del paziente affetto da tumore colon-rettale per i propri ambiti di competenza specialistica. In particolare il GOM consentirà la pianificazione del trattamento ottimale per ciascun paziente mediante:

- Un' accurata stadiazione del tumore.
- L'accesso a terapie multimodali integrate.
- L'accesso a terapie sistemiche personalizzate sulla base delle caratteristiche cliniche e molecolari della neoplasia

La presa in carico del paziente da parte del *core-team* del GOM (oncologo medico, chirurgo colon-rettale e radioterapista) avverrà entro 3 giorni dalla prenotazione mediante l'infermiere Case Manager. Quest'ultimo si occuperà anche della prenotazione degli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione (figura 3), conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico sulla base dello stadio TNM. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della presa in carico del paziente. Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici almeno una volta a settimana. Nel caso di diagnosi istologica di neoplasia del colon e del retto intraperitoneale (>12 cm dal margine anale) il paziente sarà sottoposto ad anamnesi, esame obiettivo, esami ematochimici di routine, dosaggio dei marcatori tumorali sierici CEA e Ca19.9 e alla TAC torace-addome-pelvi con mezzo di contrasto. Nel caso di diagnosi istologica di neoplasia del retto extraperitoneale (≤ 12 cm dal margine anale), il paziente dovrà essere sottoposto, oltre agli esami elencati in precedenza, ad ecoendoscopia transrettale e RMN pelvi, quest'ultima necessaria per la definizione del margine circonferenziale (tabelle 2). La RMN del fegato e l'ecografia epatica con mezzo di contrasto (CEUS) non rappresentano degli esami di routine per la stadiazione del tumore colon-rettale e dovranno essere utilizzate qualora siano presenti dei reperti dubbi alla TAC relativi a localizzazioni secondarie epatiche. Allo stesso modo la PET, che non rappresenta un esame di routine, dovrebbe essere utilizzata esclusivamente nei pazienti metastatici candidati a resezione e nei casi di localizzazioni secondarie sospette alla TAC e non dirimenti con altre indagini strumentali. In caso di sospetto o certezza di neoplasia colon-rettale metastatica, dovranno essere avviate contestualmente all'esame istologico o durante la stadiazione le indagini molecolari (identificazione delle mutazioni di RAS e BRAF).

Le procedure stadiative dovranno essere completate entro 2 settimane dalla diagnosi di certezza istologica e, qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse disponibile al momento della prima visita, entro 4 settimane dalla presa in carico del paziente (figura 3).

La valutazione del polimorfismo DPYD è obbligatorio per i pazienti candidati a terapia con fluoropirimidine come da indicazione AIFA.

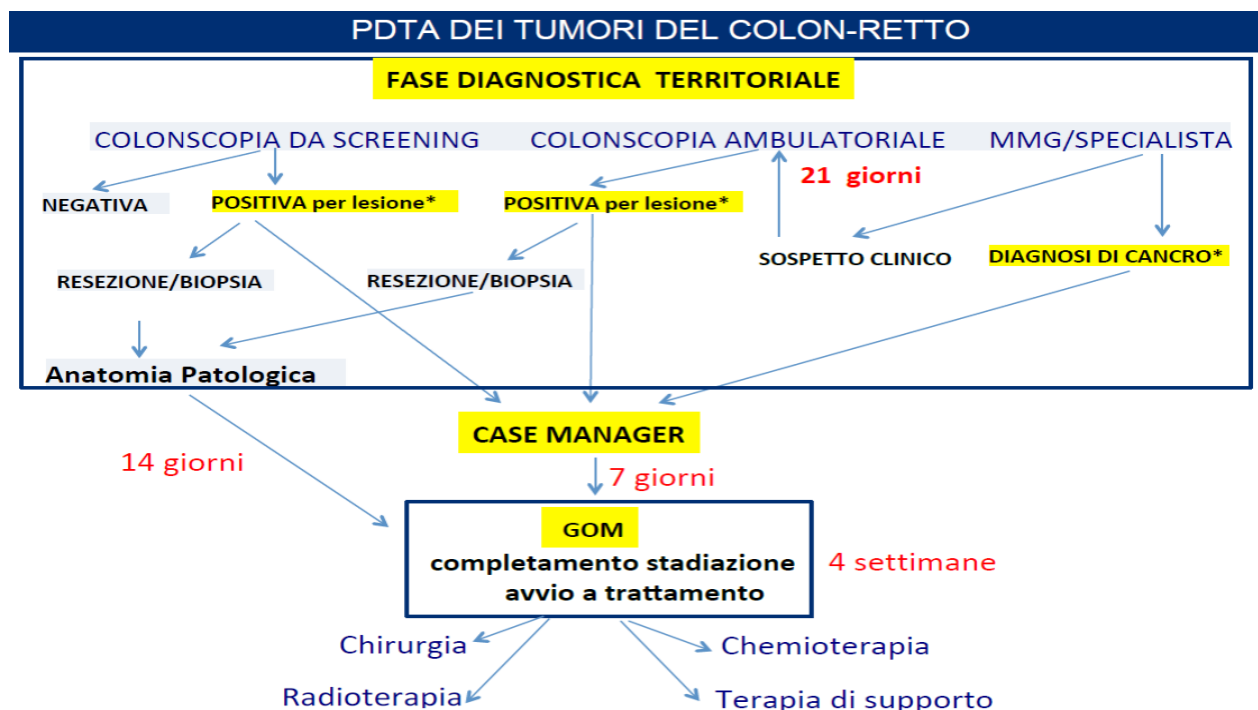
In tutti i casi in cui si sospetta un'ereditarietà il GOM dovrà valutare l'opportunità di un counseling oncogenetico. Allo stesso modo il GOM dovrà valutare l'opportunità di un counseling psicologico e

della necessità di un supporto nutrizionistico mediante l'utilizzo di un sistema di screening dello stato di malnutrizione (MUST). Nei pazienti in età fertile con necessità di trattamenti chemioterapici il GOM valuterà la necessità di un counseling di oncofertilità.

Tabella 2: Esami diagnostici in appropriatezza per i PDTA colon-retto

Colonscopia completa
Diagnostica per immagini
TAC con mdc:
Torace
Addome e pelvi
RMN per i tumori del retto extraperitoneale (<12 cm dal margine anale)
Ecoendoscopia per i tumori del retto extraperitoneale (<12 cm dal margine anale)
Esami di laboratorio:
Emocromo, coagulazione, parametri di funzionalità epatica e renale, albumina
CEA
PET solo in pazienti con malattia localmente avanzata o metastasi candidate a resezione

Figura.3 Percorso stadiativo/terapeutico per pazienti con neoplasia colon-rettale



L'inquadramento con queste indagini permette di definire lo stadio di malattia, per lo meno in relazione o meno alla presenza delle metastasi a distanza, che andrà poi integrato con i dati ottenuti dal pezzo operatorio, in caso di candidabilità del paziente alla chirurgia.

Stadiazione (secondo il sistema TNM)

Stadio I: tumori che invadono la sottomucosa (T1) o la muscolare propria (T2), senza

Interessamento dei linfonodi loco-regionali ed in assenza di localizzazioni a distanza;

***Stadio II:** tumori che invadono la sottosierosa o i tessuti pericolici (T3) oppure che invadono direttamente altri organi o strutture e/o perforano direttamente il peritoneo viscerale (T4), senza interessamento dei linfonodi loco-regionali ed in assenza di localizzazioni a distanza;

***Stadio III:** tumori con qualsiasi T e metastasi nei linfonodi loco-regionali (ogni T, N1-2), in assenza di localizzazioni a distanza;

Stadio IV: tumori con qualsiasi T, qualsiasi N e metastasi a distanza, confinate ad un organo (M1a) o in più organi (M1b).

***Negli stadi II e III delle neoplasie del retto extraperitoneale è importante definire anche il margine circonfrenziale (MCR \leq oppure $>$ 1 mm)**

Come stabilito dal DCA 100/2019 della Regione Campania ogni caso andrà valutato in immunoistochimica per instabilità dei microsattelliti come modalità di screening per i tumori ereditari del colon.

In base alla stadiazione clinica e/o patologica, verrà definito dal GOM il piano di trattamento per il singolo paziente.

Stadi di malattia limitata (stadio I, II, III)

Per quanto riguarda le neoplasie del colon, il trattamento è solitamente chirurgico, se non vi sono problematiche cliniche (comorbidità, età del paziente) che ne limitino la fattibilità. Le tecniche chirurgiche per il carcinoma del colon prevedono la colectomia segmentaria in base alla sede della neoplasia: tale procedura, da effettuare, in assenza di controindicazioni, con approccio laparoscopico, deve prevedere la rimozione in blocco del o dei peduncoli vascolari con resezione ampia della parte interessata di intestino assicurando l'integrità del mesocolon ed una adeguata linfectomia. Le opzioni chirurgiche per il trattamento del cancro rettale includono invece la resezione anteriore con exeresi parziale o totale del mesoretto a seconda della sede del tumore, la resezione addomino-perineale, la escissione locale mediante exeresi transanale tradizionale o con microchirurgia/videoassistita (in casi

ben selezionati con basso rischio di metastasi linfonodali mesorettali e/o sincrone). L'approccio miniinvasivo (laparoscopico o robotico) è opzionale ma auspicabile soprattutto deve essere utilizzato in centri ad alto volume e con provata esperienza di chirurgia mini invasiva. Nel percorso preparatorio alla chirurgia è opportuno inserire il paziente in protocolli di riabilitazione perioperatoria (ERAS) che permettono una significativa riduzione delle complicanze chirurgiche.

Dopo la chirurgia, il paziente verrà sottoposto ad una nuova visita oncologica per decidere il proseguo terapeutico sulla base della diagnosi istopatologica (pTNM):

- nei tumori del colon in stadio I e II di malattia senza fattori di rischio, il paziente proseguirà soltanto con visite di follow up figura 4;
- nei tumori del colon in stadio II con almeno un fattore di rischio (T4, grading G3, invasione ascolare e/o perineurale, meno di 12 linfonodi asportati, esordio clinico con occlusione/perforazione) e stadio III, il paziente è candidato a ricevere un trattamento postoperatorio precauzionale (chemioterapia adiuvante) al fine di ridurre il rischio di recidiva della malattia, figura 4.

Il trattamento standard prevede l'utilizzo di fluoro-pirimidine (capecitabina o 5-fluorouracile) in associazione ad oxaliplatino, da intraprendere dopo 4 e sino ad un massimo di 8 settimane dopo la chirurgia, per una durata complessiva di circa 3-6 mesi, secondo i seguenti schemi:

- XELOX, oxaliplatino ev 130 mg/m² giorno 1 e capecitabina per os 2000 mg/m² bid per 14 giorni, ogni 21 giorni, per 8 cicli, con la possibilità di somministrare 4 cicli (3 mesi di trattamento) di XELOX nei pazienti in III stadio definiti a basso di recidiva (pT1-3N1).
- FOLFOX6 modificato, oxaliplatino ev 85 mg/m² giorno 1, Acido folico 200 mg/m² giorno 1, 5fluorouracile (5FU) bolo ev 400 mg/m² giorno 1 e 5FU 2400 mg/m² in infusione continua (ic) per 46 ore, ogni 14 giorni, per 12 cicli, in particolare nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che non consentano la somministrazione di una terapia orale.

Nei pazienti in cui non si ritenga indicata una terapia di associazione, in particolare nei pazienti anziani può essere intrapreso un trattamento adiuvante con l'utilizzo soltanto delle fluoropirimidine secondo gli schemi:

- capecitabina in monoterapia, 2500 mg/m² bid per 14 giorni ogni 21 per 8 cicli
- FUFA 5fluorouracile (5FU) bolo ev 400 mg/m² giorno 1 e 5FU 2400 mg/m² in infusione continua (ic) per 46 ore, ogni 14 giorni, per 12 cicli.

In considerazione della pari efficacia, della minore incidenza di neutropenia febbrile e della maggiore convenienza (minor numero di accessi in DH e assenza di necessità di posizionare un catetere venoso centrale), lo schema di scelta è rappresentato da XELOX e capecitabina in monoterapia.

Indipendentemente dal tipo di schedula adottata, il giorno 1 di ciascun ciclo è prevista una visita ambulatoriale di controllo, valutazione clinica con registrazione degli eventi avversi ed esame obiettivo.

Per le neoplasie del retto intraperitoneale, l'approccio terapeutico non si differenzia sostanzialmente da quello dei tumori del resto del colon. Va precisato che nelle neoplasie del retto e del sigma intraperitoneali con linfonodi positivi o "marginalmente operabili" può essere valutato l'utilizzo della RT o CT-RT neoadiuvante.

Per quanto riguarda invece le neoplasie del retto extraperitoneale, negli stadi molto precoci (stadio I) o avanzati (stadio IV) le opzioni terapeutiche non si differenziano sostanzialmente da quelle del tumore del colon mentre, per quanto riguarda i tumori localmente avanzati ovvero gli stadi II e III alla stadiazione clinica, il trattamento da considerarsi standard è rappresentato dalla sola radioterapia o dal trattamento combinato chemio-radioterapico preoperatorio (neoadiuvante), figura 4.

Le indicazioni al trattamento neoadiuvante sono le seguenti:

- **cT2N0 retto basso**, altrimenti destinato ad amputazione addomino perineale.
- **cT3 (MRF-/+) N0 retto**
- **cT3-4 N0-2**
- **T3-T4 (MRF+) N0-N2**

Esistono due modalità di trattamento radiante preoperatorio:

RADIOTERAPIA CONCOMITANTE ALLA CHEMIOTERAPIA (CRT, CICLO LUNGO-LONG COURSE): con dosaggio di 45-50.4 Gy totali sui linfonodi pelvici e mesoretto , mediante frazioni: 25-28 fr.1.8 Gy/die , ed eventuale boost (non mandatorio fino a 55.4 Gy) sulla malattia macroscopica (T ed eventuali N). *Chemioterapia concomitante con fluoropirimidine* (infusione continua di 5-Fluorouracile 225 mg/mq/die o capecitabina 825 mg/mq/bid per os per tutta la durata della RT).

RADIOTERAPIA ESCLUSIVA (CICLO BREVE - SHORT COURSE): con dosaggio di 25 Gy totali in 5 frazioni da 5 Gy/die. Questa modalità di trattamento non è preferibile qualora si volesse ottenere un downsizing del tumore, per cui non va utilizzata se si vuole ottenere una preservazione sfinterica o se il tumore ha interessato o è vicino alla fascia mesoretale (≤ 1 mm). E' invece da preferire nei casi di sanguinamento (scopo emostatico) o nei pazienti anziani che mal tollererebbero un trattamento Long Course.

L'intervento chirurgico verrà pianificato a 6-8 settimane dalla fine del trattamento radiante, previa ristadiazione endoscopica e radiologica. Anche se le recenti metaanalisi e lavori propongono di

dilazionare l'approccio chirurgico anche con tempistiche superiori (fino a 12 settimane) magari quando possibile associando ulteriore trattamento sistemico tra la fine della RT e la chirurgia.

I pazienti operati, a prescindere dallo stadio iniziale, verranno poi rivisti in ambito multidisciplinare per programmare il proseguo terapeutico sulla base della stadiazione patologica (ypTNM), figura 4. Qualora fosse indicata una terapia adiuvante, essa andrà proseguita per 6 mesi complessivi, 4 mesi di terapia post-chirurgica, considerando anche l'eventuale trattamento chemioterapico pre-operatorio. Al termine del trattamento, il paziente proseguirà con le visite di controllo in regime ambulatoriale.

Malattia avanzata (stadio IV)

E' soprattutto in questo stadio che la valutazione multidisciplinare è fondamentale nel definire una strategia comune, attraverso la condivisione della sequenza dei trattamenti e la tempistica degli stessi, più idonea per il singolo paziente. In caso di tumore primitivo colon-rettale poco o per nulla sintomatico, l'approccio in prima istanza è solitamente oncologico con rivalutazione per resezione chirurgica, sia del primitivo che delle metastasi, in base alla risposta evidenziata alla rivalutazione strumentale. In caso invece di tumore primitivo sintomatico (ad esempio per sanguinamento od occlusione), la scelta più appropriata può essere la resezione del tumore intestinale in prima istanza seguita dal trattamento chemioterapico, figura 4. Nei casi di neoplasia in stadio avanzato, l'introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci (oxaliplatino, irinotecan, bevacizumab, aflibercept, cetuximab, panitumumab, regorafenib, trifluridina-tipiracile) ha progressivamente migliorato la sopravvivenza portandone la mediana ad oltre 24 mesi e consentendo in alcuni casi un downstaging efficace e tale da rendere operabile la malattia metastatica, figura 4. Nei casi in cui non sia fattibile un trattamento con intento radicale, l'obiettivo del trattamento sistemico sarà quello di ridurre o posticipare l'insorgenza dei sintomi legati alla malattia, migliorare la qualità di vita e prolungare la sopravvivenza, figura 4.

La scelta del trattamento avverrà quindi in base a:

- Caratteristiche del paziente (condizioni generali, età, comorbilità);
- Caratteristiche della malattia (malattia aggressiva vs malattia indolente, malattia resecabile vs potenzialmente resecabile vs malattia non resecabile);
- Analisi mutazionali (gene RAS e BRAF).
- Sede del tumore primitivo

Queste ultime, oltre a caratterizzare la neoplasia dal punto di vista biologico, sono fondamentali nella scelta dei farmaci biologici da associare alla chemioterapia (anticorpi monoclonali anti-EGFR, nei

pazienti RAS wild-type, ed anti-angiogenici altrimenti), anche nell'ambito di protocolli sperimentali. La chemioterapia può essere composta da fluoropirimidine (soprattutto nel paziente anziano o con importanti comorbidità), dall'associazione di queste con irinotecano od oxaliplatino, oppure dall'insieme di tutti e tre i citotossici in casi selezionati. In funzione del quadro di malattia, le modalità di somministrazione dei trattamenti ed una più facile gestione in caso di supporto endovenoso domiciliare, viene proposto, ai pazienti con malattia avanzata, il posizionamento di un accesso venoso centrale tipo port-a-cath o p.i.c.c. (peripherally inserted central catheter).

Gli schemi di scelta nella prima linea prevedono una schedula di chemioterapia, generalmente una doppietta o tripletta, in associazione ad un anticorpo monoclonale in base al profilo mutazionale.

- FOLFOX 6 modificato (oxaliplatino ev 85 mg/m² giorno 1, acido levofolinico 200 mg/m² e 5FU bolo ev 400 mg/m² giorno 1, 5FU 2400 mg/m² in ic per 46 ore) in associazione a bevacizumab 5 mg/kg, in assenza di controindicazioni all'anti-VEGF, ogni 14 giorni;
- FOLFOX 6 modificato (oxaliplatino ev 85 mg/m² giorno 1, acido levofolinico 200 mg/m² e 5FU bolo ev 400 mg/m² giorno 1, 5FU 2400 mg/m² in ic per 46 ore) in associazione a panitumumab 6 mg/kg, ogni 14 giorni oppure in associazione a cetuximab (400 mg/m² giorno 1 del primo ciclo poi 250 mg/m² giorno 8 del primo ciclo e dosi successive), ogni 14 giorni;
- XELOX (oxaliplatino ev 130 mg/m² giorno 1 e capecitabina per os 2000 mg/m² bid per 14 giorni) in associazione a bevacizumab 7.5 mg/kg, ogni 21 giorni;
- FOLFIRI (irinotecan 180 mg/m², acido levofolinico 200 mg/m² e 5FU bolo 400 mg/m², 5FU 2400 mg/m² ic 46 ore in associazione a bevacizumab 5 mg/kg, ogni 14 giorni
- FOLFIRI ogni 14 giorni in associazione a cetuximab (400 mg/m² giorno 1 del primo ciclo poi 250 mg/m² giorno 8 del primo ciclo) o panitumumab (6mg/kg) ogni 14 giorni;
- FOLFOXIRI (oxaliplatino ev 85 mg/m² giorno 1, irinotecan ev 150 mg/m² giorno 1, 5FU 3200 mg/m² giorno 1 ic 46 ore) eventualmente in associazione a bevacizumab, ogni 14 giorni;
- Capecitabina 2500 mg/m² bid per 14 giorni, in particolare nei pazienti anziani o "fragili", se possibile in associazione a bevacizumab 7.5 mg/kg, ogni 21 giorni.

Indipendentemente dal tipo di schedula adottata, il giorno 1 di ciascun ciclo è prevista una visita ambulatoriale di controllo comprensiva di prelievo ematochimico, valutazione clinica con registrazione degli eventi avversi ed esame obiettivo. Dopo 4-6 cicli di trattamento saranno ripetuti ematochimica completa con marcatori di malattia ed una TAC di rivalutazione Torace/Addome con

mezzo di contrasto in base alla quale si deciderà il proseguo del trattamento secondo l'entità della risposta e della tolleranza. La chemioterapia verrà generalmente eseguita per un 6 mesi, oltre ai quali, a seconda dei casi, il trattamento può essere proseguito con una terapia "depotenziata" di mantenimento generalmente costituita dall'anticorpo monoclonale cetuximab o dalla combinazione di bevaizumab e fluoropirimidina.

Dopo la progressione alla prima linea di terapia sistemica, se le condizioni cliniche lo consentono, il trattamento d'elezione è rappresentato dalla somministrazione di una doppietta di chemioterapia in associazione eventualmente ad un anticorpo monoclonale in base a comorbidità e profilo di tossicità, trattamento sistemico somministrato in prima linea, istologia e profilo mutazionale di RAS e BRAF. Il trattamento d'elezione a progressione può essere rappresentato dalla sola chemioterapia (fluoropirimidine +/- irinotecan od oxaliplatino, a seconda di quanto già eseguito) eventualmente in associazione ad un anticorpo monoclonale. Se non l'avessero già ricevuto durante il trattamento di prima linea, i pazienti senza riscontro di mutazione di RAS potranno ricevere un anticorpo anti-EGFR (cetuximab o panitumumab) in II o III linea di trattamento oppure un anticorpo anti-VEGF (come aflibercept 4 mg/kg ogni 14 giorni associato al FOLFIRI), sino a progressione o tossicità intollerabile. In terza linea od oltre si è recentemente reso disponibile regorafenib, al dosaggio di 160 mg/die per 21 giorni ogni 4 settimane, oppure la trifluoridina-tipiracile al dosaggio di 35mg/mq g1-5, g8-12, ogni 28 giorni. Qualora possibile, va valutato ed incoraggiato in questo setting l'arruolamento nell'ambito di studi clinici.

Durante la prima o le successive linee di trattamento o nel corso della terapia di mantenimento, il follow-up clinico e radiologico è previsto ogni 2-3 mesi, al fine di poter iniziare precocemente una nuova linea di trattamento in caso di progressione di malattia.

Quindi durante il percorso stadiativo/terapeutico dei pazienti con neoplasia colon-rettale accertata si procederà alla:

Valutazione oncologica

Anamnesi e valutazione clinica completa. E' essenziale che il paziente rechi con sé alla visita tutta la documentazione clinica recente in suo possesso.

Programmazione degli esami ematochimici e strumentali per la definizione dell'estensione di malattia (stadiazione) qualora non già eseguiti o per l'eventuale completamento della stadiazione.

Richiesta di indagini molecolari sul materiale istologico nei pazienti con malattia metastatica, analisi mutazionale dei geni RAS (KRAS e NRAS) e BRAF, in quanto costituiscono test predittivi di risposta

ai farmaci a bersaglio molecolare anti-EGFR e forniscono importanti informazioni prognostiche utili nella pianificazione della strategia terapeutica per ciascun paziente.

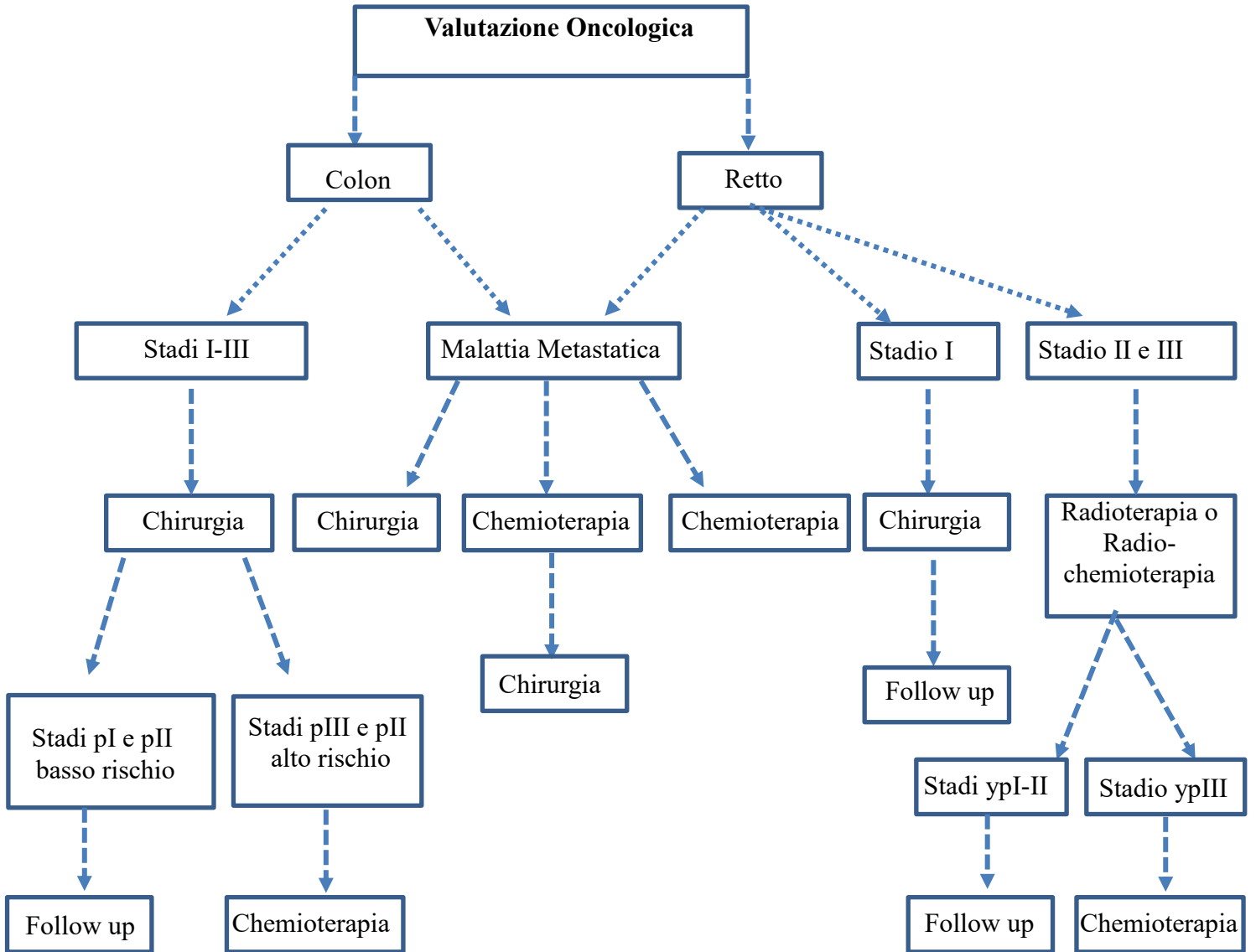
E' auspicabile pertanto, fatta salvaguardia di eventuali limiti di sicurezza, che la quantità di materiale biotico consenta l'esecuzione di tali indagini aggiuntive. Eventuali indagini molecolari aggiuntive potranno essere eseguite, previo consenso informato del paziente, nell'ambito di progetti di ricerca

Al termine del percorso stadiativo si procederà alla:

Definizione e comunicazione del programma terapeutico

- Comunicazione al paziente inerente la diagnosi e la prognosi della malattia;
- Proposta delle opzioni e degli obiettivi del trattamento, che potrà basarsi su una o più delle seguenti opzioni terapeutiche: chirurgia, radioterapia, terapia sistemica, trattamenti locoregionali;
- Pianificazione di consulti specialistici, qualora non già effettuati, nell'ambito dell'approccio multidisciplinare alla patologia.
- Illustrazione delle modalità di somministrazione e degli effetti collaterali possibili dei trattamenti e modalità per la prevenzione ed il trattamento degli stessi;
- Acquisizione del consenso informato alla terapia
- Programmazione degli appuntamenti successivi.
- Invio di una relazione di sintesi al Medico di Medicina Generale

Figura.4 Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia colon-rettale accertata



CURE PALLIATIVE

Viene considerato non appropriato un trattamento antitumorale palliativo entro 30 giorni prima del decesso o un trattamento chirurgico nell'arco dello stesso tempo quando questo non sia rivolto a migliorare la qualità di vita del paziente

E' opportuno costituire un team cross-funzionale, costituito da oncologo medico, terapista del dolore ed attivare i servizi Cure Palliative, competenti territorialmente in base alla residenza del paziente e della famiglia attraverso la piattaforma ROC, per istruire l'iter di cure versus dolore e palliazione da terminalità.

I criteri generali per la definizione di malattia terminale sono:

- Terapeutico: esaurimento/assenza o inutilità delle terapie oncologiche per la cura del tumore, o rifiuto da parte del malato.
- Clinico: presenza di un quadro clinico che comporta limitazioni dell'autonomia e un frequente bisogno di cure mediche, caratterizzato da un Indice di Karnofsky < 50.
- Prognostico: previsione di sopravvivenza < 6 mesi

Quando la malattia è in fase terminale il Responsabile del Team Multidisciplinare Ospedaliero che comprende, tra gli altri, l'oncologo ed il palliativista detterà precise indicazioni affidando attraverso la piattaforma ROC il paziente ed il nucleo familiare all'U.O. Cure Palliative Domiciliari, competenti per territorio, per la presa in carico con programmi di assistenza domiciliare: disponendo il ricovero presso un Hospice per un programma di assistenza palliativa residenziale.

FOLLOW-UP PER PAZIENTI CON PREGRESSA NEOPLASIA COLON-RETTALE

Nei pazienti con neoplasia colon-rettale sottoposti a trattamento curativo con chirurgia o ad approccio multimodale (radioterapia e/o chemioterapia, chirurgia), è indicato un follow-up oncologico. Poiché circa l'80% delle ricadute di malattia avviene entro i 3 anni dalla chirurgia e il 95% entro i 5 anni, la durata complessiva del programma di follow up dovrà essere di 5 anni e le tempistiche dei controlli dovranno essere ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni e ogni 6 mesi nei due anni successivi. In particolare nei pazienti con stadio I in considerazione del rischio di ricaduta estremamente limitato (oltre il 95% dei casi è destinato alla guarigione con la sola chirurgia), è ragionevole attuare una sorveglianza con soli esami endoscopici o al massimo in casi particolari con una TAC torace e addome con mezzo di contrasto annuale nei primi tre anni.

Nei pazienti con stadio II e III dovrebbe essere eseguita una TAC torace e addome con mezzo di contrasto, con l'aggiunta di una RMN pelvi nei tumori del retto, e la valutazione del CEA ogni 3-6

mesi nei primi tre anni e ogni 6-12 mesi nei due anni successivi in funzione dell'entità del rischio di ricaduta. PET solo in casi dubbi alla diagnostica radiologica.

Nei pazienti sottoposti a metastasectomia il follow up dovrebbe essere eseguito con una TAC torace e addome con mezzo di contrasto ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e successivamente ogni 6-12 mesi fino al quinto anno.

L'esame endoscopico del colon-retto dovrebbe essere eseguito entro 6-8 mesi dall'intervento nei pazienti senza uno studio preoperatorio, altrimenti dopo 1 anno dall'intervento. In caso di intestino indenne da lesioni successivamente dovrebbe essere eseguito dopo 3 anni e se confermata l'assenza di lesioni dopo 5 anni.

I pazienti che abbiano subito un intervento di resezione anteriore bassa per tumore del retto in assenza di radioterapia dovrebbero essere controllati con un programma di sorveglianza più stretto che preveda almeno per i primi due anni un esame endoscopico ogni sei mesi.

Infine è bene sottolineare la necessità di non trascurare i consueti programmi di screening nella popolazione con una pregressa diagnosi di carcinoma del colon-retto.

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO, NCCN, EAU).

Procedura generale di funzionamento dei GOM

Le attività del GOM

Le attività del GOM si basano sul principio della multidisciplinarietà ovvero quella di prevedere fin dall'inizio del percorso assistenziale il coinvolgimento di tutte le figure professionali competenti per quella patologia. In tal modo è possibile attuare una piena sinergia tra gli operatori, volta a definire in modo coordinato ed in un tempo unico il percorso ottimale per ogni singolo paziente.

I casi vengono discussi dai gruppi multidisciplinari in maniera sistematica e calendarizzata, al fine di delineare la miglior strategia terapeutica e le fasi della sua attuazione, alla luce dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA) più aggiornati (Delibera 50 e 51 del marzo 2020 della Regione Campania).

I pazienti che vengono discussi sono coloro che hanno una neoplasia con prima diagnosi o con sospetto diagnostico o che necessitano di ulteriore valutazione nel corso dell'iter terapeutico.

I GOM creano percorsi dedicati per i pazienti GOM che necessitano di valutazione diagnostica al fine di scegliere in breve tempo la miglior indicazione diagnostica-terapeutica.

Tra le varie attività del case manager su indicazione medica è possibile attivare l'Assistenza Domiciliare Integrata nelle fasi successive.

Diagnostica percorso GOM

Il GOM ha organizzato degli slot per prestazioni diagnostiche ambulatoriali (con impegnativa) per i pazienti in valutazione GOM.

Le richieste vanno fatte solo dai case manager. Il case manager riceve la data e avverte il paziente.

La responsabilità delle richieste è del responsabile del GOM.

Prenotazione diagnostica GOM sulla piattaforma

Il case manager su indicazione medica, con le proprie credenziali, prenota esami diagnostici necessari per la valutazione del paziente GOM utilizzando il percorso dedicato. Il case manager contatta il paziente per informarlo sulla data e sulle modalità che necessita l'esame richiesto (quale impegnativa, eventuale premedicazione ecc.)

Primo contatto con il paziente

Come definito per tutta la Rete Oncologica regionale, nel sospetto clinico di patologia oncologica, i pazienti afferiranno perché indirizzati dal proprio medico di Medicina Generale (MMG), da un medico di I livello di un centro oncologico di II livello [Centro Oncologico Regionale Polispecialistico (CORP) o Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico Universitario o a carattere Scientifico (CORPUS)] o medico dell'ASL.

L'invio del paziente ai GOM può avvenire a seguito di visita da parte di un medico del centro oncologico o direttamente da altri centro o dai medici del territorio. La visita sarà svolta entro sette giorni, Il case manager prenota la visita e avvisa il paziente. Sarà cura del GOM indirizzare il paziente alla fase di percorso diagnostico-terapeutico appropriata, in base alla tipologia di neoplasia ed alla stadiazione.

Presenza in carico del paziente

La Presenza in Carico del paziente nella sua globalità prevede l'integrazione di più professionisti

Il case manager prenota la visita ed avvisa il paziente. La richiesta di visita al GOM per pazienti non afferenti al CORP/CORPUS di riferimento avviene attraverso la piattaforma della Rete Oncologica Campania. Il case manager del GOM prende in carico il paziente, verifica che i dati inseriti nella scheda paziente siano completi, lo conduce alla visita multidisciplinare e segue il percorso diagnostico terapeutico come previsto dal PDTA regionale.

Il paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso un ambulatorio dedicato entro 7 giorni dalla segnalazione.

La riunione multidisciplinare

La riunione multidisciplinare del GOM avviene in maniera sistematica (una volta a settimana o ogni quindici giorni) e calendarizzata (sempre la stessa ora e giorno della settimana). Il GOM prima della pandemia avveniva raggruppando i membri del Core Team ed il case manager in una stanza adibita per il GOM, ora la discussione avviene in molti casi in maniera telematica

Comunicazione al paziente.

La comunicazione al paziente ha un ruolo fondamentale. Il case manager avvisa e spiega le modalità per le visite e gli eventuali esami diagnostici richiesti dal GOM, informa il paziente della data visita post-GOM e comunica con il medico l'indicazione diagnostica-terapeutica data dal GOM.

Verbali.

Il referto del GOM è un documento che attesta dopo la valutazione del gruppo multidisciplinare la miglior indicazione diagnostico-terapeutica. Il verbale è composto dall'anagrafica, patologie concomitanti, terapie in corso ed anamnesi oncologica del paziente compilati dal case-manager o dal medico proponente. Durante il GOM vengono segnalati nel referto le valutazioni, l'indicazione e il programma. Una volta completato il referto con l'effettiva indicazione terapeutica, viene stampato e firmato dai membri che hanno discusso il caso (o per centri che effettuano riunioni telematiche per problematiche COVID viene stampato e firmato dal coordinatore del GOM e dal case-manager) . Il case manager dopo la conclusione carica il referto sulla piattaforma della Rete Oncologica Campana per renderli disponibili per i MMG e medici invianti

Chiusura scheda - piattaforma ROC

La scheda della Rete Oncologica Campana di ogni paziente deve essere chiusa con l'indicazione finale del GOM che è possibile scegliere tra i diversi tipi di completamento presenti in piattaforma ROC. Il case manager ha il ruolo di chiuderla e di compilare gli indicatori richiesti.

Aperta la schermata e selezionata la voce "chiusura" il case manager procede alla compilazione dei indicatori richiesti.

Visita GOM: si intende la prima discussione multidisciplinare del paziente

Fine stadiazione: si inserisce la data di esami diagnostici richiesti dal GOM, se non sono stati richiesti esami la data della fine stadiazione corrisponde alla data della visita GOM.

Intervento chirurgico: è necessario compilarla solo con i pazienti con indicazione a chirurgia con la data dell'intervento.

Data completamento: è la data dell'ultima visita GOM dove è stata decisa l'indicazione terapeutica.

Tipi di completamento: bisogna selezionare l'indicazione data tra i campi della piattaforma. Tipi di completamento sono: **Follow-up, Chemio, Radio, Chemio-Radio, Ormonoterapia, Immunoterapia, Target therapy, Chirurgia, Sorveglianza clinico-strumentale, Indicazione al percorso oncogenetico, Non indicazione al percorso oncogenetico, Terapia radiorecettoriale (PRRT) e Ormonoterapia/Radioterapia.**

Data di inizio terapia: la data in cui i pazienti inizia il trattamento

Data decesso: la data del decesso del paziente avvenuta prima dell'indicazione del GOM.

Chiusura schede

Ricerca schede / Visualizza scheda

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	Mail
N° scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico
	11/12/2020	IN CARICO	DISTRETTO 19		

Organi di rete Checklist ingresso Servizi Allegati Checklist uscita **Chiusura**

Indicatori di Chiusura

Visita G.O.M.	Fine stadiazione	Intervento chirurgico
Data completamento	Tipo completamento	
Data di inizio terapia	Data decesso	
Diagnosi di dimissione		
TRASFERISCI		SALVA E CHIUDI

SALVA

SEGNALA PAZIENTE FUORI RETE

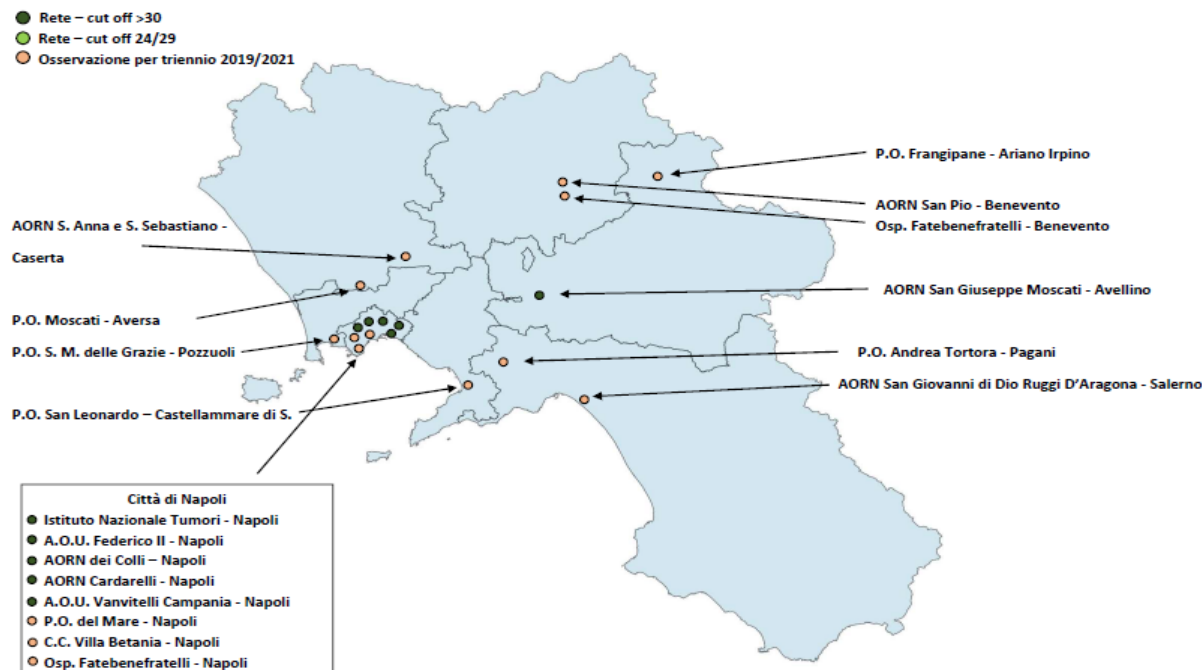
Per chiudere la scheda dopo la compilazione degli indicatori di chiusura, è obbligatorio caricare nella Diagnosi di dimissione il referto della discussione GOM in formato pdf e solo dopo procedere alla chiusura della scheda.

Attivazione ADI - piattaforma ROC

Il case manager su indicazione medica può richiedere l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) tramite la piattaforma ROC. È un'attività fondamentale per ridurre la frammentazione dell'assistenza ed aumentare l'integrazione ospedale-territorio. I pazienti che necessitano dell'attivazione dell'ADI sono segnalati come accessi successi. I servizi domiciliari che possono essere richiesti variano in base all'ASL e il Distretto del paziente. Tramite la piattaforma c'è la possibilità di controllare quando sia stata fatta la richiesta di attivazione e quando la richiesta sia stata effettivamente visionata dal Territorio.

RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore del Retto

Strutture regionali abilitate ad entrare in rete



Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

- Il primo accesso al GOM per tumore del colon avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campania
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico il paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall'intervento**.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico **entro 7 giorni**; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 40 giorni** dall'intervento chirurgico.

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	F. Ciardiello, B. Damiele, A. Avallone, P. Delrio, P.Muto
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche a cura:	M. Fusco: Coordinamento registri Tumori della Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM, CIPOMO con coordinamento della revisione da parte di C Savastano, G. Colantuoni

Percorsi suggeriti dalle Associazioni Pazienti aderenti a FAVO Campania da sviluppare nella ROC prima della prossima revisione annuale del PDTA

<p>PDTA Colon</p>	<p>-Si auspica la piena l'attuazione del percorso della R.O.C. con la costituzione della commissione del "Molecular Tumor Board" regionale, con ampia rappresentanza dei diversi stakeholders, al fine di regolamentare l'impiego dei test genomici per la medicina di precisione.</p> <p>-Si auspica l'aggiornamento del nomenclatore regionale con le seguenti prestazioni infermieristiche, già recepite dal Ministero della Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulenza stomaterapica ➤ Counseling stomaterapico pre o post-operatprio ➤ Gestione conservativa delle complicanze stomali ➤ Irrigazione intestinale transtomale <p>- Si auspica la creazione di un gruppo di lavoro con l'obiettivo di rendere omogenei i servizi di continuità territoriale attivabili attraverso la piattaforma della ROC nelle 7 ASL, al fine di evitare diseguaglianze basate sulla territorialità</p> <p>-Si auspica la presenza delle organizzazioni di volontariato in oncologia, iscritte nei registri nazionali/regionali degli ETS, ed in accordo con i criteri di accreditamento al momento vigenti nei CORPUS/CORP, AA.SS.LL. ed Hospice pubblici</p> <p>-Si suggerisce di includere nei PDTA, la mappa dei GOM istituiti in ogni CORPUS/CORP, e di garantire al pubblico l'accesso all'elenco dei membri nominati, e delle associazioni di volontariato presenti.</p> <p>-Si auspica che con il completamento del rilascio delle credenziali per la piattaforma ROC ai MMG si possa nella procedura GOM utilizzare impegnative dematerializzate che evitino al paziente di dover recarsi allo studio del MMG per raccogliere la prescrizione necessaria per il percorso diagnostico.</p> <p>-Si auspica il pieno coinvolgimento del MMG nelle attività del GOM</p>
--------------------------	--