

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO COLON RETTO ASP ENNA

*Recepimento D.A 18 febbraio 2021 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA)
per la gestione del paziente affetto da carcinoma del colon retto nella Regione siciliana GURS del 5-3-2021*

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott.ssa Daniela Sambataro Direttore UOC Oncologia Enna	01/07/2022	
	Dott. Ernesto Vinci Dirigente medico UOC Oncologia Enna	04/07/2022	
	Dott.ssa Maria Carmela Emmanuele Direttore UOC Anatomia Patologica Enna	03/07/2022	
	Dott. Danilo Centonze Direttore UOC Chirurgia Enna	4/7/22	
	Dott. Salvatore Rizza Dirigente medico UOC Chirurgia Enna	1.7.2022	
	Dott. Salvatore Puglia Direttore UOSD Chirurgia Nicosia	4.7.22	
	Dott. Dante Ferrari Direttore UOSD Chirurgia Piazza Armerina	4-07-2022	
	Dott. Salvatore Fisicaro Responsabile UOS Screening del carcinoma Colo-rettale	04/07/2022	
	Dott. Antonio Bordonaro Dirigente medico Endoscopia Nicosia	7/7/22	
Dott.ssa Ornella Blanca Responsabile UOS Centro gestionale screening	05/07/22		
Verifica	Dott. Renato Valenti Direttore DEA	17.22	
	Dott. Enrico Maria Di Maggio Direttore Dipartimento dei Servizi	01.07.22	
	Dott.ssa Lucia Lo Presti Direttore Dipartimento di Chirurgia	04/07/22	
Verifica formale	Dott. Pierfranco Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	7-07-22	
Approvazione	Dott. Emanuele Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	7.07.22	
Adozione	Dott. Francesco Iudica Direttore Generale	7 luglio 2022	



SOMMARIO

Sommario	2
1. SCOPO	4
2. CAMPO DI APPLICAZIONE:	4
3. SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE MODIFICHE	4
4. DEFINIZIONI E ACRONIMI	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	7
6.1 ORGANIZZAZIONE DELLA ASP DI ENNA PER LA GESTIONE DEL TUMORE COLORETTALE.....	7
6.1.1 Ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE.....	7
6.1.2 GOM.....	7
6.2 ACCESSO AL PERCORSO	9
6.2.1 Percorso screening prevenzione primaria e secondaria carcinoma del colon-retto.....	9
6.2.2 Percorso pazienti esterni che richiedono refertazione di campione istologico	9
6.2.3 Accesso all'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE.....	10
6.2.4 Paziente sintomatico non urgente.....	10
6.2.5 Paziente sintomatico che accede al PS.....	11
6.3 PERCORSI CLINICI	13
6.3.1 Diagnosi di carcinoma del colon e del retto intraperitoneale non metastatico.....	14
6.3.2 Malattia Metastatica Resecabile	15
6.3.3 Carcinoma del colon resecabile con malattia metastatica potenzialmente resecabile.....	16
6.3.4 Malattia metastatica non resecabile.....	16
6.3.5 Oncologia Medica per malattia metastatica resecabile e non resecabile e malattia localmente avanzato non resecabile	16
6.3.6 Carcinoma del retto extra-peritoneale operabile.....	17
6.3.7 Carcinoma del retto extra-peritoneale localmente avanzato	18
6.4 FOLLOW UP	18
7. ALLEGATI	19
8. INDICATORI.....	19
9. DIAGRAMMA DI FLUSSO	19
10. BIBLIOGRAFIA.....	23
11. LISTA DI DISTRIBUZIONE	23

SS.70.10

SS.70.10



INTRODUZIONE

Il tumore del colon retto è il secondo tumore diagnosticato in Sicilia con i 3426 casi medi annui, il 14% tra tutti i tumori, con una prevalenza di 25000 casi. Il numero medio dei casi tra gli uomini anno 2019 della provincia di Enna è di 57,45 per 100000 abitanti (39-51), con 455 casi prevalenti/anno e numero medio di casi di 48,5 e 30,3 (25,7-35,59) per 100000 abitanti, tra le donne con 420 casi prevalenti.

Il numero medio annuale dei decessi è 38 per 100000 (tasso grezzo), 22,7 per 100000 (tasso standardizzato) abitanti negli uomini e 30,5 per 100000 (tasso grezzo), 14,3 per 100000 (tasso standardizzato) abitanti tra le donne.

L'incidenza cresce a partire dalla terza decade e raggiunge il picco tra le fasce di età 75-79 e 80-84 anni. La Sicilia mostra un trend con valori tendenzialmente più elevati rispetto al Sud Italia, medio bassi rispetto al Centro e al Nord.

La provincia di Enna con una popolazione di 158183 (2021) abitanti è la provincia siciliana con minore consistenza demografica. Con un territorio di 2574 Km², prettamente collinare, ha una densità di 66,9 abitanti per km², poco meno di 1/3 rispetto alla media nazionale. Dei venti comuni presenti sul territorio, solo due (Enna e Piazza Armerina) contano più di ventimila abitanti per un tasso di urbanizzazione (29,2%) molto più basso della media italiana (53,2%).

Enna presenta una quota elevata di persone con età maggiore di 65 anni (24%).

La provincia di Enna è carente dal punto di vista della dotazione infrastrutturale, con un indicatore più che dimezzato rispetto al valore italiano.

Una ottimale organizzazione della rete oncologica deve essere disegnata sulla base delle esigenze del territorio, tenendo conto non solo il bacino di utenza, ma anche la configurazione del territorio stesso. Al fine di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza e accessibilità si rende necessario, in considerazione della strategia ottimale di diagnosi e trattamento, della presenza delle professionalità sanitarie, della tipologia del territorio, istituire il Gruppo Oncologico Multidisciplinare di Patologia Gastro-enterica, e definire il percorso diagnostico - terapeutico per il paziente con sospetto o diagnosi di carcinoma del colon retto - ASP Enna, coerentemente con le indicazioni del PDTA per la gestione del paziente affetto della regione Sicilia.

1. SCOPO

Scopo del presente documento è standardizzare il percorso di presa in carico e gestione dell'utente che effettua screening per la diagnosi di carcinoma del colon retto e/o del paziente con sospetto diagnostico o diagnosi di carcinoma del colon retto, ai fini di un rapido accesso e di una corretta gestione del percorso di diagnosi e cura.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE:

- Uomini e Donne con età compatibile con il programma di screening;
- Uomini e donne sintomatici;
- Uomini e Donne con neoplasia maligna accertata;
- Uomini e Donne ad alto rischio per predisposizione genetica familiare.

Il presente documento si applica presso i presidi ospedalieri della Asp di Enna.

3. SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE MODIFICHE

Revisione	Data	Motivo dell'aggiornamento
0.0	01/07/2022	Prima emissione del documento

4. DEFINIZIONI E ACRONIMI

PDTA percorso diagnostico terapeutico assistenziale
FOBT faecal occult blood test
MMG medico medicina generale
DPYD diidropirimidina deidrogenasi
RMN risonanza magnetico nucleare
PET fdg fluorodeoxyglucose (fdg)-positron emission tomography
T tumore (stadiazione TNM), N linfonodi (stadiazione TNM)
CCR carcinoma colon retto
CUP centro unico prenotazione
UOS unità operativa semplice
UOC unità operativa complessa
MSI instabilità dei micro satelliti
MNA mini nutritional assessment
G8 strumento di screening per la valutazione geriatrica
TC tomografia computerizzata





5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Farmacia territoriale	Laboratorio Analisi Umberto I di Enna	Centro gestionale screening	UOS Screening ca colon retto	Anatomia patologica	Chirurgo oncologo	Radiologia	On-cologo	GOM
Consegna kit e ritiro campioni dal cittadino, consegna a corriere per trasporto a laboratorio analisi Umberto I di Enna	R	C							
Analisi campione e invio referto a Centro gestionale screening e UOS Screening colon retto		R	C	C					
Invio referto negativo al domicilio			R						
Convocazione paziente entro 30 gg in caso di esito positivo				R					
Esecuzione colonscopia ed eventuale biopsia				R					
Analisi istologica ed invio referto a UOS Screening ca colon retto					R				
In caso di esito positivo prenota appuntamento presso ambulatorio di chirurgia oncologica				R		C			
Richiede in via prioritaria colonscopia per pazienti che hanno avuto accesso diretto all'ambulatorio di chirurgia oncologica				C		R			
Per pazienti con referto positivo per Ca: rilascia certificazione di esenzione, prescrive esami strumentali, prenota direttamente accertamenti diagnostici (TAC, visite ecc....)						R	R		
Garantisce esecuzione TAC entro 10 giorni dalla richiesta									
A seguito di stadiazione sottopone il caso al GOM						R			
Valutazione multidisciplinare e definizione programma terapeutico								R	R

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

6.1 ORGANIZZAZIONE DELLA ASP DI ENNA PER LA GESTIONE DEL TUMORE COLORETTALE

6.1.1 Ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE

L'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE è situato presso l'ospedale Umberto I di Enna ed è **aperto ogni lunedì dalle 8.30 alle 13.30**, con riserva di posti dedicati ai pazienti prenotati dall'Endoscopia digestiva o provenienti dall'Anatomia patologica.

Al ricevimento dei referti delle indagini per la stadiazione, il chirurgo sottopone al GOM il caso clinico.

6.1.2 GOM

Il Gruppo Oncologico Multidisciplinare per la patologia dell'apparato digerente (GOM) è composto da:

- coordinatore gruppo multidisciplinare;
- radiologo;
- oncologo medico;
- gastroenterologo/endoscopista;
- anatomo patologo;
- chirurgo generale;
- medico nucleare
- psiconcologo
- infermiere case manager

Disponibilità nel GOM di:

- oncologo radioterapista
- patologo clinico
- medico specialista in nutrizione clinica
- medico palliativista
- assistente sociale

Il GOM, durante il meeting settimanale, definisce il percorso diagnostico terapeutico per il quale il paziente affronterà esami diagnostici e trattamenti come previsto da linee guida nazionali ed internazionali.

Presso la ASP Enna sono disponibili:

- diagnostica per immagini;



- medicina nucleare
- radiologia interventistica in convenzione con Garibaldi Nesima;
- oncologia medica
- chirurgia
- endoscopia operativa
- anatomia patologica
- diagnostica biomolecolare
- cure palliative e Hospice
- radioterapia oncologica in convenzione con Humanitas Catania e San Cataldo Gela (CL) vedi allegato per modalità di prenotazione.
- psiconcologia;
- riabilitazione;
- possibilità di integrazione con cure palliative.
- nutrizione clinica

COORDINATORE

Il Coordinatore è responsabile dell'approccio multidisciplinare, coordina il meeting settimanale, con la presenza di almeno un oncologo, un chirurgo, un anatomo-patologo, un radiologo ed in collegamento digitale con l'oncologo radioterapista, promuove la formazione, la partecipazione a studi clinici e la ricerca.

Attività del GOM

I casi confermati verranno discussi al GOM e si valuterà la necessità di ulteriori esami strumentali: eseguibili presso ASP di Enna:

- RMN epatica
- RMN pelvica (stadiazione tumore del retto T ed N)
- Eventuali biopsie epatiche

eseguibili esternamente:

- PET-TC FDG
- Ecoendoscopia (opzionale)

Durante la riunione settimanale del GOM si condivide il percorso diagnostico terapeutico del paziente per garantire un'appropriata tempistica ed integrazione degli interventi degli operatori sanitari coinvolti.

Definito il percorso terapeutico, dopo l'esecuzione degli esami strumentali necessari, uno specialista del GOM comunicherà al paziente il percorso programmato.



6.2 ACCESSO AL PERCORSO

6.2.1 Percorso screening prevenzione primaria e secondaria carcinoma del colon-retto

Il MMG e/o il Farmacista delle farmacie private territoriali informano i cittadini tra i 50 e i 69 anni della necessità di eseguire la ricerca sangue occulto feci (RSOF), ogni 2 anni (1,2)

Come previsto dall'accordo con federfarma, ogni utente può ritirare il kit per sottoporsi alla ricerca del sangue occulto presso la propria farmacia di fiducia e successivamente riconsegnarlo nella stessa farmacia. La raccolta dei campioni avviene due volte a settimana. I campioni vengono ritirati da un corriere che li porta al laboratorio analisi di riferimento dell'ospedale Umberto I di Enna dove vengono processati e i risultati vengono caricati sul gestionale Dedalus.

Le lettere con i referti negativi vengono inviate dalla UOS Centro gestionale screening direttamente al domicilio del paziente.

In caso di positività il laboratorio di riferimento invia alla UOS Screening del cancro del colon-retto i referti positivi.

La UOS Screening del cancro del colon-retto convocherà il paziente e concorderà un appuntamento **entro 30 gg** dalla ricezione dell'esito, per eseguire la colonscopia ed eventuale biopsia, presso l'Ospedale Umberto I di Enna.

Nel caso di mancata risposta del paziente alla convocazione, la UOS Screening del cancro del colon-retto provvederà ad inviare una raccomandata con ricevuta di ritorno nella quale si informa il paziente che in caso di mancata presentazione la ASP è declinata da ogni responsabilità.

Se la colonscopia dovesse evidenziare lesioni sospette il medico endoscopista eseguirà il prelievo istologico e lo invierà alla Anatomia patologica di Enna che garantirà la refertazione **entro 10 giorni**.

Il medico endoscopista, ricevuta la diagnosi, provvederà a convocare il paziente presso l'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE il primo lunedì disponibile, previa prescrizione su ricetta con esenzione temporanea 048, prenotando direttamente la prestazione ambulatoriale sul software dedicato.

Qualora non sia possibile eseguire una colonscopia totale verrà proposto al paziente una **colon TC** (non eseguibile presso la ASP di Enna). In caso di impossibilità ad eseguire una colon TC, si può considerare il clisma opaco (esame di seconda scelta); sarà cura del medico endoscopista concordare l'appuntamento per il clisma opaco con le strutture eroganti dell'Asp di Enna e comunicarlo al paziente.

6.2.2 Percorso pazienti esterni che richiedono refertazione di campione istologico

L'anatomopatologo consegna i referti positivi nella giornata del lunedì, al momento della consegna del referto comunica al paziente esterno la possibilità di visita diretta (senza prenotazione) presso l'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE.



6.2.3 Accesso all'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE

Il Chirurgo comunica al paziente con diagnosi di carcinoma del colon-retto la necessità di stadiazione della malattia programmando e prenotando direttamente le prestazioni sul software dedicato e fornendo al paziente data, ora delle prenotazioni e modalità di esecuzione dell'esame.

Il chirurgo programmerà e prenoterà direttamente tramite software dedicato la stadiazione con TC Torace e addome con e senza mdc **entro 10 giorni** presso la Radiologia di Enna, e prescriverà gli esami ematochimici di funzionalità epatica, renale, emocromo, coagulazione, protidogramma, elettroliti e CEA. Inoltre, in sede di prima visita, il chirurgo rilascia al paziente la certificazione di patologia oncologica (allegato1) ai fini di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

6.2.4 Paziente sintomatico non urgente

I sintomi del CCR sono aspecifici (irregolarità dell'alvo, perdita di peso, anemizzazione, rettorragia, dolore addominale, tenesmo).

Il paziente con sintomi, tali da non configurare un quadro di emergenza accede direttamente, tramite prenotazione CUP, con impegnativa MMG, presso l'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE.

Lo specialista ambulatoriale territoriale o il MMG o lo specialista ospedaliero che pone sospetto diagnostico per neoplasia del colon-retto invia il paziente presso l'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE, tramite prescrizione con impegnativa dematerializzata.

Il medico dell'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE effettua:

- anamnesi fisiologica, patologica familiare;
- esame obiettivo;
- esplorazione rettale.

nel SOSPETTO di CARCINOMA del COLON-RETTO da parte del chirurgo richiede la ricerca di sangue occulto delle feci e/o eventuale integrazione con colonscopia con biopsia, eseguibili presso l'ospedale Umberto I di Enna o presso l'ospedale di Nicosia.

A giudizio del chirurgo, in caso di forte sospetto diagnostico o di FOBT positivo, lo stesso contatta il medico endoscopista il quale garantirà un percorso preferenziale per l'esecuzione dell'esame endoscopico.

Se la colonscopia dovesse evidenziare lesioni sospette il medico endoscopista eseguirà il prelievo istologico e lo invierà alla Anatomia patologica di Enna che garantirà la refertazione entro 10 giorni.

In caso di referto positivo il medico endoscopista, ricevuta la diagnosi, provvederà a riconvocare il paziente presso l'ambulatorio di CHIRURGIA ONCOLOGICA DELL' APPARATO DIGERENTE.

In caso di referto negativo il paziente viene re-inviato al MMG.



6.2.5 Paziente sintomatico che accede al PS

Il paziente sintomatico urgente accede al Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri Umberto I, Nicosia, Leonforte, Piazza Armerina, successivamente alla stabilizzazione dei parametri vitali, se la diagnosi è di sospetto carcinoma del colon-retto, si procederà con gli accertamenti diagnostici:

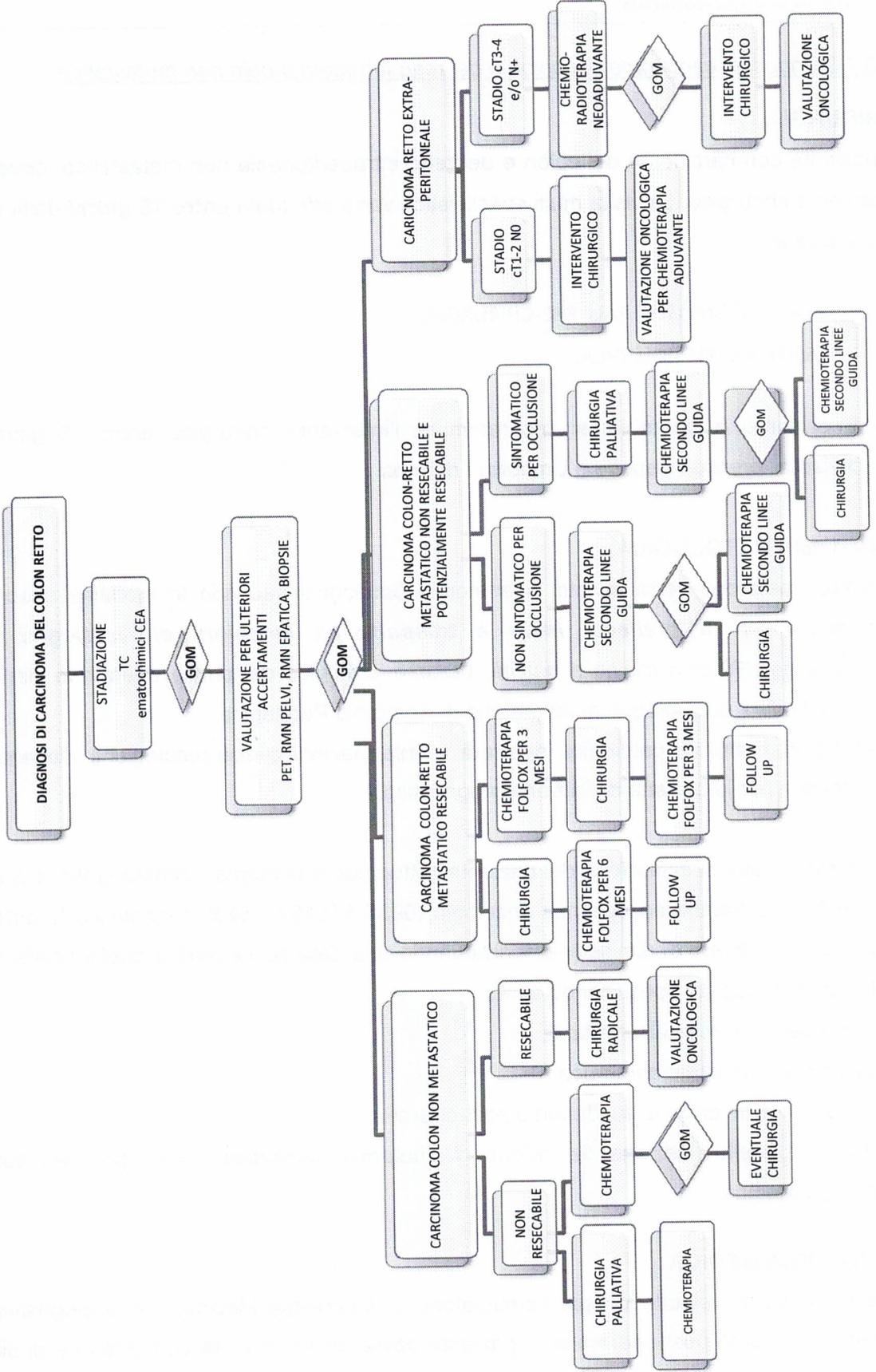
- anamnesi fisiologica e patologica
- Ematochimici, CEA,
- esplorazione rettale,
- Valutazione chirurgica, a seguito della quale il chirurgo può richiedere
 - colonscopia con biopsia
 - eventuale TC addome con estensione al torace, nel caso di evidenza di neoplasia del colon retto.

In caso di necessità di intervento in emergenza si opererà nei presidi dotati di chirurgia h 24, in caso di urgenza differibile il paziente dovrà essere ricoverato Umberto I di Enna ed indagato per carcinoma coloretale.

Gli interventi eseguibili in elezione andranno programmati presso l'ospedale Umberto I di Enna.



6.3 PERCORSI CLINICI




6.3.1 Diagnosi di carcinoma del colon e del retto intraperitoneale non metastatico

CHIRURGIA

Il paziente con carcinoma del colon e del retto intraperitoneale non metastatico, deve essere valutato per intervento chirurgico. La visita multi specialistica verrà effettuata **entro 15 giorni** dalla valutazione del GOM e consiste in:

- VALUTAZIONE GENERALE PRE-CHIRURGIA;
- VISITA ANESTESIOLOGICA.

Se il paziente è operabile si programmerà l'intervento chirurgico entro 15 giorni dalla visita multi specialistica, presso l'Ospedale Umberto I di Enna.

ANATOMIA PATOLOGICA

Il pezzo operatorio verrà inviato in anatomia patologica secondo le modalità descritte nella procedura ***Procedura per il prelievo, invio e trasporto di campioni cito-istologici*** pubblicata sul sito www.aspenna.it Rischio clinico e qualità; l'esame istologico del pezzo operatorio viene refertato entro 21 giorni dalla data di consegna al laboratorio di Anatomia Patologica.

Il referto di anatomia patologica riporterà le informazioni clinico-patologiche rilevanti per la stadiazione patologica e per la corretta definizione prognostica.

Il chirurgo in fase di dimissione del paziente sottoposto a chirurgia, prenota la visita di oncologia medica, o tramite CUP o tramite accoglienza oncologia (0935 516452 - 525) e comunica la data e l'ora al paziente indicandola in lettera di dimissione, individuando una data successiva a quella prevista per la refertazione dell'esame istologico, specificando altresì:

- referti esami strumentali effettuati;
- descrizione intervento chirurgico;
- eventuali notizie cliniche sul decorso post-operatorio.

Al momento della ricezione del referto di anatomia patologica il chirurgo invia copia del referto alla Oncologia Medica.

ONCOLOGIA MEDICA

Il paziente verrà valutato presso l'ambulatorio di Oncologia Medica, con impegnativa del chirurgo, per definire il percorso post operatorio. Il paziente dovrà recarsi a visita con la lettera di dimissione chirurgica riportante le indicazioni previste al paragrafo precedente.

Durante la visita si effettuerà:



- Valutazione clinica secondo le modalità descritte nella **Procedura accoglienza, presa in carico e dimissione paziente in UOC Oncologia** pubblicata sito www.aspenna.it - Rischio Clinico e Qualità.
- Valutazione rischio genetico, ed eventuale richiesta visita genetica;
- Richiesta MSI (La presenza di **MSI** è associata a migliore prognosi; nei pazienti in stadio II la determinazione della MSI, potrebbe essere di ausilio nella decisione di somministrare o meno la terapia adiuvante, vista la prognosi estremamente favorevole; in ogni caso la determinazione di MSI effettuata a tutti i pazienti con carcinoma del colon retto permette di individuare la Sindrome di Lynch) presso ANATOMIA PATOLOGICA OSPEDALE UMBERTO I
- MNA screening
- G8 se > 70 anni

Nel caso sia necessaria chemioterapia, si programmerà

- DPYD presso la biologia molecolare Piazza Armerina ASP Enna
- Valutazione cardio-oncologia
- ematochimici di routine CEA

La chemioterapia della fase adiuvante verrà attivata entro 8 settimane dalla chirurgia.

6.3.1.1 Nel caso di carcinoma del colon e del retto intraperitoneale localmente avanzato non metastatico non resecabile:

Verrà effettuata chirurgia palliativa, se sintomatico per occlusione intestinale, by-pass o posizionamento protesi. Se non ci sono sintomi si effettuerà terapia medica nel tentativo di convertire la malattia a resecabile (vedi punto 6.3.5)

6.3.2 Malattia Metastatica Resecabile

Nel caso di malattia metastatica resecabile, durante la discussione del GOM si deciderà se effettuare chirurgia di prima istanza per il tumore primitivo e/o le metastasi e quindi chemioterapia post-operatoria oppure chemioterapia preoperatoria e quindi intervento chirurgico, seguito da terapia post-operatoria (secondo linee guida) (3), (vedi punto 6.3.5 per la gestione di oncologia medica).

Nel caso di malattia polmonare resecabile, verrà effettuata valutazione presso centro di riferimento regionale chirurgia toracica



6.3.3 Carcinoma del colon resecabile con malattia metastatica potenzialmente resecabile

Nel caso di malattia metastatica potenzialmente resecabile, si effettuerà chemioterapia ad alta percentuale di risposta per convertire la malattia a resecabile (vedi punto 6.3.5 per la gestione di oncologia medica), quindi rivalutazione collegiale del GOM.

6.3.4 Malattia metastatica non resecabile

Nel caso di malattia METASTATICA NON RESECABILE E TUMORE PRIMITIVO IN SEDE, se sintomatico, si provvederà ad effettuare intervento chirurgico o endoscopico (resezione primitive, e/o stomia decompressiva, stent endoscopico) palliativo a cui seguirà chemioterapia per la malattia metastatica, in alternativa se non sintomatico, chemioterapia secondo linee guida nazionali ed internazionali (vedi punto 6.3.5 per la gestione di oncologia medica).

Nei pazienti con malattia epatica limitata non suscettibili di chirurgia e che presentino le condizioni atte a garantire un completo trattamento delle lesioni può essere presa in considerazione una combinazione di terapia sistemica con radiofrequenza o radioterapia stereotassica.

La radioterapia può essere effettuata per le lesioni ossee metastatiche o per il controllo di malattia nei pazienti con metastasi polmonari o encefaliche.

6.3.5 Oncologia Medica per malattia metastatica resecabile e non resecabile e malattia localmente avanzato non resecabile

Il paziente verrà valutato presso l'ambulatorio di Oncologia Medica, dopo la discussione al GOM, se presenta malattia metastatica resecabile o non resecabile o malattia localmente avanzata non resecabile.

Il case manager prenoterà visita in ambulatorio di oncologia medica, o tramite CUP o tramite accoglienza oncologica (0935 516452 - 525) con impegnativa per visita oncologica. La visita sarà garantita **entro 15 giorni dalla riunione del GOM**. In ambulatorio di oncologia si valuteranno:

- referti esami strumentali effettuati;
- l'eventuale descrizione intervento chirurgico;
- referto anatomia patologica;

Durante la visita si effettuerà:

- Valutazione clinica secondo le modalità descritte nella procedura accoglienza, presa ncarico e dimissione paziente in UOC Oncologia pubblicata sito ASP ENNA -Rischio Clinico e Qualità.
- Valutazione rischio genetico, ed eventuale richiesta visita genetica;



- Richiesta di tutti i fattori prognostici e predittivi per la definizione della strategia terapeutica secondo linee guida nazionali ed internazionali (MSI, K-RAS, N-RAS, BRAF, ecc) presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale Umberto I ASP Enna
- MNA
- G8 se > 70 anni

Nel caso si decida per chemioterapia (secondo le linee guida nazionali ed internazionali), si programmerà

- DPYD prelievo presso oncologia medica di Enna (Analisi effettuata presso la biologia molecolare di Piazza Armerina)
- Valutazione cardio-oncologia presso ospedale Umberto I di Enna
- EMATOCHIMICI di routine CEA

La CHEMIOTERAPIA per la fase avanzata verrà avviata in tempi compatibili con le condizioni cliniche, se il paziente non è adatto, si provvederà a programmare la visita con il medico di medicina palliativa, medico specialista in nutrizione clinica, medico specialista terapia del dolore e psiconcologo per l'avvio delle cure simultanee integrate.

6.3.6 Carcinoma del retto extra-peritoneale operabile

Nel caso gli esami di stadiazione abbiano evidenziato un carcinoma del retto extraperitoneale stadio cT1-T2 N0, si discute il caso con il GOM e se si conferma che la malattia è resecabile, il chirurgo programma valutazione multidisciplinare per intervento entro 15 giorni dalla valutazione GOM (vedi paragrafo 6.3.1) e intervento chirurgico **entro 15 giorni** dalla valutazione multidisciplinare.

Dopo l'intervento chirurgico verrà programmata visita oncologica (vedi 6.3.1.3)

Il chirurgo in fase di dimissione del paziente sottoposto a chirurgia, prenota la visita di oncologia medica, o tramite CUP o tramite accoglienza oncologia (0935 516452 -525) e comunica la data e l'ora al paziente indicandola in lettera di dimissione, individuando una data successiva a quella prevista per la refertazione dell'esame istologico, specificando altresì:

- referti esami strumentali effettuati;
- descrizione intervento chirurgico;
- eventuali notizie cliniche sul decorso post-operatorio.

Al momento della ricezione del referto di anatomia patologica il chirurgo propone il caso al GOM e invia copia del referto alla Oncologia Medica, per valutare eventuale terapia adiuvante.



6.3.7 Carcinoma del retto extra-peritoneale localmente avanzato

Nel caso di carcinoma del retto LOCALMENTE AVANZATO stadio cN+, cT3-4 N0, si discute il caso clinico al GOM e se si conferma indicazione a trattamento neoadiuvante, il case manager provvederà a programmare visita oncologica e visita radioterapica pre-trattamento presso la radioterapia convenzionata con ASP Enna, e si stabilirà il programma di terapia neoadiuvante secondo le linee guida nazionali e internazionali.

Al termine del trattamento neoadiuvante l'oncologo medico provvederà a programmare la stadiazione post-terapia neoadiuvante e la discussione multidisciplinare al GOM. Il GOM valuterà l'opportunità/tipologia di intervento chirurgico e in casi selezionati con carcinoma del retto, in stadio cN+, cT3-4 N0, localmente avanzato a sede ultrabassa, per cui sarebbe indicato intervento demolitivo di resezione addomino-perineale dopo radio-chemioterapia neoadiuvante è possibile prevedere schemi di TNT (Total neo-adjuvant therapy) tale strategia prevede una induzione con chemioterapia contenente fluorouracile ed oxaliplatino (es. FOLFOX 6) seguita da radio-chemioterapia concomitante. Al termine del trattamento i pazienti con risposta patologica completa e biopsia locale negativa, informati e collaboranti per follow up intensivo, possono essere candidati a conservazione d'organo. (linee guida ulteriori opzioni post trattamento. (linee guida).

L'intervento chirurgico verrà programmato dal chirurgo ad **8 settimane** (10-12 in pz con età superiore a 70 anni ed in quelle condizioni il cui obiettivo sia l'ottenimento della risposta patologica completa) (secondo linee guida).

Al termine della chirurgia si discuterà il caso al GOM per ulteriore valutazione terapeutica. Dopo discussione si programmerà visita oncologica con esame istologico per la valutazione di terapia post-operatoria (vedi paragrafo 6.3.1).

6.4 FOLLOW UP

Il follow up verrà effettuato presso l'ambulatorio di Oncologia medica. Il follow up è necessario per:

- MIGLIORARE LA SOPRAVVIVENZA
- PREVENZIONE DI SECONDI TUMORI (screening mammella, cervice),
- MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI COLLATERALI LEGATI AI TRATTAMENTI (Diarrea cronica, incontinenza, tossicità neurologica periferica, seconde neoplasie intestinali, disfunzioni sessuali),
- VALUTAZIONE di eventuali modificazioni dello stato di benessere, necessità di interventi riabilitativi, gestione degli aspetti sociali e psicologici, miglioramento di caratteristiche che riguardano lo stile di vita.

In ambulatorio verrà effettuato un PROGRAMMA DI SCREENING INTENSIVO che ha dimostrato miglioramento la sopravvivenza, per i primi 5 anni, durante i quali si manifestano il 95% delle recidive.



Gli esami sono:

- CEA (se elevato alla diagnosi ripetere dopo 4-8 settimane dall'intervento per verificare la negativizzazione);
- COLONSCOPIA i pazienti senza uno studio preoperatorio completo, appena possibile, entro 6-8 mesi dall'intervento, quindi dopo 1 anno dall'intervento, in seguito dopo 3 anni in assenza di adenoma e quindi ogni 5 anni, qualora età e comorbidità non lo controindichino.
- CEA OGNI 4-6 MESI PER I PRIMI 3 ANNI QUINDI OGNI 6 MESI
- Esame CLINICO ogni 4-6 mesi per i primi 3 anni ogni 6 mesi per i successivi 2
- TC Torace e Addome ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni, in funzione dell'entità del rischio.
- TC T-A con mdc ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e ogni 6-12 mesi fino al V anno, per i pazienti sottoposti a metastasectomia epatica o polmonare);

Ecografia addome e Rx torace rappresentano un'opzione alternativa alla TC ma bisogna tenere in considerazione la minore sensibilità.

7. ALLEGATI

Allegato 1: Certificazione di patologia ai fini di esenzione 048

8. INDICATORI

- numero di pazienti operati entro i 30 giorni dalla discussione GOM sul totale dei pazienti con carcinoma del colon discussi al GOM
- numero di pazienti operati per carcinoma del colon-retto che hanno iniziato chemioterapia adiuvante entro le 8 settimane dall'intervento sul numero totale di pazienti con indicazione a chemioterapia adiuvante
- numero di diagnosi anatomo-patologiche refertate entro 21 giorni sul numero totale di interventi di carcinoma del colon-retto

Frequenza della rilevazione: Annuale

Responsabilità della rilevazione: Referente qualità UOC Radiologia Enna

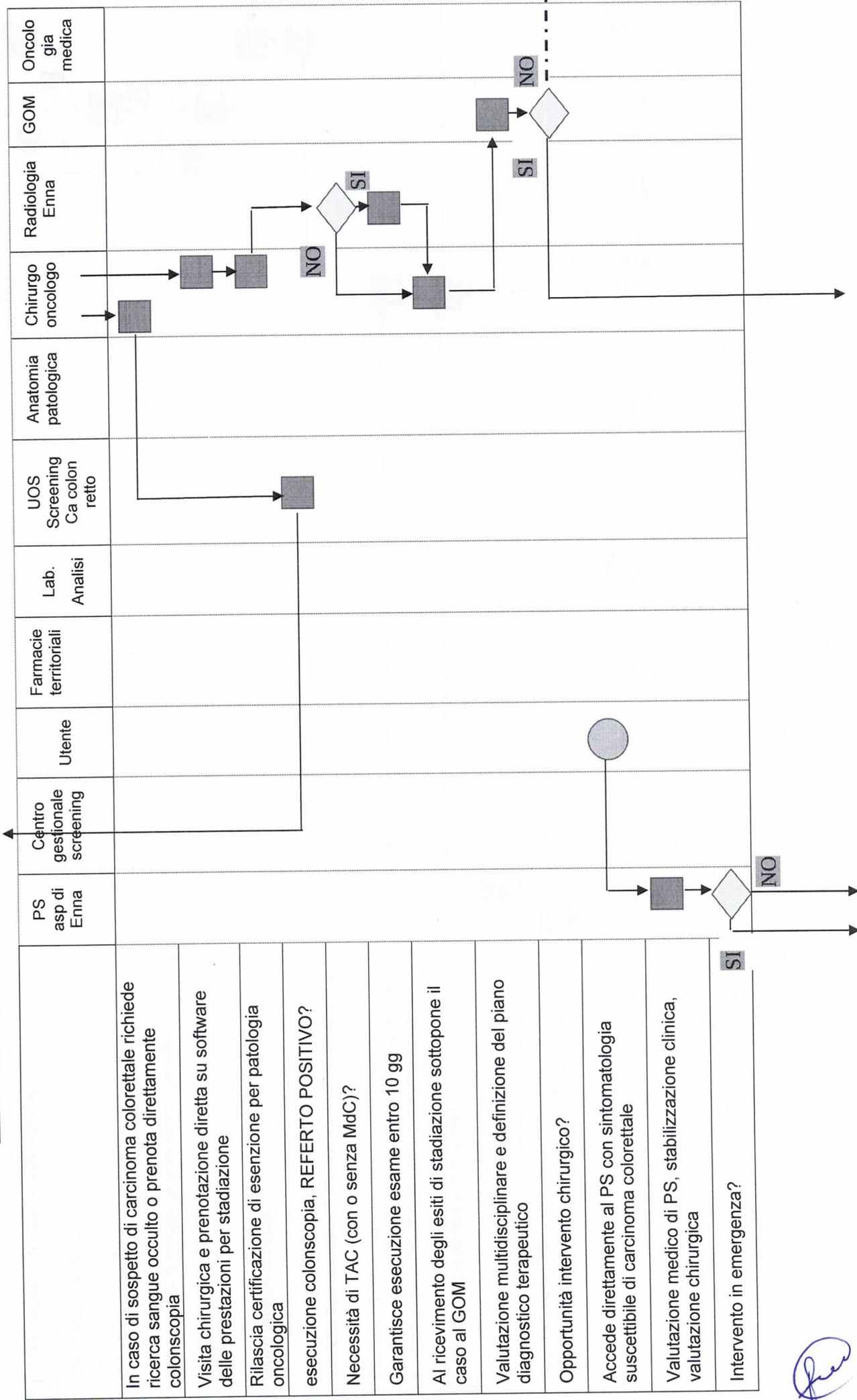
In caso di valori fuori dall'atteso è necessario valutare le motivazioni/possibili cause ed individuare le azioni correttive.

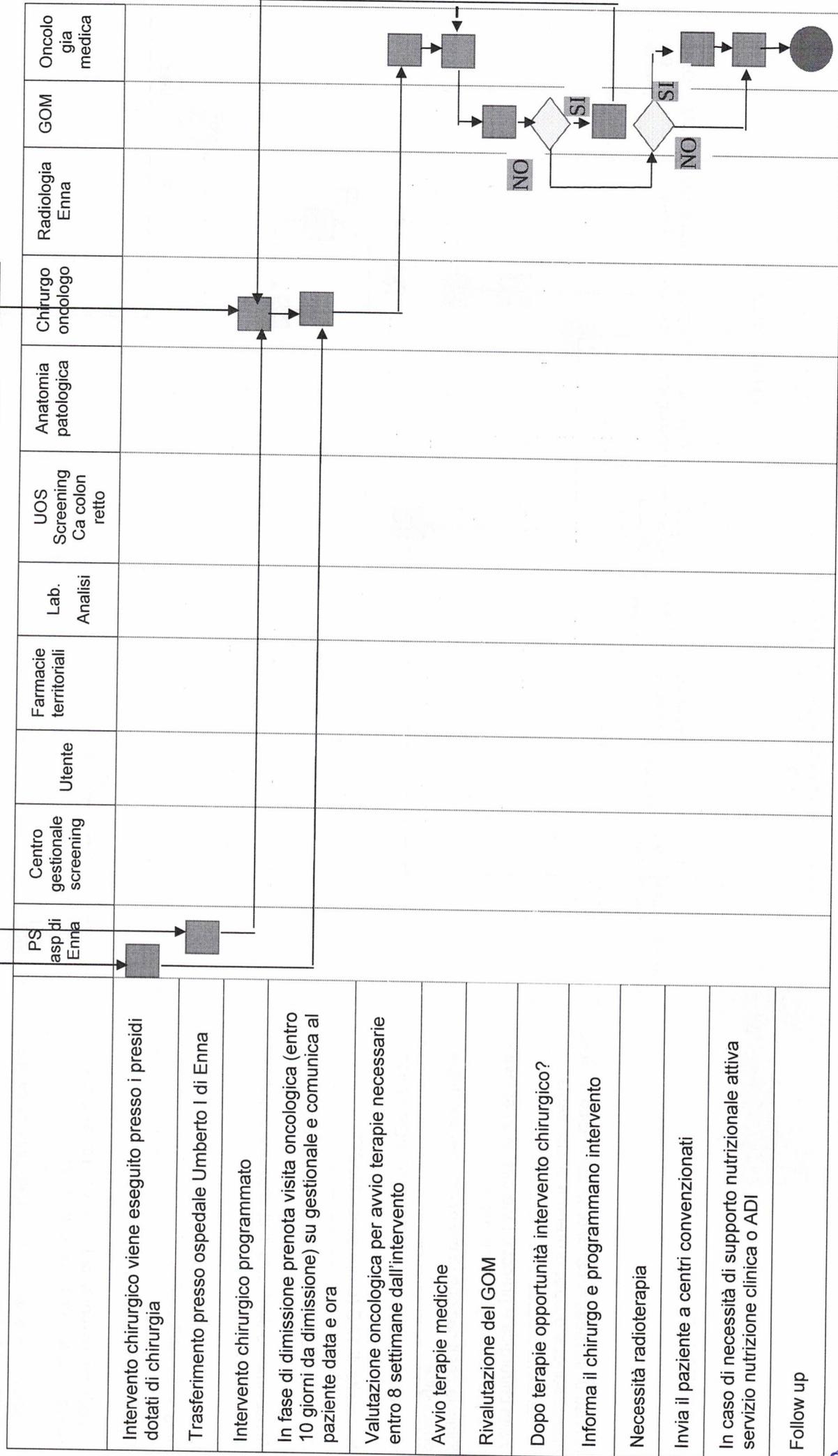
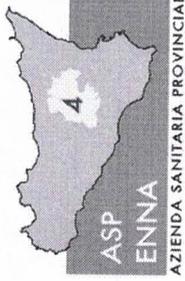
Gli indicatori, eventuali non conformità, le relative motivazioni/possibili cause e le azioni correttive vanno inviati all'UOS Qualità e Rischio clinico.

9. DIAGRAMMA DI FLUSSO

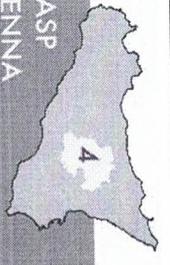
Modalità di lettura: Il diagramma va letto seguendo il percorso delineato dalle frecce. Il cerchio verde indica l'inizio di un processo, il cerchio rosso ne indica la fine, i quadrati corrispondono ad attività, i rombi a snodi







[Handwritten signature]

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO COLON RETTO ASP ENNA</p>	<p>Rev.0.0 01/07/2022 Pagina 23 di 23</p>
---	--	---

10. BIBLIOGRAFIA

- 1) Newcomb P. et al. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. Jour nal of the National Cancer Institute, 1992; 84:1572-5)
- 2) Selby j et al, A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer". NEJM, 1992; 326:653-7.
- 3) LINEE GUIDA AIOM 2021
- 4) Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Gestione del Paziente Affetto da Carcinoma del Colon Retto Regione Sicilia GURS n.9 del 05.03.2021

11. LISTA DI DISTRIBUZIONE

UO Oncologia
 UOS Screening del Carcinoma coloretale
 UOS centro gestionale screening
 UU.OO. Chirurgia degli ospedali aziendali
 UO Anatomia patologica
 UU.OO. di PS degli ospedali aziendali
 UO Radiologia di Enna
 U.O Laboratorio di analisi di Enna



