



Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Tumori Colorettali

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

SOMMARIO

1.	Introduzione e presentazione del documento	Pag. 3
2.	Redazione e aggiornamento	Pag. 3
3.	Lista distribuzione	Pag. 3
4.	Gruppo di Lavoro e Coordinamento	Pag. 4
5.	Glossario terminologia e abbreviazioni	Pag. 5
6.	Scopo	Pag. 6
7.	Analisi del problema oggetto del PSDTA	Pag. 6
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag. 7
9	Contesto organizzativo di riferimento	Pag. 7
10	Criteri di ingresso	Pag. 8
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA	Pag. 9
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag. 13
13	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag. 14
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag. 14
15.	Archiviazione	Pag. 15
16.	Linee guida di riferimento	Pag. 15
17.	Elenco allegati	Pag. 16

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

La condivisione di percorsi di salute diagnostici terapeutici e assistenziali (PSDTA) rappresenta un elemento fondamentale di governance delle Reti Oncologiche. Tale processo mira a garantire qualità ed efficienza della gestione delle patologie oncologiche e a rendere omogeneo su tutto il territorio della Rete il percorso del paziente, garantendo l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali". La definizione del PSDTA garantisce anche una corretta allocazione di risorse, indispensabile per rendere governabile il sistema, e il miglioramento costante dell'offerta terapeutica, attraverso il monitoraggio di indicatori e procedure di audit interni ed esterni.

Il PSDTA per i tumori colorettali è redatto dai membri del Gruppo di Lavoro per i tumori colo-rettali della Rete Oncologica e approvato da tutti i referenti dei GIC colon-retto della Rete Oncologica.

Il percorso descrive gli snodi decisionali e le pratiche cliniche concordate tra i professionisti della Rete. Rappresenta la declinazione dell'EBM nella realtà clinica delle nostre regioni e fornisce uno standard di qualità comune per le prestazioni erogate ai pazienti, definendone tempi di attesa e modalità di verifica.

2. REDAZIONE E AGGIORNAMENTO

La stesura del PSDTA "matrice" (o PSDTA Regionale) è delegata dall'Assessorato alla Salute delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta alla Rete Oncologica. La Rete definisce, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, la sequenza delle procedure necessarie perché la gestione della patologia sia omogenea su tutto il territorio e abbia caratteristiche di qualità, efficienza, appropriatezza, multidisciplinarietà e multiprofessionalità.

Il Gruppo di Studio per i tumori del colon-retto è incaricato della stesura iniziale del documento e responsabile dell'aggiornamento periodico in relazione all'emergere di nuove evidenze o variazioni della pratica clinica.

Alle Direzioni Aziendali è affidato il compito di garantire che le procedure indicate siano disponibili, accessibili e dotate delle caratteristiche richieste.

La verifica della adeguatezza del percorso viene effettuata attraverso:

- la restituzione dei dati indicati come "indicatori" nel presente documento;
- lo svolgimento di audit specifici e l'analisi della documentazione clinica disponibile.

Stato della revisione			
N.	Data	Modifiche	Autori
00	16.11.2022	Prima emissione	GdS Colon retto
01	30.06.2024	Revisione	Gds Colon retto
..			

3. LISTA DISTRIBUZIONE

Medici di Medicina Generale
Aziende Sanitarie: Direttori Generali e Direttori Sanitari
Direttori e Responsabili delle funzioni interessate: Responsabili CAS e GIC con preghiera di diffusione, CPO
Organizzazioni di Volontariato (ODV) di riferimento per patologia
Istituzioni: Ordine dei Medici, Ordine Professioni Sanitarie, Ordine Farmacisti, Ordine Psicologi, Ordine Assistenti Sociali

4. GRUPPI DI LAVORO E COORDINAMENTO

4.1 Gruppo di lavoro per stesura iniziale del documento (prima emissione 2022)

Coordinatori

Paolo Massucco, Patrizia Racca, Mauro Santarelli, Lucia Turri.

Screening, diagnosi tempestiva, sindromi da predisposizione genetica

Vittoria Grammatico (coordinatore), Myriam Katja Paris, Francesca Olivero, Marco Naddeo, Elisabetta Fenocchio, Valentina Renda.

Diagnosi clinica e anatomopatologica e stadiazione pre-trattamento

Annalisa Balbo Mussetto (coordinatore), Maurizio Spandre, Laura Fanchini, Laura Auriati, Renato Parente, Renzo Clara, Silvia Ramonda.

Trattamento chirurgico tumori del colon

Roberto Perinotti (coordinatore), Antonio Masciandaro, Luca Bonatti, Andrea Spinelli, Cravero Francesca, Elisabetta Castagna, Ugo Parisi, Matteo Gatti.

Trattamento chirurgico tumori del retto

Maria Carmela Giuffrida (coordinatore), Marcello Zago, Igor Monsellato, Andrea Muratore, Roberto Saracco, Alberto Serventi, Maria Paola Bellomo, Paolo Bellora, Vincenzo Adamo, Francesco Moro.

Terapia adiuvante e trattamento delle fasi avanzate tumore del colon

Cristiano Oliva (coordinatore), Franco Sarli, Angelo Giuli, Anna Ferrero, Sara Bustreo.

Trattamento neoadiuvante, adiuvante e delle fasi avanzate tumore del retto

Cristina Piva (coordinatore), Elena Traverso, Andrea Galla, Cristina Granetto, Panier Suffat Luca, Roberta Volpatto, Sara Lattuada.

Follow up e ai problemi riabilitativi

Roberto Rimonda (coordinatore), Liana Todisco, Davide Ottaviani, Giuliana Ritorto.

4.2 Gruppi di lavoro per i documenti di consenso allegati al PSDTA (versione 2024)

I componenti dei gruppi di lavoro sono riportati nei singoli documenti allegati al presente PSDTA e consultabili sul sito della Rete Oncologica, nell'area dei Gruppi di Studio per patologia.

4.4 Gruppo di Studio approvazione versione 2025

Coordinatori: Felice Borghi, Elisabetta Fenocchio, Francesco Leone, Paolo Massucco, Cristina Piva, Mauro Santarelli.

Adamo Vincenzo, Airaldi Claudia, Allaix Marco Ettore, Arcadipane Francesca, Becco Paolo, Bellino Riccardo, Bellomo Maria Paola, Bonatti Luca, Bonavero Ilaria, Burgio Vincenzo, Carrozzo Valentina, Cerutti Stefania, Cinquegrana Armando, Clara Renzo, Comba Andrea, Delmastro Elena, Emidi Roberto, Falco Enrico Costantino, Fea Elena, Ferrero Anna, Gibin Enrico, Giudici Gabriele, Giuffrida Maria Carmela, Granetto Cristina, Laface Rosa, Lo Tesoriere Roberto, Marchigiano Emma, Marino Donatella, Mauriello Anna, Migliore Marco, Mistrangelo Massimiliano, Muratore Andrea, Naddeo Marco, Ottaviani Davide, Panier Suffat Luca, Parise Ramona, Pozzo Gabriele, Pozzo Mauro, Reali Alessia, Rimonda Roberto, Salmè Giulio, Saracco Roberto, Soligo Eleonora, Stradella Davide, Tampellini Marco, Todisco Liana, Traverso Elena Silva, Volpatto Roberta.

4.5 Associazioni pazienti che hanno contribuito:

- F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Termine	Significato
CAS	Centro Accoglienza e Servizi. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, il CAS è la struttura deputata alla presa in carico iniziale di un paziente con sospetto di neoplasia. Predisposti gli esami diagnostici essenziali sulla base del sospetto, il CAS indirizza il paziente verso il Gruppo Interdisciplinare Cure specialistico
GIC	Gruppi Interdisciplinari Cure. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, i GIC sono gruppi multispecialistici che prendono in carico il paziente con diagnosi oncologica e mettono a punto il programma terapeutico, secondo lo stato dell'arte
Stadio	Definisce l'estensione della malattia attraverso i parametri T, dimensione del tumore, N, stato dei linfonodi e M, presenza o meno di metastasi.
Prevenzione primaria	Azioni e misure adatte a ridurre l'incidenza di una certa patologia, agendo, ad esempio, sui fattori di rischio modificabili
Prevenzione secondaria	Azioni e misure adatte all'identificazione dei tumori in fase asintomatica, in modo da consentire terapie più tempestive ed efficaci
Prevenzione terziaria	Azioni e misure adatte, in pazienti che hanno già subito un intervento per tumore e sono liberi da malattia, ad intercettare e gestire gli esiti a breve o lungo termine dei trattamenti
MMG	Medico di Medicina Generale
RM/RMN	Risonanza magnetica/Risonanza magnetica nucleare
TAC/TC	Tomografia Assiale Computerizzata/Tomografia Computerizzata
PS	Performance Status
QoL	Quality of Life (Qualità di vita)
MDC	Mezzo di contrasto

6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutti i pazienti affetti da tumore del colon e del retto un iter personalizzato in tutte le fasi della malattia, attraverso un continuum di azioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sui bisogni della persona, atte ad ottenere il miglior outcome oncologico nel rispetto della qualità di vita. In particolare, il documento mira a:

- Descrivere il processo di cura per il problema di salute tumore colo-rettale riportando le indicazioni concordate tra i professionisti della Rete Oncologica sulla base delle evidenze disponibili.
- Ridurre la variabilità nei comportamenti e migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa.
- Informare gli operatori e gli utenti potenzialmente coinvolti nel percorso.
- Fornire indicazioni per la manutenzione (piano di revisione) e il monitoraggio del percorso (KPI).

N.B. Il presente documento fornisce indicazioni cliniche e organizzative applicabili ad un paziente tipo in un contesto ideale e non sostituisce il giudizio clinico degli operatori nelle scelte operate in specifiche condizioni cliniche nel contesto locale.

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

Incidenza in Piemonte

Il tumore del colon-retto risulta essere il secondo tumore più diagnosticato (escludendo i carcinomi della cute) nel sesso femminile (12%) dopo il tumore della mammella (32%), mentre nei maschi rappresenta il 13% del totale, al terzo posto dopo i tumori della prostata (18%) e del polmone (14%). [Registro Tumori del Piemonte - anni 2013-2014]

Nel 2019 sono stati stimati 4000 nuovi casi di carcinoma del colon-retto (2200 negli uomini e 1800 nelle donne), con un tasso di incidenza standardizzato (popolazione europea del 2013) di 82.9 per 100.000 negli uomini e 61.5 per 100.000 nelle donne. [I numeri del cancro in Italia, 2019]

Mortalità/sopravvivenza in Piemonte

Nel 2018 i decessi sono stati 1.658 (di cui 773 donne e 885 uomini). [ISTAT, ultimo anno disponibile]
Tasso di mortalità: grezzo di 31.2 per 100.000 abitanti (41.7 negli uomini) e standardizzato (per la popolazione europea) di 21.3 (38.8 negli uomini). [Registro Tumori del Piemonte - anni 2013-2014]

La sopravvivenza a 5 anni è dell'64% (sopravvivenza standardizzata per età, pool AIRTUM 2005-2009). [I numeri del cancro in Italia, 2019].

In [Figura 1](#) sono riportate incidenza e mortalità standardizzate (popolazione europea, Eurostat 2013) per ASL piemontesi. La differenza di incidenza potrebbe riflettere una diversa diffusione dei programmi di screening o essere effetto di differenti tempistiche nell'avvio degli stessi.

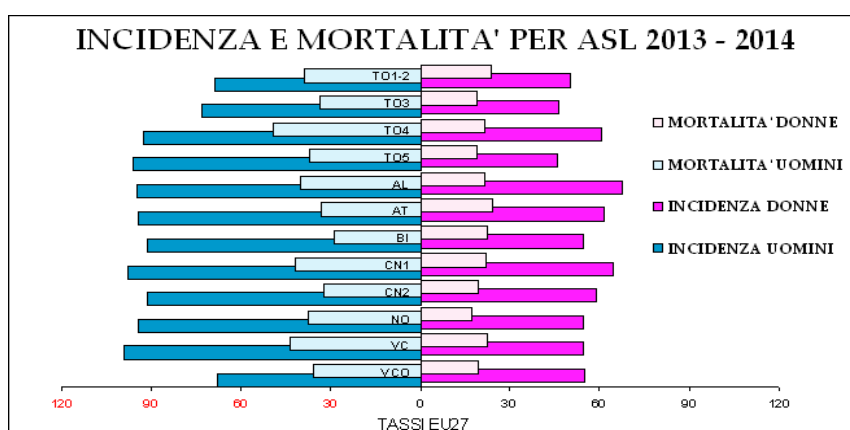


Figura 1. Fonte: Impatto dei tumori in Piemonte, 2019.

La Figura 2 presenta il trend dei tassi di mortalità in Piemonte per tumori del colon retto.

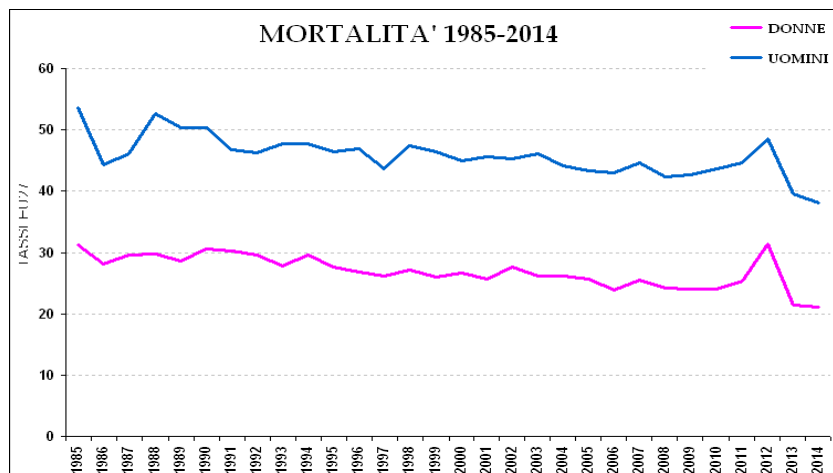


Figura 2. Fonte: Impatto dei tumori in Piemonte, 2019.

Ricoveri in Regione Piemonte

In base ai dati elaborati dal CPO Piemonte (<https://www.cpo.it/it/dati/assistenza-oncologica/>), nel 2019 ci sono stati 4128 ricoveri ospedalieri per tumore del colon: il 23% in regime di Day Hospital, il 58% in regime ordinario chirurgico e il 19% in regime ordinario medico. Per i tumori del retto i ricoveri sono stati 1688, con una distribuzione per regime di ricovero simile. Nel 2020 si è registrata un numero inferiore di ricoveri, sia per tumore del colon (N=3275, pari a - 21%), sia per tumori del retto (N=1688, pari a - 15%).

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2024 disponibile sul sito www.aiom.it
I numeri del Cancro in Italia 2021 disponibile sul sito [www.aiom.it](http://dati.istat.it) <http://dati.istat.it/>
Regione Piemonte, D.G.R. n. 42-7344 del 31.03.2014 (definizione dei criteri per Hub e Spoke)
Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale 23 novembre 2015, n. 51-2485 (assegnazione Centri Hub)

9. CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

L'offerta assistenziale per i tumori del colon-retto nell'ambito della Rete Oncologica è articolata in 24 centri di riferimento (23 in Piemonte e 1 ad Aosta) per una densità di circa 1 centro ogni 200.000 abitanti.

I requisiti dei centri di riferimento sono stati definiti con la DGR 42-7344 del 31 marzo 2014 - Individuazione dei criteri e dei requisiti per l'identificazione dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente alle varie tipologie di tumore.

La Regione Piemonte ha designato in seguito (DGR 51-2485 del 23 novembre 2015 - Individuazione dei centri HUB nell'ambito del dipartimento della Rete Oncologica) i centri di riferimento per le principali patologie oncologiche secondo il modello Comprehensive Center Centre Network.

Non esiste allo stato attuale una differenziazione tra tumori del colon e tumori del retto, patologia meno frequente (circa 1/3 della casistica) e caratterizzata da maggior complessità di trattamento.

Il modello organizzativo generale di presa in carico in atto in Regione Piemonte prevede la presenza di Centri Accoglienza e Servizi (**CAS**) e Gruppi Interdisciplinari Cure (**GIC**). I CAS locali garantiscono un accesso tempestivo a pazienti con sospetto diagnostico ed un efficiente indirizzamento verso i relativi GIC di riferimento per il prosieguo dell'iter terapeutico-assistenziale. Il percorso di cura è coordinato dai GIC di ogni centro, i cui referenti si riuniscono periodicamente presso la sede centrale della Rete Oncologica negli incontri del Gruppo di Studio per i tumori colo-rettali.

10. CRITERI DI INGRESSO

Sono inclusi in questo PSDTA tutti i pazienti con sospetto clinico o diagnosi di tumori del colon e del retto.

Nelle diverse fasi del PSDTA sono coinvolti:

- Dipartimento di Prevenzione
- Distretti Sanitari
- Medici di famiglia / Case della salute
- Servizi di cure domiciliari e palliative
- Hospice
- Strutture di riabilitazione
- Reti Ospedaliere
- Servizi sociali ospedalieri e territoriali
- Progetto Protezione Famiglie Fragili
- Associazioni di pazienti e di volontari

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

Prevenzione primaria

Lo stile di vita, inteso come l'insieme delle abitudini alimentari e della pratica di esercizio fisico, è classificato tra i fattori di rischio "modificabili", accanto a quelli "non modificabili" come età, genere e patrimonio genetico. Gli operatori della Rete Oncologica e i MMG hanno il compito di promuovere stili di vita salutari secondo le seguenti indicazioni.

- Controllo peso corporeo. Un BMI tra 20 e 25 definisce il peso ideale. L'incremento progressivo del valore di BMI si correla ad un aumentato rischio di recidiva di malattia tumorale.
- Dieta ricca di vegetali
- Limitare il consumo di cibi e bevande ad alta densità calorica ed elevato indice glicemico.
- Consumo di antiossidanti naturali: cereali integrali, legumi, frutta fresca e verdura di stagione.
- Consumo saltuario di carne, in particolare rossa. Prediligere il pesce.
- Consumo moderato di formaggio.
- Abbondante idratazione.
- Astensione o riduzione assunzione di alcoolici.
- Attività fisica regolare
- Astensione del fumo

Prevenzione secondaria

Gli operatori della Rete Oncologica e i MMG svolgono un ruolo di sensibilizzazione all'adesione allo screening della popolazione generale attivato dalla Regione Piemonte, che prevede la ricerca di sangue occulto fecale e la colonscopia nei soggetti positivi (vedi sito web Regione Piemonte).

E' richiesta alla classe medica una particolare attenzione nell'individuare soggetti con anamnesi sospetta per sindrome ereditaria. Dal 3 % al 5 % dei casi di neoplasia del colon-retto è ereditario. L' identificazione precoce della predisposizione ereditaria, spesso associata a sindrome di Lynch, permette di impostare un programma di monitoraggio allo scopo di evitare l'insorgenza di neoplasia o, nelle persone a cui è stata asportata una neoplasia, predisporre un programma di follow-up intensivo (**Allegato 1**).

La corretta indicazione alla esecuzione di una colonscopia, oltre a permettere una diagnosi precoce, consente l'identificazione e la rimozione di lesioni preneoplastiche (**Allegato 2**).

Prevenzione Terziaria

Programma di follow up nei pazienti liberi da malattia

Fa parte della riabilitazione terziaria la riabilitazione oncologica. Nel caso nel cancro del colon retto prevede alcuni aspetti cruciali:

- Educazione a corretti stili di vita e rieducazione alimentare soprattutto in pazienti con estesa chirurgia del colon
- Gestione delle stomie con adeguata valutazione PRE OPERATORIA e POST OPERATORIA a cura degli Infermieri stomaterapisti
- Riabilitazione in caso di incontinenza fecale nelle anastomosi ultra basse o quale esito di RT sul retto
- Riabilitazione psico sessuale in caso di impotenza derivante da chirurgia demolitiva del retto

Prevenzione socio-assistenziale

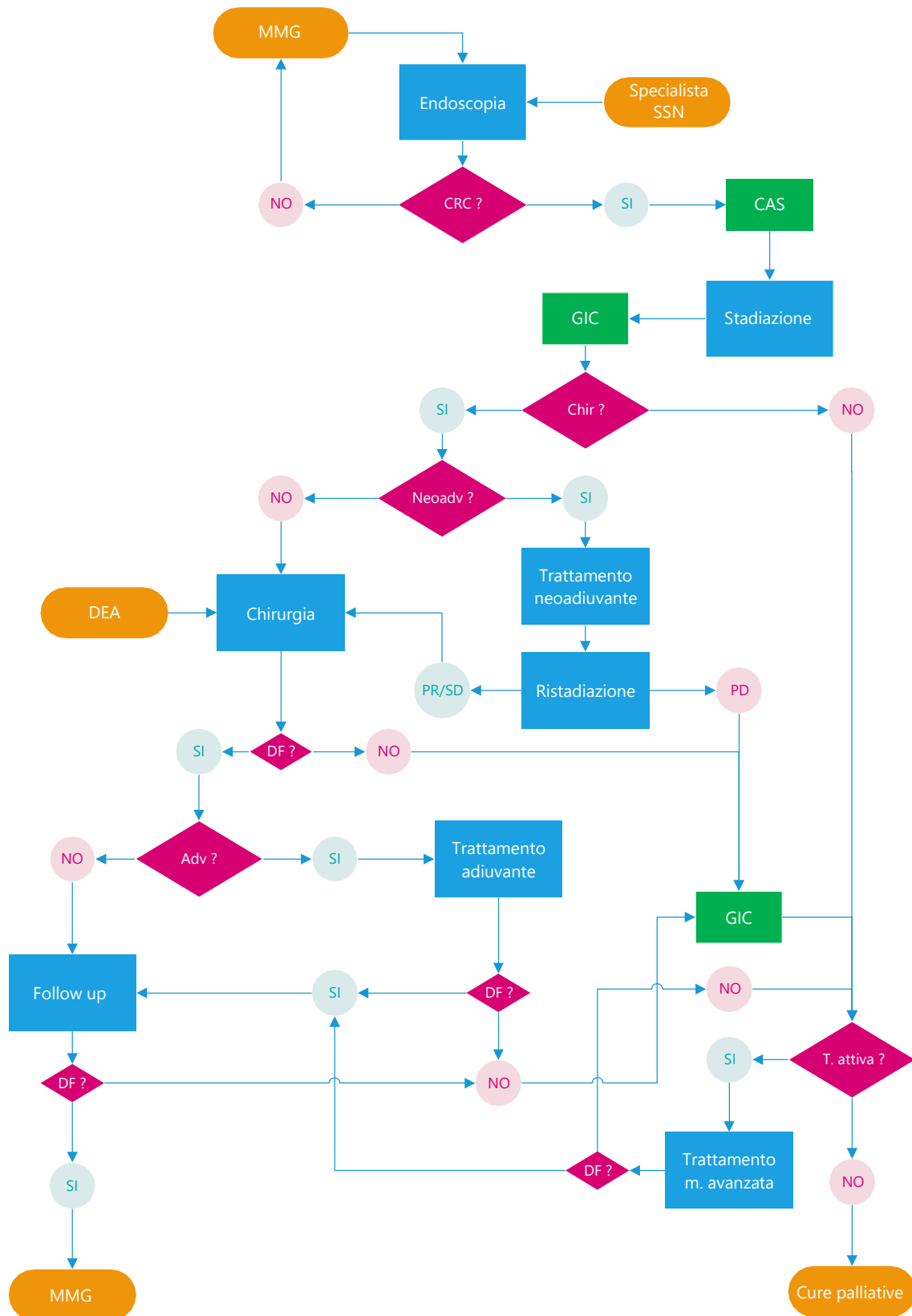
La Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta tutela i propri assistiti con l'erogazione, di fronte al solo sospetto diagnostico, dell'esenzione ticket 048. La richiesta dell'invalidità civile precocemente nell'iter diagnostico e, ove necessario, l'attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili, costituiscono determinanti supporti socio assistenziali per il malato, soprattutto in caso di malattia in stadio avanzato in persone a rischio socio-assistenziale.

Fasi	Descrizione	Timing
Visita CAS	La presa in carico di un paziente con sospetta/accertata neoplasia del colon-retto comprende: - Valutazione medica con definizione e richiesta dei successivi accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali. - Valutazione infermieristica con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale. - Gestione amministrativa con rilascio dell'esenzione 048 temporanea o definitiva e organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico. Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti e attivare il GIC di riferimento.	<i>La visita CAS deve essere erogata entro 5 giorni dalla richiesta</i>
	Nel processo di diagnosi stadiazione della malattia devono essere disponibili le seguenti modalità diagnostiche (Allegato 2): • Colonscopia con possibilità di biopsia • TC con contrasto • RM con contrasto PET con FDG	
GIC	Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare pre e postoperatoria del caso nel suo complesso, portando alla definizione di una strategia diagnostica e terapeutica condivisa. Il GIC deve prevedere la partecipazione di tutti gli specialisti necessari per una completa valutazione del caso, di seguito elencati: • Chirurgo • Radioterapista • Oncologo • Radiologo • Infermiere Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono: • Anatomopatologo • Dietologo • Endoscopista • Farmacista • Medico Nucleare • Psicologo • Stomaterapista • Palliativista/Terapista del dolore	<i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i>

	In caso di non disponibilità di qualcuna delle discipline richieste è necessario far riferimento al GIC di un altro centro (possibilmente l'hub di riferimento territoriale). Nel regolamento del GIC, oltre agli specialisti che partecipano, devono essere descritte le periodicità degli incontri, le modalità di svolgimento e di refertazione.	
	In seguito alla discussione multidisciplinare viene redatta una relazione scritta con le indicazioni terapeutiche stabilite e lo specialista a cui il caso viene affidato. La proposta è in seguito condivisa con la paziente nel rispetto delle rispettive caratteristiche cliniche e preferenze. La discussione interdisciplinare è obbligatoria per l'impostazione iniziale delle terapie e necessaria ogni qualvolta si ravvisi un problema clinico complessivo che richieda più competenze	
Malattia localizzata	Il trattamento della malattia localizzata deve essere preceduto da una corretta stadiazione sistemica e loco regionale con RM in caso di neoplasie rettali. Trattamenti per via endoscopica devono essere conseguenza di valutazione collegiale che consentirà di definire la strategia terapeutica e la modalità operativa più adeguata (Allegato 3). La diagnosi anatomo-patologica deve essere secondo linee guida (Allegato 3)	
Neoplasia localmente avanzata del retto	Nel tumore del retto medio inferiore sono indispensabili una stadiazione locale con RM e la determinazione dello stato del MMR per definire, secondo linee guida, l'opportunità di un trattamento neoadiuvante che deve essere esito di consulto multidisciplinare (Allegato 4 e 5)	
Malattia metastatica d'esordio	Nella malattia metastatica d'esordio deve sempre essere compiuta una stadiazione accurata che permetta di definire la potenziale operabilità delle metastasi, sia immediata che dopo un trattamento neoadiuvante. Pertanto è necessario che in caso di possibile resecabilità il caso venga riferito a centri dedicati a questo tipo di chirurgia (Allegato 5-6)	
Terapia adiuvante	Dopo intervento a intento curativo, un trattamento adiuvante deve essere discusso con il paziente secondo linee guida tenendo in considerazione oltre allo stadio, l'età, il P.S. e, negli stadi iniziali, la presenza/assenza di MMR (Allegato 5).	
Malattia avanzata	Il trattamento della malattia avanzata deve essere basato sui seguenti presupposti: - Caratterizzazione molecolare (All-RAS, B-RAF, MSI/MMS, HER-2) - Sede neoplasia primitiva - Età e Performance Status - Valutazione farmaco genomica (Allegato 7) Potenziale resecabilità che deve essere oggetto di condivisione multidisciplinare, tenendo presente che oltre alla chirurgia, radiofrequenza e radioterapia possono essere utili	

Follow up	Il follow up del paziente operato con intento curativo deve essere mirato a: • Depistare precocemente la comparsa di metastasi che possono essere oggetto di trattamenti locali anche dopo terapia neoadiuvante • Problematiche legate agli effetti di medio-lungo termine della terapia inclusa la gestione di eventuali stomie (Allegato 8) Sorveglianza endoscopica per prevenire lo sviluppo di nuove neoplasie. Pertanto, il follow-up deve essere molto attento e graduato sul rischio (Allegato 8)	
Cure Palliative	Si raccomanda la presa in carico precoce, anche in fase di trattamento attivo (simultaneous care), da parte della rete Cure Palliative. Considerare i seguenti snodi clinici per l'attivazione di un programma di cure palliative: • diagnosi di neoplasia non suscettibile di guarigione (inoperabile, localmente avanzata e/o metastatica); • malattia avanzata con insorgenza di sintomi non controllati; interruzione di trattamenti con intento di cura e avvio a trattamenti chemioterapici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo per l'esclusivo controllo dei sintomi.	
Medicina Territoriale	In tutte le fasi della malattia deve essere mantenuto un rapporto costante con i Medici di Medicina Generale e con le strutture territoriali che possono fornire un importante supporto complementare della terapia principale. Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia I MMG sono determinanti nell'intercettare i casi con familiarità e nel reclutare i familiari a rischio nelle sindromi accertate come familiari. Parimenti i MMG sono importanti nella promozione di stili di vita adeguati.	
Ruolo delle organizzazioni di volontariato (ODV)	La diagnosi di carcinoma colo-rettale per la sua prevalenza rappresenta un problema non solo sanitario ma anche socio-economico: le associazioni di volontariato contribuiscono alla promozione di programmi di prevenzione, e sono di supporto nel percorso personale delle pazienti. La Regione Piemonte si avvale del loro contributo nel disegno e validazione del PSDTA per garantire l'umanizzazione del percorso e la garanzia della sua applicazione	

12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA



13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA

Per favorire l'implementazione del PSDTA si possono prevedere le seguenti attività:

- 1) diffusione attraverso il sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta;
- 2) eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari coinvolti nel percorso di cura;
- 3) diffusione brochure informative orientate all'utenza (esempio, versione semplificata tipo "flyer" del PSDTA);
- 4) pubblicazione del PSDTA sul sito aziendale;
- 5) altre iniziative promosse dalle Direzioni Aziendali volte a diffondere la cultura del miglioramento attraverso il PSDTA. Le Direzioni Aziendali provvederanno alla mappatura dei Servizi integrati nel PSDTA e a fornire i tempi di attesa per l'accesso agli stessi, oltre che, attraverso gli appositi strumenti a disposizione, di elaborare procedure per il monitoraggio degli indicatori;
- 6) Condivisione e coinvolgimento delle Organizzazioni di volontariato (ODV).

14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

Il gruppo di lavoro ha identificato un set di indicatori di processo e di outcome, misurabili utilizzando i dati amministrativi regionali (flussi SDO e ambulatoriali). Il set di KPI proposto è mutuato dai documenti emanati dai principali enti regolatori (Ministero Salute, AGENAS e Regione Piemonte).

Il gruppo di lavoro auspica la creazione a livello centrale (Rete Oncologica, Direzione Sanità) di un sistema di auditing permanente con feed-back periodico ai centri di riferimento (referenti GIC e DS). Sulla base dei dati raccolti, dovrebbero poi essere intraprese azioni di miglioramento in rapporto agli outliers, sia per quanto riguarda le best-practices da diffondere tra i centri della rete, sia per le performance sotto soglia meritevoli di interventi mirati di incremento della qualità. A livello aziendale dovrebbero essere attuate azioni di verifica degli indicatori, seguite, in caso di scostamento dalla soglia, da relativo piano di adeguamento con evidenza documentale delle azioni di miglioramento intraprese e del loro esito, in stretto coordinamento con la Direzione di Rete.

N°	Indicatore	Note
1	Percentuale interventi in laparoscopia/robotica per ca colon (esclusi in urgenza)	Regionale
2	Percentuale interventi in laparoscopia/robotica per ca retto (esclusi in urgenza)	Regionale
3	Mortalità postoperatoria a 30 e 90 gg (esclusi interventi in urgenza)	Regionale
4	Durata della degenza postoperatoria (esclusi interventi in urgenza, deceduti in ospedale e trasferiti)	Regionale
5	Percentuale di reinterventi entro 30 gg dal primo intervento (esclusi interventi in urgenza e interventi per chiusura della stomia)	Regionale
6	Percentuale di riammissioni a 30gg dalla dimissione (per qualsiasi causa, esclusi deceduti nel primo ricovero e reinterventi per chiusura della stomia)	Regionale
7	Percentuale di pazienti con "optimal recovery" (dimessi entro 7 gg, senza reinterventi o reingressi in ospedale e vivi a 30 giorni dal primo intervento)	Regionale

Gli indicatori proposti derivano dal set di indicatori definiti dai gruppi di lavoro regionali della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta che hanno elaborato i PSDTA, con alcune revisioni e integrazioni necessarie per renderli calcolabili centralmente attraverso l'uso integrato dei dati sanitari pseudonimizzati presenti nel datawarehouse del CSI Piemonte. Questi indicatori sono indicati nelle note come calcolabili a livello "Regionale". Gli indicatori proposti dai gruppi di lavoro non calcolabili centralmente sono riportati come disponibili solo a livello "Locale". Una parte di questi sarebbe calcolabile se opportunamente raccolti in modo standardizzato in tutti i centri regionali.

Tutti gli indicatori calcolabili a livello centrale saranno calcolati per l'intera regione, per ASL di residenza e per struttura che eroga la prestazione. I confronti tra centri e tra periodi di alcuni indicatori possono richiedere procedure statistiche di standardizzazione per renderli più confrontabili.

15. ARCHIVIAZIONE

Si suggerisce fortemente l'archiviazione dei PSDTA su supporto informatico in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

Il PSDTA dovrà essere conservato e reso consultabile presso gli uffici delle Direzioni Aziendali e della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

16. LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

1. Linea guida AIOM 2024 – Tumori del colon e Tumori del retto e dell'ano.

https://www.iss.it/documents/20126/8403839/LG+146_Colon_agg2024.pdf

https://www.iss.it/documents/20126/8403839/LG+279+Retto+e+Ano_agg2025.pdf

2. Linea guida AIRO 2014 – La radioterapia dei tumori gastrointestinali.

<https://www.radioterapiaitalia.it/linee-guida-raccomandazioni/linee-guida-della-disciplina/2014-la-radioterapia-dei-tumori-gastrointestinali-indicazioni-criteri-guida/>

3. ESGE Guideline 2020 - Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer.

<https://www.esge.com/self-expandable-metal-stents-for-obstructing-colonic-and-extracolonic-cancer-esge-guideline-update-2020/>

4. ESGE Guideline 2022 - Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions.

<https://www.esge.com/endoscopic-submucosal-dissection-update-2022/>

5. ESMO Guideline 2023 – Metastatic colorectal cancer.

<https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/metastatic-colorectal-cancer>

6. ESMO Guideline 2017 – Rectal cancer.

<https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/rectal-cancer>

7. ESMO Guideline 2020 – Localized colon cancer.

<https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/localised-colon-cancer>

17. ELENCO ALLEGATI

Gli allegati si riferiscono a specifiche procedure che possono essere soggette a frequenti aggiornamenti. Sono pubblicati sul sito delle Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

- **Allegato 1:** Sindromi da predisposizione ereditaria. Determinazione MMR status.
Contiene il Documento di Consenso:
 - *Determinazione dell'instabilità microsatellitare nella gestione del paziente affetto da carcinoma del colon-retto.*
- **Allegato 2:** Iter diagnostico e stadiazione.
Contiene i Documenti di Consenso:
 - *Requisiti minimi di qualità per l'esecuzione e la refertazione dell'esame di stadiazione del tumore del retto con ecografia trans-rettale*
 - *Requisiti minimi di qualità per l'esecuzione e la refertazione dell'esame di stadiazione e ristadiatione del tumore del retto con risonanza magnetica*Allegato 2a – Referto strutturato di stadiazione del tumore del retto
Allegato 2b – Referto strutturato di ristadiatione del tumore del retto
- **Allegato 3:** Trattamento malattia localizzata.
Contiene i Documenti di Consenso:
 - *Utilizzo degli stent colici nell'occlusione neoplastica*
 - *Trattamento dopo exeresi locale di neoplasia colica e rettale pT1*
 - *Dissezione linfonodale laterale pelvica nel carcinoma rettale*Allegato 3a – follow up colo-rettale e gestione stomia
- **Allegato 4:** Ruolo dell'immunoterapia nel carcinoma del retto dMMR malattia localizzata
- **Allegato 5:** Terapia neoadiuvante, adiuvante e malattia avanzata.
Contiene i Documenti di Consenso:
 - *Total neoadjuvant therapy (TNT)*
 - *L'indicazione alla radioterapia neoadiuvante nei tumori del retto medio-alto cT3N0*
 - *Timing chirurgico dopo RT short course neoadiuvante*
 - *Timing chirurgico dopo CRT long course neoadiuvante*
 - *Indicazioni a intensificazione della dose di RT nel tumore del retto localmente avanzato con indicazione a CRT neoadiuvante*
 - *La presa in carico del paziente affetto da tumore del colon-retto con metastasi epatiche sincrone*
- **Allegato 6:** Indicazioni all'impiego di PET e RM nella malattia metastatica epatica e polmonare. Consenso e revisione della letteratura
- **Allegato 7:** Documento di consenso sulla profilazione UGT1A01
- **Allegato 8:** Follow-up, survivorship care e preservazione d'organo.
Contiene il Documento di Consenso:
 - *Strategie di risparmio d'organo (Watch & Wait ed escissione locale) per i tumori rettali dopo terapia neoadiuvante*Allegato 8a – follow up oncologico e stili di vita
Allegato 8b – follow up colo-rettale e disfunzioni sessuali
Allegato 8c – follow up oncologico e neurotossicità post-chemioterapia

La Rete Oncologica con i suoi Gruppi di Studio e/o in collaborazione con altre istituzioni produce documenti di indirizzo sulle seguenti tematiche, consultabili sul sito di Rete www.reteoncologica.it :

- Assistenza infermieristica
- Assistenza psicologica e sociale
- Riabilitazione
- Nutrizione
- Gestione paziente anziano
- Cure palliative
- Problemi internistici del paziente oncologico
- Gestione farmaci
- Diagnostica anatomopatologica
- Raccomandazioni generali per le vaccinazioni nei pazienti oncologici pubblicate nel 2022