INCLUDEPICTURE "http://www.asl.ivrea.to.it/imgHome/LogoAslTO4.gif" * MERGEFORMATINET

A.S.L. TO4

Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dei TUMORI DEL COLON-RETTO

ASL TO 4

(Ciriè, Chivasso, Ivrea)

1 gennaio 2019

Revisione periodica biennale

Oncologica		
Responsabile S.S. Qualità	Dott. Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dott. Oscar Bertetto	

Responsabilità CAS Aziendale - ASLTO4

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani Direttore S.C. Oncologia dell'ASL TO4 - Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo ASL TO4	

Il CAS Aziendale dell'ASL TO4 si articola su tre sedi di cui si riporta l'organizzazione:

Responsabilità CAS – sede di Ivrea/Cuorgnè

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Sebastiano Bombaci Responsabile S.S.D. DH di Oncologia Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia /SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Ivrea	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Cuorgnè	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuorgnè	

Responsabilità CAS – sede di Chivasso

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Enrica Manzin Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Chivasso	
Referente Infermieristico	Katia Barberis C.P.S.I.. DH Oncologia dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS – sede di Ciriè / Lanzo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Lucia Grassi Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Ciriè/Lanzo	
Referente Infermieristico	Gianna Rocchia C.P.S.E. DH Oncologia dell'Ospedale di Ciriè	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Colon-Retto / Stomaco

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Luca Panier Suffat S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Ematologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Roberto Freilone S.S.D. Oncoematologia Chivasso-Ciriè-Ivrea	
Referente Infermieristico	Luca basso della Concordia C.P.S.E. D.H. Oncoematologico dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Mammella

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Guido Mondini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Chiara Perri C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea Donatella Salvetti C.P.S.I. Screening Mammografico – SSD Senologia di Strambino	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea Maria Grosso Assistente Amministrativo – Screening mammografico – SSD Senologia di Strambino	

Responsabilità CAS liquido Tumori Pelle

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Franca Garetto S.C. Chirurgia Ivrea / Cuorgnè	
Referente Infermieristico	Loretta Vernetti C.P.S.I. DS chirurgico dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuorgnè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Testa/Collo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Libero Tubino S.C. ORL ospedale di Chivasso/Ivrea	
Referente Infermieristico	Patrizia Iannarone C.P.S.I. Coordinatrice Dipartimento Chirurgico ASL TO4	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS liquido Tumori Tiroide

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Ivan Iettini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Urologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Carlo Baima S.C. Urologia Ciriè / Ivrea / Chivasso	
Referente Infermieristico	Gianfranco Coppa Boli C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020

Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Sito Internet del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle D' Aosta: www.reteoncologica.it > area cittadini > Centro Accoglienza e Servizi (CAS) > Torino Nord > ASL TO4 Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ivrea/Cuorgnè

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Cristina Bosco
Direzione Distretto Ivrea	Poliambulatorio “Comunità”, Via N. Ginzburg 7/9, Ivrea	Dr.ssa Paolina Di Bari
Direzione Distretto Cuorgnè	Piazza G. Viano "Bellandy" 1,Cuorgnè	Dr.ssa Lavinia Mortoni
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ivrea	Dr Bruno Scapino
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Ivrea / Cuorgnè	Dr Lodovico Rosato
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Ivrea / Hospice Salerano	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Ivrea	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ivrea	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ivrea	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ivrea	Dr Fabrizio Bogliatto
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ivrea	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Claudio Geda
Oncodermatochirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia Medica	Ospedale Ivrea	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ivrea	Dr Alessandro Vigo
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Lionella Lovato
Radioterapia	Ospedale di Ivrea.	Dott.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ivrea / Ciriè	Dr Carlo Bono
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio
Terapia antalgica	Ospedale di Ivrea	Dr Massimo Vallero
Urologia	Ospedale di Ivrea	Dr Luca Bellei

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Chivasso

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Chivasso	Dr Alessandro Girardi
Direzione Distretto Chivasso / San Mauro	Chivasso: Via Po 11 San Mauro Torinese: Via Speranza 31	Dr MauroTrioni
Direzione Distretto Settimo Torinese	Via Leinì 70, Settimo Torinese	Dr Giovanni Caruso
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Chivasso	Dr Enzo Castenetto
Breast Unit	Ospedale di Ivrea / Ospedale di Chivasso	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Adriana Ginardi
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Chivasso / Hospice Foglizzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Chivasso	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Luciano Leidi
Laboratorio Analisi	Ospedale di Chivasso	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr. Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Chivasso/Ivrea	Dr Claudio Geda
Oncodermatochirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Chivasso	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Chivasso	Dr Fabio Stefano Timeus
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Bisanti
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Chivasso – Settimo – San Mauro	Dr.ssa Carla Bena
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Stefania Spinardi
Terapia antalgica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Paola Bagnasacco
Urologia	Ospedale di Chivasso	Dr Salvatore Treffiletti

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ciriè / Lanzo

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ciriè	Dr Angelo Scarcello
Direzione Distretto Ciriè	Via G. Mazzini 13, Ciriè	Dr.ssa Marisa Spaccapietra
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia generale	Ospedale di Ciriè	Dr Eraldo Personnettaz
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Lanzo / Hospice Lanzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	Ospedale di Ciriè	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Cirie/lanzo	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ciriè	Dr Mario Gallo
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ciriè	Dr Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale di Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ciriè	Dr Diego M. Papurello
Oncodermatochirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Ciriè	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ciriè	Dr Adalberto Brach
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ciriè	Dr Aldo Cataldi
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ciriè - Lanzo	Dr Ferdinando Di Maso
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ciriè / Lanzo	Dr.ssa Rossana Bazzano
Terapia antalgica	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Urologia	Ospedale di Ciriè	Dr Daniele Griffa

Contesto epidemiologico

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Organizzazione ospedaliera e territoriale	5 Ospedali: • Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris 3, tel. 011 9176666 • Ospedale di Ciriè, Via Battitore 7/9, tel. 011 92171 • Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza 2, tel. 0125 4141 • Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti 5, tel. 0124 654111 • Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca 30, tel. 0123 300611 5 sedi principali di Distretto: • Distretto Ciriè, Via G. Mazzini 13, tel. 011 9217530-532 • Distretto Chivasso – San Mauro – Chivasso, Via Po 11, tel. 011 9176526 – San Mauro Torinese, Via Speranza 31, tel. 011 8212403 • Distretto Settimo Torinese, Via Leinì 70, tel. 011 8212226 • Distretto Ivrea, Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, tel. 0125 414449/537 • Distretto Cuorgnè, piazza G. Viano "Bellandy" 1, tel. 0124 654125
Numero di nuovi casi/anno con tumore afferente all'azienda (potenziale utenza CAS)	Nell'ASL TO4, su una popolazione di circa 520.000 residenti, la potenziale utenza per le tre principali neoplasie è di: — 510 nuovi casi di tumore del colon retto, — 500 nuovi casi per tumore della mammella, — 415 nuovi casi di tumore del polmone. Il sistema informatico aziendale (Trakcare) consente di valutare l'incidenza per gruppi di patologie neoplastiche che afferiscono all'ASL TO4

Centro Accoglienza Servizi: modalità di accesso e di funzionamento

SEDE	– Ivrea/Cuorgnè, – Chivasso, – Ciriè-Lanzo Centri HUB per patologia oncologica: Urologica (SC Urologia Ciriè, Ivrea); Colon Retto / Stomaco, Tiroide, Mammella e Cute (SC Chirurgia Ivrea/Cuorgnè); Testa Collo (SC ORL Chivasso); Oncoematologia (SSD Ematologia Ciriè, Ivrea, Chivasso)

Descrizione del CAS di CHIVASSO Sede: **Ospedale di Chivasso,** Corso Galileo Ferraris n° 3	**Referente Clinico:** Dr.ssa Enrica Manzin **Referente Infermieristico:** CPSI Katia Barberis **Referente Amministrativo:** Sig.ra Lidia Nigro **Psiconcologo**: Dr.ssa Amanda Panebianco **Assistente Sociale**: Dr.ssa Spinardi Stefania **Contatti:** **CAS Chivasso:** ricevimento, piano terra Edifico Monumentale Ospedale di Chivasso, da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30; Tel. 0119176 481/137; e-mail:cas.chivasso@aslto4.piemonte.it **C.A.S. Tumori Testa-Collo:** Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Otorinolaringoiatria (Direttore: Dr Libero Tubino); accesso diretto dall'ambulatorio di ORL – tel. 0119176444. **C.A.S. Tumori Ematologici:** Centro di Riferimento (HUB) c/o S.S. di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia: da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30 / tel. 0119176 481/137; e-mail: oncologia.chivasso@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di CIRIE' / LANZO Sede: **Ospedale di Ciriè,** Via Battitore n°7/9 - 10073 **Ospedale di Lanzo,** Via Marchesi della Rocca n° 30 - 10074	**Referente Clinico:** Dr.ssa Lucia Grassi **Referente Infermieristico:** CPSE Gianna Rocchia **Referente Amministrativo:** Sig. Michele Versace **Psiconcologo**: Dr.ssa Barbara Salvino **Assistente Sociale**: Dr.ssa Rossana Bazzano **Contatti:** **CAS Ciriè:** ricevimento, III piano ospedale di Ciriè, da lunedì a venerdì 8.30 – 12,30; Tel. 0119217943 (dalle 11.30 alle 13.30); e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it **CAS Lanzo:** ricevimento, II piano ospedale di Lanzo, il martedì e mercoledì 8.30 – 12.30. Tel 0123300658; e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it **C.A.S. Tumori Urologici:** Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/ Ivrea; Referenti Dr Carlo Baima e Dr Daniele Griffa; accesso diretto dall'ambulatorio di Urologia – tel. 0119217463; cbaima@aslto4.piemonte.it, dgriffa@aslto4.piemonte.it **C.A.S. Tumori Ematologici:** Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia; da lunedì a venerdì 9.30–13.00; tel. 0123300675; cas.cirie@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di IVREA / CUORGNE' Sede: **Ospedale di Ivrea,** **Piazza della Credenza n° 2 - 10015** **Ospedale di Cuorgnè,** **Piazza Mussatti n° 5 - 10082**	**Referente clinico:** Dr Sebastiano Bombaci **Referente Infermieristico**: CPSE Gianna Regis **Referente Amministrativo:** Sig.ra Rosaria Mione **Psiconcologo**: Dr.ssa Daniela Bardelli **Assistente Sociale**: Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio **Contatti:** **CAS Ivrea:** ricevimento, I piano sotto ospedale di Ivrea blocco G, da lunedì a venerdì 9.00–12.30/14.30-16.00; telefono: 0125414229; e-mail: cas.ivrea@aslto4.piemonte.it **CAS sede Cuorgnè:** ricevimento, III piano ospedale di Cuorgnè, martedì, mercoledì e giovedì 9.00–13.00; telefono: 0124654221; e-mail: dhmultispecialistico.cuorgne@aslto4.piemonte.it **C.A.S. Tumori Colon-retto / Stomaco**:

	Cento di riferimento (HUB) c/o SC Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Lodovico Rosato, lrosato@aslto4.piemonte.it / Referente: Dr Luca Panier Suffat, lpanniersuffat@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Endoscopia, Ambulatorio di Chirurgia, Coloproctologia, Gastroenterologia, Oncologia- tel 0125414328/243/292; **CAS Tumori Mammella (breast unit):** Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Ludovico Rosato / Coordinatore Breast Unit Dr Guido Mondini, gmondini@aslto4.piemonte.it / Responsabile SSD Screening: Dr Sebastiano Patania, spatania@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Screening Mammografico sede di Strambino - Ambulatorio di Chirurgia Senologica, 0125414328/243/292/605, Oncologia tel 0125414229 **CAS Tumori Ematologici:** Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile Dr Roberto Freilone) con accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia. Telefono: 0125414229 **C.A.S Tumori Tiroide:** Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr Ivan Lettini, ilettini@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, ambulatorio di Endocrinochirurgia e Endocrinologia – tel. Tel 0125 414328/243/292 **C.A.S. Tumori della Pelle:** Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr.ssa Franca Garetto, fgaretto@aslto4.piemonte.it). SEDE: Ospedale di Cuorgnè, con accesso diretto da CUP, ambulatorio di Chirurgia, Dermatochirurgia e Dermatologia – tel. 0124654277/216/284/283 **C.A.S Tumori Urologici:** Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/Ivrea , Referenti: Dr Luca Bellei, lbellei@aslto4.piemonte.it, Dr Massimo Ollino, mollino@aslto4.piemonte.it); accesso diretto dall'ambulatorio di urologia tel. 0125/414922
Prenotazione visita CAS	Prenotazione visita diretta presso i CAS
Chi può prenotare Visita e con quali modalità	- Medico di Medicina Generale (MMG) tramite impegnativa intestata al paziente, - Specialista / medico che effettua la diagnosi / Componente del GIC / Screening tramite impegnativa intestata al paziente, - Altra S.C. (paziente ricoverato), tramite richiesta interna intestata al paziente, - Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.), tramite richiesta interna intestata al paziente,
Modalità di erogazione 0.48	Presso i tre principali punti CAS di Ivrea/Cuorgné, Cirié/Lanzo, Chivasso e il Centro Screening di Strambino è presente un operatore amministrativo abilitato al rilascio dell'esenzione ticket 0.48 per patologia oncologica. Questa deve essere prescritta dal Medico che effettua la visita CAS ed è opportuno che la richiesta venga annotata anche sul referto della visita CAS (…" *in data odierna, si rilascia contestuale esenzione 048*"), L'operatore amministrativo, ricevuta la richiesta redatta dal medico CAS, inserisce i dati nel sistema e, contestualmente, rilascia la relativa certificazione dell'esenzione, che è immediatamente valida.
Registro degli accessi CAS	Tutte le prestazioni CAS vengono registrate e refertate con Trakcare® con firma digitale del medico CAS. Al paziente vengono rilasciate tre copie: una da portare al proprio Medico di Medicina Generale, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente
Archivio esami istologici	Tutti gli esami istologici vengono archiviati nelle schede oncologiche, visualizzabili sul sistema informatico Trakcare e disponibili, inoltre, presso l'archivio della S.C. Anatomia Patologica.
Compilazione scheda complessità	A cura dell'infermiere durante la prima visita CAS, se il paziente è disponibile a compilarle in quel momento
Compilazione scheda G8 per i pazienti	non effettuata perché presso l'ASL TO4 è assente il servizio di oncogeriatria

anziani	

Nell'ambito della visita CAS le tre figure (medico, infermiere, amministrativo) che vi partecipano assolvono ai seguenti compiti:

- **Valutazione medica**

  Lo specialista che visita il paziente effettua:

  - Inquadramento clinico e diagnostico in applicazione del PDTA specifico di patologia.
  - Redige il referto della visita CAS (codice 89.05) che viene consegnato al paziente in tre copie: una da portare al MMG che lo ha in cura, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente.
  - Attribuzione del codice di esenzione 0.48 in caso di patologia oncologica accertata o fortemente sospetta.
  - Indirizza il caso al GIC di riferimento appena è completato il percorso diagnostico e sono disponibili le informazioni sufficienti per impostare il programma terapeutico secondo il PDTA in uso.
  - Procede alla compilazione diretta delle richieste, se sono indicate prestazioni in regime ambulatoriale.
  - Informa e indirizza il paziente, nel rispetto delle sue decisioni, presso i Centri di Riferimento (Hub) Aziendali (Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Qualora le cure non possano essere garantite nell'ambito del Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4, indirizza il paziente presso i Centri di Riferimento della Rete Oncologica Regionale prendendo i necessari contatti.
  - Si accerta che il percorso di cura proposto, accettato e condiviso dal paziente, sia coordinato, appropriato e tempestivo,
  - Affida il paziente al Servizio di Cure Palliative, qualora le condizioni cliniche riscontrate non consentano di proseguire il percorso diagnostico-terapeutico.

- **Valutazione infermieristica**

  L'infermiere che partecipa attivamente alla visita CAS[1] si cura di:

  - Compilare, durante il colloquio a cui è presente sempre anche il Medico, la scheda di valutazione bio-psico-sociale e quella di fragilità familiare. Questa attività deve essere svolta con il consenso del paziente, il quale deve esser disponibile a collaborare in questo contesto.
  - Contattare direttamente l'Assistente Sociale di riferimento, se dal colloquio emergessero criticità in ambito sociale; ovvero la Psicologa, se, invece, si evidenziassero problematiche di tipo psicologico. Nell'ASL TO4 è attivo in modo uniforme su tutto il territorio il Progetto Protezione Famiglia. Se dalla compilazione dell'apposita scheda emergono delle fragilità familiari, viene contattato il Referente che valuta la strategia migliore per la presa in carico.
  - Compilare la scheda di valutazione del patrimonio venoso che viene predisposta all'inizio del percorso o, più specificatamente, quando si prospetta un utilizzo importante e prolungato della terapia infusionale. In questo caso, attiva le procedure per il posizionamento di un catetere venoso centrale.

- **Valutazione amministrativa**

  L'operatore amministrativo è parte attiva nell'ambito della visita CAS. Egli svolge le seguenti funzioni garantendo che il percorso avvenga in modo rapido e senza interruzioni:

  - Inserimento dei dati del paziente sulla scheda di Trakcare
  - Rilascio dell'Esenzione Ticket 0.48
  - Prenotazione delle prestazioni previste
  - Prenotazione della visita successiva
  - Registrazione delle procedure pendenti e avviso al paziente
  - Riferimento per eventuali ulteriori richieste telefoniche o dirette da parte dell'utenza, secondo gli orari e le modalità stabilite.

[1] La Rete Oncologica ha predisposto un documento consultabile nel sito: http://www.reteoncologica.it/area-operatori/infermieri/linee-di-indirizzo-e-documenti/2332-scheda-profilo-competenze-infermiere-del-centro-accoglienza-servizi-cas

Modalità di programmazione di esami e procedure

Procedure	Sede e denominazione del Servizio	Modalità di accesso e prenotazione
Esami di Laboratorio	Laboratorio Analisi ASL TO 4 Sede: Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè Cuorgnè, Rivarolo, Castellamonte, Caluso, Settimo, Caselle	Accesso diretto. Il paziente si reca presso Centri Prelievi con impegnativa prescritta durante la visita CAS, senza prenotazione
Radiologia Tradizionale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ivrea Ospedale e Poliambulatorio, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Castellamonte, – Ospedale Cuorgnè, – Poliambulatorio Caluso, – Ospedale Settimo	Rx torace: previsti giorni predefiniti senza prenotazione. Altre Rx tradizionali: vengono prenotate direttamente dal personale amministrativo del CAS
Attività agobioptica microinterventistica	S.C. Anatomia Patologica ASL TO4 Servizio di Radiologia ASL TO4 Sedi Ivrea, Chivasso e Ciriè	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica. prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Ecografia	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Cuorgnè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
TC	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ciriè, – Ospedale di Cuorgnè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. La richiesta è un'impegnativa che contiene le indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
RMN	Servizio di Radiologia ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Alla richiesta è associata impegnativa con indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico. Tale richiesta prevede anche un questionario dicotomico, riservato a diversi quesiti (presenza di pacemaker e di dispositivi metallici, claustrofobia), compilato e firmato dal paziente. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Radiodiologia interventistica	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4 / TO2 / Città della Salute: – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea, – San Giovanni Bosco di Torino – Ospedale Molinette di Torino	Tali esami sono valutati congiuntamente con il Radiologo che valuta la fattibilità delle procedure. Se confermata l'indicazione, si effettua la prenotazione da parte del medico del CAS tramite ricetta elettronica.
PET/TC con FDG e Colina, Gallio	ASL VDA, Città della Salute, Istituti privati convenzionati	Esame direttamente prenotato dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora le modalità di preparazione.
Scintigrafia ossea	Servizio di Medicina Nucleare ASL TO4, presso l'Ospedale di Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS , prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.

ECG	Cardiologia ASL TO 4: Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè, Cuorgnè	Esame effettuato con accesso diretto, senza prenotazione con ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Ecocardiogramma	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Endoscopia digestiva	Servizio di Gastroenterologia ASL TO4, Ivrea, Cuorgnè, Chivasso, Ciriè e Endoscopia Chirurgica Ivrea ERCP c/o l'ospedale di Ivrea e, in casi particolari, c/o Ospedale "G. Bosco"	Esami prenotati direttamente dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici. Vi sono dei posti dedicati.
Colonscopia virtuale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: — Ospedale Ciriè, — Ospedale Chivasso, — Ospedale Ivrea.	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico Radiologo. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Broncoscopia	Servizio Pneumologia sede di Lanzo Servizio Endoscopia Chirurgia di Ivrea Per esami di secondo livello: Broncologia/Pneumologia dell'Ospedale San Luigi di Orbassano e San G. Bosco di Torino	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico endoscopista. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Spirometria	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Posizionamento di catetere venoso centrale / PICC	Servizio anestesia: – Ospedale Chivasso – Ospedale Ciriè/Lanzo – ospedale Ivrea/Cuorgnè	La procedura è richiesta dal medico del CAS e prenotata dall'infermiere previa ricetta elettronica. Il paziente, ricevute le informazioni relative a procedura, indicazioni cliniche e possibili rischi, esprime il suo consenso o il diniego. Devono essere raccolte alcune note anamnestiche: allergie, comorbidità, terapie assunte, valore della coagulazione, Rx o TC torace). Nella sede di Ivrea il posizionamento del CVC PORT é preceduto da una visita anestesiologica. Il PICC è posizionato solo a Chivasso e a Ivrea. Al paziente viene comunicato l'appuntamento.
Visita Chirurgica	S.C. di Chirurgia: – Ospedale di Chivasso – Ospedale di Ciriè – Ospedale di Ivrea – Ospedale di Cuorgnè – Poliambulatorio di Caluso – Poliambulatorio di Rivarolo	Visita urgente con accesso diretto. Visite differibili prenotate dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Dermatochirurgica	S.C. di Chirurgia: - Ospedale di Ivrea - ospedale di Cuorgnè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Senologia Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Endocrino Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Oncologica	S.C. di Oncologia: Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuorgnè, Lanzo/Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS..
Visita Radioterapica	Radioterapia ASL TO4 sede di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita dietologica	Servizio Dietologia ASL TO4 Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuorgnè, Lanzo//Ciriè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita terapia antalgica	Servizio anestesia: Ospedale Chivasso Ospedale Ciriè/Lanzo Ospedale Ivrea/Cuorgnè	Visita urgente con accesso diretto. Visita programmata, prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Cardiologica	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Esami prenotati dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Vi

		sono dei posti dedicati.
Visita Diabetologica	Diabetologia ASL tO4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Pneumologica	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Ematologica	S.S. Ematologia Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ORL	S.C. ORL sede Chivasso	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ginecologica	S.C. Ginecologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Urologica	S.C. Urologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Altre procedure	Presso varie sedi ASL	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente

Modalità di accesso ai GIC

GIC	SEDE	Modalità Prenotazione
Mammella	Ivrea: venerdì dalle 14.30 presso CAS Oncologico: Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese al mese dalle ore 14.30	Prenotati dalle sedi CAS: Screening mammografico di Strambino, Diagnostica mammografica di Ivrea, Oncologia Ivrea – Ciriè - Chivasso, Chirurgia Ivrea - Chivasso.
Stomaco/Colon Retto	Incontro settimanale, il mercoledì, c/o studio medici Radioterapia, Ivrea GIC plenario, ogni primo martedì del mese per discussione di casi di particolare rilevanza clinica e per aspetti organizzativi, c/o studio medici reparto di Chirurgia di Ivrea. Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30 Chivasso: quindicinale, giovedì dalle14,30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea o CAS Oncologico sede di Chivasso, Ciriè
Gastrointestinali (esofago, Epatocarcinomi, Pancreas)	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati c/o CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Toraco-Polmonare	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico di Chivasso e di Ciriè
Urologici	Ivrea: giovedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 1° e 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso Prenotati al CAS Oncologico sede di Ciriè
Ginecologico	Torino presso Ospedale Gradenigo come GIC Interaziendale due martedì alterni al mese alle ore 14,30 Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati presso la Ginecologia di Ivrea Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Testa-collo	Ivrea: martedì dalle 14.30 Chivasso: a giovedì alterno (preferibilmente 1° e 3° giovedì del mese) dalle 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso
Tumori cutanei	Ivrea: il 1° e 3° mercoledì dalla 12.00 in Dermatologia Cuorgnè: 2° e 4° giovedì del mese dalle 14.00	Prenotati al CAS di Ivrea e Cuorgnè
Tiroide	Ivrea: l'ultimo venerdì di ogni mese	Prenotati al CAS Tiroide
Ematologici	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: giovedì dalle 14.30 Ciriè : lunedì dalle 14.30	Prenotati c/o CAS ematologico di Ivrea, Chivasso e Ciriè
Sarcomi, Neuroendocrini, Tumori rari	Ivrea: il mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/Cas oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
GIC Neuro-oncologici	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Cure Palliative	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè

Invio presso i Servizi Sociali

Criteri	Segnalazione diretta all'Assistente Sociale Ospedaliera o, attraverso la mini équipe, segnalazione al Progetto Protezione Famiglia.
Modalità invio	Tutte le figure operanti all'interno del CAS (medico, infermiere, amministrativo), possono, qualora se ne ravvisi la necessità sulla base dell'apposita scheda compilata dall'infermiere, informare il paziente sulla possibilità di accesso al Servizio Sociale Ospedaliero (SSO). Il SSO, acquisita la segnalazione, provvederà alla presa in carico in sede di mini équipe. Qualora necessario, in collaborazione con l'associazione FARO, per il Distretto Ciriè/Lanzo, con l'associazione SAMCO, per il Distretto di Chivasso/Settimo, e con l'Associazione Orizzonte, per il Distretto Ivrea/Cuorgné, si attiverà il Progetto Protezione Famiglia. Se non attivabile il Progetto Protezione Famiglia, il paziente viene inviato esclusivamente al Servizio Sociale Ospedaliero
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	In caso di consenso positivo, la persona da assistere viene segnalata attraverso l'apposito modulo di richiesta. La presa in carico deve essere segnalata anche ai Servizi Sociali e alle Strutture Semplici Cure Domiciliari territorialmente competenti e al Medico di Medicina Generale a cura del CAS.

Invio presso il Servizio Psicologia della Salute degli Adulti – Ambulatorio di Psiconcologia

Criteri	– Invio da parte degli operatori sanitari – Libero accesso Somministrazione della scheda di complessità che indica la priorità di presa in carico
Modalità invio	– Libero accesso: contatto diretto con l'ambulatorio da parte dell'utente – Invio effettuato da operatore: Se la persona da assistere concorda con la necessità di presa in carico psicologica, contattare l'ambulatorio di Psicologia Oncologica oppure fornire al paziente il riferimento telefonico affinché possa prendere contatto direttamente
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	L'intervento viene registrato nel percorso del sistema informatico aziendale a cui è abbinata una cartella elettronica del servizio dove vengono registrati i dati specifici del colloquio. Si effettuano prese in carico sia dei pazienti sia dei *caregivers* con format adeguato secondo le esigenze. In presenza di progetti attivi vengono proposti anche interventi di gruppo

Invio presso il servizio di Cure Palliative

Criteri	L'Unità di Cure Palliative viene ordinariamente attivata alla fine del percorso di trattamento attivo (chemio e/o radioterapico, chirurgico). Può, tuttavia, essere interessata alla gestione del caso clinico qualora la neoplasia sia in stadio avanzato già alla diagnosi (MTS viscerali e ossee) o qualora siano presenti sintomi di difficile gestione o si ritenga necessaria l'assistenza domiciliare per la gestione degli stessi
Modalità invio	L'attivazione dell'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) avviene tramite: – richiesta di consulenza di Cure Palliative, se il paziente è ricoverato presso uno dei Presidi Ospedalieri dell'ASL TO4; – partecipazione alla seduta GIC da parte del palliativista, avvisato, anche telefonicamente. per tempo; – invio del paziente a visita ambulatoriale di Cure Palliative, se il paziente ha ancora autonomia sufficiente.
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	Il palliativista registrerà il proprio intervento tramite: – referto su Trakcare, se il paziente è visitato in ambito ambulatoriale o di degenza ospedaliera; – referto su cartella ADI, se il paziente è visitato a domicilio.

Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.)
Colon-retto

Responsabilità Aziendale

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr Lorenzo Ardissone	
Direttore Sanitario Aziendale	Dr.ssa Sara Marchisio	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dr Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dr Giorgio Vellani	
Dirigente SITRA	Dr.ssa Clara Occhiena	
Responsabile Qualità	Dr Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr Lodovico Rosato	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dr Oscar Bertetto	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione GIC Colon Retto

Strutture	Referente	Firma
Coordinazione GIC	Dr Lodovico Rosato lrosato@aslto4.piemonte.it	
Anatomia Patologica*	Dr.ssa Erika Comello *(referente)* ecomello@aslto4.piemonte.it Dr Renzo Orlassini rorlassino@aslto4.piemonte.it Dr Federico Vittone fvittone@aslto4.piemonte.it	
Anestesia e Rianimazione*	Dott. Bruno Scapino *(Referente)* bscapino@aslto4.piemonte.it Dott. Enzo Castenetto ecastenetto@aslto4.piemonte.it Dott. Giuseppe Roberti groberti@aslto4.piemonte.it	
Chirurgia Generale	Dr Luca Panier Suffat *(referente)* lpaniersuffat@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Adriana Ginardi aginardi@aslto4.piemonte.it Dr Eraldo Personnettaz epersonnettaz@aslto4.piemonte.it Dr Antonio Bergantino abergantino@aslto4.piemonte.it	
Coordinatore infermieristico	CPSE Daniela Anzini *(referente)* danzini@aslto4.piemonte.it CPSI Paola Coppo paola.coppo_1967@libero.it CPSI Elisabetta Nettuno magigi_d@libero.it	
Cure Palliative*	Dr Giovanni Bersano gbersano@aslto4.piemonte.it	
Dietologia*	Dr.ssa Francesca Lorenzin florenzin@aslto4.piemonte.it	
Endoscopia Digestiva*	Dr Franco Coppola *(referente)* fcoppola@aslto4.piemonte.it Dr Gualtiero Jon gjon@aslto4.piemonte.it	
Oncologia	Dr Sebastiano Bombaci (referente) sbombaci@aslto4.piemonte.it Dr Giorgio Vellani gvellani@aslto4.piemonte.it Dr.sa Stefania Cerutti stefania.cerutti@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Giovanna Manuguerra gmanuguerra@ aslto4.piemonte.it Dr.ssa Carla Sculli csculli@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Roberta Volpatto rvolpatto@aslto4.piemonte.it	
Psiconcologia*	Dr.ssa Daniela Bardelli dbardelli@aslto4.piemonte.it	
Radiologia*	Dr.ssa Rina Lionella Lovato *(referente)* rlovato@aslto4.piemonte.it Dr Francesca Bisanti fbisanti@aslto4.piemonte.it Dr Aldo Cataldi acataldi@aslto4.piemonte.it	
Radioterapia	Dr.ssa Cristina Piva *(referente)* Cpiva@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Piera Sciacero psciacero@aslto4.piemonte.it	
Stomaterapisti*	CPSI Gianfranco Coppa Boli (*referente)* gianboli@virgilio.it CPSI Esterina Lubello estrlubi72@libero.it CPSI Luisella Rocca CPSI Patrizia Portalupi urologia.chivasso@aslto4.piemonte.i	
Terapia Antalgica*	Dr Massimo Vallero mvallero@aslto4.piemonte.it	

* Discipline che intervengono al GIC a chiamata e non in modo sistematico

GIC – regolamento

Coordinatore	Dr Lodovico Rosato / tel. 0125 414332 / lrosato@aslto4.piemonte.it
Segreteria	– Assistente amministrativo c/o S.C. Chirurgia/ tel. 0125414328-243 – Assistente amministrativo Signora Sara Mione c/o S.C. Oncologia / tel. 0125 414229 – Assistente amministrativo Signora Lucetta Migliorini c/o S.C. Radioterapia / tel. 0125 414239
Sede, periodicità e orario dell'incontro	– Incontro settimanale, il mercoledì, c/o studio medici Radioterapia, Ivrea – GIC plenario, ogni primo martedì del mese per discussione di casi di particolare rilevanza clinica e per aspetti organizzativi, c/o studio medici reparto di Chirurgia – Visite GIC a Ciriè: quindicinale, martedì dalle ore 14,30 – Visite GIC a Chivasso: quindicinale, giovedì dalle14,30
Modalità di refertazione	Refertazione scritta su Trackcare, con modalità indicata dalla Rete Oncologica, e copia stampata e firmata dai presenti Il referto è stampato in tre copie: una è destinata al Medico di Medicina Generale, una personale per il paziente e una allegata alla cartella clinica
Descrizione sintetica del funzionamento	Discussione di casi clinici riguardanti neoplasie del colon-retto, sulla base del PDTA
Descrizione del percorso assistenziale	Il percorso assistenziale in ambito GIC è curato particolarmente dalla figura dell'infermiere che partecipa attivamente al percorso di cura del paziente. Questi, dopo la valutazione effettuata dal CAS e sulla scorta anche di quelle informazioni, viene accompagnato nel suo percorso di cura, in collaborazione con il personale infermieristico dei Servizi e dei Reparti di degenza. L'infermiere del GIC è, nel nostro caso, anche componente di équipe di reparti di degenza a grosso impatto assistenziale: chirurgia e oncologica. L'infermiere valuta le necessità assistenziali anche al momento della dimissione affinché il periodo di convalescenza venga svolto a domicilio del paziente con la dovuta assistenza di supporto o presso una RSA, se presenti problematiche o fragilità familiari. Qualora il paziente sia portatore di stomia, l'infermiere enterostomista rilascia alla dimissione accurata relazione sulla gestione della stomia, effettua la prescrizione dei presidi appropriati, indica gli appuntamenti presso la sede ambulatoriale per il follow-up della stomia
Medico Medicina Generale	Il Medico di Medicina Generale che assiste il paziente è parte attiva del GIC. Egli può partecipare su richiesta del paziente o sua personale ad ogni fase di elaborazione del gruppo di lavoro del GIC
Associazioni di Volontariato	Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nel gruppo di lavoro del GIC anche rappresentanti di Associazioni di Volontariato
Verifiche, audit e piani di miglioramento	Con scadenza semestrale il Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4 convoca i componenti dei GIC al fine di verificare i risultati in base agli indicatori dati, la corretta applicazione dei PDTA e delle linee guida. Viene predisposto, altresì, un piano di miglioramento per assolvere alle limitazioni evidenziate. Di questi incontri viene redatto apposito verbale. Tra i Componenti del GIC si svolgono audit per monitorare e valutare gli indicatori o specifiche criticità

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero di abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS unico con 3 sedi: Ospedale Ciriè-Lanzo, Ospedale di Chivasso, Ospedale di Ivrea/Cuorgnè CAS colon Retto presso Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea – Centro Hub
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza	GIC con sede ad Ivrea. Per casi selezionati il GIC si riunisce anche presso le sedi di Ciriè e Chivasso

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasie del colon
Neoplasie del retto
Neoplasie dello stomaco

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

*Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017 (**www.aiom.it**)*

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Screening	– Rettosigmoidoscopia – Test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT: *Fecal Occult Blood Test*)	Il programma coinvolge uomini e donne di 58 anni, che ricevono a casa una lettera con la proposta di un appuntamento per la sigmoidoscopia. La popolazione di età compresa tra 59 e 69 anni, invece, riceve una lettera con le indicazioni per il ritiro del materiale necessario all'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Il risultato della sigmoidoscopia è comunicato direttamente agli interessati. Se il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci risulta negativo, l'utente riceve nel giro di poche settimane una lettera che lo rassicura sull'esito. In caso contrario, è contattato dagli operatori del centro di screening.	
Sospetto per comparsa di anemizzazione di n.d.d., sangue occulto o macroscopico nelle feci, alterazioni dell'alvo	Esame colonscopico Colonscopia virtuale[2]	tramite CUP con richiesta del MMG (priorità U/B) o ambulatorio specialistico Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea. Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico Radiologo. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di esecuzione	http://www.aslto4.piemonte.it/trasparenza/TempiAttesaExp.asp?N=166 entro 15 gg
Carcinoma del colon e del retto prossimale (retto alto, >=10-12 cm dalla R.A.)[3]	– Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita, rilascia l'esenzione 0.48.	Prenotazione diretta dal CAS:	entro 10 gg lavorativi

[2] Se sangue occulto positivo e solo in caso di assoluto rifiuto del paziente a sottoporsi a colonscopia ottica (che rimane l'esame di elezione), se colonscopia ottica incompleta per stenosi che impedisce lo studio di tutto il colon o se presenti importanti comorbidità.

	– TC torace -addome con mdc, – esami ematochimici con CEA; – PET in casi selezionati o dubbi di stadio quarto, per stadiazione e valutazione di operabilità	— TC: ospedali di Ciriè, Chivasso, Ivrea, Cuorgnè — Esami ematochimici con accesso diretto, — PET c/o IRMET di Torino o Medicina Nucleare ospedale di Aosta	
Carcinoma del retto medio – basso <10-12 cm dalla R.A.[2]	– Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita, rilascia l'esenzione 0.48. – TC torace – addome con mdc, – esami ematochimici con CEA; – RMN addome inferiore (in alternativa ecoendoscopia rettale) – PET in casi selezionati o dubbi di stadio quarto, per stadiazione e valutazione di operabilità	Prenotazione diretta dal CAS: — TC: ospedali di Ciriè, Chivasso, Ivrea, Cuorgnè, — Esami ematochimici con accesso diretto, — RMN: ospedale di Chivasso — Ecoendoscopia: S.C. di Gastroenterologia (sede di Chivasso) — PET c/o IRMET di Torino o Medicina Nucleare ospedale di Aosta	entro 10 gg lavorativi entro 7 gg
Carcinoma colon –retto stadio IV	– Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita, rilascia l'esenzione 0.48. – TC torace – addome con mdc, – esami ematochimici con CEA; – RMN addome inferiore (in alternativa Ecoendoscopia rettale) – PET in casi selezionati, – determinazione dello stato mutazionale *RAS* e *BRAF secondo le indicazioni cliniche* – *in casi selezionati determinazione instabilità dei microsatelliti e determinazione HER2*	Richiesta diretta alla SC di Anatomia Patologica che fa riferimento alla Biologia Molecolare dell'ospedale Molinette (verificare)	entro 20 gg lavorativi

Descrizione sintetica dei trattamenti

***I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM** versione 2017 (**www.aiom.it**)*

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Carcinoma del colon, del giunto rettosigma e del retto prossimale (retto alto, oltre i 10-12 cm dalla R.A.), Stadio I, II, III	Visita GIC e in base al PDTA: – Emicolectomia destra VLS o con tecnica aperta – Emicolectomia destra allargata VLS o con tecnica aperta – Emicolectomia sinistra VLS o con tecnica aperta – Sigmoidectomia VLS o con tecnica aperta – Resezione anteriore del retto VLS o con tecnica aperta e *nerve-sparing technique*) Con procedura ERAS, se il paziente è arruolabile. Eventuale chemioterapia adiuvante Stadio II in pazienti con fattori prognostici sfavorevoli	Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita e avere rilasciato l'esenzione 0.48, indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro Hub di riferimento per i Tumori del colon –retto dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015) o presso altro Centro ASL come Chivasso o Cirié o fuori ASL, se richiesto dal paziente.	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg. Accesso diretto sec. percorso CAS/GIC e agenda oncologica (circa 7 gg)

3

	(occlusione, perforazione, pT4b, inadeguato numero di linfonodi: <12, invasione vascolare – linfatica e/o perineurale, Grading alto. Secondo lo stato dei microsatelliti). Tutti i pazienti allo Stadio III sono candidabili a ricevere una chemioterapia adiuvante.		
Carcinoma del retto medio – basso entro i 10 – 12 cm dalla R.A. (stadio 0: Tis N0 M0)	Visita GIC e in base al PDTA Escissione locale: – mucosectomia endoscopica – Asportazione chirurgica transanale (TEM) Considerato il numero sempre maggiore di lesioni che vengono asportate endoscopicamente, qualora accada che, dopo l'asportazione completa della lesione, il patologo segnali la presenza di invasione profonda della sottomucosa, classificabile come pT1b, anche con fattori di rischio dovrebbe essere sempre considerata la radicalizzazione chirurgica. La radioterapia può essere presa in considerazione in ambito GIC, (in particolare per il retto medio e basso) solo in caso di assoluto rifiuto del paziente a eseguire la radicalizzazione o in presenza di controindicazioni cliniche all'intervento chirurgico, particolarmente per localizzazioni che prevedano una Miles.	Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita e avere rilasciato l'esenzione 0.48, indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro Hub di riferimento per i Tumori del colon –retto dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015) o presso altro Centro ASL come Chivasso o Cirié o fuori ASL, se richiesto dal paziente.	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg
Carcinoma del retto medio – basso entro i 10 – 12 cm dalla R.A. (stadio I: T1 N0 M0)	Visita GIC e in base al PDTA – Con fattori prognostici favorevoli: Asportazione chirurgica transanale (TEM) – Altrimenti: Resezione anteriore del retto con escissione totale del mesoretto (TME) VLS o con tecnica aperta e *nerve-sparing technique* Con procedura ERAS, se il paziente è arruolabile	Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita e avere rilasciato l'esenzione 0.48, indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro Hub di riferimento per i Tumori del colon –retto dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015) o presso altro Centro ASL come Chivasso o Cirié o fuori ASL, se richiesto dal paziente.	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg
Carcinoma del retto medio – basso entro i 10 – 12 cm dalla R.A. (stadio I: T2 N0 M0)	Visita GIC e in base al PDTA Resezione anteriore del retto con escissione totale del mesoretto (TME) VLS o con tecnica aperta e *nerve-sparing technique.* Per la neoplasie che infiltrano il canale anale e l'apparato sfinterico, candidati a resezione anteriore del retto per via addomino (VLS)-perineale sec. Miles, visita GIC per RT +CT neoadiuvante	Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita e avere rilasciato l'esenzione 0.48, indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro Hub di riferimento per i Tumori del colon –retto dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015) o presso altro Centro ASL come Chivasso o Cirié o fuori ASL, se richiesto dal paziente.	Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg
Carcinoma del retto medio – basso <12 cm dalla R.A. (stadio II, III: **T3 N0 M0** **T4a N0 M0** **T4b N0 M0** **T1-2 N1a-c M0** **T1 N2a M0** **T3-4a N1a-c M0** **T2-3 N2a M0** **T1-2 N2b M0** **T4a N2a-b M0** **T3 N2b M0** **T4b N1-2 M0**	Visita GIC e in base al PDTA – Chemio + Radioterapia neoadiuvante. – I pazienti in Stadio II e III che non abbiano effettuato un trattamento preoperatorio sono candidati a chemio-radioterapia adiuvante. – Eventuale colostomia derivativa VLS o posizionamento di endoprotesi rettale, se sub stenosi. – Rivalutazione GIC – Resezione anteriore del retto con escissione totale del mesoretto (TME) VLS o con tecnica aperta, *nerve-sparing technique* e ileostomia derivativa di protezione.	Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita e avere rilasciato l'esenzione 0.48, indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro Hub di riferimento per i Tumori del colon –retto dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015) o presso altro Centro ASL come Chivasso o Cirié o fuori ASL, se richiesto dal paziente.	Accesso diretto sec. percorso CAS/GIC e agenza oncologica (circa 7 gg) Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato dopo 8-10 settimane dalla fine della terapia neoadiuvante

	– Resezione anteriore del retto per via addomino (VLS)-perineale sec. Miles, se la neoplasia infiltra il canale anale e l'apparato sfinterico Con procedura ERAS, se il paziente è arruolabile		
Carcinoma del colon, del giunto retto-sigma e del retto prossimale (retto alto, oltre i 10-12 cm dalla RA), Stadio IV	Visita GIC. Chemioterapia di I linea +/- agenti biologici (antiEGFR o antiangiogenetici) a seconda dello stato ALL RAS e BRAF Linee successive di chemioterapia +/- agenti biologici nei tumori in progressione dopo un trattamento di I linea e linee successive In casi selezionati, eventuali trattamenti locoregionali sulle metastasi o sul T (chirurgia, RFTA, radioterapia)	Il CAS, dopo avere effettuato la relativa visita e avere rilasciato l'esenzione 0.48, indirizza i pazienti presso l'ospedale di Ivrea (Centro Hub di riferimento per i Tumori del colon –retto dell'ASL TO4 come da Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015) o presso altro Centro ASL come Chivasso o Ciriè o fuori ASL, se richiesto dal paziente.	Accesso diretto sec. percorso CAS/GIC e agenda oncologica (circa 7 gg) Visita chirurgica ad accesso diretto. L'intervento viene realizzato entro un tempo massimo di 30 gg

Follow-up

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle guida AIOM versione 2017 (www.aiom.it)

Il *follow-up* nel carcinoma colo rettale comporta benefici in termini di sopravvivenza. E' necessario integrare il Medico di Medicina Generale nel programma di *follow-up* con specifico coinvolgimento nella sorveglianza delle seconde neoplasie, nell'individuazione degli effetti collaterali tardivi e nella gestione di problematiche psicologiche e sociali del paziente e dei suoi familiari.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico (che include l'esplorazione rettale sempre)	Ogni 4-6 mesi per i primi 3 anni e, poi ogni 6 mesi per i successivi 2 anni.	Oncologia fino al 5° anno + Radioterapia limitatamente ai Ca del retto radio trattati, poi MMG
Esami ematochimici	non vi è evidenza dell'utilità di eseguire periodicamente esami ematici di contro, incluso gli enzimi epatici	
CEA	Se il CEA è elevato alla diagnosi, va ripetuto dopo 4-8 settimane dall'intervento per verificarne la negativizzazione. Deve essere monitorizzato ogni 3-4 mesi per i primi 3 anni e ogni 6 mesi per i due anni successivi, anche nei pazienti con CEA preoperatorio nei limiti della norma.	Oncologia fino al 5° anno poi MMG
Colonscopia	Nei pazienti senza uno studio preoperatorio completo del colon (pazienti operati in urgenza perché occlusi) deve essere eseguita appena possibile, comunque entro 6-8 mesi dall'intervento. La ripetizione dell'esame è consigliata dopo 1 anno dall'intervento; in seguito, dopo 3 anni in assenza di adenomi e, quindi, ogni 5 anni, valutando eventuali comorbilità e l'età.	Presso i Servizi di Endoscopia Digestiva di: — Chivasso — Ciriè — Ivrea
Sigmoidoscopia	Nel carcinoma del retto è indicata l'esecuzione della sigmoidoscopia ogni 6 mesi per i primi 2 anni	Presso i Servizi di Endoscopia Digestiva di: — Chivasso — Ciriè — Ivrea — Cuorgnè — Lanzo
TC Torace e Addome superiore con mdc. Ecografia RMN pelvica Rx torace PET FDG	ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni in funzione dell'entità del rischio. L'ecografia ha una minore sensibilità e può sostituire la TC, preferibilmente con l'impiego di contrasti ecografici, in caso di difficoltà logistiche e nei pazienti non candidabili a ulteriori programmi chirurgici. Per i pazienti in Stadio I, visto il rischio estremamente limitato di ricaduta, può essere raccomandato un programma di sorveglianza che preveda soli esami endoscopici. Nei pazienti sottoposti a metastasectomia, TC Torace Addome con mdc ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e, successivamente, ogni 6-12 mesi fino al quinto anno. TC o RMN Pelvica ogni 6-12 mesi nei primi 2 anni e annualmente nei 3 anni successivi nei pazienti operati per	Presso i Servizi di Radiodiagnostica di: — Chivasso — Ciriè — Ivrea — Cuorgnè

	carcinoma del retto in funzione dell'entità del rischio. Non vi è indicazione all'uso routinario della Radiografia del Torace e della PET FDG	

Altre procedure correlate al *follow-up*

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del *follow-up* specialistico	SI
Consegna della programmazione del *follow-up*	SI
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI

A.S.L. TO4
Azienda Sanitaria Locale

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA)
Colon-retto
(in extenso)

1. PREMESSA

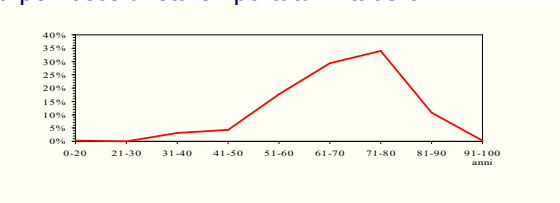
Con la D.G.R. n. 42-7344 del 31 marzo 2014 la Giunta Regionale del Piemonte ha individuato i criteri e i requisiti per l'identificazione dei Centri *Hub* e dei centri *Spoke* della rete oncologica del Piemonte e della valle d'Aosta per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente alle varie tipologie di tumore.
Tra i punti fondanti di questo documento vi è la riorganizzazione dei percorsi di cura, alla luce dell'individuazione dei centri di riferimento per i singoli tumori e la validazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) adottati per ciascun tumore dai singoli Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC).
Per i tumori del colon retto si richiede:
- valutazione della qualità delle prestazioni dei centri di riferimento;
- a ciascun GIC di dotarsi degli strumenti per la raccolta dei dati previsti nel documento sui centri di riferimento quali indicatori di qualità.

Sono previste verifiche dei percorsi adottati per i diversi tumori e iniziative specifiche per migliorare la qualità.
La DGR 51 – 2485 del 23 novembre 2015 nell'Allegato A ha riportato i Centri Hub identificati per le singole patologie tumorali, nell'ambito del Dipartimento Funzionale Interaziendale e interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Per i tumori del colon – retto e per l'ASL TO4 ha indicato l'Ospedale di Ivrea.
Il Direttore Generale dell'ASL TO4 con la deliberazione n. 0210 del 20 marzo 2014 aveva attivato i GIC aziendali e fra questi il GIC Neoplasie del Colon Retto e dello Stomaco, indicandone i componenti, ancorché questi GIC fossero operativi già dal 2002. Il Direttore Generale aveva, inoltre, disposto che l'Azienda si dotasse di adeguato PDTA affinché la persona affetta da neoplasia colorettale fosse presa in carico dal GIC, seguita e accudita per tutto l'iter assistenziale e di cura.

2. DESCRIZIONE DEL PERCORSO PER FASI

2.1. PREVENZIONE

I principali fattori di rischio, che raramente discriminano fra neoplasia del colon e del retto, sono:
- età >50 anni: l'incidenza per fasce di età e riportata in tabella:



- sesso: non differenza di incidenza per la localizzazione colica. A livello rettale leggermente più frequente nel sesso maschile;
- alto consumo di carni rosse e lavorate e basso consumo di frutta e fibre, soprattutto verdura;
- sovrappeso e sedentarietà;
- abuso alcolico e fumo di tabacco;

- presenza di altre patologie: malattie infiammatorie croniche del colon (IBD). Storia di tumore maligno. Polipi del colon;
- fattori genetici.

I sintomi più comuni sono:
- presenza di sangue rosso rutilante o scuro con le feci;
- anemia sideropenica da causa non nota;
- alterazioni dell'alvo di recente insorgenza, tenesmo e senso di incompleta evacuazione;
- dolore addominale o pelvico;
- massa rettale palpabile;
- calo ponderale non altrimenti giustificabile;
- riscontro di Hb positivo nelle feci.

2.1.1. Screening

Nell'ASL TO4 uomini e donne di 58 anni ricevono a casa una lettera con la proposta di un appuntamento per la rettosigmoidoscopia. La popolazione di età compresa tra 59 e 69 anni riceve una lettera con le indicazioni per il ritiro del materiale necessario all'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Il risultato della rettosigmoidoscopia è comunicato direttamente agli interessati, al termine dell'esame, mentre quello del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, se non risulta nulla di sospetto, è comunicato tramite lettera. In caso di positività, i pazienti, previa comunicazione, sono direttamente prenotati per eseguire la colonscopia. Al termine dell'esame viene rilasciato il referto dell'esame eseguito. Se sono asportati polipi o effettuate biopsie, pervenuto il referto dell'esame istologico, il paziente è contattato telefonicamente per fissare un appuntamento con l'endoscopista, che illustra il follow-up successivo.

2.1.2 **SOSPETTO CLINICO** (Flow-chart, Tab. 1)

Nella fase di elezione, prevalentemente, il paziente è inviato dal MMG presso l'ambulatorio di coloproctologia, gastroenterologia o, in presenza di sintomi specifici, direttamente al Servizio di Endoscopia o al DEA. La prenotazione avviene tramite CUP secondo criteri di priorità. Il paziente può essere inviato al Servizio di Endoscopia anche dai reparti di degenza, per approfondimenti diagnostici.
Alla raccolta dell'anamnesi familiare, fisiologica e patologica prossima e remota segue l'esame clinico coloproctologico. Non si considera mai conclusa la visita medica senza l'esecuzione dell'esplorazione rettale e della rettoscopia.
In caso si evidenzino segni/sintomi sospetti per carcinoma colorettale:
- colonscopia con eventuale esame bioptico;
- colonscopia virtuale (se non é possibile effettuare la colonscopia per stenosi che impedisca lo studio di tutto il colon, intolleranza o netto rifiuto del paziente a eseguire la colonscopia ottica, se presenti gravi comorbilità).

L'esame endoscopico viene effettuato in modo diffuso su tutto il territorio dell'ASL TO4 con un servizio organizzato in Rete aziendale con il coordinamento della SC di Gastroenterologia.
La colonscopia virtuale è eseguita dal Dr De Palma, presso la Radiodiagnostica dell'Ospedale di Chivasso.
In caso di accertamento di carcinoma tramite endoscopia e successiva biopsia positiva, il paziente è inviato immediatamente o con procedura urgente al Chirurgo esperto per visita e, da questi, indirizzato al CAS per la presa in carico e per la programmazione degli esami di *staging.*

2.1.3. **DIAGNOSI E STADIAZIONE**

Modalità operative per la stadiazione del carcinoma del colon
La diagnostica, già avviata con esame colonscopico completo + biopsia o eventuale colonscopia virtuale (se non possibile eseguire la colonscopia totale), va completata con:
- TC addome + torace con m.d.c. (se reperti epatici dubbi, ECO addome superiore con m.d.c. o RM del fegato con mezzo di contrasto epatospecifico);
- CEA, emocromo.

Dopo stadiazione (TNM, VII edizione AJCC/UICC – 2010), in ambito GIC si effettua la pianificazione del successivo percorso, alla presenza almeno del chirurgo e dell'oncologo.

La valutazione infermieristica del paziente e la stretta collaborazione con il clinico responsabile sono fondamentali per una corretta impostazione dell'iter terapeutico.

Al momento della comunicazione della diagnosi i principali bisogni assistenziali della persona sono per lo più di natura empatica:

- ansia / paura / senso di impotenza / conflitto decisionale e correlati alle implicazioni della malattia nella vita del paziente, soprattutto per quanto concerne il futuro suo e dei famigliari. Al momento della comunicazione della diagnosi è molto utile la presenza dell'infermiere che, attraverso l'ascolto attivo, l'osservazione, la disponibilità a fornire maggiori chiarimenti sul percorso di cura che dovrà essere intrapreso, può aiutare la persona da assistere ad affrontare l'impatto, spesso improvviso e non previsto con la malattia oncologica,
- disturbo del concetto di sé, correlato alla improvvisa necessità di dovere dipendere da altri che lo stato di malattia può determinare, alla perdita o al rischio di perdita della responsabilità di ruolo, soprattutto per chi è genitore o *caregiver* del coniuge, con un cambiamento dei modelli abituali di responsabilità.

Modalità operative per la stadiazione del carcinoma del retto

La diagnostica, già avviata con esame colonscopico completo + biopsia che deve definire la distanza del margine inferiore del tumore dall'orifizio anale (O.A.), la sua estensione circonferenziale, la presenza di lesioni sincrone o di altre patologie, va completata con:

- esplorazione rettale;
- TC torace e addome (ecografia o RM addome superiore nel dubbio di metastasi epatiche alla TC);
- RM pelvica: deve definire la sede della neoplasia, l'estensione longitudinale, la sua distanza ed i rapporti con l'apparato sfinteriale,l 'eventuale coinvolgimento della fascia mesorettale (MRF+), i rapporti con gli organi limitrofi e la sede, numero dimensione e caratteristiche dei linfonodi sospetti.
- CEA ed esami biochimici generali;
- Ecoendoscopia rettale solo in casi selezionati.
- TC/PET solo in casi selezionati, eseguita presso Centri convenzionati con l'asl To4.

Dopo la stadiazione, è prevista la valutazione in ambito GIC alla presenza almeno di chirurgo, oncologo e radioterapista. La proposta terapeutica viene presentata e illustrata al paziente per informarlo in modo adeguato e per acquisire un preliminare consenso alle cure. A seconda dello stadio del tumore il trattamento di scelta può essere:

- solo chirurgico (con intervento radicale o palliativo);
- chirurgico, preceduto da radioterapia ± chemioterapia con l'intento di ottenere *downstaging*;
- chirurgico, seguito da chemioterapia ± radioterapia;
- solo chemioterapico palliativo;
- solo radioterapico palliativo;
- semplice terapia di supporto.

Modalità operative per la terapia Medica e Radiante Neoadiuvante/primaria nei tumori del retto

La radioterapia (RT) pre-operatoria è raccomandata nei pazienti con carcinoma del retto in stadio II (cT3-T4 N0)o in stadio III(qualsiasi T con N diverso da 0) allo scopo di :diminuire il rischio di recidiva , indurre *downsizing,*, aumentare il tasso di resecabilità di neoplasie voluminose, fisse o parzialmente fisse o in stretta vicinanza alla fascia mesorettale. Per i tumori del retto inferiore l'obiettivo addizionale è quello della preservazione sfinterica L'uso della radio(chemio)terapia(CRT)deve essere considerato in tutti i pazienti con neoplasia del retto basso non candidabili ad escissione locale.(quindi anche i T2 N0) Anche i casi M1 (metastasi epatica/polmonare operabile radicalmente) vengono considerati per il trattamento neoadiuvante. Nel trattamento neoadiuvante viene, in genere, adottata la RT (CRT,ciclo-lungo) 45-50.4 Gy totali in 25-28 frazioni di 1.8 Gy/die, associata a Chemioterapia (CT) concomitante con fluoro pirimidine(infusione continua di 5 Fluorouracile 225mg/mq/die o capecitabina 825 mg/mq bid per os per tutta la durata della RT).

Il *restaging* con esplorazione rettale e RMN pelvica è previsto a 6 -8 settimane dal termine del trattamento neo adiuvante, seguito subito dopo dall'intervento chirurgico.

Può essere adottato lo schema di RT ipofrazionata (5Gy x 5 sedute) sec. Protocollo Svedese, con chirurgia dopo 3-4 gg dal termine della RT, qualora non si miri al *downsizing*, alla preservazione sfinterica e con tumore lontano dalla fascia mesorettale(MRF-). Può essere proposta con l'intento di ridurre solo le recidive ed , in casi selezionati:

- cT3 (MRF-)N0 M0 del retto medio-alto;

- neoplasia ≥ cT3 o N ≠ da 0 con metastasi (Mts) sincrone operabili, dopo CT Neoadiuvante (in genere FOLFOX per 3 mesi);
- cT3-T4 (MRF+)N0-N2 solo in presenza di controindicazioni assolute all' associazione con CT per pesanti comorbilità ;
- pazienti per i quali non sia possibile un trattamento RT di lunga durata per pesanti problematiche legate al trasporto.

Le cure radioterapiche sono prestate presso l'ospedale di Ivrea dalla SC di Radioterapia dell'ASL TO4.

2.1.4. **PRERICOVERO**

Nel processo in elezione, gli esami di *staging,* la diagnostica preoperatoria e la visita anestesiologica sono eseguiti in prericovero.
Il chirurgo che dal CAS riceve il paziente, redige un certificato di visita con le più importanti note anamnestiche, segnala eventuali allergie e/o intolleranze e la diagnosi. Informa, altresì, adeguatamente il paziente sulle indicazioni all'intervento, i vantaggi attesi e i possibili rischi, acquisendone un iniziale consenso e riportandone nota nel certificato di ricovero. Sempre il chirurgo compila il modulo di prericovero, indicando come grado di urgenza "A" e, se trattasi di neoplasia del colon, comunica già al paziente una data di possibile intervento. Nel caso di carcinoma del retto la data del possibile intervento rimane subordinata alla valutazione GIC. Completata la procedura di prericovero, al paziente viene confermata con debito anticipo la data dell'intervento. Gli si lasciano le istruzioni sull'igiene personale, sospensione di eventuali terapie anticoagulanti o antiaggreganti e sulle modalità per eseguire a domicilio, nelle 48 ore antecedenti l'intervento, la preparazione meccanica del colon con glicolpolietilene o similari, se deve essere sottoposto a emicolectomia sinistra o resezione anteriore del retto. Per interventi del colon destro non è richiesta alcuna preparazione intestinale. Tutte queste fasi, se il paziente lo desidera, possono avvenire anche alla presenza di suoi familiari o di persone da esso indicate.

2.1.5. **PROTOCOLLO ERAS**

Se il paziente ha le caratteristiche, può essere proposto per il protocollo ERAS. Il protocollo ERAS Il protocollo ERAS, *Enhanced Recovery After Surgery* ha lo scopo di assicurare un recupero postchirurgico ottimale, un precoce ritorno alla propria vita familiare e un recupero tempestivo delle proprie attività quotidiane. Esso trova applicazione per tutti i pazienti candidati a chirurgia resettiva colorettale per patologia benigna o maligna, sia con approccio open che videolaparoscopico. Se il paziente accetta di aderire al Protocollo ERAS, ha luogo un *counseling* preoperatorio che prevede un momento di incontro tra il paziente stesso e un *team* multidisciplinare costituito sa: chirurgo, anestesista, dietologo e infermiere).

2.1.5. RISTADIAZIONE PRE-INTERVENTO CHIRURGICO (limitatamente al carcinoma del Retto)

I pazienti che hanno eseguito RT ± CT neoadiuvante vengono sottoposti, dopo un intervallo di 6-8 settimane dal termine del trattamento, agli esami di *restaging* atti a valutare la risposta al trattamento:
- Esame clinico con esplorazione rettale;
- RM pelvica;
- Rivalutazione chirurgica.

2.2. RICOVERO IN ELEZIONE, ASSISTENZA INFERMIERISTICA E TRATTAMENTO CHIRURGICO (*Flow-chart*, Tab. 2)

Ricovero il pomeriggio prima della data prevista per l'intervento. Il paziente, all'arrivo, è accolto dall'infermiere che compila anche la cartella infermieristica e gli assegna il letto di degenza.
La valutazione infermieristica del paziente e la stretta collaborazione con il clinico sono fondamentali per una corretta impostazione dell'iter terapeutico. Durante il periodo del ricovero il ruolo dell'infermiere è fondamentale in tutte le fasi come supporto al paziente e ai suoi familiari, per facilitarne il percorso e il rapporto con il personale medico.
Il medico di reparto visita il paziente, redige la cartella e, dopo avere nuovamente e adeguatamente informato il paziente e, solo se questi lo desidera, anche i suoi familiari, ne acquisisce il consenso scritto su apposito modulo personalizzato, ponendo particolare attenzione all'eventuale necessità della stomia.

Se l'emocromo presenta normali parametri, non sono predisposte in previsione dell'intervento sacche di sangue, tranne che l'intervento non sia programmato per via VLS, ma è richiesto il consenso a eventuali trasfusioni, annotando eventuali specifici dinieghi per motivi etici o religiosi. Il paziente completa la preparazione all'intervento secondo la procedura e, se previsto il confezionamento della stomia, effettua un'appropriata valutazione da parte dell'infermiere enterostomista.

Modalità operativa per l'uso della profilassi antibiotica e della malattia tromboembolica

Gli infermieri di reparto, prima che il paziente sia portato in sala operatoria, somministrano la profilassi antitrombotica con EBPM, come da prescrizione medica nella Scheda Terapeutica Unica (STU), e applicano le calze antitrombo. Prima di iniziare le procedure per l'induzione dell'anestesia, la *nurse* d'anestesia somministra la profilassi antibiotica, che è stata inviata dal Reparto di Chirurgia e contrassegnata con etichetta riportante i dati anagrafici e di ricovero del paziente, previo accertamento di prescrizione medica nella STU.

2.2.1. ***Intervento***

Dalla mezzanotte precedente il giorno dell'intervento chirurgico il paziente osserva il digiuno alimentare, mentre può assumere acqua, in modica quantità, fino a 2 ore prima di andare in S.O. (eccetto che il paziente non segua il protocollo ERAS). L'infermiere verifica e applica la corretta procedura di preparazione del paziente chirurgico. Il paziente è accompagnato in S.O. con la sua cartella clinica che include la STU e la Check List.

Posizione del malato sul letto operatorio

Il paziente assume una posizione supina, con decubito dorsale, su lettino operatorio snodabile. Completata l'induzione dell'anestesia generale, si posiziona catetere vescicale e sondino nasogastrico.
In caso di intervento al colon sinistro, elettivamente eseguito in videolaparoscopia (VLS), le gambe devono essere divaricate, leggermente flesse sulle ginocchia, in modo tale che l'ano sia accessibile, e il braccio destro addotto. Va posto, inoltre, uno o due reggispalle per evitare che il malato scivoli durante la posizione di Trendelemburg, oltre a fissare le gambe e le braccia. Le manovre di posizionamento del malato sul letto operatorio vengano seguite personalmente dal chirurgo operatore.

Intervento chirurgico

Asportazione del tumore con adeguato tratto di tessuto sano e congruo numero di linfonodi loco-regionali (almeno 12) ai fini di completamento della stadiazione.
La scelta del tipo di intervento chirurgico, videolaparoscopico elettivamente o laparotomico, dipende dalla diffusione e dalla localizzazione del tumore:

Trattamento chirurgico radicale del colon

a) emicolectomia destra (elettivamente VLS): con legatura all'origine delle arterie ileocolica, colica destra, se presente, e ramo discendente della colica media; può essere estesa al trasverso con legatura dei vasi colici medi;
b) resezione del trasverso o trasversectomia: con legatura della colica media. Può essere preferibile, però, per motivi legati a una sicura vascolarizzazione dei monconi da anastomizzare, eseguire un'emicolectomia destra allargata;
c) emicolectomia sinistra (elettivamente VLS): con legatura dell'arteria mesenterica inferiore all'origine o, preferibilmente negli anziani, dopo l'emergenza dell'arteria colica di sinistra e della vena mesenterica;
d) sigmoidectomia (elettivamente VLS): con legatura dei vasi sigmoidei all'origine o, preferibilmente negli anziani, dell'arteria mesenterica inferiore dopo l'emergenza della colica di sinistra.

Trattamento chirurgico radicale del retto

In base alla distanza del tumore dalla rima anale si valutano le opzioni terapeutiche:

e) resezione anteriore del retto (elettivamente VLS): con asportazione totale del mesoretto o almeno fino a 5 cm dal margine distale del tumore, mantenendo integra la capsula mesorettale, con il risparmio anatomico delle strutture nervose (*nerve sparing*) e salvataggio degli sfinteri (*sphincter saving procedures*). Il margine distale di sicurezza è indicato in 2 cm, ma si tende a considerare utile anche un margine di solo un cm;
f) Amputazione addomino (VLS) - perineale del retto sec. Miles con confezionamento di colostomia definitiva: quando la neoplasia è a ridosso degli sfinteri o addirittura li infiltra;

g) Escissione locale (TEM): in pazienti opportunamente selezionati, con lesioni del retto medio e inferiore, con stadiazione T1 (il paziente è indirizzato presso centri specializzati, in Rete).

Dopo trattamento neoadiuvante, il numero di linfonodi reperibili all'atto operatorio può essere inferiore alle attese e, pertanto, non definito, per una corretta stadiazione.

Trattamento chirurgico palliativo

Ha la finalità di alleviare i sintomi derivanti dalla presenza della massa tumorale, nei casi in cui il tumore stesso sia troppo diffuso e non asportabile completamente.

2.2.2. ***Valutazione anatomopatologica sul pezzo operatorio***

Il chirurgo, applicando la procedura aziendale per la "raccolta, conservazione, trattamento e trasporto del materiale di un campione istologico", compila la richiesta con i dati anagrafici del paziente, il reparto e l'ospedale di provenienza, la descrizione del pezzo operatorio, l'intervento eseguito, le notizie cliniche, il quesito diagnostico e la firma leggibile. I campioni multipli sono identificati, sia sulla richiesta sia sul contenitore, mediante numerazione progressiva. Il pezzo operatorio viene inviato "a fresco". I tempi medi di refertazione sono di circa 8 giorni. Il referto anatomo-patologico comprende, oltre la diagnosi (compatibilmente col materiale in esame), i dettagli diagnostici macroscopici e microscopici previsti dalla check-list redatta secondo le Linee Guida per la diagnostica anatomo-patologica del carcinoma colorettale come da protocolli raccomandati dalla Rete Oncologica.

2.2.3. ***Post intervento***

In presenza di importanti comorbilità o se la durata dell'intervento è elevata o se si rilevano problemi di tipo anestesiologico o di risveglio, il paziente viene trasferito dalla S.O. nell'Area di Terapia Intensiva Rianimatoria. A condizioni stabilizzate o qualora il trasferimento in Rianimazione non fosse ritenuto necessario, il paziente ritorna in reparto (a Ivrea nell'Area di alta-media assistenza chirurgica) per effettuare la degenza post-operatoria che ha una durata media, in assenza di complicanze, di circa 7-10 giorni e durante la quale, tra l'altro, sono effettuati:

- esami ematochimici di controllo;
- valutazione del dolore (*Acute Pain Service*) e analgesia secondo protocollo;
- mobilizzazione e riabilitazione precoce del paziente.

Il paziente a cui si applica il protocollo ERAS segue il percorso previsto.

2.2.4. ***Modalità operative per la gestione stomia***

L'infermiere enterostomista si occupa:

- del disegno preoperatorio, qualora prevista ileostomia o colostomia;
- igiene e apparecchiatura della stomia;
- trattamento e gestione delle alterazioni della cute peristomale.

Prima della dimissione l'enterostomista istruisce il paziente e/o i familiari che lo assisteranno sulle procedure di gestione della stomia. L'ASL TO4 ha istituito un Servizio per la Cura della Stomie, distribuito su tutte le sedi ospedaliere e organizzato in Rete, a cui accedono i pazienti successivamente alla dimissioni e dove vengono prescritte le forniture protesiche e valutati gli eventuali problemi insorti nella cura della stomia.

2.2.5. ***Dimissione***

All'atto della dimissione viene compilata e consegnata al paziente la lettera di dimissione, dove è riportato integralmente l'atto operatorio e dove è anche indicata la data per visita CAS, visita chirurgica di controllo, medicazione e rimozione dei punti di sutura.

2.3. PERCORSO IN EMERGENZA/URGENZA (*Flow-chart*, Tab. 3)

In Pronto Soccorso il paziente, esegue:

- emocromo, glicemia, azotemia, creatininemia, sodiemia, potassiemia, AST, ALT, PT, PTT, numero di dibucaina, colinesterasi, PCR, ECG, Rx torace;
- TC addome;
- visita chirurgica e anestesiologica.

Qualora il quadro clinico non sia definito, ma a paziente stabilizzato, può essere utile, oltre al posizionamento di un sondino nasogastrico, somministrare Gastrografin a fini catartici con l'intento di

sbloccare il quadro occlusivo e consentire una più accurata diagnostica con l'utilizzo dell'endoscopia digestiva. Il Gastrografin è, infatti, iperosmolare, richiamando liquidi nel lume intestinale, e contiene un agente emulsionante, che riduce la tensione superficiale delle feci, facilitandone l'espulsione.
In caso di quadro clinico e diagnostico di occlusione grave: intervento d'urgenza.
Asportata la neoplasia, causa dell'ostruzione, si procede con la ricanalizzazione immediata. Qualora, nel caso di neoplasia del sigma-retto, la notevole discrepanza fra i monconi da anastomizzare sconsiglino l'anastomosi in un tempo, si esegue un intervento secondo Hartmann con resezione del tratto che determina l'occlusione, chiusura del moncone rettale distale e confezionamento di ano terminale sul discendente. In questo caso, la ricanalizzazione VLS, dopo stadiazione al CAS, viene programmata non prima di tre mesi.
Se l'asportazione della neoplasia occludente risulta impossibile o sconsigliabile, stante le gravi condizioni del paziente, si deve prevedere una stomia sul colon o sull'ileo, a monte dell'occlusione. E' possibile, inoltre, preferibilmente nei tumori occlusivi del retto, ma anche in quelli del colon sinistro, risolvere il processo occlusivo tramite il posizionamento endoscopico di *stent* colico. La procedura è indicata in due situazioni:
- palliazione del tumore del colon-retto inoperabile;
- risoluzione dell'occlusione e, dopo stadiazione, intervento in elezione.

2.4. TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO e RADIOTERAPICO

Il trattamento chemioterapico e radioterapico assume particolare importanza nella gestione del paziente con tumore del colon retto, con le specifiche modalità operative di attuazione.

Terapia medica adiuvante nei tumori del colon

- Stadio I: la chemioterapia adiuvante sistemica non è indicata.
- Stadio II: l'indicazione alla chemioterapia adiuvante è tuttora oggetto di valutazione. Ai pazienti con malattia in stadio II con fattori prognostici sfavorevoli (perforazione, pT4, G3, inadeguato numero di linfonodi esaminati: <12, invasione vascolare o linfatica) è corretto proporre una terapia adiuvante anche al di fuori di studi controllati.
- Stadio III (ogni T, N1-2, M0): la chemioterapia adiuvante deve essere iniziata entro 6-8 settimane dall'intervento chirurgico radicale; la durata ottimale del trattamento è di 6 mesi;

Terapia medica e radiante adiuvante nei tumori del retto

I pazienti sottoposti a intervento chirurgico per carcinoma del retto sono valutati in ambito GIC per la terapia adiuvante in funzione dello stadio Anatomopatologico:

- pazienti in Stadio I sec. TNM (pT1-pT2, N0 M0): nessuna terapia adiuvante;
- pazienti in Stadio II sec. TNM (pT3-pT4, N0 M0) o stadio III (ogni T, N1-N2 M0), che non abbiano eseguito trattamento preoperatorio, per RT+CT adiuvante specie se in presenza di fattori di rischio.

Si considerano fattori di rischio:

- mancanza di adeguata escissione del mesoretto;
- presenza di margini circonferenziali coinvolti(CRM+) o con infiltrazione tumorale <=1 mm dal margine stesso;
- exeresi non radicale (R1 o R2);
- tumori ad alto grado di differenziazione (G3);
- asportazione di un numero non corretto di linfonodi (<12);
- perforazione nell'area tumorale.

Unica modalità di erogazione della RT (ciclo-lungo): 45-50.4 Gy totali in 25/28 frazioni di 1.8 Gy /fr. /die con CT concomitante con FU in infusione continua(5 Fu 225 mg/mq/die o capecitabina 825mg/mq/bid per os per tutta la durata della RT.) In alternativa, RT/CT con tecnica "*sandwich*" in cui 2 cicli di CT sono seguiti da RT+CT e, poi, completamento della CT. In presenza di margini positivi è prevista una dose di RT maggiore (54 Gy)

Terapia medica della fase metastatica

In questi pazienti gli obiettivi della terapia sono:

- prolungamento della sopravvivenza;
- palliazione dei sintomi;

- miglioramento della qualità della vita;
- ritardo della progressione della malattia;
- risposta obiettiva al trattamento.

Il trattamento standard è la chemioterapia sistemica, da somministrare, possibilmente, alla prima diagnosi di metastasi/progressione e non al momento della comparsa dei sintomi per i possibili vantaggi in termini di sopravvivenza e di qualità della vita. Nei pazienti in buone condizioni generali, in progressione di malattia, si devono considerare anche trattamenti di seconda, terza linea ed eventuali linee successive
Nei pazienti con metastasi resecabili va valutata l'opzione chirurgica. Se la chemioterapia riduce le dimensioni e il numero delle metastasi, la chirurgia va comunque riconsiderata.

Radioterapia palliativa

La RT palliativa viene in genere utilizzata in pazienti inoperabili e negli stadi M1b (malattia macrometastatica). Gli obiettivi possono essere:

- semplice riduzione del dolore loco-regionale e/o del sanguinamento; in tal caso è prevista la somministrazione di una dose di 30 Gy(3Gy/die x 10 sedute); in alternativa 4 Gy/die per 5/6 frazioni.
- nel tentativo di riduzione della massa tumorale: in casi inoperabili M0 con buon performance status è proponibile una dose di 45 Gy (25 sedute totali)+/-CT.

Deve essere prevista la rivalutazione della risposta entro 3-4 settimane ; in alcuni casi la risposta può rendere possibile la resezione chirurgica, se non possibile la resezione viene valutata la prosecuzione della RT con un sovradosaggio (boost di 10 Gy circa)

2.5. POST RICOVERO e *FOLLOW-UP*

Nel post ricovero: controllo della ferita, rimozione dei punti di sutura, eventuali medicazioni oltre alla gestione della stomia, se presente.
Alla dimissione: appuntamento per visita oncologica dove, in funzione dell'esame istologico, si avvierà il trattamento adiuvante e/o il *follow-up*.
Per il carcinoma del retto la valutazione per la terapia adiuvante avviene nuovamente in ambito GIC.
Il follow-up, limitatamente ai pazienti sottoposti a trattamento con intento curativo, viene effettuato secondo le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro del Dipartimento "Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta" per una durata complessiva di 5 anni e segue, altresì, il progetto "*Follow Up* e stili di vita", con disponibilità di ambulatorio dietologico e corso educazione dedicato.
La modulistica relativa al *follow-up* è consegnata al paziente e al suo Curante dall'Oncologo del CAS che è l'unico referente per il *follow-up* dei pazienti operati per carcinoma del colon. Al contrario, per i pazienti operati di carcinoma del retto e radiotrattati è previsto un *follow-up* alternato Oncologo-Radioterapista.

Modalità operative di *follow-up*

Carcinoma del COLON:
Visita chirurgica post-intervento (entro 40 giorni dal trattamento chirurgico).

- Stadio I:
  - visita oncologica + ECT addome + CEA ogni 6 mesi per i primi 3 anni; ogni 12 mesi per i 2 anni successivi, poi stop;
  - colonscopia entro 12 mesi dalla chirurgia; se *clean* colon, dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni.
- Stadio II e III:
  - visita oncologica + CEA + emocromo ogni 3 mesi per i primi 3 anni; ogni 6 mesi per i 2 anni successivi; oltre il 5° anno visite annuali presso MMG;
  - Rx torace non raccomandato;
  - TC addome (+torace) alternata a ECT addome ogni 6 mesi per i primi 3 anni, annuale al 4° e 5° anno;
  - colonscopia entro 12 mesi dalla chirurgia; se *clean* colon, dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni;
  - PET non raccomandata di routine.

Carcinoma del RETTO

Visita chirurgica post-intervento (entro 40 giorni dal trattamento chirurgico).

- Stadio I:
  - visita oncologica + ECT addome + CEA ogni 6 mesi per i primi 3 anni; ogni 12 mesi per i 2 anni successivi, poi stop;
  - rettoscopia a 6, 18, 24 mesi; colonscopia entro 12 mesi dalla chirurgia; se *clean* colon, dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni.
- Stadio II e III:
  - visita oncologica + CEA + emocromo ogni 3 mesi per i primi 3 anni; ogni 6 mesi per i 2 anni successivi; oltre il 5° anno visite annuali presso MMG;
  - Rx torace non raccomandato;
  - TC torace + addome (alternata a ECT addome) ogni 6 mesi per i primi 3 anni, annuale al 4° e 5° anno;
  - rettoscopia a 6, 18, 24 mesi; colonscopia entro 12 mesi dalla chirurgia; se *clean* colon, dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni.
  - PET non raccomandata di routine.

2.6. CURE PALLIATIVE

In caso di non operabilità e di non indicazioni a trattamento chemioterapico, il Medico Palliativista effettua valutazione clinica del paziente; svolge colloquio con i familiari e i curanti; valuta, in accordo col paziente e i familiari, la modalità assistenziale più idonea (ambulatorio, domicilio, hospice); contatta telefonicamente il MMG del paziente per concordare tempi e modalità di assistenza domiciliare ADI-UOCP; informa il Direttore del Distretto di residenza del paziente.

2.7. Terapia antalgica invasiva

Il trattamento farmacologico è il cardine del dolore oncologico, riuscendo a controllarlo efficacemente in almeno il 90% dei pazienti. Solo una piccola minoranza ha bisogno di ulteriori misure antidolorifiche invasive (cateterini sub aracnoidei, peridurali) che vengono prestate dal Servizio di Terapia Antalgica.

2.8. Supporto psiconcologico

Gli operatori del CAS, in base al PDTA psiconcologico, se individuano indicatori di complessità in area psicologica/psichiatrica e/o sociale e/o assistenziale, attivano lo specialista Psiconcologo per l'individuazione del livello di "impatto sulla vita".

2.9. Trattamento della Recidiva Pelvica M0

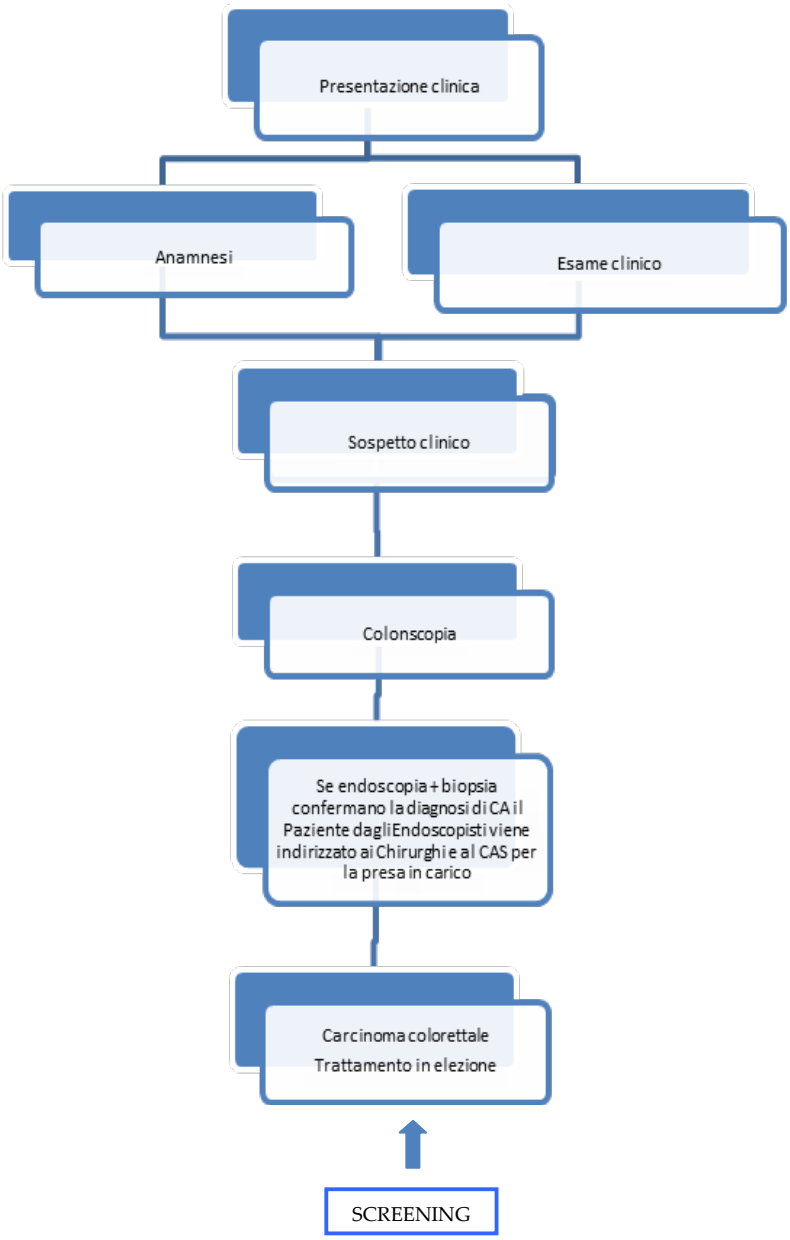
Nel paziente non pretrattato con RT pelvica viene in genere adottata la CT/RT concomitante long-course con restaging dopo 6 settimane per valutare la resecabilità chirurgica. Se resecabile, dopo la chirurgia viene considerata, caso per caso, la opportunità di una CT Adiuvante. Nel caso di non resecabilità eventuale prosecuzione con CT.

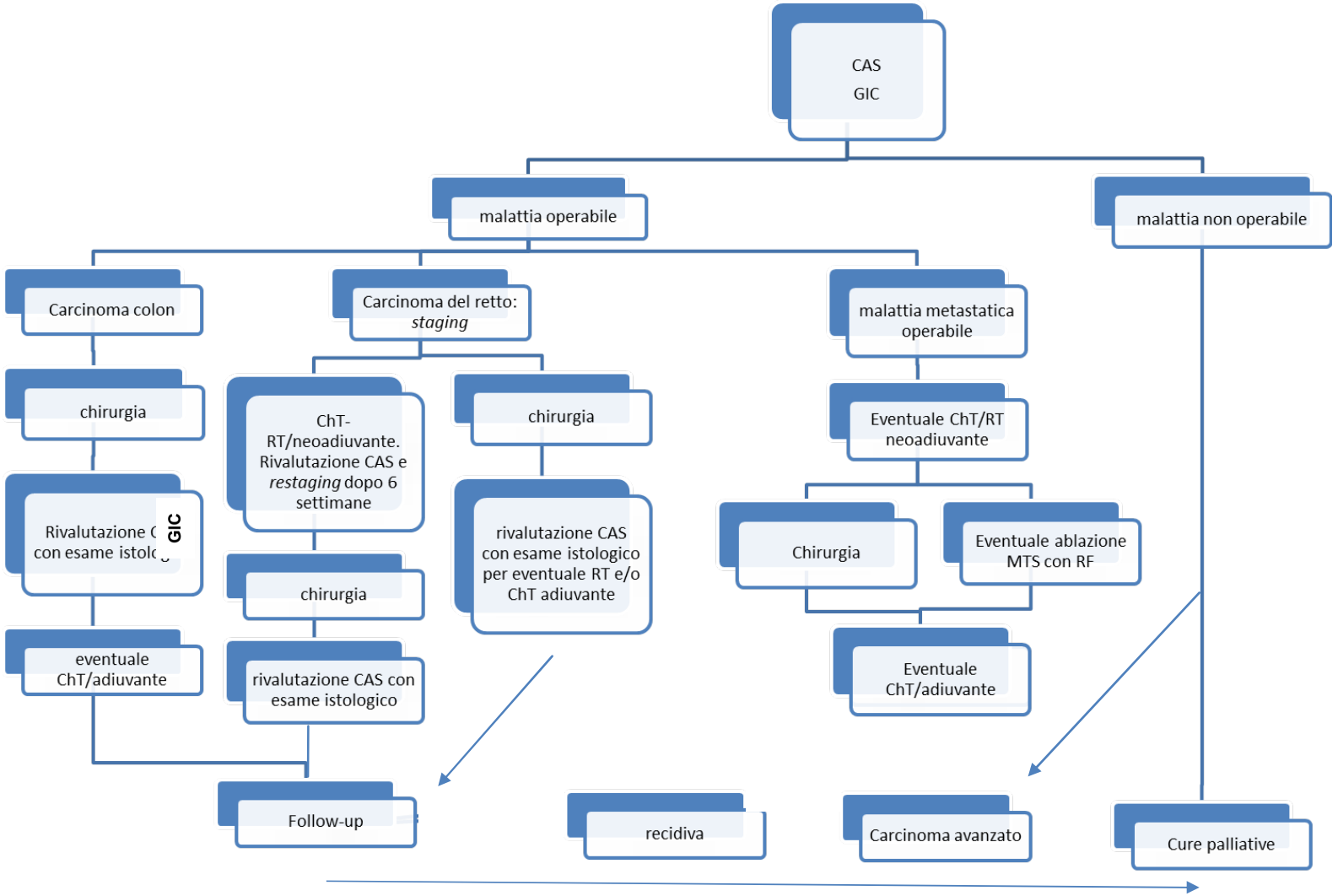
Nel paziente già pretrattato con RT pelvica le opzioni possono prevedere:

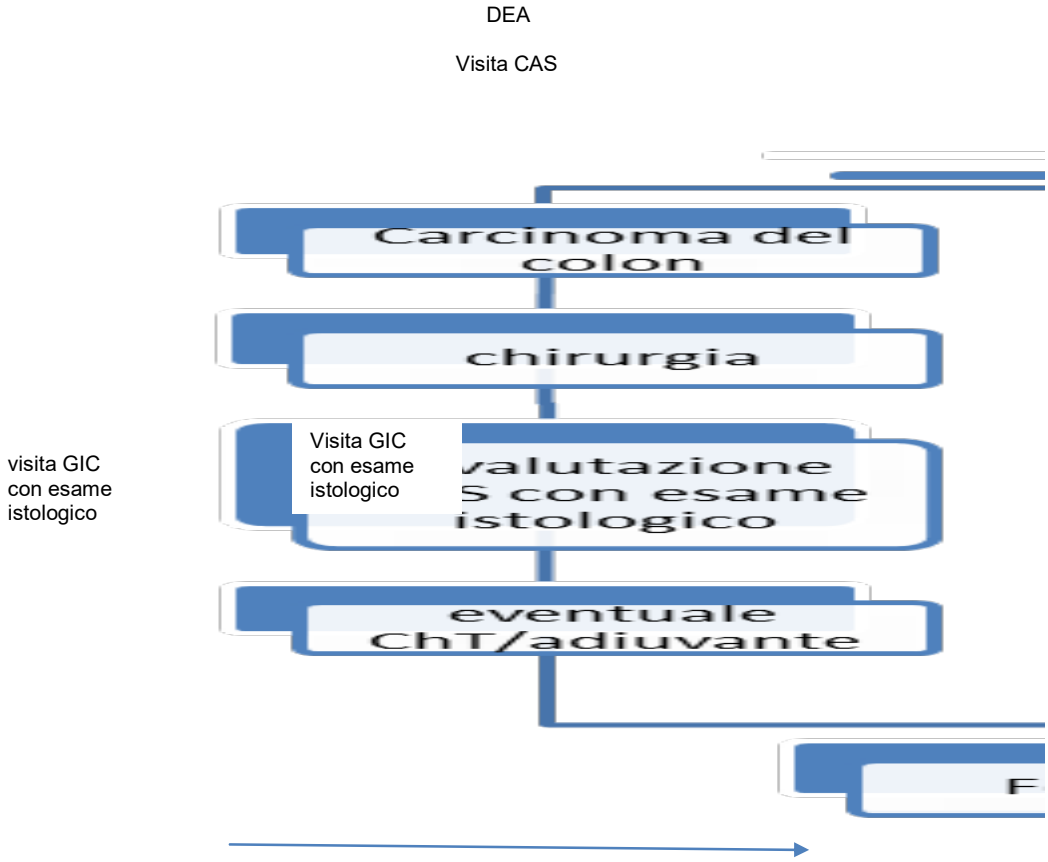
- se resecabile: Chirurgia seguita da CT adiuvante
- se non resecabile: viene valutata la possibilità di un ritrattamento (limitato alla recidiva)al fine di ottenere una resecabilità ,in base al tempo intercorso dalla precedente irradiazione ,associando preferibilmente una CT radiosensibilizzante.

5. DIAGRAMMI DI FLUSSO DEL TUMORE COLON RETTO

Tab. 1 - Carcinoma Colorettale Sospetto




CAS
GIC
malattia operabile
malattia non operabile
Carcinoma colon
Carcinoma del retto: *staging*
malattia metastatica operabile
chirurgia
ChT-RT/neoadiuvante. Rivalutazione CAS e *restaging* dopo 6 settimane
chirurgia
Eventuale ChT/RT neoadiuvante
Rivalutazione C con esame istolo GIC
chirurgia
rivalutazione CAS con esame istologico per eventuale RT e/o ChT adiuvante
Chirurgia
Eventuale ablazione MTS con RF
eventuale ChT/adiuvante
rivalutazione CAS con esame istologico
Eventuale ChT/adiuvante
Follow-up
recidiva
Carcinoma avanzato
Cure palliative



Tab. 3 – Carcinoma colorettale in emergenza/urgenza

6. INDICATORI MONITORAGGIO RETE ONCOLOGICA

Indicatori di processo

Ipa

Denominazione	Tumore colon: % di ricoveri con intervento chirurgico con intento curativo con linfonodi asportati non inferiori a 12
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Ricoverati con diagnosi di tumore maligno del colon (codici ICD9-CM di diagnosi 153.X) e di procedura chirurgica ICD9-CM 45.7 - 45.8
Numeratore	Pazienti operati sottoposti ad intervento chirurgico con intento curativo con linfonodi asportati non inferiori a 12
Denominatore	Pazienti operati sottoposti ad intervento chirurgico con intento curativo
Criteri di esclusione	Interventi con intento curativo che non comportano l'asportazione dei linfonodi. Diagnosi contemporanea di tumore maligno del retto (codici ICD9-CM di diagnosi 154.0 - 154.2 oppure 154.8) Pazienti d'età inferiore a 18 anni o superiore a 100 anni
Valori di confronto	da definire
Fonte informativa	Banca dati SDO, atto operatorio, refertazione di anatomia patologica

Ipb

Denominazione	Tumore colon: % di interventi laparoscopici convertiti in interventi laparotomici
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Ricoveri con diagnosi tumore maligno del colon (codici ICD9-CM 153.X) e con procedura a intento radicale (codici ICD9-CM 45.4 - 45.8)
Numeratore	Pazienti operati in laparotomia (partendo da laparoscopia)
Denominatore	Pazienti operati con avvio intervento in laparoscopia
Criteri di esclusione	Diagnosi contemporanea di tumore al retto (codici ICD9-CM 154.0 - 154.1 oppure 154.8) Pazienti d'età inferiore a 18 anni o superiore a 100 anni
Valori di confronto	da definire
Fonte informativa	atto operatorio, flussi SDO

Ipc

Denominazione	Tumore retto: % di ricoveri con intervento chirurgico con intento curativo con linfonodi asportati non inferiori a 12, se non preceduti da trattamento neoadiuvante nei precedenti 6 mesi
Periodo	1/10/2018 – 31/12/2018
Popolazione	Ricoveri con codice di diagnosi di tumore del retto (ICD9-CM 154.0 - 154.2 oppure 154,8) e con codici di procedura chirurgica ICD9-CM 48.61- 48.65, 48.69, 48.5 non preceduti da trattamento neoadiuvante nei precedenti 6 mesi
Numeratore	N° di pazienti sottoposti a intervento chirurgico con intento curativo con linfonodi asportati non <12
Denominatore	popolazione
Criteri di esclusione	Pazienti residenti fuori regione Pazienti d'età inferiore a 18 anni o superiore a 100 anni
Valori di confronto	da definire
Fonte informativa	Banca dati SDO, atto operatorio, refertazione di anatomia patologica

Indicatori di struttura

Vedi tabelle excel allegate

7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Linee Guida AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica. Tumori del Colon-Retto, 2017.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colon Cancer, version 1.2017.
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Rectal Cancer, version 1.2017.
4. AIOM – I numeri del cancro in Italia 2014.
5. DGR Piemonte 51 -2485 del 23/11/2015
6. http://www.reteoncologica.it/

Testo redatto dal Dr Lodovico Rosato, Referente GIC dell'ASL TO4, r dal Dr Giorgio Vellani, Referente CAS Aziendale ASL TO4, in collaborazione con tutti i componenti del GIC