



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO**

Revisione 01
31/12/2024
Pagina 1 di 20



**PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON
CANCRO COLON-RETTO**

REDAZIONE	VERIFICA E CONTROLLO	APPROVAZIONE	REPERTORIO INTERNO
Gruppo di lavoro	Il Direttore Servizio Governance clinica Dr Emanuele Torri Documento firmato digitalmente	Il Direttore sanitario Dr. Giuliano Mariotti <i>Documento firmato digitalmente</i>	Vedi stampigliatura PiTre
			Data: Vedi stampigliatura PiTre
DOCUMENTO PRECEDENTE	CAUSALE DELLA REVISIONE		
Reperibile sul sito www.apss.tn.it	Allineamento alla nuova organizzazione aziendale, revisione periodica		
REPERIBILITÀ DEL DOCUMENTO		PAROLE CHIAVE	
https://intranet.apss.tn.it/dipartimenti-tecnico-amministrativi/dipartimento-di-governance/sgc/percorsi		tumore colon, neoplasia del colon retto	

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO**

Revisione 01

31/12/2024

Pagina 2 di 20

Nome e Cognome	Qualifica	UO/Servizio - Struttura di appartenenza
Federico Accordini	Dirigente Medico	Chirurgia - Ospedale di Rovereto
Franco Armelao	DM Coordinatore	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
Milena Calabrese	Dirigente Medico	Radiologia
Francesco G. Carbone	Dirigente Medico	Anatomia patologica
Cristian Conti	Dirigente Medico	Chirurgia generale 1 – Ospedale di Trento
Marco Erini	Dirigente Medico	Medicina nucleare
Sergio Fersino	Dirigente Medico	Radioterapia oncologica
Michela Frisinghelli	Dirigente Medico	Anatomia patologica
Marianna Galante	Infermiere	Chirurgia generale 2 – Ospedale di Trento
Stefano Gherardi	già Dirigente Medico	Governance clinica
Michele Motter	Dirigente Medico	Chirurgia generale 1 – Ospedale di Trento
Marina Petri	Infermiere	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
Monika Pola	Infermiere	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
Cristina Prezzi	Dirigente Medico	Chirurgia generale 2 – Ospedale di Trento
Diegoalberto Ramaroli	Dirigente Medico	Dipartimento prevenzione
Chiara Sartori	Dirigente Medico	Anatomia patologica
Chiara Trentin	Dirigente Medico	Oncologia medica – Ospedale di Trento
Stefano Valcanover	Dirigente Medico	Chirurgia generale 2 – Ospedale di Trento
Giovanni Vettori	Dirigente Medico	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
Filippo Vieceli	Dirigente Medico	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
Michele Zuolo	Dirigente Medico	Chirurgia generale - Ospedale di Cles

Verifica dei contenuti

Nome e Cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Alberto Brolese	Direttore	Dipartimento Chirurgico
Orazio Caffo	Direttore	U.O. Oncologia medica – Ospedale di Trento Coordinatore Rete Oncologica Trentina

1. INTRODUZIONE.....	4
2. SCOPO.....	6
3. AMBITO DI APPLICAZIONE.....	6
4. ACRONIMI E DEFINIZIONI.....	6
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	8
5.1. SINTOMI.....	8
5.2. ESAMI DI STADIAZIONE.....	9
5.3. STADIAZIONE.....	9
5.4. CONSULTO MULTIDISCIPLINARE.....	10
5.5. TRATTAMENTO.....	12
5.5.1. LESIONI NEOPLASTICHE SUPERFICIALI DEL COLON E DEL RETTO.....	12
5.5.2. TUMORI DEL COLON NON METASTATICO.....	12
5.5.3. TUMORE DEL RETTO NON METASTATICO.....	13
5.5.4. IL CANCRO METASTATICO.....	13
5.5.5. TRATTAMENTO DEI TUMORI COLO-RETTALI IN URGENZA.....	14
6. CURE PALLIATIVE.....	15
7. FOLLOW-UP.....	16
8. DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE.....	16
9. MONITORAGGIO.....	16
10. BIBLIOGRAFIA.....	17
11. ALLEGATI.....	20

1. INTRODUZIONE

In Italia, nel 2020, sono state stimate circa 43.700 *nuove diagnosi* di cancro del colon-retto, di cui 23.400 nei maschi e 20.300 nelle femmine, con un rapporto di incidenza tra tumori del colon e quelli del retto di circa 3-2,5:1.

La *mortalità* ha riguardato circa 21.600 persone, di cui 11.300 maschi e 10.300 femmine.

La *sopravvivenza* netta a 5 anni dalla diagnosi di cancro è stata del 65% in entrambi i sessi.

La *prevalenza* a cinque anni, ha registrato 513.500 persone che vivono, In Italia, dopo una diagnosi di neoplasia del colon-retto, di cui 280.300 maschi e 233.200 femmine.

Il Registro Tumori della Provincia Autonoma di Trento raccoglie i nuovi casi di neoplasie (incidenza) che si verificano annualmente nel contesto provinciale.

Il Trentino presenta un bacino di popolazione di 542.050 residenti, di cui 267.244 maschi e 274.806 femmine, al 1° gennaio 2023.

Nella *Provincia Autonoma di Trento*, nel periodo 2017- 2020, si è registrata una media di 215 nuovi casi all'anno (115 nei maschi e 100 nelle femmine) di tumore del colon, pari a 4 casi a settimana (2 nei maschi e 2 nelle femmine). Il tasso di incidenza grezzo risulta 39,6 per 100.000 abitanti (43,1 nei maschi e 36,3 nelle femmine), mentre quello standardizzato (rispetto alla popolazione europea) è pari a 34,5 per 100.000 abitanti (41,9 nei maschi e 28,3 nelle femmine) (figura 1). Sul totale dei tumori (esclusi i tumori della cute non melanoma) rappresentano il 6,3% (6,4% nei maschi e 6,2% nelle femmine).

Nel periodo 2013-2017 (ultimi dati disponibili) si sono registrati all'anno in media 115 decessi per tumore del colon (57 nei maschi e 58 nelle femmine), rappresentando l'8,0% del totale dei decessi per tumore (7,2% nei maschi e 8,9% nelle femmine). Il tasso grezzo di mortalità per neoplasia del colon è pari a 21,4 per 100.000 abitanti (21,6 nei maschi e 21,2 nelle femmine) e il tasso standardizzato è pari a 18,8 per 100.000 abitanti (23,7 nei maschi e 15,5 nelle femmine).

Nel 2017 ci sono 747 casi (prevalenza) con una diagnosi di cancro del colon effettuata nei 5 anni precedenti (396 nei maschi e 351 nelle femmine).

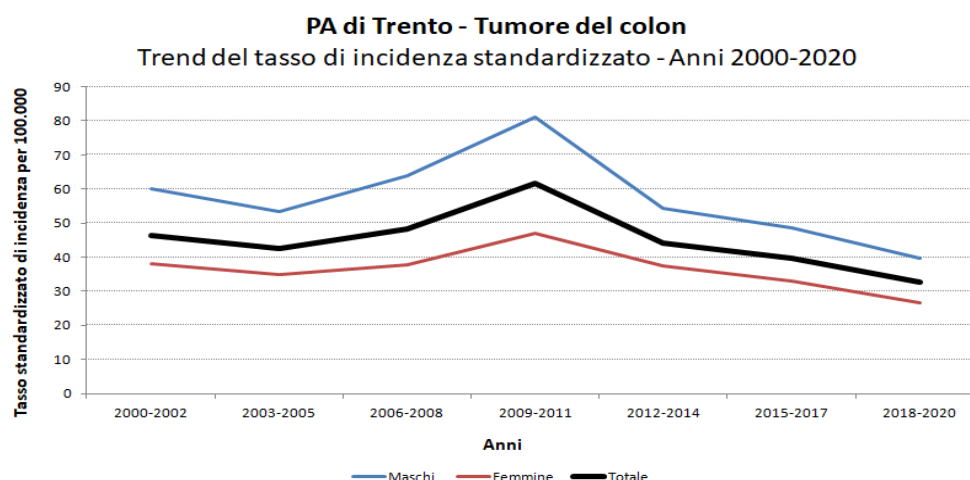


Figura 1 Incidenza Tumore del colon. Fonte Servizio Epidemiologia clinica e valutativa APSS Rapporto 2020 - I tumori in provincia di Trento

Nella Provincia Autonoma di Trento nel periodo 2017- 2020 si è registrata una media di 90 nuovi



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO

Revisione 01

31/12/2024

Pagina 5 di 20

casi all'anno di tumore del retto (57 nei maschi e 33 nelle femmine), pari a 2 casi a settimana (1 nei maschi e 1 nelle femmine). Il tasso di incidenza grezzo risulta 16,6 per 100.000 abitanti (21,5 nei maschi e 11,9 nelle femmine), mentre quello standardizzato (rispetto alla popolazione europea) è pari a 14,6 per 100.000 abitanti (20,9 nei maschi e 9,7 nelle femmine) (figura 2). Sul totale delle neoplasie (esclusi i tumori della cute non melanoma) rappresentano il 2,6% (3,2% nei maschi e 2,0% nelle femmine).

Nel periodo 2013-2017 (ultimi dati disponibili) si sono registrati all'anno in media 43 decessi per tumore del retto (24 nei maschi e 19 nelle femmine), rappresentando il 3,0% del totale dei decessi per cancro (3,1% nei maschi e 2,9% nelle femmine). Il tasso grezzo di mortalità per tumore del retto è pari a 8,1 per 100.000 abitanti (9,2 nei maschi e 7,0 nelle femmine) e il tasso standardizzato è pari a 7,5 per 100.000 abitanti (10,0 nei maschi e 5,4 nelle femmine).

Nel 2017 ci sono 336 casi (prevalenza) con una diagnosi di neoplasia del retto effettuata nei 5 anni precedenti (213 nei maschi e 123 nelle femmine).

Il rischio di sviluppare il cancro colo-rettale nel corso della vita di un individuo (lifetime risk) è pari al 5-6 %; fattori rischio della malattia sono rappresentati dall'età e dal sesso maschile, dagli stili di vita (eccessivo consumo di carni rosse, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed alcool).

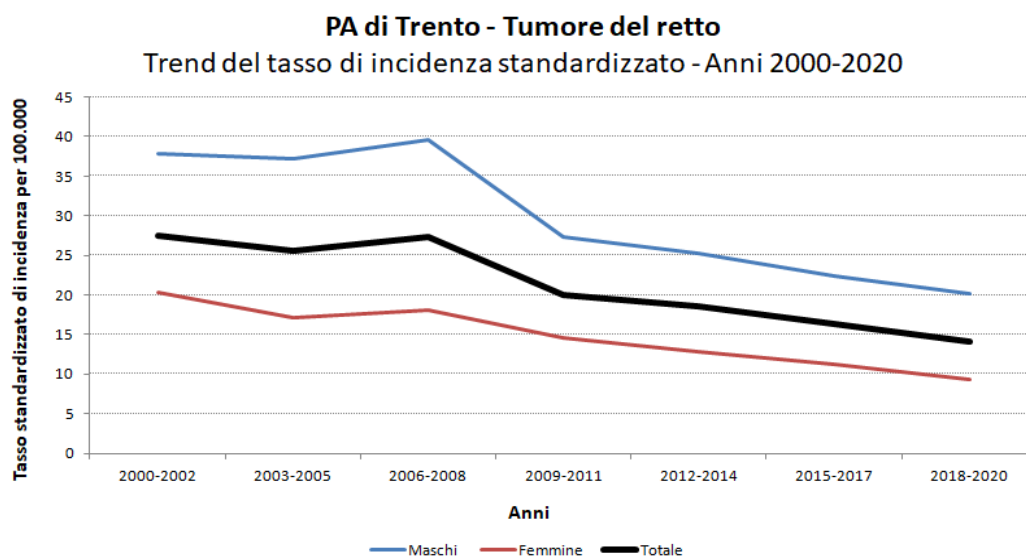


Figura 2 Incidenza Tumore del retto. Fonte Servizio Epidemiologia clinica e valutativa APSS Rapporto 2020 - I tumori in provincia di Trento

La presenza di una storia familiare (rilevabile nel 30 % dei casi) aumenta il rischio di 2-4 volte; nel 2-5 % dei casi il cancro colo-rettale insorge nell'ambito di sindromi ereditarie definite (poliposi adenomatose ed amartomatose familiari, sindrome di Lynch); in tali sindromi ereditarie il rischio di sviluppare il cancro raggiunge il 30-100 %. Le malattie infiammatorie croniche intestinali (colite ulcerosa, malattia di Crohn colica) rappresentano un ulteriore fattore di rischio per l'insorgenza della malattia (rischio aumentato di 2- 4 volte)

2. SCOPO

Il documento ha lo scopo di definire sul territorio provinciale un percorso omogeneo, strutturato e multidisciplinare per la diagnosi, la terapia e la presa in carico dei pazienti con cancro colo-rettale, garantendo in tutte le fasi la continuità assistenziale e la comunicazione fra professionisti e pazienti.

In particolare, il documento definisce, all'interno della APSS:

- i principi clinici più adeguati per garantire il miglior management di questi pazienti, ovvero:
 - la diagnosi precoce di malattia e la sua stadiazione;
 - la definizione degli obiettivi della terapia e la selezione del trattamento più appropriato in base alle caratteristiche della malattia, all'età, comorbidità e preferenze del paziente;
 - il monitoraggio dell'efficacia e della sicurezza della terapia ed il follow-up;
- il modello organizzativo più idoneo che garantisca:
 - cure di alta qualità, centrate sul paziente attraverso la sua tempestiva presa in carico e la continuità assistenziale, governate da standard riconosciuti, da processi di auditing e supportate dall'uso di tecnologie informatiche;
 - attività multidisciplinare inclusa la presenza di infermiere “*case-manager*” ed in stretta integrazione con il territorio, nel contesto di una ottimale rete dei servizi;
 - sviluppo di una comunicazione efficace fra professionista sanitario e paziente.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente percorso si applica in tutte le strutture sanitarie comprese nel SSP (istituzionali e accreditate) dove operano i professionisti coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento ed assistenza del paziente con cancro colo-rettale

4. ACRONIMI E DEFINIZIONI

Acronimo	Descrizione
AIOM	Associazione Italiana di Oncologia Medica
APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
CMD	Consulto Multidisciplinare
CRT	Chemio-Radio Terapia
CT	Chemioterapia
ECG	Elettrocardiogramma
EMR	Resezione Mucosa Endoscopica
ESD	Dissezione Endoscopica Sottomucosa
EUS	Ecoendoscopia



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO

Revisione 01

31/12/2024

Pagina 7 di 20

Acronimo	Descrizione
FDG	Fluoro-desossi-glucosio
GOM	Gruppo Oncologico Multidisciplinare
MMG	Medico di Medicina Generale
PAT	Provincia Autonoma di Trento
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PET-CT	Positron Emission Tomography
TC	Tomografia assiale computerizzata
RM	Risonanza Magnetica
TNM	Tumor Node Metastasis

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

5.1. SINTOMI

La formulazione della diagnosi di cancro colo-rettale può derivare anzitutto dalla presenza di sintomatologia suggestiva e può essere sospettata tanto in “setting” ambulatoriale che ospedaliero. I sintomi possono manifestarsi in modo eterogeneo e talora di non immediata interpretazione (paziente ricoverato per episodio occlusivo\subocclusivo o con rettorragia\grave anemia o paziente ambulatoriale con irregolarità dell'alvo di recente insorgenza, dolore addominale, tenesmo, evacuazioni notturne, presenza di perdite ematiche minori, anemia microcitica, sintomi generali quali inappetenza e calo ponderale).

Sulla base della presenza di segni e sintomi di allarme per una patologia intestinale organica (età > 50 anni, sintomi recenti, sintomi generali, familiarità per cancro colo-rettale), il MMG o il medico ospedaliero prescrivono gli esami di laboratorio per la diagnosi differenziale e qualora indicato (sulla scorta dell'esito degli esami di laboratorio e/o del quadro clinico), la colonscopia (allegato 1).

SINTOMI E SEGNI	ANAMNESI MIRATA
Sintomi recenti e notturni	Familiarità per cancro colo-rettale
Disturbi dell'alvo (irregolarità, riduzione delle evacuazioni, tenesmo) fino alla sub occlusione\occlusione	Anemia
Sanguinamento intestinale manifesto	Età > 50 anni
Dolore addominale, calo ponderale, inappetenza	Storia oncologica personale
Masse addominali\info-adenopatie palpabili	Storia di malattie infiammatorie croniche intestinali

Sempre più frequentemente la diagnosi può essere formulata in individui asintomatici che si sottopongono a procedure di prevenzione; si tratta in particolare di soggetti ad aumentato rischio, affetti da sindromi ereditarie, da “generica” familiarità per cancro colo-rettale o da malattie infiammatorie croniche intestinali; per tali soggetti sono attivi protocolli di sorveglianza dedicati (allegato 2: le sindromi ereditarie; allegato 3: le malattie infiammatorie croniche intestinali) che si basano sulla colonscopia diretta; inoltre, negli individui a rischio medio, è attivo il programma di prevenzione mediante la ricerca del sangue occulto fecale (allegato 4: screening del cancro colo-rettale; programma APSS); nei soggetti positivi viene effettuata la colonscopia.

La colonscopia (allegato 5) rappresenta un esame fondamentale nella diagnostica del cancro colo-rettale e più recentemente ha assunto un ruolo preventivo (la polipectomia endoscopica riduce la mortalità per cancro colo-rettale) e terapeutico nel trattamento delle lesioni neoplastiche superficiali; trattandosi di esame invasivo non privo di pur rari rischi (complicanze cardio-respiratorie principalmente legate alla sedazione; emorragia e perforazione, legata a manovre terapeutiche quali la polipectomia); perforazione che necessita di preparazione intestinale, va effettuato da personale esperto in grado di garantire un esame con requisiti di qualità e

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO	
		Revisione 01
		31/12/2024
		Pagina 9 di 20

sicurezza. La disponibilità di tecniche di “imaging” endoscopico avanzato consente di caratterizzare con sempre maggiore accuratezza le lesioni osservate ed il loro livello di infiltrazione della parete intestinale; rimane essenziale il ruolo dell’esame istologico (allegato 6).

5.2. ESAMI DI STADIAZIONE

La presa in carico e l’attuazione del percorso di stadiazione è attuata dallo specialista che ha formulato la diagnosi (gastroenterologo, chirurgo, oncologo, internista, ...) con l’obiettivo di giungere al consulto multidisciplinare di oncologia gastroenterologia con tutta la documentazione necessaria. La presa in carico include la comunicazione della diagnosi e l’attivazione dell’esenzione per patologia

La colonscopia che ha condotto alla diagnosi può fornire informazioni utili alla stadiazione (sede ed eventuale marcatura della lesione, grado di infiltrazione della parete intestinale – vedi allegato 5).

Ai fini della stadiazione è necessario che il paziente abbia eseguito una serie di esami di laboratorio e strumentali:

Esami di laboratorio (emocromocitometrico, ferritinemia, glicemia, urea, creatininemia, sodio e potassio, transaminasi, gamma-GT, fosfatasi alcalina, albumine mia, bilirubina totale e frazionata, CEA e Ca 19.9)

Esami radiologici (allegato 7); la TC torace-addome con mdc ev è la metodica diagnostica di scelta per la valutazione della presenza di metastasi a distanza nel tumore del colon e del retto (parametro M); risulta meno accurata nella valutazione dei parametri T e N. La RM pelvi è l’esame di scelta per la definizione dei parametri T e N nei tumori del retto.

Eco-endoscopia (allegato 8) L’eco-endoscopia trans-rettale ha un ruolo fondamentale nelle neoplasie rettali definendo con precisione lo stadio locale di malattia (parametri T e N) ed integrandosi con le metodiche radiologiche TAC e RM.

PET-CT (allegato 9) La PET/CT non è indicata come esame di routine: essa va riservata a pazienti con reperti dubbi alla CT e/o RM con mdc, oppure in pazienti con importanti controindicazioni alla somministrazione del mdc; è utile in pazienti con riscontro di sospette metastasi potenzialmente resecabili e, in pazienti selezionati, per ottenere informazioni utili per l’ablazione e/o la radio-embolizzazione delle lesioni epatiche.

Rimane facoltà del medico che ha in carico il paziente durante la fase di stadiazione pre-consulto eseguire altri accertamenti, motivati dal quadro clinico ed utili per la valutazione complessiva del consulto multidisciplinare

5.3. STADIAZIONE

Il cancro colo-rettale deve essere *stadiato* secondo il sistema di stadiazione TNM 8a edizione dell’ AJCC/UICC.

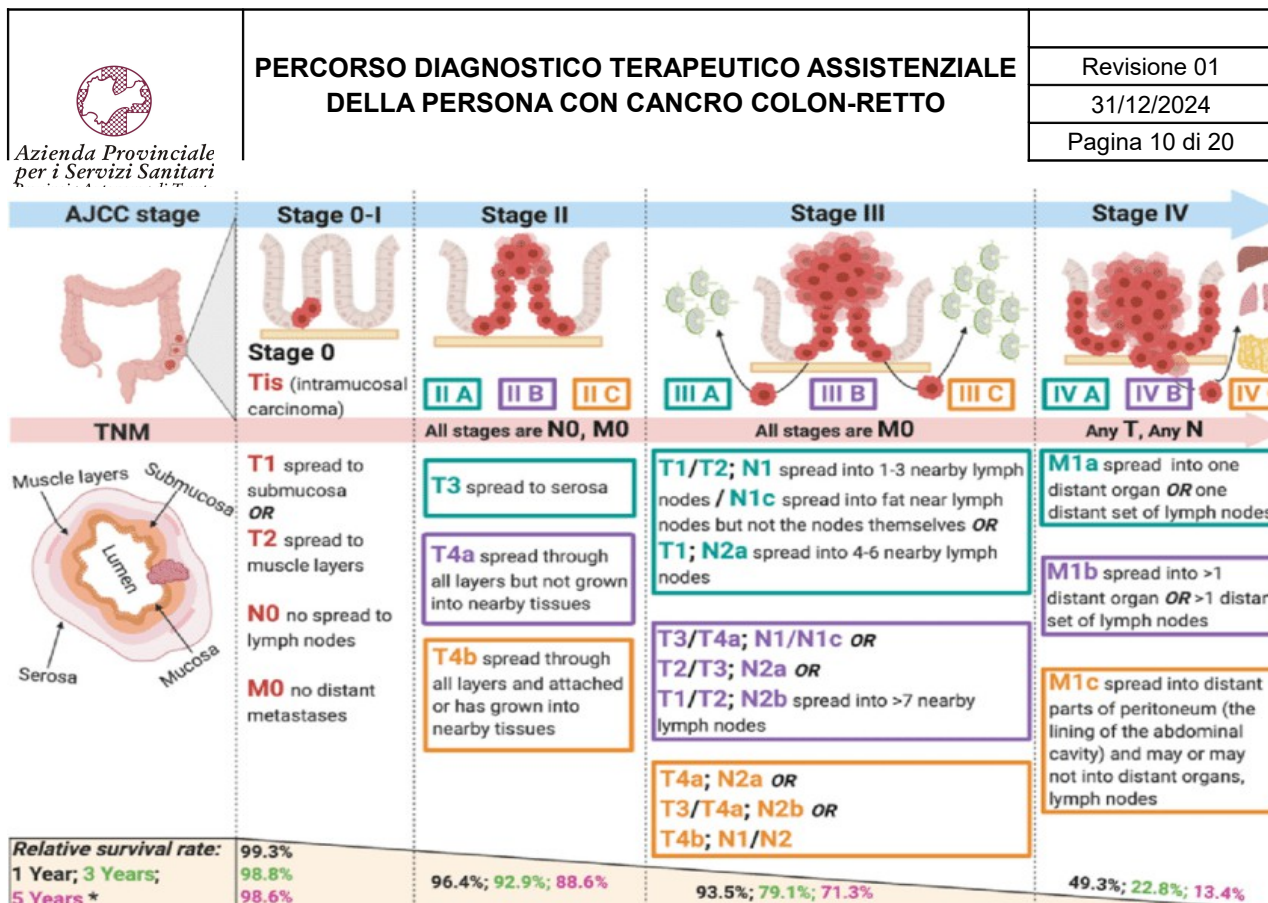


Figura 3 Stadiazione del cancro coloretale secondo l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 8ª edizione. Fonte: Shek D et al. Immune-Checkpoint Inhibitors for Metastatic Colorectal Cancer: A Systematic Review of Clinical Outcomes. Cancers (Basel).

5.4. CONSULTO MULTIDISCIPLINARE

Allo scopo di soddisfare il modello organizzativo delineato nella sezione 2 del presente PDTA (cure di alta qualità, centrate sul paziente, governate da standard clinici riconosciuti) è necessario che tutti i pazienti con diagnosi di cancro colo-rettale effettuata in tutte le strutture del SSP, istituzionali e accreditate, vengano discussi al consulto multidisciplinare (CMD). In virtù di questo, la valutazione in CMD a composizione completa degli specialisti, come elencato in calce, di tutti i casi (sia di Trento che di Rovereto), avviene il giovedì con cadenza settimanale alle ore 14.30 in presenza, preferenzialmente presso la sede di Trento o da remoto mediante utilizzo della piattaforma informatica in uso in APSS (HM).

Attualmente il percorso del CMD di Oncologia Gastroenterologica è il seguente:

- i dati clinici e i risultati degli accertamenti eseguiti dal paziente, che ha svolto il percorso di stadiazione, sono caricati su piattaforma informatica APSS dedicata ("Health Meeting" con possibilità diretta di contatto fra professionisti anche in regime di *telemedicina*. Nella fase di passaggio al nuovo sistema sarà contemporaneamente utilizzato anche il sistema in corso) da parte del medico che ha avuto in carico il paziente, che ha gestito il percorso di stadiazione e che propone il caso al CMD stesso;
- la richiesta di valutazione di un paziente al CMD deve essere inviata alla segreteria della UO di Gastroenterologia (contatto telefonico diretto, via e-mail o via fax) entro le ore 14:00 del mercoledì; il consulto si svolgerà di norma il giovedì pomeriggio per tutti i casi di cancro colo-

- Al momento del CMD è importante che per ogni paziente siano disponibili gli esami completi previsti dall'algoritmo di stadiazione della patologia e ulteriori informazioni utili a definire il piano terapeutico (comorbidità, condizioni attuali del paziente, trattamenti in atto). Durante lo svolgimento del CMD è necessaria la presenza del professionista che ha proposto il paziente (o di un suo sostituto debitamente istruito sul caso), anche qualora provenga da strutture esterne non APSS.
- Il professionista, oltre al compito di assicurare la completezza della documentazione clinica, ha anche quello di spiegare al paziente l'esito del consulto, che può prevedere le seguenti possibilità:
 - richiesta di ulteriori particolari accertamenti diagnostici per il completamento della stadiazione;
 - indirizzo all'intervento chirurgico in prima istanza;
 - programmazione di trattamento oncologico/radioterapico.
- Sarà cura dello specialista coinvolto dal tipo di indirizzo terapeutico suggerito prendere in carico il paziente per avviare il percorso terapeutico o per eventuali ulteriori accertamenti o esami necessari prima di attivare il trattamento, con la possibilità – qualora ritenuto opportuno – di sottoporre nuovamente il quadro clinico ad un successivo consulto multidisciplinare.
- Il referto conclusivo del consulto multidisciplinare viene sottoscritto con firma digitale (contemplando anche i casi di non unanimità) e sarà disponibile sul SIO.

È importante, inoltre, che i casi di particolare complessità chirurgica (resezione delle metastasi epatiche, cancro del retto medio-distale) siano indirizzati a quei centri in possesso di adeguato volume soglia degli interventi di questo tipo.

Il consulto multidisciplinare verrà coordinato da un case manager, figura al momento non ancora disponibile ma che verrà introdotta come novità all'interno dei nuovi modelli organizzativi inseriti dalla PAT all'interno dei PDTA oncologici. Il case manager è la figura professionale con competenze nella pratica clinico-assistenziale a cui fa riferimento il PDTA. Lo stesso, su indicazione del referente, si occuperà della presa in carico del paziente con sospetto clinico o diagnosi accertata di neoplasia del colon-retto che accede al percorso diventandone il riferimento, facilitandone la partecipazione al percorso di cura, coordinando l'assistenza durante l'intero percorso e nel follow up, nel rispetto della volontà del paziente e dei suoi bisogni. Il/la case manager e il coordinatore del CMD avranno il compito di verificare la completezza della documentazione clinica a supporto della discussione collegiale e saranno responsabili della preparazione della documentazione per la discussione del caso e del suo inserimento nella piattaforma Health Meeting.

Composizione del consulto multidisciplinare:

Il “core” del team multidisciplinare è costituito da:

- Case manager

- Chirurgo
- Oncologo medico
- Gastroenterologo
- Radioterapista
- Radiologo
- Medico Nucleare

Potrebbe essere necessario convocare a consulto anche i seguenti specialisti (non core):

- Anatomopatologo,
- Medico cure palliative.

5.5. TRATTAMENTO

5.5.1. Lesioni neoplastiche superficiali del colon e del retto

L'affinamento delle tecniche di resezione endoscopica (EMR ed ESD) consente, in casi selezionati (definiti dalle caratteristiche morfologiche delle lesioni), di rimuovere con radicalità lesioni infiltranti la mucosa e la sottomucosa nei suoi strati più superficiali (stadio T1, cosiddetto adenoma cancerizzato) (allegato **10**). Tali procedure vanno effettuati in centri con adeguata esperienza nelle resezioni e può essere necessario, nei casi più complessi (IBD, dimensioni ...), inviare i pazienti in Centri di riferimento nazionale. Al momento attuale è operativa una convenzione con la ASL RM6 dei Colli Romani (Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva).

L'esame istologico rappresenta parte integrante per il giudizio di radicalità della procedura (allegato **6**); nel caso di resezione radicale il paziente verrà inviato a follow-up endoscopico; in caso contrario, verrà considerata l'opzione chirurgica.

5.5.2. Tumori del colon non metastatico

L'indicazione a procedere all'intervento chirurgico viene posta dopo valutazione da parte del CMD e, oltre che sulla stadiazione del tumore, si basa su:

- Idoneità del paziente a ricevere un intervento chirurgico;
- valutazione delle comorbidità e della fragilità.

Una volta posta indicazione all'intervento chirurgico, il chirurgo presente in sede di CMD provvedere ad inserire il paziente in lista d'attesa chirurgica con priorità A (30 giorni), al fine di permettere al servizio di DH del reparto di procedere alla valutazione chirurgica e anestesiológica iniziale.

Questa comprende:

- Valutazione della corretta indicazione all'intervento e delle possibili alternative.
- Raccolta dell'anamnesi ed esame obiettivo.
- Richiesta di indagini preoperatorie di routine (ECG, esami ematochimici).

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO	
		Revisione 01
		31/12/2024
		Pagina 13 di 20

- Richiesta di indagini preoperatorie specialistiche in base alle comorbidità rilevate (es. ecocardiogramma, visita cardiologica).
- Valutazione del rischio operatorio e anestesiológico.

Sulla base delle indagini preoperatorie eseguite si procede quindi all'esecuzione del colloquio chirurgico e anestesiológico volto a raccogliere i consensi informati e comunicare al paziente il percorso peri-operatorio completo (allegato **11a**, **11b** e **11c**).

Il trattamento chirurgico dei tumori del colon non metastatico può essere eseguito in APSS presso i Presidi ospedalieri con volume soglia di almeno 30 casi/anno trattati come da direttive APSS (Deliberazione del D.G. n. 122/2016 e sm)

La tipologia di intervento chirurgico proposto nel caso di cancro de colon differisce da quella del cancro del retto ed è funzione dello stadio dello stesso (metastatico o non metastatico).

Una volta effettuato l'intervento chirurgico (allegato **12**) ed acquisito l'esame istologico del pezzo operatorio (allegato **13**) il paziente verrà sottoposto a prima visita oncologica per prosecuzione dell'iter (allegato **14**).

5.5.3. Tumore del retto non metastatico

La definizione del planning operatorio per le neoplasie del retto si basa su una adeguata valutazione pre-operatoria (esplorazione rettale, colonscopia, TC addome e RM pelvica) in quanto il tipo di trattamento chirurgico differisce in base allo sviluppo della neoplasia al di sotto o al di sopra della riflessione peritoneale.

Da un punto di vista chirurgico si distinguono, infatti, le neoplasie del:

- retto **alto** (*sovra-peritoneale*),
- retto **medio-inferiore** (*sotto-peritoneale*).

Queste neoplasie presentano caratteristiche anatomiche e patologiche che le rendono entità differenti con una storia naturale e un impatto funzionale che richiedendo diverse strategie terapeutiche (allegato **15**).

L'efficacia della chirurgia è connessa alla combinazione con il trattamento radioterapico e chemioterapico secondo un modello terapeutico multimodale (pre-operatorio e/o post-operatorio), la cui modulazione è basata sullo *stadio* di malattia e sulla considerazione di numerosi *fattori* di *rischio* della neoplasia (allegati **16** e **17**).

Analogamente al tumore del colon non metastatico anche il trattamento chirurgico dei tumori del retto non metastatico possono essere eseguiti in APSS presso i Presidi ospedalieri con volume soglia di almeno 20 casi/anno trattati come da direttive di APSS (Deliberazione del D.G. n. 122/2016 e sm).

5.5.4. Il cancro metastatico

Circa il 20-25 % dei casi di cancro colo-rettale si presenta *metastatico* alla diagnosi.

Le strategie terapeutiche vanno discusse in contesto multidisciplinare, identificando in pazienti con metastasi resecabili o potenzialmente resecabili dai paziente con malattia metastatica

inoperabile (allegato 18).

La tempistica e il tipo di intervento chirurgico nei pazienti con tumore primitivo in sede e malattia metastatica sincrona dipende da molti fattori, incluse le condizioni cliniche del paziente, l'estensione della malattia metastatica e la presenza di sintomi legati al tumore primitivo.

La resezione chirurgica di metastasi epatiche (allegato 19) e/o polmonari può essere curativa in pazienti selezionati purché la resezione abbia intento radicale.

La resezione chirurgica di metastasi extraepatiche e extrapolmonari limitate sincrone (ovaio e peritoneo, allegato 20) deve essere considerata in casi selezionati per ottenere una resezione radicale. Il numero e le dimensioni delle metastasi epatiche, seppur correlati a prognosi più sfavorevole, non devono costituire un giudizio di inoperabilità se l'intervento ha intento radicale.

Nel caso di malattia metastatica *inoperabile*, l'obiettivo del trattamento sistemico è quello di ridurre o posticipare l'insorgenza dei sintomi legati alla malattia, migliorare la qualità di vita e prolungare la sopravvivenza, ed in taluni casi di ottenere una resezione secondaria delle metastasi.

La scelta del trattamento si basa sulle caratteristiche del paziente (condizioni generali, età, comorbidità); sulle caratteristiche della malattia (primitivo in sede sintomatico vs asintomatico, malattia aggressiva vs malattia indolente, malattia resecabile vs potenzialmente resecabile vs malattia non resecabile), e sull'analisi mutazionali della malattia.

La caratterizzazione biomolecolare (RAS; BRAF; MSI) dovrebbe essere determinata al momento di intraprendere un trattamento per la malattia metastatica .

5.5.5. Trattamento dei tumori colo-rettali in URGENZA

Le neoplasie colo-rettali possono presentarsi come *urgenza chirurgica* sotto forma di sanguinamento, occlusione intestinale o perforazione (allegato 21).

Il trattamento del sanguinamento è raramente chirurgico mentre si giova più frequentemente delle tecniche di emostasi endoscopica o di radiologia interventistica.

In caso di occlusione intestinale da cancro del *colon*, trova applicazione il posizionamento degli "stent" auto-espandibili (allegato 22).

Nel caso di cancro del *retto*, una terapia ponte può essere rappresentata dall'utilizzo di *sonde* rettali decompressive, posizionate a monte della neoplasia, al fine di procedere poi al confezionamento di una colostomia detensiva.

A differenza delle neoplasie coliche, gli stent auto-espandibili trovano minore applicazione nella terapia "bridge to surgery" dei tumori del retto in quanto presentano un elevato rischio di complicanze come dislocazione e dolore, soprattutto se l'estremo distale arriva a interessare la linea pettinata. Inoltre l'efficacia e la sicurezza di protocolli di radioterapia ad intento neoadiuvante in presenza di stent metallici non sono ben definite in letteratura.

Per tale motivo in caso di stenosi neoplastica del retto l'indicazione all'intervento di derivazione intestinale (in genere mediante colostomia tangenziale) risulta più adeguata.

6. CURE PALLIATIVE

La collaborazione tra la Rete Oncologica e la rete aziendale di Cure Palliative dell'adulto si articola lungo due linee di attività:

- le Cure Simultanee oncologico-palliative;
- la presa in carico nei setting della Rete aziendale di Cure Palliative dei pazienti che ne hanno la necessità.

Le *Cure Simultanee* oncologico-palliative seguono le linee previste nel documento condiviso AIOM-SICP (2015) Cure palliative precoci e simultanee redatto secondo l'Integrated care model (E. Bruera, D. Hui 2010) e comprendono quattro modalità operative:

- l'ingresso dell'équipe di cure palliative domiciliari, programmato e su chiamata, in tutti i day-hospital aziendali con le modalità concordate e ritenute utili nei singoli contesti nella logica della presa in carico condivisa e della continuità delle cure;
- l'ingresso dell'équipe di cure palliative domiciliari, programmato e su chiamata, nella degenza delle UUOO di Oncologia e di Radioterapia dell'Ospedale S. Chiara di Trento;
- la partecipazione del palliativista ai *consulti multidisciplinari*, attività in via di attivazione con modalità sostenibili per la rete di Cure Palliative e per la Rete Oncologica;
- la condivisione delle notizie cliniche tramite la *cartella clinica informatizzata* in uso nei day-hospital oncologici di tutti gli ospedali APSS, nella UO di Radioterapia e nella degenza oncologica dell'ospedale di Trento (Oncosys), visibile a tutti i palliativisti, che ha una pagina dedicata alle cure simultanee compilata dal palliativista in occasione dei cambiamenti significativi delle condizioni cliniche dei pazienti in carico.

L'evoluzione sfavorevole dei percorsi di cura descritti nei PDTA delle patologie oncologiche evolve naturalmente verso la presa in carico nella Rete di Cure Palliative nelle modalità previste dal Percorso Integrato di Cura (PIC) che regola il funzionamento della Rete.

La segnalazione, secondo quanto concordato fin dalla prima articolazione della Rete, e successivamente rivista, viaggia per via informatica (dal SIO e dall'Oncosys) verso gli operatori degli ambiti di residenza del paziente, viene processata e presa in carico nel setting (domicilio, hospice, struttura residenziale non dedicata) e nel livello assistenziale ("base" o "specialistico") coerente con i bisogni dei pazienti. Anche la segnalazione proveniente dai MMG atterra direttamente in @home, il supporto informatico dell'attività domiciliare dell'APSS.

La presa in carico è necessariamente fluida con una continuità tra i diversi livelli e setting a seconda delle mutevoli condizioni clinico-assistenziali.

I punti salienti del Percorso Integrato di Cura della Rete di Cure Palliative sono l'identificazione del paziente e l'individuazione precoce del bisogno di cure palliative (tramite la scheda Necpal), la valutazione multidimensionale (con l'IPOS), la valutazione della complessità assistenziale (con la versione validata in italiano dell'IDCPal) e la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato.

7. FOLLOW-UP

Il follow up dei pazienti sottoposti a trattamento per cancro colo rettale ha lo scopo di:

- identificare le recidive della malattia, locali ed a distanza,
- identificare le neoplasie metacrone.

Esso è legato allo stadio di malattia e viene definito nell'allegato 23.

8. DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE

- Comunicazione a tutti i dipendenti tramite notiziario settimanale FastNews di APSS della disponibilità del percorso.
- Invio a tutti i destinatari del PDTA.
- Pubblicazione del percorso nel sito intranet di APSS.
- Incontri informativi/formativi con i professionisti coinvolti nel percorso.
- Presentazione del documento alle Associazioni.

9. MONITORAGGIO

Sulla base dei flussi informativi esistenti, è stata individuata una lista di indicatori utili al monitoraggio delle diverse fasi del percorso. Gli indicatori proposti saranno sottoposti a valutazione da parte del Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa in merito alla loro calcolabilità e, di conseguenza, potranno essere oggetto di revisione o modifica.

- Numero di interventi chirurgici per TM del colon/anno: volumi di ricoveri; soglia ≥ 30 interventi/anno/ SC.
- Numero di interventi chirurgici per TM del colon: numero di interventi in *laparoscopia* (numero di interventi isolati per TM del colon eseguiti in laparoscopia su numero totale di tumori maligni del colon operati).
- Numero di interventi chirurgici per TM del colon in laparoscopia: degenza post-operatoria in giorni.
- Numero di interventi chirurgici per TM del colon: *mortalità* a 30 giorni (numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 gg. dalla data di intervento sul numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon).
- Numero di interventi chirurgici per TM del retto/anno: volumi di ricoveri; soglia ≥ 20 interventi/anno/SC.
- Numero di interventi chirurgici per TM del retto: numero di interventi in laparoscopia (numero di interventi isolati per TM del retto eseguiti in laparoscopia su numero totale di tumori maligni del retto operati).
- Numero di interventi chirurgici per TM del retto: mortalità a 30 giorni (numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del retto, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 gg. dalla data di intervento sul numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del retto).
- Pazienti deceduti entro 30 giorni dalla chirurgia per CCR/Totale pazienti con diagnosi sottoposti a chirurgia in APSS (standard $< 2,5$)



Codifica dato	
Denominazione	CASI DISCUSSI A CONSULTO
Descrizione dato	Pazienti con diagnosi di CCR discussi a consulto/pazienti con diagnosi di CCR residenti o domiciliati in APSS,
Gold standard	90 % (accettabile 85 %).
Periodicità di calcolo	Annuale

Codifica dato	
Denominazione	TEMPISTICA DELLA STADIAZIONE
Descrizione dato	Pazienti con diagnosi di CCR con stadiazione completa entro 30 giorni dalla diagnosi istologica/pazienti con diagnosi di CCR effettuata in APSS
Gold standard	90 % (accettabile 85 %)
Periodicità di calcolo	Annuale

Codifica dato	
Denominazione	TERAPIA ADIUVANTE
Descrizione dato	Numero di pazienti che hanno iniziato la chemioterapia entro 8 settimane/ Numero di pazienti con indicazione a terapia adiuvante
Periodicità di calcolo	Annuale
Gold standard	90 % (accettabile 85 %)

10. BIBLIOGRAFIA

- Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) – Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) – Società Italiana di Anatomia Patologica (SIAPEC-IAP) “NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2020”
- Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa Dipartimento di Governance APSS Trento “Rapporto 2020 - I tumori in provincia di Trento”
- Pancheri S, Pertile R, Armelao F et al. A comprehensive assessment of the impact of a colorectal cancer screening program in a northern Italian area. Dig Liver Dis. 2022 Mar; 54(3):400-406.
- APSS. PDTA cancro coloretale ereditario familiare — APSS-Intranet
- Murthy, SK AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Surveillance and Management of Colorectal Dysplasia in Inflammatory Bowel Diseases: Expert Review Gastroenterology 2021 (161): 1043-1051
- Deliberazione del Direttore Generale n. 75 del 12/2/2018 “Aggiornamento dell’ organizzazione complessiva e modifiche dei componenti dei comitati tecnico-scientifici degli screening oncologici provinciali del carcinoma del colon-retto, del carcinoma della mammella e del carcinoma della cervice uterina”.
- Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) B. Rembacken et al, Endoscopy 2012; 44: 957–968



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO

Revisione 01

31/12/2024

Pagina 18 di 20

- Shaukat A et al. Endoscopic Recognition and Management strategies for Malignant Colorectal polyps: REcommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, Am J Gastroenterol 2020; 115: 1751-67
- Spiral CT of Colon Cancer: Imaging Features and Role in Management Radiographics. 2000 Mar-Apr;20(2):419-30. Horton K.M.; Abrams R.A.; Fishman E.K.
- Current controversies in TNM for the radiological staging of rectal cancer and how to deal with them: results of a global online survey and multidisciplinary expert consensus Eur Radiol. 2022; 32(7): 4991–5003.
- MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management Radiographics 2019 Mar-Apr;39(2):367-387. Horvat N, 1, Camila Carlos Tavares Rocha 1, Brunna Clemente Oliveira 1, Iva Petkovska 1, Marc J Gollub
- Niekel MC, Bipat S, Stoker J. Diagnostic imaging of colorectal liver metastases with CT, MR imaging, FDG PET, and/or FDG PET/CT: a meta-analysis of prospective studies including patients who have not previously undergone treatment. Radiology 2010;257:674-684. *
- van Kessel CS, Buckens CF, van den Bosch MA, et al. Preoperative imaging of colorectal liver metastases after neoadjuvant chemotherapy: a meta-analysis. Ann Surg Oncol 2012;19:2805-2813.
- ACR Manual on Contrast Media v10.3 https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Clinical-Resources/Contrast_Media.pdf. Accessed May 25, 2017.
- Mauri G, Gennaro N, De Beni S, et al. Real-time US- 18 FDG-PET/CT image fusion for guidance of thermal ablation of 18 FDG-PET-positive liver metastases: the added value of contrast enhancement. Cardiovasc Intervent Radiol 2019;42:60-68. *
- Sahin DA, Agcaoglu O, Chretien C, et al. The utility of PET/CT in the management of patients with colorectal liver metastases undergoing laparoscopic radiofrequency thermal ablation. Ann Surg Oncol 2012;19:850-855.
- Shady W, Kishore S, Gavane S, et al. Metabolic tumor volume and total lesion glycolysis on FDG-PET/CT can predict overall survival after (90)Y radioembolization of colorectal liver metastases: a comparison with SUVmax, SUVpeak, and RECIST 1.0. Eur J Radiol 2016;85:1224-1231.
- Shady W, Sotirchos VS, Do RK, et al. Surrogate imaging biomarkers of response of colorectal liver metastases after salvage radioembolization using 90Y-loaded resin microspheres. AJR Am J Roentgenol 2016;207:661-670.
- Cornelis FH, Petre EN, Vakiani E, et al. Immediate postablation 18 F-FDG injection and corresponding SUV are surrogate biomarkers of local tumor progression after thermal ablation of colorectal carcinoma liver metastases. J Nucl Med 2018;59:1360-1365.
- Brunella Barbaro, Lucia Leccisotti, Fabio M Vecchio, Marialuisa Di Matteo, Teresa Serra, Marco Salsano, Andrea Poscia, Claudio Coco, Roberto Persiani, Sergio Alfieri, Maria Antonietta Gambacorta, Vincenzo Valentini, Alessandro Giordano and Lorenzo Bonomo. The potential predictive value of MRI and PET-CT in mucinous and nonmucinous rectal cancer to identify patients at high risk of metastatic disease. BJR. <https://doi.org/10.1259/bjr.20150836>
- Ferlitsch M, et al Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2017: 49



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PERSONA CON CANCRO COLON-RETTO

Revisione 01

31/12/2024

Pagina 19 di 20

- Kaltenbach T, et al Endoscopic Removal of Colorectal Lesion: Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, Am J Gastroenterol
- U O Gustafsson Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018 World J Surg 2019 Mar;43(3):659-695.
- Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2023;34(1):10-32. A. Cervantes, R. Adam, S. Roselló, et al, on behalf of the ESMO Guidelines Committee.
- Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: ASCO's Metastatic Colorectal Cancer 2022 guideline Published online ahead of print October 17, 2022. DOI: 10.1200/JCO.22. Van K. Morris, Erin B. Kennedy, Nancy N. Baxter, Al B. Benson Andrea Cercek, May Cho, Kristen K. Ciombor, Chiara Cremolini, Anjee Davis, Dustin A. Deming, Marwan G. Fakih, Sepideh Gholami, Theodore S. Hong, Ishmael Jaiyesimi, Kelsey Klute, Christopher Lieu, Hanna Sanoff, John H. Strickler, Sarah White, Jason A. Willis, and Cathy Eng.
- AIOM Linee guida AIOM tumori del colon: <https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2024-tumori-del-colon/>
- Van Hooft J, et al Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020, Endoscopy 2020; 52: 389-407
- Shek D, Akhuba L, Carlino MS, Nagrial A, Moujaber T, Read SA, Gao B, Ahlenstiel G. Immune-Checkpoint Inhibitors for Metastatic Colorectal Cancer: A Systematic Review of Clinical Outcomes. Cancers (Basel). 2021 Aug 27;13(17):4345. doi: 10.3390/cancers13174345. PMID: 34503155; PMCID: PMC8430485.



11. ALLEGATI

Allegato 1- Quando richiedere la colonscopia

Allegato 2 – Le sindromi ereditarie

Allegato 3 – Le malattie infiammatorie croniche intestinali

Allegato 4 – Lo screening CCR in APSS

Allegato 5 – La colonscopia

Allegato 6 – La diagnosi istologica

Allegato 7 – La stadiazione radiologica

Allegato 8 – L'eco-endoscopia

Allegato 9 – Il ruolo della medicina nucleare

Allegato 10 – Il trattamento endoscopico

Allegato 11a– La gestione peri-operatoria

Allegato 11b- Il trattamento dell'anemia

Allegato 11c – Percorso per la gestione della stomia intestinale e per l'educazione del paziente

Allegato 12 – La chirurgia del cancro del colon non metastatico

Allegato 13 - Il reperto anatomico-patologico su pezzo operatorio

Allegato 14 – La chemioterapia del cancro del colon

Allegato 15 – La chirurgia del cancro del retto medio-basso

Allegato 16 – La radio-chemioterapia neoadiuvante

Allegato 17 – La chemioterapia adiuvante e la radioterapia adiuvante

Allegato 18 – La chemioterapia del cancro metastatico

Allegato 19 – La chirurgia delle metastasi epatiche

Allegato 20 – La carcinosi peritoneale – approccio chirurgico

Allegato 21 – Le urgenze

Allegato 22 – Lo stenting endoscopico

Allegato 23 – Il follow-up del CCR