

Aggiornamento del Percorso Diagnostico–Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per le neoplasia del colon, retto e stomaco della ASL Napoli 3 sud .

La Regione Campania ha istituito ed implementato i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed i relativi Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) nell’ultimo decennio. La ASL Napoli 3 sud per le proprie competenze in riferimento alle neoplasie del colon, retto e stomaco dal 2012 ad oggi ha aderito alle istanze di indirizzo del governo sanitario regionale e nazionale che ha inteso normare il percorso assistenziale dei pazienti affetti dalle suddette neoplasie con la duplice finalità di migliorare l’outcome dei pazienti, sia in termini di sopravvivenza che di qualità della vita, e al contempo di implementare la qualità delle cure mediante la creazione dei centri di riferimento accreditati dalle istituzioni regionali e preposti per le differenti patologie neoplastiche secondo i criteri della “pooled experience” riportati in letteratura.

- **Convenzione ASL Napoli 3 sud – Istituto dei Tumori Pascale per le attività di terzo livello dello screening per le neoplasia colo-rettali. Del prot int. n. 0014042 del 7 marzo 2012**
- **DRG n.38 del 01/06/2016 Programma regionale per l’attuazione delle misure sanitarie disposte dalla L n.6 del 6 febbraio 2014**
- **Decreto Commissariale Regione Campania n. 19 del 5 marzo 2018 atto fondativo Rete Oncologica Campana, approvazione PDTA colon retto, definizione dei GOM.**
- **DDRC n. 50 del 5 marzo 2020 implementazione ROC**
- **DDG ASL Napoli 3 sud n. 0723 del 6 ottobre 2020 protocollo d’intesa ASL Napoli 3 sud e AOU Federico II per l’attivazione dei PDTA**
- **DGRC n. 477 del 04/11/2021**
- **DDG ASL Napoli 3 sud n.0209 del 10 marzo 2022 protocollo d’intesa ASL Napoli 3 sud e AOU Federico II per l’attivazione dei PDTA integrazione**
- **DGRC 798 del 29/12/2023**
- **PDTA Carcinoma Colon-Retto – Regione Campania (Edizione 2024)**
- **PDTA Carcinoma dello stomaco – Regione Campania (Edizione 2024)**
- **PDTA Carcinoma Colon-Retto – Regione Campania (Edizione 2025)**
- **PDTA Carcinoma dello stomaco – Regione Campania (Edizione 2025)**

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

per il carcinoma colon-retto

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio

I principali fattori di rischio per tumori del colon retto sono rappresentati dagli stili di vita, quali i fattori dietetici, consumo di carni rosse, insaccati, farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso, la ridotta attività fisica, il fumo e l’eccesso di alcool, e dalla familiarità, infatti circa un terzo dei tumori del colon-retto presenta caratteristiche ascrivibili a suscettibilità ereditarie; solo il 2-5% di questo rischio familiare è riconducibile a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche associate ad aumento del rischio di carcinoma coloretale; fra queste le sindromi caratterizzate dall’insorgenza di polipi, quali la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e quelle non poliposiche come la sindrome di Lynch. L’ereditarietà è per lo più su base autosomico-dominante. Per gli individui appartenenti a gruppi familiari a rischio non ancora inquadrati in sindromi definite, il rischio di ammalare di carcinoma del colon-retto è circa doppio rispetto alla popolazione generale nel caso in cui sia presente un consanguineo di I grado, e più che triplo qualora quest’ultimo abbia

contratto il tumore prima dei 50 anni di età. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. Considerato che circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose, va sottolineato il ruolo determinante che assume, nella gestione della malattia neoplastica del colon-retto, lo screening organizzato di popolazione; quest'ultimo, infatti, è in grado di ridurre sia la mortalità, con la diagnosi precoce di carcinomi, che la stessa incidenza, in quanto permette l'individuazione e la rimozione di lesioni precancerose.

Incidenza

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

La stima al 2024 dei nuovi casi di tumori del colon-retto in Europa è di un ASR (Age Standardised Rate) di 86,2 per 100.000 negli uomini e 55,6 per 100.000 nelle donne.

In Italia gli equivalenti dati stimati al 2024 indicano un ASR di 84,3 per 100.000 negli uomini e 60,6 per 100.000 nelle donne.

In Campania è stato rilevato, negli uomini, per il periodo 2017/2019 un ASR di 84,5, per il periodo 2020/2021 di 74,3 e nel periodo 2021/2022 di 77,6 per 100.000, e nelle donne un tasso di incidenza per il periodo 2017/2019 di 53,8, per il periodo 2020/2021 di 47,6 e nel periodo 2021/2022 di 49,4 per 100.000.

La stima al 2025 dei nuovi casi di tumori del colon-retto in Campania è di un ASR di 83,7 per 100.000 negli uomini con un numero di casi attesi di 2.393; nelle donne un ASR di 55,2 per 100.000 e un numero di casi attesi di 1.871.

Anche in ASL Napoli 3 Sud i tumori del colon-retto rappresentano la terza neoplasia diagnosticata negli uomini (dopo i tumori di prostata e polmone) e la seconda nelle donne (dopo il tumore della mammella); nel quinquennio 2019/2023 sono stati registrati n. 3062 casi, con una media annua di n. 614,4 casi e un'età media di incidenza di 69,5 anni per entrambi i sessi.

Mortalità

In Italia i decessi per tumori del colon retto rappresentano la seconda causa di morte sia negli uomini che nelle donne (rispettivamente dopo il tumore polmonare e della mammella); in Campania il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa di morte negli uomini (dopo i tumori polmonari) e la terza causa nelle donne (dopo i tumori della mammella e del polmone).

La stima al 2024 dei decessi per tumori del colon-retto in Europa è di un ASR di mortalità di 39,7 per 100.000 negli uomini e 22,9 per 100.000 nelle donne con un numero totale di decessi stimati di 154.659 (86.367 uomini e 68.292 donne).

In Italia gli equivalenti dati stimati al 2024 indicano un ASR di 34,0 per 100.000 negli uomini e 22,4 per 100.000 nelle donne con una stima dei decessi totali nel 2024 di 21.997 (11.552 uomini e 10445 donne). In Campania, nel periodo 2017/2019 è stato rilevato un ASR di mortalità negli uomini di 35,7, nel periodo 2020/2021 di 32,8 e nel periodo 2021/2022 di 31,8 per 100.000; nelle donne, nel periodo 2017/2019 è stato rilevato un ASR di mortalità di 19,9, nel periodo 2020/2021 di 19,2 e nel periodo 2021/2022 di 19,6 per 100.000.

L'ASL Napoli 3 Sud presenta dati di mortalità in linea con il dato regionale, sia per gli uomini che per le donne, con un numero di decessi nel quinquennio 2019/2023 pari a 1.234 con una media annua di 246,8 e un ASR di mortalità di 32 per 100.000 negli uomini e 18,3 per 100.000 nelle donne.

Sopravvivenza

In Italia la sopravvivenza per tumore del colon retto a 5 anni dalla diagnosi è pari al 65% negli uomini e al 66% nelle donne, con una differenza tra Nord-Centro e Sud-Isole⁶ dove la sopravvivenza a cinque anni è pari rispettivamente al 67,2% e 62,1% negli uomini, e 67,3% e 62,7% nelle donne, con un differenziale, quindi, di circa -5 punti percentuali in entrambi i sessi.

Tanto premesso, e pur mantenendo tutte le normative e indicazioni clinico-assistenziali proposte nelle ultime edizioni regionali dei PDTA, la direzione della ASL Napoli 3 sud ha ravveduto la necessità di apportare alcune aggiornamenti ai PDTA in argomento di seguito riportate:

- tutti i pazienti affetti da neoplasia del colon, retto o stomaco accertata devono afferire all'ufficio GOM mediante comunicazione del medico che ha posto diagnosi: medico di medicina generale, endoscopista, oncologo, chirurgo, radiologo, patologo afferenti alla ASL Napoli 3 sud. Il percorso è aperto anche a pazienti non residenti nell'area della ASL Napoli 3 sud secondo le vigenti normative nazionali. L'ufficio è allocato presso il PO di Boscotrecase e tutte le comunicazioni relative ai nuovi pazienti arruolati verranno eseguite mediante mail predisposta.
- La legislazione nazionale sancisce il diritto alla libera scelta delle cure del paziente, e pertanto tutti i pazienti afferenti all'ufficio GOM dovranno firmare un consenso di adesione al percorso al momento della consegna/spiegazione dell'esame istologico e comunque prima dell'inizio delle procedure quale primo atto del percorso stesso.
- Tutti i pazienti, all'esito di procedura di screening e/o sintomatici, che a seguito di quadro clinico sospetto eseguiranno procedura endoscopica con biopsia presso i centri endoscopici della ASL Napoli 3 sud rientrano nel presente dettato.
Il servizio di endoscopia provvederà a dare comunicazione al case manager dell'ufficio GOM (in questo caso l'endoscopista presenterà il caso al GOM) di tutti i pazienti con diagnosi sospetta di neoplasia, secondo linee guida, fornendo via mail PEC i dati anagrafici e di contatto del paziente, il referto endoscopico ed eventuali ulteriori documentazioni.
Tutti i campioni istologici, registrati su ADT, saranno inviati dal servizio di endoscopia a mezzo corriere presso la UOC di anatomia patologica (PO S Leonardo Castellammare di Stabia). All'esito dell'esame il referto istologico sarà comunicato via mail PEC dal servizio di patologia all'ufficio GOM, che a sua volta avrà già in elenco il paziente quale "*feedback di controllo*". In caso di paziente in cui non sia possibile eseguire la biopsia per motivi clinici ma sussista un fondato sospetto di neoplasia il servizio di endoscopia ne darà comunque comunicazione al case manager del GOM.
Dopo l'acquisizione del referto istologico il case manager provvederà a contattare il paziente per il ritiro del referto. Alla consegna il case manager provvederà a proporre al paziente l'accesso al PDTA inerente la patologia in oggetto previa somministrazione del consenso informato ed eventuale visita medica. Laddove il paziente dovesse rifiutare di accedere al GOM della ASL, il case manager si limiterà alla consegna del referto e non procederà alla

visita nè agli ulteriori atti previsti dal PDTA e richiederà al paziente di firmare un documento in cui sia confermato il ritiro del referto ed il rifiuto al GOM del paziente. Contestualmente il case manager provvederà all'invio del referto alla UOC di endoscopia.

- I pazienti con presentazione di urgenza immediata e/o indifferibile e con diagnosi di sospetta causa neoplastica afferenti alle varie UOC e UOSD (mediche o chirurgiche) della ASL verranno trattati nella stessa sede di afferenza e riferiti al GOM dopo la dimissione dall'ospedale all'atto della conferma istologica della patologia neoplastica.
- I pazienti con presentazione di urgenza differibile e con diagnosi di sospetta causa neoplastica, superata la fase acuta (e quindi superata la necessità di intervento immediato) e conseguita la stabilizzazione clinica, verranno ove possibile stadiati ed in caso di conferma di neoplasia, ove possibile dimessi e riferiti al GOM che ne opererà la presa in carico e la visita contestualmente. Laddove non fosse possibile la dimissione per motivi clinici il paziente sarà trasferito alla UOC di chirurgia di riferimento oncologico presso il PO di Boscotrecase previa comunicazione alla UOC stessa e al case manager.
- Pazienti provenienti da aree esterne al territorio della ASL Napoli 3 sud. Le modalità di presa in carico saranno simili a quelle seguite per i pazienti residenti secondo il modello indicato dai PDTA e dalla Rete Oncologica Campana (ROC).
- I pazienti già in corso di trattamento, medico o chirurgico, presso altre strutture, pubbliche esterne alla ASL Napoli 3 sud o private, che richiedessero di accedere presso il PDTA della ASL Napoli 3 sud saranno reclutati presso detto percorso nel rispetto dei criteri di libera scelta del paziente.

In tali casi il paziente verrà reclutato al GOM della ASL Napoli 3 sud previo trasferimento diretto dal GOM di partenza al GOM di arrivo e previa richiesta scritta e firmata del paziente stesso al GOM di partenza secondo il modello della ROC Campania e dei PDTA vigenti.

Il trasferimento dal GOM di partenza sarà corredato dall'invio di tutta la documentazione prevista dai PDTA al GOM della ASL Napoli 3 sud. Dopo l'avvenuto trasferimento della documentazione il case manager provvederà a somministrare al paziente il consenso informato della ASL Napoli 3 sud ed a programmare visita sia medica che chirurgica di rivalutazione del caso e conseguenzialmente la successiva discussione multidisciplinare al GOM.

In caso di mancanza di documentazione o procedure non conformi al disposto aziendale e/o regionale e/o in qualunque altra evenienza, il paziente comunque viene discusso al GOM e immediatamente segnalato al case manager che provvederà ad informare le direzioni dei dipartimenti di area medica e chirurgica e la direzione sanitaria aziendale. La direzione sanitaria aziendale provvederà, successivamente e in tempi brevi, alla richiesta di specifica documentazione carente e ad eventuali chiarimenti delle procedure pregresse, anche anomale, presso la direzione sanitaria della struttura di provenienza.

- Ogni tre mesi sarà effettuato dalle articolazioni Aziendali di competenza, un monitoraggio e un controllo della corretta applicazione del presente percorso e/o di eventuali criticità operative che potrebbero verificarsi.

Direttore del Dipartimento Area Chirurgica ASL NA 3 SUD:

Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASL NA 3 SUD:

Direttore del Dipartimento Servizi ASL NA 3 SUD:

Direttore UOC Oncologia ASL NA 3 SUD:

Direttore UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Torre del Greco:

Direttore UOSD Endoscopia Digestiva PO Nola - Stabilimento Pollena:

Referente Screening Neoplasie Colon – Retto – Stomaco ASL NA 3 SUD:

Referente Registro Tumori ASL NA 3 SUD: