



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
 PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO
 Prof. Mario Roselli
 Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
 Vers. 1
 Pag. 1 di 50

DS - Direzione Sanitaria -

Gruppo di lavoro		
Nome e Cognome	Qualifica	Firma
Roselli Mario	Responsabile UOSD Oncologia Medica-Responsabile del PDTA	
D'Angelillo Rolando Maria	Direttore UOC Radioterapia	
Monteleone Giovanni	Direttore UOC Gastroenterologia	
Formica Vincenzo	Medico UOSD Oncologia Medica	
Del Vecchio Blanco Giovanna	Resp. Unit Percorsi Endoscopici	
Sica Giuseppe	Responsabile UOSD Chirurgia Mininvasiva e dell'Apparato Digerente	
Mulas Maria Franca	Medico Direzione Generale	
Russoillo Laura	Medico UOSD Operations Management-Direzione Generale	
Sili Alessandro	Direttore UOC direzione infermieristica	
Paoluzi Omero Alessandro	Medico UOC Gastroenterologia	
Venezia Martina	Medico UOC Radioterapia	
Rossi Piero	Medico UOSD Chirurgia Mininvasiva e dell'Apparato Digerente	



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO
 Prof. Mario Roselli
 Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
 Vers. 1
 Pag. 2 di 50

DS - Direzione Sanitaria -

Fiorani Cristina	Medico UOSD chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	
Pirozzi Brunella	Medico UOSD chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	
Bellato Vittoria	Medico UOSD Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	
Di Carlo Sara	Medico UOSD chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	
Franceschilli Marzia	Medico UOSD chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	
Augusto Orlandi	Responsabile U.O.S.D. Anatomia Patologica ad Indirizzo Istopatologico	
Luca Savino	Medico U.O.S.D Anatomia Patologica	
Morelli Cristina	Medico UOSD oncologia	
Marzella Manuela	Infermiere Case Manager Senior del PDTA	
Sibilla Mezia	Infermiere Case Manager di Setting del PDTA	



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO
 Prof. Mario Roselli
 Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
 Vers. 1
 Pag. 3 di 50

DS - Direzione Sanitaria -

Per approvazione	
Prof. Umberto Tarantino	Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione e Direttore ad interim del Dipartimento Scienze Mediche Direttore Dipartimento Scienze Chirurgiche, Direttore ad interim del Dipartimento ad attività integrata di Oncoematologia
Prof. Arnaldo Ippoliti	

Causale preparazione /modifica documento:				
Revisione	Redazione	Verifica	Verifica	Emissione
	GDL	DI	RM	IQ/RM
	Dr. A. Sili	Dott.ssa B. Passini	Dott. A. Magrini	Dott.ssa F. Ignesti
Prima emissione	Data:	Data:	Data:	Data:
	Firma:	Firma:	Firma:	Firma:



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 4 di 50

DS - Direzione Sanitaria -

Sommario

INTRODUZIONE	5
SCOPO e OBIETTIVI.....	9
AMBITI DI APPLICAZIONE.....	9
CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE	10
MODALITÀ OPERATIVE.....	11
Percorso di Oncologia medica	17
Percorso di Gastroenterologia.....	18
Percorso Chirurgico.....	19
Percorso Radioterapico.....	20
Anatomia Patologica	21
Attività a gestione Infermieristica e Delle Professioni Sanitarie (DIPS).....	21
MATRICE DEI RUOLI DELLE RESPONSABILITÀ	22
INDICATORI	25
GLOSSARIO ABBREVIAZIONI.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	29
ALLEGATI	30
Allegato 1: Fasi del percorso oncologico	30
Allegato 2: Fasi del percorso chirurgico.....	39
Allegato 3 A: Presa in carico del paziente presso l'ambulatorio delle cure infermieristiche Ostomy Care.....	41
Allegato 3 B: Presa in carico del paziente presso l'ambulatorio delle cure infermieristiche Wound Care	43
Allegato 4: PAC per la stadiazione e rivalutazione del carcinoma del colon retto	46
Allegato 5: INFORMAZIONI EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO- PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA).....	48

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 5 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

INTRODUZIONE

Epidemiologia

Il carcinoma del colon retto (CCR) è, in Italia, al terzo posto per incidenza negli gli uomini e al secondo posto nelle donne; occupa inoltre il secondo posto tra le cause di morte per tumore in entrambi i sessi. Il CCR è dovuto alla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa che rivestono l'intestino e, in molti casi, ha come precursore i polipi adenomatosi.

Nel 2022 sono state stimate circa 48.100 nuove diagnosi di CCR. Nel 2021 sono state stimati circa 21.700 decessi per CRC. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 65,3% negli uomini e 66,3% nelle donne. Per quanto riguarda la prevalenza sono state stimate circa 513.500 persone viventi in Italia nel 2020 con una diagnosi di CCR (dati AIOM, https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori_web.pdf).

Secondo i dati di uno studio condotto da AIOM e PDTA-Cergas Bocconi, il costo del percorso diagnostico terapeutico (PDTA) dei tumori del colon retto è di circa € 19.000 a paziente.

L'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età a partire dai 50 anni. Diversi sono i fattori di rischio considerati per la prevenzione primaria e secondaria tra cui i più rilevanti:

- Età >50 anni
- Familiarità di primo grado per tumore del colon retto non ereditario
- Anamnesi personale di polipi adenomatosi del colon retto
- Storia familiare di Sindrome di Lynch
- Anamnesi personale di malattia infiammatoria intestinale (MICI)
- Fumo
- Obesità
- Elevato introito alimentare di carni rosse
- Ridotto introito alimentare di frutta e verdura
- Elevato consumo di alcool

	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO</p> <p align="center">Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p align="center">DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 6 di 50</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria -</p>		

- Sedentarietà
- Sesso maschile

In caso di **familiarità** per neoplasie colon rettali, il rischio dipende dal numero di familiari affetti dalla patologia, dall'età in cui si sono ammalati e dal grado di parentela. Sulla base di queste considerazioni si configurano quattro possibili “gradi” di sorveglianza:

- 1) Diagnosi di sindrome di Lynch o HNPCC: soddisfazione dei criteri di Amsterdam. Sorveglianza (in base a mutazione coinvolta): colonoscopia ogni 12-24 mesi e visita ginecologica annuale per le donne, a partire dai 20-25 anni di età (per le mutazioni di MLH1 e MSH2). Le altre neoplasie presenti che fanno parte dello spettro dei tumori della sindrome vanno controllate solo se presenti nella famiglia.
 - 2) Parente di I grado con CCR o adenoma avanzato in età < 60 anni, oppure almeno 2 parenti di II grado con diagnosi di CCR (indipendentemente dall' età di diagnosi). Sorveglianza: colonoscopia all'età di 40 anni oppure 10 anni prima dell'età del parente più giovane affetto dal CCR, ripetuta ogni 5 anni;
 - 3) Parente di I grado (genitori, fratelli, figli) con CCR diagnosticato in età > 60 anni oppure 2 parenti di II grado (nonni, zii) con diagnosi di CCR. Sorveglianza: colonoscopia a 40 anni e ripetuta ogni 5 anni.
 - 4) In caso di poliposi adenomatosa familiare, i soggetti portatori della mutazione su APC devono essere seguiti con retto-sigmoidoscopia dalla pubertà e con colonoscopia, quando compaiono i polipi. La colectomia profilattica, indicata sempre in caso di FAP, deve essere programmata al termine dello sviluppo (intorno ad i 20 anni di età) se le colonoscopia precedenti non hanno già posto il dubbio di trasformazione maligna di uno o più polipi.
- I parenti di I grado dei pazienti affetti da poliposi attenuata vanno sorvegliati con colonoscopia a partire dai 18 anni di età, da ripetere ogni 1-2 anni.
- La storia naturale **post-polipectomia** è molto meno gravosa di quanto si pensasse in precedenza. Il rischio di neoplasia metacrona, sulla cui base deve essere programmata la sorveglianza post-polipectomia, è variabile secondo le caratteristiche dei polipi asportati alla colonoscopia indice. Il rischio di adenomi avanzati nella colonoscopia di sorveglianza è tanto maggiore quanto maggiore è il

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 7 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

numero degli adenomi asportati alla colonscopia indice e tanto maggiore è la loro dimensione. Gli studi pubblicati forniscono risultati contraddittori riguardo le caratteristiche istologiche (componente villosa e displasia ad alto grado) ed il rischio di neoplasia avanzata. Sono stati per questo identificati soggetti a basso rischio (1-2 adenomi di dimensioni inferiori a 1 cm, tubulari e con displasia di basso grado) per i quali è indicata colonscopia ogni 5-10 anni, soggetti a rischio intermedio (3-4 piccoli adenomi o almeno uno tra 10-20 mm o con architettura villosa o con displasia di alto grado) per i quali si consiglia follow-up a tre anni e soggetti ad alto rischio (più di cinque piccoli adenomi o almeno 1 maggiore di 2 cm) per i quali è consigliato il follow-up a tre anni. In caso di pazienti con ampi adenomi sessili rimossi con tecnica piecemeal il controllo deve essere ravvicinato, entro 2-6 mesi, per la verifica dell'asportazione completa e successivamente il follow-up deve essere individualizzato. In linea di massima i tempi della sorveglianza devono essere individualizzati sulla base della accuratezza e completezza dell'esame indice, dell'età, della presenza di storia familiare e di comorbilità.

Carcinoma ereditario

In pazienti con familiarità per HNPCC la sorveglianza deve essere effettuata con la colonscopia, deve iniziare all'età di 20-25 anni o 5 anni prima dell'età più precoce di comparsa di un tumore coloretale nella famiglia e deve essere ripetuta ogni 1-2 anni fino all'età di 75 anni. Questi soggetti sono a rischio anche per altre neoplasie e devono quindi effettuare altri accertamenti preventivi in altri organi (es. stomaco, utero, apparato genito-urinario). In pazienti con familiarità per FAP la sigmoidoscopia dovrebbe essere offerta ogni 1-2 anni a partire dall'età di 10-12 anni; in particolare nei pazienti con accertata mutazione di APC 1309, la sigmoidoscopia deve iniziarsi intorno a 10 anni. Nei casi di FAP attenuata l'inizio della sorveglianza può cominciare verso i 18-20 anni, ma è preferibile la colonscopia totale piuttosto che la sigmoidoscopia. Nei casi di FAP attenuata è preferibile una colonscopia. Nei familiari a rischio di un probando nel quale non è stata identificata la mutazione, tali esami vanno ugualmente eseguiti con la stessa frequenza fino all'età di 40 anni e poi ogni 5 anni.

Indagine genetica: è indicata solo nel sospetto di forme ereditarie. Esse sono: la Poliposi colica familiare (FAP, FAP attenuate, poliposi associata al gene MUTYH/MAP, sindrome di Gardner e di Turcot), la HNPCC (cancro coloretale ereditario non poliposico), le poliposi amartomatose (Peutz-

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 8 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Jeghers, poliposi giovanili). Il test genetico dovrebbe essere offerto quando la sindrome è evidente clinicamente (allo scopo di identificare la mutazione e guidare lo screening nei familiari a rischio), ai familiari di soggetti con diagnosi genetica nota (sempre allo scopo di guidare i programmi di screening) e quando clinicamente la sindrome è sospetta ma non certa (esempio in soggetti con più di dieci adenomi). Deve essere ricordato che la mutazione è presente nello 80-90% dei soggetti con Poliposi colica familiare (FAP), nel 50-70% di quelli con HNPCC, nel 30-70% di quelli con Peutz-Jeghers.

Tattamento

Il trattamento è modulato sullo stadio di malattia.

Per quanto riguarda le neoplasie del colon in stadio iniziale (stadi I, II e III), il trattamento è solitamente chirurgico. Dopo la chirurgia il paziente viene sottoposto ad una nuova visita multidisciplinare per decidere il proseguo terapeutico sulla base della diagnosi patologica. Per quanto riguarda più specificamente le neoplasie rettali, negli stadi molto precoci (stadio I) o avanzati (stadio IV) le opzioni terapeutiche non si differenziano sostanzialmente da quelle del colon mentre, per quanto riguarda i tumori localmente avanzati ovvero gli stadi II e III alla stadiazione clinica, il trattamento da considerarsi standard è di tipo combinato e prevede una chemio-radioterapia preoperatoria (neoadiuvante), seguita dall'intervento chirurgico. I pazienti operati, a prescindere dallo stadio iniziale, vengono poi rivisti in ambito multidisciplinare per programmare il proseguo terapeutico sulla base della stadiazione patologica post trattamento neoadiuvante.

Il termine stadio avanzato si riferisce allo stadio IV e l'introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci (oxaliplatino, irinotecan, bevacizumab, cetuximab, panitumumab, regorafenib) ha progressivamente migliorato la sopravvivenza, portandone la mediana ad oltre 24 mesi, e consentito in alcuni casi di rendere operabili pazienti giudicati altrimenti inoperabili prima della chemioterapia. Nei casi in cui non sia fattibile un trattamento con intento radicale, 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.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 9 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

SCOPO e OBIETTIVI

La gestione della patologia tumorale colon e retto richiede il contributo di professionisti di più discipline mediche e sanitarie che collaborano per la diagnosi, la terapia e l'assistenza del paziente.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) del CCR si pone, rispetto al programma di screening, come percorso successivo, organizzato nella diagnostica, stadiazione e trattamento. Tuttavia i pazienti entrano in questo PDTA anche a seguito di valutazione clinica per sintomi di allarme o per forte sospetto diagnostico a seguito di accertamenti eseguiti per altra ragione.

Il percorso si snoda nelle differenti fasi dell'assistenza dedicate alla diagnosi, terapia e cura della patologia tumorale, con un iter clinico ben definito fra i differenti specialisti e con un coordinamento collegiale per l'individuazione e personalizzazione nel PDTA, del percorso clinico stesso per ogni singolo paziente.

L'obiettivo è quello di organizzare un percorso assistenziale che garantisca l'omogeneità e l'equità del trattamento e la continuità con i servizi assistenziali territoriali e domiciliari.

Obiettivi specifici sono la tempestività del percorso diagnostico e terapeutico, il miglioramento della soddisfazione del paziente per quanto riguarda il rapporto con la struttura ospedaliera e la qualità percepita delle prestazioni erogate, il potenziamento dal punto di vista qualitativo e quantitativo dell'attività endoscopica, chirurgica e oncologica relativa al CCR.

AMBITI DI APPLICAZIONE

Partecipano al PDTA ed è auspicata una centralizzazione della presa in carico dei pazienti con CCR, le seguenti unità operative:

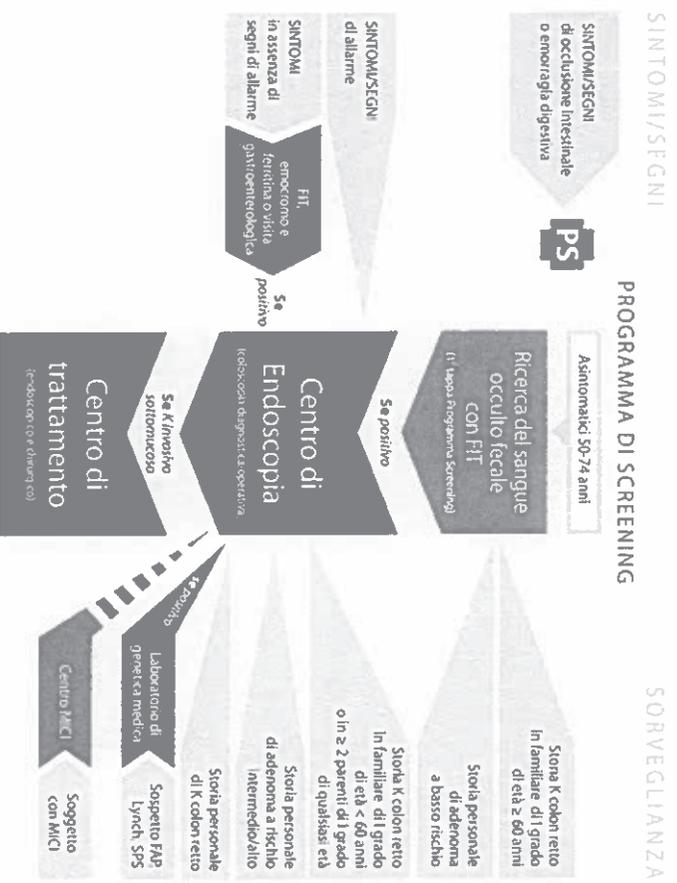
- UOSD Oncologia Medica
- UOC gastroenterologia
- UOSD chirurgia Mininvasiva
- UOC Radiodiagnostica
- UOC Radioterapia
- UOSD Anatomia Patologica

Il PDTA si applica a tutti i Centri e le Strutture coinvolte nel percorso.

	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO</p> <p align="center">Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p align="center">DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 10 di 50</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria -</p>		

CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE

Sono inclusi tutti i Pazienti positivi al programma di screening rappresentato nel documento tecnico della Regione Lazio e i pazienti con diagnosi di sospetta neoplasia Coloretale, identificati nelle figure 1 e 2 rispettivamente per colon e retto e nelle figure 3 e 4 per i pazienti con diagnosi di neoplasia già accertata rispettivamente di colon e retto.



DCA N. U00030 del 20/01/2017 Proposta n. 78 del 05/01/2017

documento tecnico inerente "Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio", ai sensi del DCA n. U00247/2014.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 11 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

MODALITÀ OPERATIVE

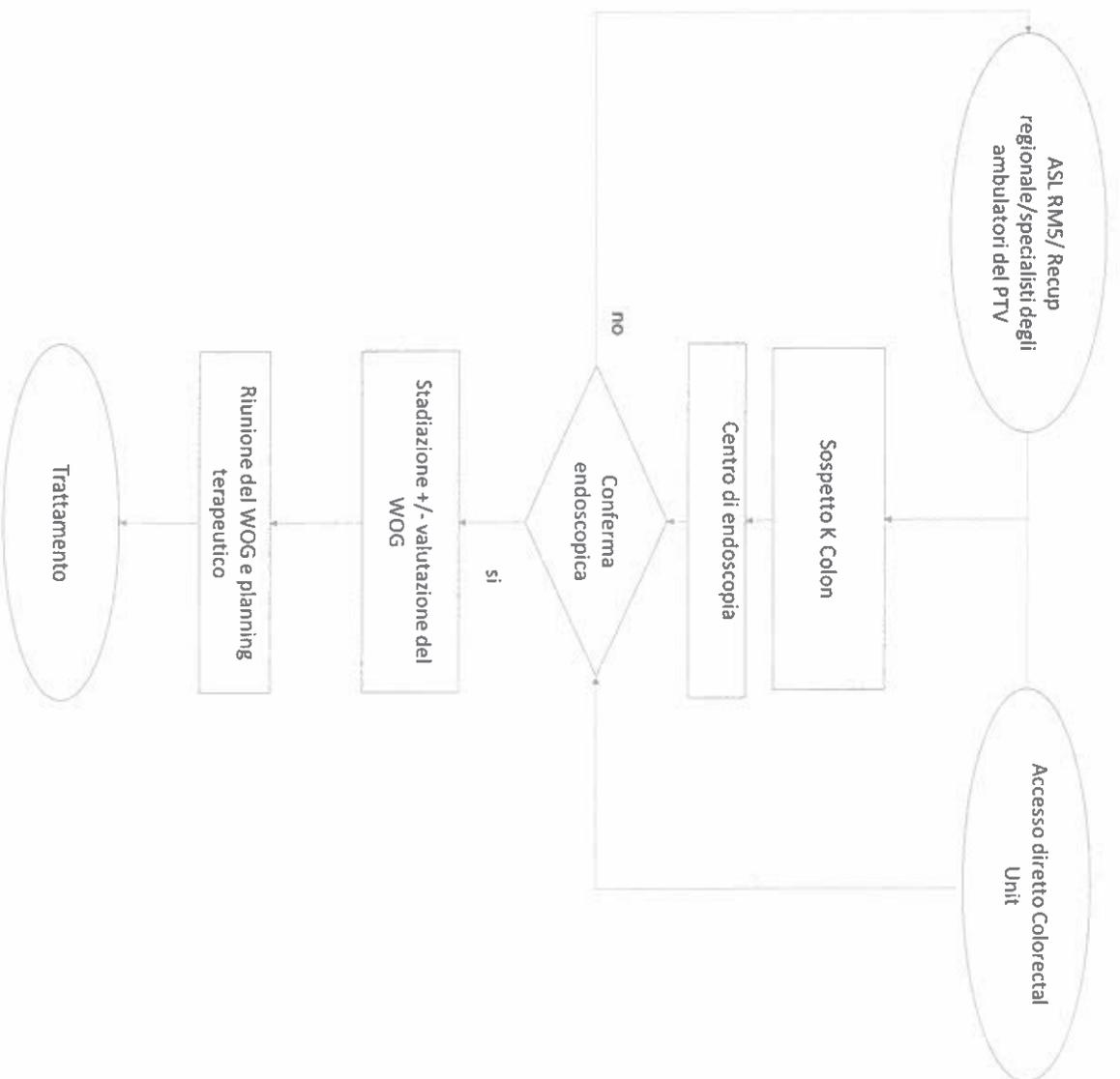


Fig.1: Percorso del Paziente con sospetto K colon

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 12 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

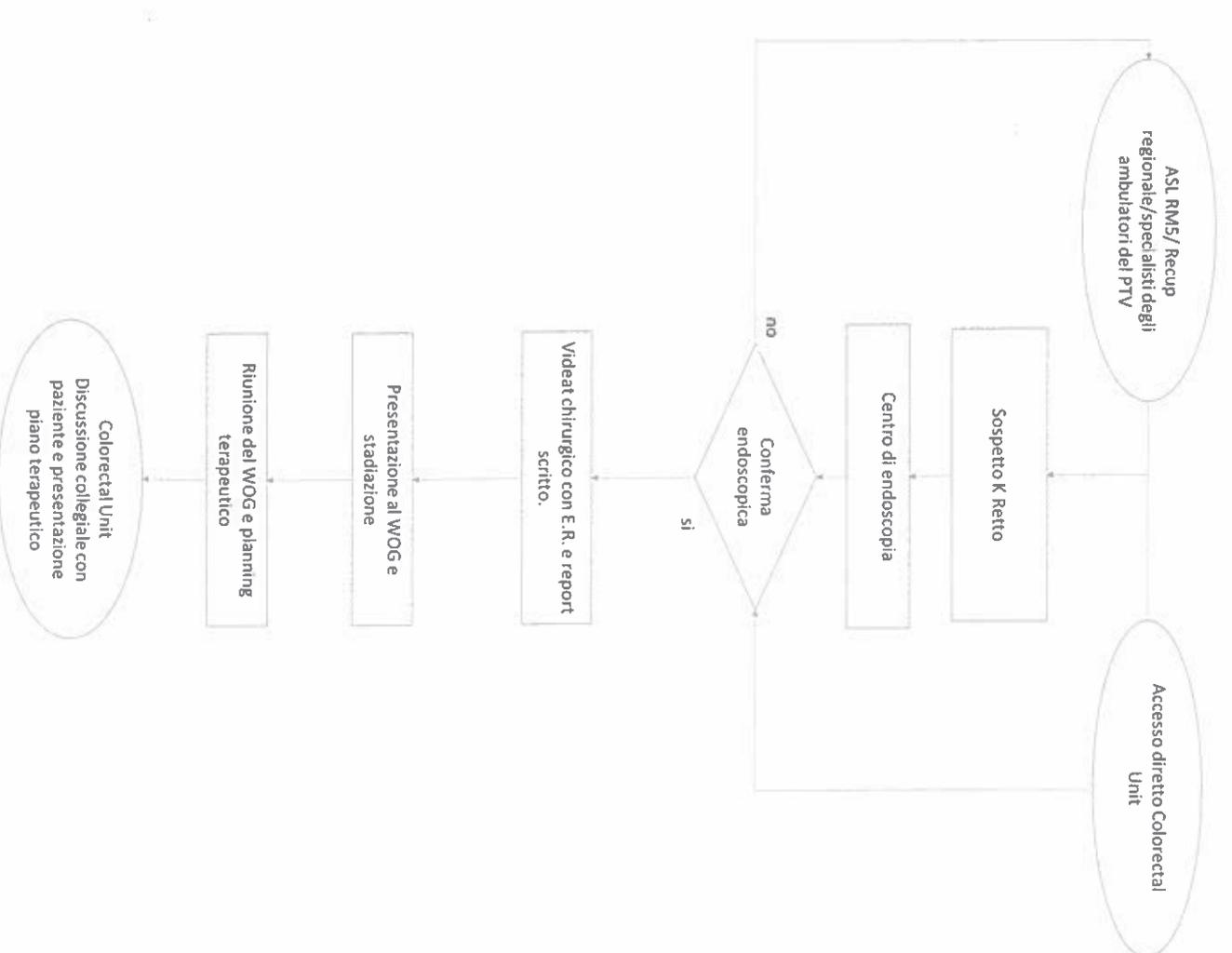


Fig.2: Percorso del Paziente con sospetto K retto

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 13 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

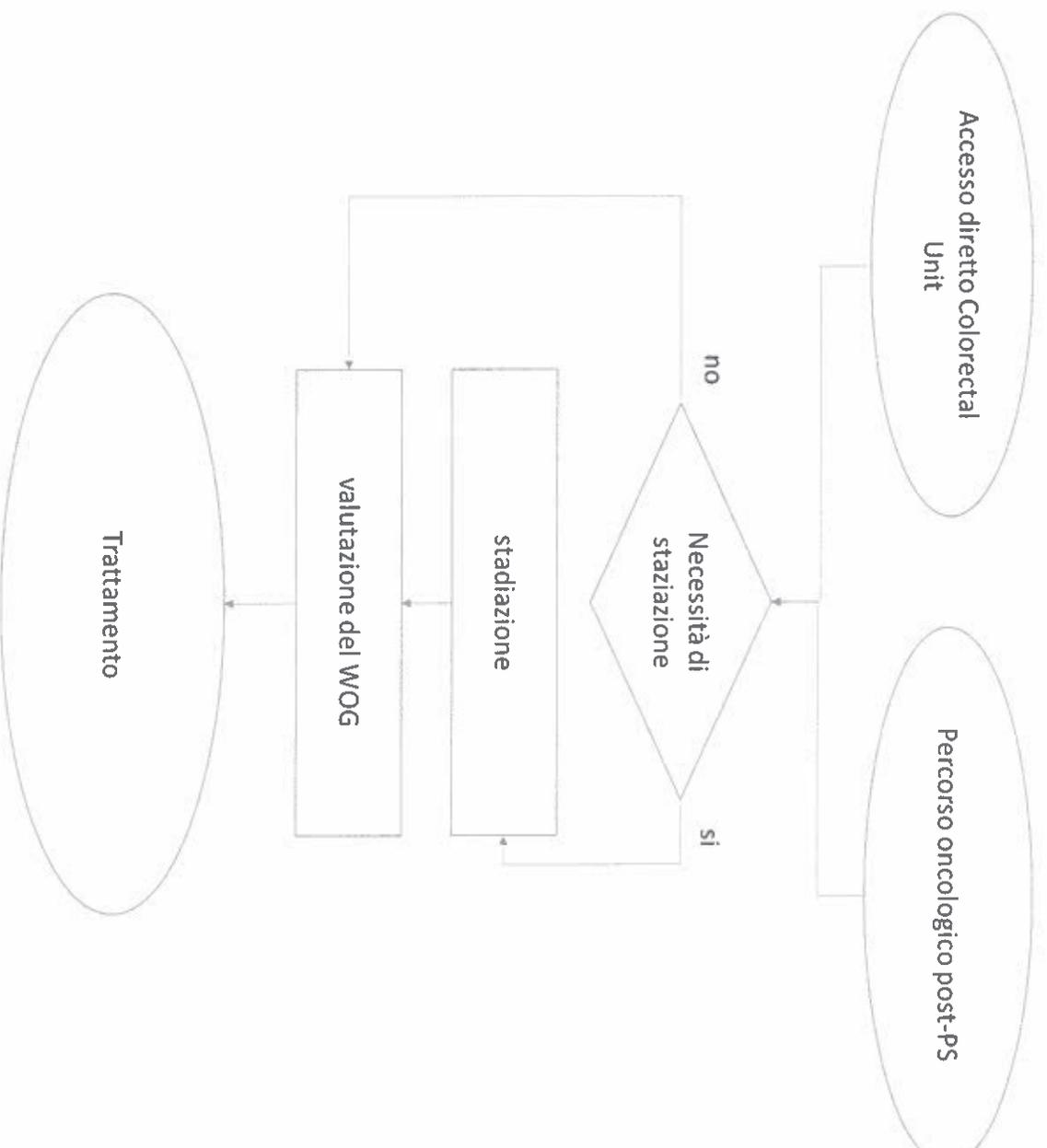


Fig. 3: Percorso del Paziente esterno con K colon accertato/percorso oncologico post PS

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 14 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

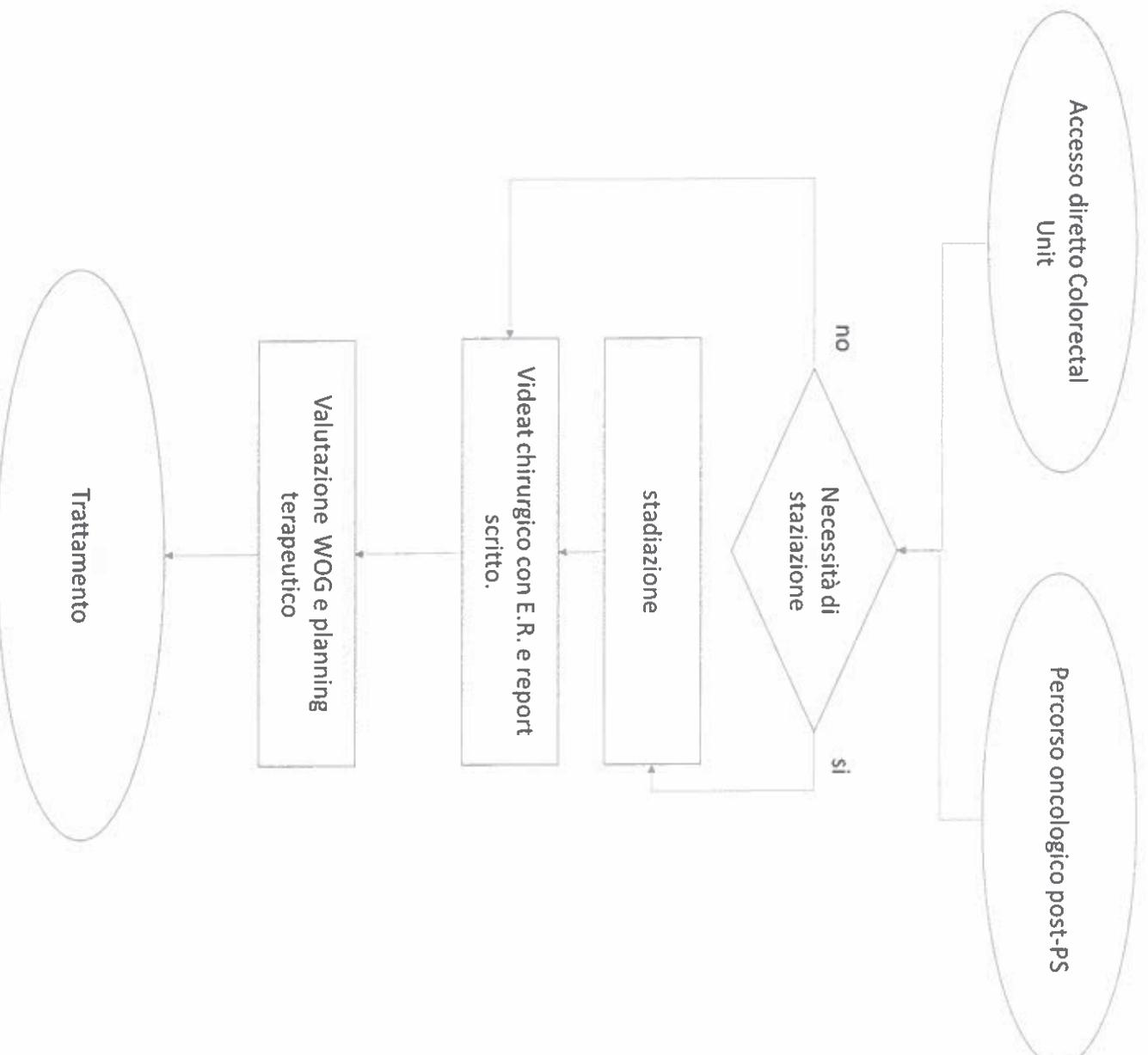


Fig.4: Percorso del Paziente esterno con K retto accertato/percorso oncologico post PS

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 15 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Il modello organizzativo per la gestione del tumore del colon retto nella Regione Lazio è incentrato sullo sviluppo di percorsi che, a partire dallo screening, prevedono l'accesso a *Centri di Riferimento*.

L'accesso dei Pazienti al PDTA aziendale può avvenire attraverso diversi canali:

1. Ambulatorio di Gastroenterologia del PTV (pazienti con sintomi di allarme, riscontro di Test del Sangue Occulto Fecale (FOBT) positivo, recente evidenza radiologica o endoscopica in altra sede di tumore del colon colon-retto) (Fig. 1-4).
2. Centro di endoscopia: pazienti con anemia o rettorragia, pazienti inviati dalla Asl RM5 con FOBT positivo, pazienti ambulatoriali che eseguono endoscopia mediante prenotazione con Recup (Fig. 1-4).
3. Ambulatori di Chirurgia della UOSD Chirurgia Mininvasiva del PTV (pazienti con sintomi di allarme, riscontro di Test del Sangue Occulto Fecale (FOBT) positivo, recente evidenza radiologica o endoscopica in altra sede di tumore del colon colon-retto) (Fig. 1-4).
4. Colorectal Unit *: pazienti con sintomi di allarme, riscontro di Test del Sangue Occulto Fecale (FOBT) positivo, recente evidenza radiologica o endoscopica in altra sede di tumore del colon colon-retto (Fig. 1-4).
5. Pronto Soccorso del PTV: pazienti con rettorragia o anemia, pazienti con diagnosi posta in altra sede che entrano nel percorso oncologico post-PS **.

Il policlinico di Tor Vergata si inserisce inoltre come Centro di II e III Livello del Programma di Screening del Colon Retto per la ASL Roma 5, mediante sottoscrizione di “**convenzione per l'esecuzione di prestazioni di screening del cancro del colon retto**” con delibera prot.n. 15379 del 12.07.23 e con scadenza in data 9.07.24.

** La Colorectal Unit è situata al piano 6 di Torre 6.*

Possono accedere tutti i Pazienti con sospetto o diagnosi accertata di carcinoma colon retto dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 14.000 16:00. Gli utenti possono inoltre contattare telefonicamente gli operatori dell'Unità operativa dalle 8:00 alle 17:00.

Gli utenti potranno anche compilare un questionario presente nel portale spazio utenti del PTV o contattare gli operatori attraverso una mail istituzionale (opencolonretto@pivonline.it) Gli utenti

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 17 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Percorso di Oncologia medica

L'Oncologia medica certificata ISO 9001:2015 ha un proprio sistema di gestione della qualità integrato con il Policlinico Tor Vergata.

Definizione dei criteri di ingresso nel percorso oncologico:

- Paziente con neoplasia colorettrale operata
- Paziente con neoplasia del retto pre-intervento
- Paziente con neoplasia del retto operata
- Paziente con neoplasia metastatica/avanzata del colon retto

Reclutamento dei pazienti per il PDTA:

- Reparto di DH Oncologia Medica
- Ambulatorio di Oncologia Medica
- Reparto di Degenza Oncologia Medica
- Riunione collegiale Multidisciplinare
- l'indicazione ad eventuale programmazione di inizio della terapia neoadiuvante, adiuvante o palliativa (se indicata) oppure inserimento nel programma di follow-up clinico e strumentale (qualora la malattia non richieda ulteriori trattamenti) e posizionamento di un accesso vascolare duraturo (PICC, port-a-cath).

Trattamenti:

Tutti i pazienti candidati a trattamento chemioterapico devono essere valutati per adeguatezza dei parametri ematochimici inclusivi di emocromo, funzionalità renale e funzionalità epatica. Quando richiesto dal tipo di trattamento e da particolari condizioni di comorbidità, i pazienti devono sottoporsi a screening cardiologico con ECG e/o ecocardiogramma.

- Terapia adiuvante del K colon: principi generali.
- Terapia della malattia avanzata non operabile.
- Terapia della malattia avanzata/metastatica.
- Follow-Up clinico strumentale.

Le fasi del percorso oncologico sono descritte nell'Allegato 1.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 18 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Percorso di Gastroenterologia

La UOC di Gastroenterologia e la Unit Percorsi Endoscopici sono coinvolte nel percorso assistenziale del paziente con tumore del colon retto per quanto riguarda la diagnosi, il trattamento endoscopico, il follow-up e il trattamento palliativo.

Definizione dei criteri di ingresso nel percorso e tipologia di trattamento:

- Pazienti con rettorragia o anemia, provenienti dal Pronto Soccorso, candidabili al ricovero presso il reparto di Gastroenterologia.
- Pazienti con sintomi e segni di allarme indicativi di CCR candidabili a colonoscopia ambulatoriale.
- Pazienti con diagnosi di lesione precancerosa candidati a trattamento di polipectomia.
- Pazienti con lesione tumorale del colon retto non infiltrante candidati a trattamento endoscopico (mucosectomia; dissezione endoscopica sottomucosa, ESD; resezione a tutto spessore, full thickness).
- Pazienti con neoplasia del colon retto stenosante candidati a posizionamento di protesi del colon retto per palliazione o non operabili per eseguire trattamento chemioterapico.
- Pazienti con recidiva di neoplasia del retto extraluminale candidabili ad ecoendoscopia con biopsia trans parietale.

Modalità di accesso alle attività diagnostico-terapeutiche

- Ricoveri: reparto di Gastroenterologia Torre 6 Il piano lato ovest.
- Visita ambulatoriale: Ambulatorio di Gastroenterologia Generale, giovedì mattina dalle 9:00 alle 12:30, torre 6 Il piano st 127, lista 5832, prenotabile tramite Recup Regionale con priorità breve.
- Colonscopia diagnostico-terapeutica : per pazienti con FOBT positivo o rettorragia, o familiarità di primo grado per CCR con età >50 anni, lunedì dalle 9:00 alle 11:30 (4 slots), mercoledì dalle 9:45 alle 11:15 (3 slots), o follow-up post-polipectomia, lista 5818 PDTA-TCR prenotabile presso CUP interno del PTV con impegnativa rilasciata dai medici della UOC di Gastroenterologia con la dicitura **PERCORSO INTERNO PDTA-TCR, LISTA 5818**, priorità **ALTRO** e specificando nello spazio 'note' la distanza temporale di inserimento (FOBT, entro due settimane; rettorragia, entro un mese; follow-up post-polipectomia*/familiarità, a 3-6 mesi) oppure, in caso di sintomi di allarme, lista 5804 in slots disponibili a 48-72 ore indicando la priorità **BREVE**

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 19 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

- Colonscopia per pazienti in follow-up dopo chirurgia del colon retto: prenotabile presso CUP interno del PTV con impegnativa rilasciata dai medici della UOSD di Oncologia con la dicitura **PERCORSO INTERNO ONCOLOGICO**, lista 5855, martedì dalle 08:00 alle 10:00 (2 per colonscopia) *

** L'intervallo di esecuzione delle colonscopia di sorveglianza (post-polipectomia e post resezione del CCR) deve essere conforme alle linee guida vigenti (Linee guida ESGE).*

Percorso Chirurgico

La UOSD Chirurgia Mininvasiva e la Colorectal Unit sono coinvolte nel percorso assistenziale del paziente con tumore del colon retto per quanto riguarda la diagnosi, il trattamento chirurgico, il follow-up e il trattamento palliativo.

Scelta del trattamento

I tumori del colon-retto si differenziano, dal punto di vista chirurgico in tumori del colon e tumori del retto.

Questi ultimi richiedono un livello di expertise chirurgica super specialistica per le implicazioni che l'asportazione del retto ha sulla qualità di vita, QOL.

Tumore del colon: Si valuta lo stadio di malattia e le complicazioni della stessa (sanguinamento ed occlusione).

- Paziente con carcinoma T1: trattamento endoscopico ove possibile.
- Paziente con carcinoma T2/3 stadio iniziale (I, II, III): chirurgia radicale.
- Paziente con carcinoma T4 stadio avanzato o metastatico: è possibile una chirurgia radicale con resezione in blocco degli organi infiltrati; tuttavia, si preferisce un downstaging e rivalutazione se intervento procrastinabile (in assenza di complicanze). Le resezioni palliative, o il confezionamento di stomie è riservato alle neoplasie non asportabili radicalmente e non altrimenti palliabili o inoperabili ove non indicate terapie adiuvanti. In presenza di metastasi epatiche si ricorre a trattamento chirurgico o termoablazione con radiofrequenza delle stesse (ove applicabile). Le resezioni sincrone vengono effettuate se considerate semplici.

Tumore del Retto

Fondamentale lo staging preoperatorio, sesso ed età del paziente, e la distanza dal margine anale (d.m.a.). Il paziente deve partecipare alla decisione terapeutica. In generale, tutti i tumori >T2 del retto medio o basso

	<p align="center">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UIOSD Oncologia Medica</p>	<p align="center">DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 20 di 50</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria -</p>		

devono essere operati con total mesorectal excision (TME); per il retto alto è sufficiente la escissione parziale del mesoretto (PME).

Concetto del Watch & Wait (W&W): in caso di chemioradioterapia neoadiuvante con risposta completa e quasi completa può essere indicato il solo controllo nel tempo senza procedere alla terapia chirurgica.

Paziente con carcinoma neoplasia intramucosa: trattamento endoscopico o anche transanale chirurgico se d.m.a. < 10 cm.

- Paziente con carcinoma stadio I; chirurgia radicale. Valutazione multidisciplinare e counseling paziente soprattutto per tumori d.m.a.< 6 cm. TME per tutti i tumori sottoperitoneali. PME per i retti alti.
- Paziente con carcinoma stadio II,III sottoperitoneale: chirurgia radicale TME dopo terapia neoadiuvante. Possibile W&W.
- Paziente con carcinoma stadio 2/3 retto alto: chirurgia radicale PME/TME +/- terapia neoadiuvante in funzione della presenza di linfonodi locoregionali positivi.

Le attività del percorso chirurgico sono descritte nell'Allegato 2.

Percorso Radioterapico

Definizione dei criteri di ingresso nel percorso:

- Paziente con neoplasia del retto candidato a trattamento neoadiuvante.
- Paziente con neoplasia del retto operata candidato a trattamento adiuvante.
- Paziente con neoplasia del retto recidivata candidato a trattamento locale.
- Paziente con neoplasia metastatica del retto, suscettibile di trattamenti locali sul primitivo o sulle lesioni secondarie.
- Paziente con neoplasia metastatica del colon, suscettibile di trattamenti locali sulle lesioni secondarie.

I pazienti candidati a trattamento radiante, dopo la valutazione clinica iniziale saranno sottoposti a simulazione TC con sistemi di immobilizzazione dedicati, pianificazione del trattamento finale, verifica e trattamento radiante, preferibilmente con tecniche evolutive (VMAT/stereotassi).

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 21 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria - Anatomia Patologica</p>		

L'anatomia Patologica certificata ISO 9001:2015 ha un proprio sistema di gestione della qualità integrato con il policlinico Tor Vergata.

Il servizio di Anatomia ed Istologia Patologica intende:

- Fornire al clinico informazioni istologiche utili per l'indirizzo diagnostico-terapeutico;
- Fornire al clinico informazioni istologiche utili per l'efficacia della terapia;
- Garantire una diagnosi istologica in tempi adeguati;
- Fornire informazioni istologiche circa l'adeguatezza del prelievo eseguito;
- Fornire informazioni istologiche circa la stadiazione delle neoplasie;
- Fornire informazioni istologiche circa fattori prognostici e predittivi delle neoplasie.

Attività a gestione Infermieristica e Delle Professioni Sanitarie (DIPS)

La Direzione Infermieristica certificata ISO 9001:2015 ha un proprio sistema di gestione della qualità integrato con il policlinico Tor Vergata.

Nell'ambito del percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del Colon Retto:

- Programma e gestisce le richieste di accesso all'ambulatorio OPEN ACCESS, partecipa al WOG per la discussione di casi clinici complessi in cui è auspicabile la presenza infermieristica (Infermiere Case Manager Senior).
- L'ambulatorio infermieristico Wound Care, attraverso la Consulenza Infermieristica Specialistica, garantisce la presa in carico precoce della persona con ferita chirurgica di "difficile guarigione" dal post operatorio alla dimissione, a garanzia di un inserimento precoce del paziente oncologico nel percorso di cura e trattamento chemioterapico.
- L'ambulatorio infermieristico Ostomy Care, attraverso la Consulenza Infermieristica Specialistica, garantisce la presa in carico del paziente candidato al confezionamento di una stomia intestinale, dalla fase preoperatoria con il counseling e lo stoma site marking, ad una presa in carico precoce post intervento fino alla dimissione a raggiungimento del *self care* con il follow up ambulatoriale.
- Collabora alla valutazione del patrimonio venoso e gestire gli accessi vascolari.

Le attività a gestione infermieristica sono descritte nell'Allegato 3.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 22 di 50</p>
DS – Direzione Sanitaria -		

MATRICE DEI RUOLI DELLE RESPONSABILITÀ

Percorso gastroenterologico

operatore	Gastroenterologo	Oncologo/WOG	Chirurgo	Radioterapista	Anatomopatologo	Anestesista	Radiologo	Infermiere	Psicologo
attività	R	I	I			C		C	
Diagnosi endoscopica di lesione preneoplastica e trattamento endoscopico	R	I	I						
Diagnosi endoscopica di tumore del CCR	R	I	I					C	
Gestione delle eventuali complicanze tumore metastatico	R	I	I					C	
Gestione endoscopica tumore stenosante del colon retto	R	I	I						

Percorso chirurgico

operatore	Gastroenterologo	Oncologo/WOG	Chirurgo	Radioterapista	Anatomopatologo	Anestesista	Radiologo	Infermiere	Psicologo
attività	C	C	R					I	
Pianificazione dell'intervento ed esecuzione	C	I	R					C	
Prevenzione e cura delle complicanze		I	R					C	
Gestione degli esiti (stomie)			R					C	
Counseling preoperatorio "stoma site marking" ostomy care			C					R	
Presenza in carico ambulatoriale ostomy care			C					R	
Presenza in carico ambulatoriale wound care			C					R	

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 23 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Percorso oncologico

operatore	Gastroenterologo	Oncologo/WOG	Chirurgo	Radioterapista	Anatomopatologo	Anestesista	Radiologo	Infermiere	Infermiere Case Manager	Psicologo
Valutazione dei criteri di ingresso del paziente nel percorso oncologico	C	C							R	
Prelievo per esecuzione esami ematici		C						R		
Posizionamento Port-a-cath		C	I			R		C		
Valutazione complicitanze deiscenze ferita port a cath-ambulatorio infermieristico wound care		C					R	R		
RX torace post-procedura		C	C				R			
Osservazione post-procedura 3 h (DH)		R						C		
Prescrizione eventuali approfondimenti diagnostici per definizione trattamento oncologico	C	R						C		
Definizione trattamento oncologico	C	R						C		
Programmazione modalità somministrazione terapia		R						C		
Educazione Sanitaria (paziente e caregiver)		C							R	
Follow Up (3-6-12 mesi)		C							R	

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 24 di 50</p>
<p>DS - Direzione Sanitaria -</p>		

Percorso radioterapico

operatore	Gastroenterologo	Oncologo	Chirurgo	Radioterapista	Anatomopatologo	Anestesista	Radiologo	Infermiere	Psicologo
Valutazione dei criteri di ingresso del paziente nel percorso radioterapico		C	C	R				I	
Prescrizione di eventuali approfondimenti diagnostici pre-trattamento	C	C	C	R				I	
Simulazione TC con sistemi di immobilizzazione dedicati				R			C		
Pianificazione del trattamento radioterapico		C		R					
Verifica e esecuzione trattamento radiante				R					
Programmazione di eventuali follow-up per la terapia		C		R					
Esiti da Radiodermiti-ambulatorio infermieristico wound care				C				R	

R= responsabile C= collabora I= informato

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 25 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

INDICATORI

Obiettivo	Modalità di rilievo	Fonte	Target	Frequenza di rilevazione
<p>Rapido accesso a endoscopia diagnostica</p>	<p>Tempo di attesa tra richiesta endoscopia diagnostica e erogazione procedura endoscopica</p>	<p>Agende CUP/SIAS</p>	<p>90% entro 30 giorni</p>	<p>trimestrale</p>
<p>Diagnosi istologica (immunoistochimica)</p>	<p>Tempo intercorso tra prelievo e referto immunoistochimica base</p>	<p>Flusso SIAS/cartella informatizzata anatomia patologica</p>	<p>10-14 lavorativi</p>	<p>trimestrale</p>
<p>Diagnosi istologica (biologia molecolare)</p>	<p>Tempo tra risposta immunoistochimica e referto diagnosi biologia molecolare</p>	<p>Flusso SIAS/ cartella informatizzata anatomia patologica</p>	<p>14-20 gg lavorativi</p>	<p>trimestrale</p>
<p>Attività WOG</p>	<p>Numero di nuovi casi valutati dal WOG</p>	<p>Cartella ambulatoriale</p>	<p>>60 casi /anno</p>	<p>annuale</p>
<p>Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi</p>	<p>Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico (dopo diagnosi di tumore del colon-retto) è stato eseguito secondo la tempistica prevista*</p>	<p>Cartella ambulatoriale/clinica informatizzata</p>	<p>80% entro 15 gg dopo la decisione del wog e comunicazione congiunta della colorectal unit al paziente</p>	<p>trimestrale</p>



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 26 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. (19A03764)

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) *

<p>PDTA 07</p> <p>Percentuale dei Pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA tumori operati del colon e del retto)</p>	<p>L'indicatore descrive la proporzione dei Pazienti operati per tumore del Colon, individuati secondo il manuale PDTA Ministero della salute, per i quali l'intervento chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili.</p> <p>La tempestività di intervento chirurgico riduce la probabilità di reintervento per tumore del colon e aumenta la probabilità di sopravvivenza</p>
<p>PDTA 08</p> <p>Percentuale dei Pazienti operati per la prima volta di tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA tumori operati del colon e del retto)</p>	<p>L'indicatore descrive la proporzione dei Pazienti operati per tumore del Colon, individuati secondo il manuale PDTA Ministero della salute, che sono stati sottoposti ad un follow-up attivo finalizzato alla individuazione precoce di recidiva di malattia.</p> <p>Un follow-up adeguato è associato ad una riduzione del rischio di morte.</p>
<p>PDTA 09</p> <p>Percentuale dei Pazienti per il quale il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA tumori operati del colon e del retto)</p>	<p>L'indicatore descrive la proporzione dei Pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA Ministero della salute, per i quali il trattamento medico o chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili.</p> <p>La tempestività di intervento medico o chirurgico riduce la probabilità di reintervento</p>

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 27 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

	<p>per tumore del retto e aumenta la probabilità di sopravvivenza</p>
<p>PDTA 010 Percentuale dei Pazienti operati per la prima volta di tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA tumori operati del colon e del retto)</p>	<p>L'indicatore descrive la proporzione dei Pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA Ministero della salute, che sono stati sottoposti ad un follow-up attivo finalizzato alla individuazione precoce di recidiva di malattia. Un follow-up adeguato è associato ad una riduzione del rischio di morte.</p>



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO
 Prof. Mario Roselli
 Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
 Vers. 1
 Pag. 28 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

GLOSSARIO ABBREVIAZIONI

AIOM	Associazione Italiana Oncologia Medica
APC	Adenomatous Poliposis Coili
CCR	Cancro del Colon Retto
CRC	ColoRectal Cancer
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DH	Day Hospital
DH UOM	Day hospital Unità Operativa Medica
DIPS	Direzione Infermeristica e delle Professioni Sanitarie
ECG	Elettrocardiogramma
FAP	Poliposi Adenomatosa Familiare
HNPPCC	Hereditary Non Poliposis Colon Cancer
IBD	Inflammatory Bowel Disease
ISO	International Organization for Standardization
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
PA	Pressione Arteriosa
PCR	Proteina C Reattiva
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PICC	Catetere Centrale ad Inserimento Periferico
PT	Tempo di tromboplastina
PTT),....	Tempo di tromboplastina parziale
RX	Radiografia
SIAS	Sistema Informativo Assistenza Specialistica
SNG	Sondino Naso Gastrico
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice
VES	Velocità di Eritrosedimentazione
VMAT	Volumetric Modulated Arc Therapy
WOG-GI.	Working Oncological Group



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 29 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

BIBLIOGRAFIA

- ([https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020 Numeri Cancro-operatori_web.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori_web.pdf)).
- https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/11/LG-279-Retto-e-Ano_agg2021.pdf.
- Ministero della Salute: LINEE DI INDIRIZZO SULL'ATTIVITÀ FISICA. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce di età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie.
- Ministero della salute: Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027.
- DCA N. U00030 **del 20/01/2017 Proposta n. 78 del 05/01/2017.** Adozione del documento tecnico inerente "Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio", ai sensi del DCA n. U00247/2014.
- Determina n.G01829 del 14.02.23: Approvazione del documento tecnico denominato “ Linee di indirizzo organizzative per la Rete Oncologica Regionale ai sensi dell’accordo Stato Regioni n.59/CRS del 17 Aprile 2019.
- Deliberazione N.1120 del 26/09/2023 “ Approvazione del modello di Case Management del Policlinico Tor Vergata.
- Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020
- DOI <https://doi.org/10.1055/a-1185-3109> | Endoscopy 2020; 52: 1–14
- Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline DOI: <https://dx.doi.org/10.1055/s-0043-102569> | Endoscopy 2017; 49(03): 270-297
- Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline
DOI <https://doi.org/10.1055/a-0831-2522> | Endoscopy 2019; 51: 266–277

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 30 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

ALLEGATI

Allegato 1: Fasi del percorso oncologico

Posizionamento di port-a cath.

Nei pazienti candidati a trattamento infusionale prolungato (es. fluorouracile) o per altre esigenze mediche (es scarso patrimonio venoso, necessità di nutrizione parenterale, etc).

Responsabile	Medico oncologo
Gestione	DIPS/DS
Luogo	DH oncologico
Attività	esecuzione esami (emocromo, PT, PTT) esecuzione procedura in sala radiologica controllo RX torace post procedura osservazione per le 3 ore successive presso il Day Hospital oncologico

Terapia adiuvante del K colon: principi generali

La chemioterapia adiuvante sistemica non è indicata nello stadio I (stadio A/T1 N0; B1/T2 N0).

L'indicazione alla chemioterapia adiuvante nello stadio II (B2/T3N0; B3/T4N0) è tuttora in valutazione. Si ritiene opportuno procedere a chemioterapia precauzionale in pazienti con fattori prognostici sfavorevoli rappresentati da intervento in urgenza per occlusione o perforazione, infiltrazione per contiguità degli organi vicini (T4) grading G3, angioinvasività e neuroinvasività all'esame istologico, numero di linfonodi analizzati < 12 (Nx). Di recente è stata introdotta la valutazione dell'instabilità dei microsatelliti che conferisce una prognosi migliore ed esclude in alcuni casi l'uso della chemioterapia adiuvante.

Altri fattori di rischio sono in corso di valutazione da parte della comunità scientifica, e potranno essere inclusi in un prossimo futuro (es. presenza di DNA tumorale circolante, presenza di specifiche mutazioni, altro).

Tutti i pazienti in stadio III (stadio C) sono candidati a trattamento adiuvante. E' raccomandabile l'inizio della terapia adiuvante entro le 8 settimane dall'intervento chirurgico. In caso di complicanze chirurgiche è ammesso un ritardo fino ad 11 settimane. Il farmaco di scelta è la Fluoropirimidina in associazione con Oxaliplatino, non va mai utilizzato Irinotecan. Il trattamento standard è rappresentato dall'associazione di 5-Fluorouracile,

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO</p> <p>Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 31 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Acido Folinico e Oxaliplatino: schema Folfox o similari, in infusione continua o Fluoropirimidina orale (Capecitabina) ed Oxaliplatino (CAP- OX); la durata del trattamento è di 3 o 6 mesi (studio IDEA) in base ad ulteriore stratificazione di rischio (es. negli N2 o T4 è preferibile una durata di 6 mesi, nei T3N1 una durata di 3 mesi). Nel caso di pazienti fragili o per cui l'oxaliplatino sia controindicato si possono proporre in alternativa, schemi con il solo fluorouracile. È possibile utilizzare anche terapia per os (Capecitabina) (studio X-ACT). È necessaria la valutazione farmacogenomica della DPD prima della somministrazione delle fluoropirimidine (fluorouracile o capecitabina).

Terapia adiuvante per K colon

- Stadio I (A – B1) Follow-up
- Stadio II (B2 – B3) Follow-up
- Stadio II (B2-B3) ad alto rischio FOLFOX 4-XELO-OX o similari
- Stadio III, N+ FOLFOX 4 XELO-OX o similari
- Stadio II o III CAPECITABINA per os o altro regime con fluorouracile

Tutti i Pazienti devono essere discussi dal WOG: se la malattia è chirurgicamente resecabile (citoriduzione o radicalità chirurgica) il paziente viene avviato alla chirurgia. L'intervento chirurgico mette a disposizione campioni di tessuto per la determinazione di K-RAS, N-RAS B-RAF, espressione MMR necessari all'oncologo medico per l'indicazione a terapia con anticorpi monoclonali. In tutti i pazienti con CCR avanzato o metastatico la chemioterapia sistemica viene proposta. La chemioterapia deve iniziare precocemente in quanto presenta vantaggi rispetto ad un inizio al momento della comparsa dei sintomi, sia in termini di sopravvivenza che di qualità di vita. Non si osservano differenze di risposta in relazione all'età. Tutti i Pazienti sono candidabili al trattamento senza limite di età, ma tenendo conto solo delle comorbidità (patologie associate) e del performance status. Il farmaco di scelta è il 5-Fluorouracile preferibilmente somministrato in infusione continua. Una via alternativa sono le fluoropirimidine orali (Capecitabina) da prendere in considerazione in tutti i casi di pazienti che presentano difficoltà all'infusione continua. I trattamenti polichemioterapici con associazioni di 5FU con farmaci quali Oxaliplatino (FOLFOX) e Irinotecan (FOLFIRI), o triplice terapia (FOLFOXIRI), determinano considerevole incremento delle risposte obiettive associate spesso ad un aumento della sopravvivenza; pertanto i trattamenti polichemioterapici sono da consigliare ove possibile; sono considerati analoghi anche i regimi a due farmaci con associazione di Fluoropirimidina orale e

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO</p> <p>Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 32 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Oxaliplatino e/o Irinotecan. L'impiego di anticorpi monoclonali: Cetuximab o Panitumumab (con determinazione K-Ras, N-Ras e B-Raf Wild Type) e Bevacizumab, Afibercept deve essere preso in considerazione in vista di possibile regressione di malattia tale da consentire una reseccabilità chirurgica e comunque in pazienti selezionati per mantenere la risposta terapeutica. In particolare l'afibercept è indicato in pazienti che hanno ricevuto un'adiuvante a base di oxaliplatino. Di recente è stata dimostrata l'efficacia, ed è disponibile per uso clinico, l'immunoterapia (pembrolizumab, nivolumab, ipilimumab), nei pazienti con instabilità microsatellitare. Inoltre in seconda linea, per i paziente BRAF mutati, è ora disponibile la terapia con inibitori specifici di BRAF (encorafenib) in associazione a cetuximab. Tali farmaci sono soggetti a monitoraggio ALFA: pertanto ogni due – tre mesi è richiesta una rivalutazione di malattia. Non esistono regimi di trattamento o protocolli sequenziali definiti e raccomandati: nei pazienti in buone condizioni generali in progressione di malattia dopo precedente trattamento chemioterapico deve essere preso in considerazione il trattamento di seconda linea e in casi selezionati anche di terza e quarta linea. In particolare i farmaci a disposizione in linee avanzate sono un farmaco biologico inibitore delle tirosin-kinasi, il regorafenib, si è dimostrato efficace in pazienti pluritrattati, e un farmaco a base di Fluoropirimidina, trifluoridina/tipiracile. La radioterapia viene utilizzata con intento citoriduttivo o palliativo nelle recidive pelviche o in pazienti non operabili. La radioterapia risulta efficace nelle lesioni ossee metastatiche.

Terapia della malattia avanzata non operabile: Principi fondamentali

Pazienti over 70 vanno valutati in multidisciplinare seguendo le linee guida geriatriche.

N.B. per la terapia perioperatoria per le metastasectomia si predilige generalmente fluoro uracile/oxaliplatino +/- biologico. Per la terapia di conversione il paziente verrà trattato secondo linee guida interne come per la malattia inoperabile rivalutando a 2-3 mesi.

	Trattamento PRIMA LINEA	Trattamento SECONDA LINEA	Trattamento TERZA LINEA
<p>PS buono (0-1) No comorbidità</p>	<p>fluorouracile/irinotecan+ bevacizumab fluorouracile/oxaliplatino+ bevacizumab fluorouracile/irinotecan+ cetuximab (se WT)</p>	<p><i>in base a quanto ricevuto in prima linea e alla risposta clinica</i> fluorouracile/irinotecan+ bevacizumab fluorouracile/oxaliplatino+ bevacizumab</p>	<p>Regorafenib Trifluoridina/tipiracil e cetuximab (se WT) panitumumab (se WT)</p>



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 33 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

<p>fragile per età PS > 1 Comorbidità Controindicazione a port a cath</p>	<p>fluorouracile/oxaliplatino+ pantitumumab (se W/T) fluorouracile/oxaliplatino/irinotecano +/- biologico per MSI-H/dMMR pembrolizumab</p>	<p>fluorouracile/irinotecan+ cetuximab (se W/T) fluorouracile/irinotecano+ pantitumumab (se W/T) fluorouracile/irinotecan+afibercept se BRAF mutato: encorafenib/cetuximab se MSI-H/dMMR e non pretrattato con immunoterapia: nivolumab +/- ipilimumab</p>	<p>rechallenging dei farmaci utilizzati in prima linea</p>
--	--	--	--

- Principi di trattamento della neoplasia metastatica (hep-pulm). Nei pazienti con metastasi epatiche o polmonari deve essere sempre valutata la resecabilità chirurgica
- Non dovrebbero esserci siti di malattia extraepatica non resecabile
- La malattia primitiva deve essere trattata in modo standard (evitare resezioni “di minima”)
- Sulla base di estensione della malattia per mantenere un’adeguata funzione epatica e respiratoria si devono considerare l’età biologica del paziente, le condizioni cliniche generali, la disponibilità del supporto rianimatorio e l’esperienza del chirurgo
- La rivalutazione per la resezione è da riconsiderare dopo la CT neoadiuvante nei pazienti prima non resecabili
- La “re-resezione” può essere considerata in pazienti selezionati

Fegato

La resezione chirurgica è il trattamento di scelta, ma la termoblazione con RF è alternativa valida, specie in caso di lesioni a sede “sfavorevole” per l’intervento (lesioni NON periferiche). Sono trattabili con RF lesioni uniche o multiple limitate ad un lobo (ma comunque NON superiori a tre); in casi particolari, possono essere trattate con RF lesioni controlaterali all’epatectomia. La resezione è commisurata all’estensione epatica dell’/e metastasi: l’obiettivo è di rimuovere in modo radicale la malattia, risparmiando la maggior parte di parenchima epatico col minor sanguinamento possibile. Candidato alla resezione è il paziente con PS 0-1, buona compliance all’intervento, indipendentemente dall’età.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 34 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Le metastasi “sincrone” non devono essere reseccate simultaneamente alla neoplasia primitiva in assenza di esperienza del chirurgo e di supporto tecnologico adeguato. In generale si tende ad effettuare resezioni epatiche sincrone nel caso di lesioni facilmente aggredibili, periferiche e superficiali e comunque che comportano resezioni atipiche semplici.

Il trattamento resettivo epatico dopo l'intervento primario e la CT (downstaging) diventano scelta primaria. Nei casi non reclutati per la chirurgia resettiva e di difficile approccio anche con RF (metastasi difficili da visualizzare con ecografia o multiple, maggiori o uguali a 3, con impegno epatico < al 50% può essere proposta chemio embolizzazione transarteriosa (TACE) con particelle embolizzanti precaricate con Irinotecan (200 mg totali in uno o in entrambi i lobi in due TACE successive eseguite a distanza di 60 giorni). Tale metodica, che sembra dare aumento della sopravvivenza quando confrontata con la chemioterapia classica in pazienti con metastasi epatica da CCR prevede il trattamento in anestesia generale (per evitare l'intenso dolore suscitato dalla procedura) in sala angiografica.

Il trattamento radiante con tecnica stereotassica può essere preso in considerazione laddove per motivi legati al paziente o alla malattia epatica, non siano percorribili la chirurgia, la RF o la TACE.

Polmone

I pazienti che sviluppano lesioni secondarie polmonari andrebbero valutati all'interno del WOG per l'integrazione tra un eventuale trattamento sistemico e un trattamento locale (radioterapia stereotassica o chirurgia), soprattutto quando oligometastatici/oligoricorrenti.

Retto

Terapia neoadiuvante per K retto

La decisione al trattamento neo-adiuvante per la neoplasia del retto viene presa durante la riunione collegiale chirurgica-oncologica-radioterapica. Le opzioni di trattamento sono chemioradioterapia a base di fluoropirimidine seguita da intervento, polichemioterapia di induzione seguita da chemioradioterapia a base di fluoropirimidine seguita da intervento, chemioradioterapia a base di fluoropirimidine seguita da polichemioterapia di consolidamento seguita da intervento. Le ultime due strategie configurano la cosiddetta Total Neoadjuvant Therapy (TNT). In alcuni casi di risposta completa dopo TNT si può considerare la sorveglianza vigile invece dell'intervento denominata watch and wait (Non-operative management). Di recente è stata data indicazione ad eseguire il test dei microsatelliti prima di avviare il trattamento neoadiuvante in quanto potrebbe condizionare la scelta del trattamento sistemico.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 35 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

RESTAGING: il paziente al termine del trattamento RT-CT neoadiuvante, prima di una chirurgia resettiva o demolitiva del retto, sarà ristadiato con la medesima metodica utilizzata prima del trattamento: E.R. chirurgica, rettoscopia, RM pelvica.

Terapia adiuvante per K retto: principi generali

I pazienti in stadio B2-3 (T3-4 N0) e C (ogni T N1-2) che NON abbiano effettuato il trattamento neoadiuvante sono candidati a CT-RT adiuvante entro 4-6 settimane dalla chirurgia. La radioterapia post-operatoria da sola è in grado di ridurre le recidive locali senza un dimostrato incremento di sopravvivenza, mentre negli stadi che presentano fattori di rischio per recidiva locale [MAC B2-3 (T3-4 N0 M0) e C (ogni T N1-2 M0)] la radioterapia in combinazione con la CT ha dimostrato sia la riduzione delle recidive locali che l'aumento della sopravvivenza

Terapia della malattia avanzata/metastatica: principi generali

Terapia della recidiva pelvica

I pazienti con recidiva pelvica di malattia (NON precedentemente irradiati oppure GIA' precedentemente irradiati devono essere considerati per un trattamento RT con intento: citoreduitivo /curativo o di controllo locale prolungato (in caso di contatto con la parete pelvica F1 - F3)

palliativo (in caso di infiltrazione strutture ossee - F4)

Nei trattamenti con finalità curativa o di controllo locale l'associazione con la CT è raccomandata.

“F” è il criterio adottato per definizione dello stadio di fissità, che ha un importante valore prognostico:

F0: non contatti con la parete pelvica (recidiva anastomotica pura, recidiva perineale)

F1: contatto con la parete pelvica, non esteso a più di un quadrante

F2: contatto con la parete pelvica, non esteso a più di 2 quadranti

F3: contatto con la parete pelvica, esteso a più di 2 quadranti

F4: infiltrazione delle strutture ossee o intestinali

Quadrante anteriore sono considerati gli organi pelvici. I quadranti laterali sono costituiti dalle parti molli, prevalentemente muscolari, delle pareti pelviche. Il quadrante posteriore è costituito dallo spazio e dalla fascia pre-sacrale. Nella definizione radiologica dello stadio, la TC o la RMN sono le metodiche di elezione. La PET

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 36 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

può essere utile per escludere la presenza di localizzazioni metastatiche o per distinguere la recidiva da esiti chirurgici; nei casi di dubbio diagnostico è indicata TC/RMN, se l'esame istologico fosse negativo o non eseguibile.

A 6-8 settimane della fine della RT-CT, è raccomandata una rivalutazione clinico strumentale della recidiva per valutare una possibile indicazione chirurgica.

Follow-Up clinico strumentale

Il follow-up si intende per i primi 5 anni dall'intervento. Regimi intensivi verso regimi di minima sono ancora oggetto di valutazione (studio GILDA). Regimi intensivi di follow-up non sono da applicare in soggetti non passibili di ulteriori trattamenti curativi.

ESAMI	CA COLON & Retto Basso rischio A-B1	Ca Colon alto rischio (B2, C)	Ca Retto alto rischio (B2, C)
Esame clinico + CEA/CA 19.9(+ espl. rettale per retto)	A 6, 12, 24 mesi poi ogni anno per 3 anni	Ogni 4 mesi per i primi 3 anni poi ogni 6 mesi per 2 anni	Ogni 4 mesi per i primi 3 anni poi ogni 6 mesi per 2 anni
Colonscopia	1, 3, 5 anni	1, 3, 5 anni	1, 3, 5 anni
colonscopia entro 6 mesi dall'intervento se non eseguita in precedenza			
Rettosigmoidoscopia	-----		
US addome	Annuale per 3 anni	Dopo i primi tre anni 1 volta anno	6, (12), 24 mesi



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

**DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 37 di 50**

DS – Direzione Sanitaria -

Rx Torace	Annuale per 3 anni	----- --- -----	-----
TC addome + pelvi+ Torace		Ogni 8 mesi per tre anni	Ogni 8 mesi per tre anni poi 1 volta anno per 2 anni

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 38 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Psicologia oncologica

Ogni condizione di patologia organica, comporta inevitabilmente una quota di stress personale e familiare, spesso amplificato dalle strategie con cui si affronta la malattia. Il distress in oncologia è definito come un'esperienza di sofferenza di carattere psicologico (cognitivo, comportamentale, emozionale), sociale e/o spirituale, derivante dall'impatto della diagnosi di cancro e dei trattamenti correlati. Esso si riferisce ad un continuum di sintomi che variano in severità e generalmente classificabili in depressione, ansia, comportamenti alterati verso la malattia, disturbi dell'adattamento, sofferenza esistenziale.

Il National Cancer Plan americano e l'European Organization for Research and Treatment for Cancer (EORTC) hanno più volte evidenziato la necessità di un approccio di cura integrata, cioè che prenda in considerazione contemporaneamente sia variabili fisiche che psicologiche e sociali, avvalendosi di un gruppo di lavoro multi professionale.

Cogliendo le indicazioni fornite dalle linee guida internazionali, l'obiettivo presso il nostro reparto di Oncologia Medica è quello di integrare le cure mediche e la presa in carico del dolore psichico del paziente oncologico, in modalità di simulaneus care, avvalendoci di un team multidisciplinare.

La frequenza del disagio psichico, rilevato nelle neoplasie e nel dolore cronico è del 25-40%, ma nonostante frequenze così elevate, l'invio allo specialista psicologo è soltanto del 1-3% (New Oxford textbook of Psychiatry, 2009), laddove non esista una cooperazione strutturata. Ciò che emerge dalla letteratura è che il riconoscimento del disagio è generalmente tardivo e legato ad un evento critico (la prevenzione è molto limitata), col rischio di un importante impatto sull'andamento delle cure, di cronicizzazione e minor possibilità di risoluzione.

L'esperienza clinica evidenzia che un maggior intervento preventivo (collaborazione stabile in equipe multidisciplinare) riduce i casi che necessitano di intervento urgente o si cronicizzano o fanno maggior ricorso a farmaci o richiesta di esami inappropriata, in letteratura sono presenti forti evidenze anche sulla diminuzione dell'impatto economico della malattia. In relazione alla realtà attuale non si ritiene sostenibile che tutti i soggetti affetti da patologia neoplastica si possano avvalere di un intervento psico-oncologico, ma si ritiene necessario una valutazione costante del livello di distress esperito, soprattutto in particolari fasi del percorso di malattia (primo accesso, diagnosi, terapia educativa, follow-up, off-therapy, lutto), poiché i livelli di stress variano in funzione del tempo.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 39 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Allegato 2: Fasi del percorso chirurgico

Il percorso chirurgico è gestito dalla colorectal unit che fa capo alla chirurgia mininvasiva.

All'interno della colorectal unit, è preso in carico dalla care manager e dai medici delle branche specialistiche che possono essere necessari al percorso, compreso lo psico-oncologo

Preparazione del paziente alla emicolectomia destra e sinistra

I pazienti vengono visitati ed eseguono gli esami preoperatori durante il percorso “preospedalizzazione” dove vengono visitati dall’anestesista e dal chirurgo. Nel percorso si effettuano gli esami ematici di routine completi di gruppo sanguigno, viene effettuato vidcat anestesilogico e cardiologico per eventuale nulla osta all'intervento chirurgico. Se necessario, viene impostata una terapia marziale di supporto o vengono previste trasfusioni perioperatorie.

L’infermiere consegna le istruzioni relative all’igiene personale, la tricotomia, la dieta e la preparazione intestinale.

Il chirurgo valuta ed eventualmente sospende la terapia domiciliare, prescrive eventuali integrazioni nutrizionali e/o terapeutiche.

Il chirurgo illustra al paziente il percorso soffermandosi in particolare su: fase preoperatoria (immunonutrizione, preparazione intestinale, prevenzione tromboembolica); fase intraoperatoria a gestione medica secondo i dettami dell’enhanced recovery after surgery (ERAS); fase postoperatoria, con riabilitazione, rialimentazione e mobilizzazione precoce.

Nella fase preoperatoria, il paziente candidato al confezionamento della stomia intestinale, attraverso la consulenza infermieristica Ostomy Care, pianificata con il SIO alla preospedalizzazione, garantisce il counseling e lo stoma site marking, ad una presa in carico e risposta precoce ai bisogni di cura durante tutto il percorso assistenziale. (WOCN).

Il paziente viene ricoverato nel dipartimento di chirurgia, specificamente sotto la responsabilità della UOSD Chirurgia Mini-invasiva e apparato digerente. L’unità operativa è composta da dirigenti medici e medici in formazione specialistica, oltre a dottorandi di ricerca e masterandi della Università Tor Vergata. Il medico chirurgo acquisisce il consenso informato per ogni atto chirurgico durante le fasi della presa in carico del paziente. Una check list viene spuntata prima di ogni intervento chirurgico. Il ricovero è previsto generalmente il giorno stesso dell’intervento chirurgico. Il paziente deve essere a digiuno da almeno 4 ore prima dell’intervento ma sono concesse bevande sino a due ore prima della chirurgia. Il reparto è in possesso del

 <p>PTV FONDAZIONE IRCCS OSPEDALE MAGGIORE POMA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 40 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

gruppo sanguigno del paziente e di analisi recenti (meno di un mese) oltre che di videdat cardiologico e ove necessario RX torace o accertamenti ulteriori.

Esecuzione dell'emicolectomia destra o sinistra.

1. Antibiotico profilassi prevista: Ciprofloxacina e Metronidazolo vengono assunti 12 ore prima dell'intervento in forma orale. Cefoxitina 2 gr endovena viene somministrata all'induzione dell'anestesia per la prevenzione delle infezioni di ferita. L'intervento chirurgico standard è considerato pulito/contaminato. In caso di contaminazione del campo operatorio per spandimento di materiale enterico, viene imposta antibiotico terapia da proseguire per 3-5 gg con ceftriaxone 2 gr e metronidazolo 1,5 gr in tre somministrazioni per via endovenosa.
2. Paziente supino (gambe sui cosciali per la emicolectomia sinistra), intubazione oro-tracheale, prevenzione di nausea e vomito, ristrettezza nella somministrazione di liquidi e v secondo i dettami ERAS. Catetere vescicale, preparazione campo operatorio con i criteri della antisepsi.
3. Emicolectomia laparoscopica o assistita con robot chirurgico: standard of care; 4 trocar, incisione di servizio con sistema di protezione di parete. In caso di intervento assistito con robot chirurgico, si procede a docking prestabiliti.
4. Emicolectomia laparotomica: in caso di mancanza di expertise o in casi selezionati (pregressa chirurgia addominale, tumori voluminosi, T4)
5. Secondo i dettami ERAS, non sono necessari SNG, drenaggio addominale; il CV rimosso in prima giornata operatoria. Dieta liquida a 4-6 ore dall'intervento, alimentazione entro la prima giornata postoperatoria e consensuale interruzione fluidoterapia. Durante le prime 24 ore o oltre se necessario, vengono misurati i parametri vitali ogni 4-6 ore (infermiere di reparto). La mobilitazione è consentita senza ausili ma controllata dal personale dopo 4 ore dal ritorno in reparto. In prima giornata postoperatoria viene effettuato prelievo ematico per emocromo, PCR e PCT. Dimissione possibile dalla terza giornata postoperatoria se emocromo stabile e PCR < 150 o aumento inferiore di 50. Visita di controllo ad una settimana. Contatto telefonico dopo 48 ore.
6. Chirurgia del retto: si procede come per il colon. L'intervento chirurgico di TME richiede expertise specifica, soprattutto se eseguito in laparoscopia o assistito con robot chirurgico. E' previsto il posizionamento di una ileostomia di protezione in quasi tutti i casi di resezione del retto con TME. Il disegno del sito stomale è a cura del servizio di stomacare e viene eseguito prima dell'intervento stesso, anche in sede di preospedalizzazione. In caso di tumore del retto alto si esegue una PME, senza ileostomia di protezione. In caso di tumori a meno

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 41 di 50</p>
<p>DS -- Direzione Sanitaria -</p>		

- di 4-6 cm dal margine anale è necessaria una anastomosi colo-anale sul piano sfinteriale. Il percorso perioperatorio è analogo alla chirurgia del colon. La chiusura della ileostomia è preceduta da endoscopia di controllo da eseguirsi non prima di un mese dall'intervento di resezione e, se necessario, adiuvata da clisma con gastrografin. Esclusa la presenza di fistole, si può programmare la ricanalizzazione con chiusura della ileostomia, generalmente entro due mesi dall'intervento resettivo. Il paziente con ileostomia viene seguito dal servizio di stomacare.
7. Resezione del retto con amputazione addomino-perineale: Si procede come per la resezione del retto ma non viene effettuata la ricanalizzazione della continuità intestinale perché anche il canale anale viene asportato. L'intervento viene concluso con il confezionamento di una colostomia in fianco sinistro. La colostomia è terminale e definitiva. Il paziente viene affidato al servizio di stomacare. L'intervento viene considerato contaminato/sporcato ed è richiesta antibioticoterapia per 3/5 giorni.
8. Prevenzione e trattamento della Sindrome da Resezione del Retto Basso (LARSS): la asportazione del retto comporta difficoltà di vario genere e grado nella defecazione. La LARS viene ridotta dalla assenza di terapia neoadiuvante, dalla chirurgia laparoscopica e dal risparmio della innervazione del pavimento pelvico. Il trattamento è multidisciplinare e coinvolge fisioterapisti e uroginecologi. Può essere indicata la irrigazione del colon anastomizzato al moncone rettale. Utili sono i questionari specifici per la valutazione dei sintomi.

**Allegato 3 A: Presa in carico del paziente presso l'ambulatorio delle cure
infermieristiche Ostomy Care**

Le degenze ospedaliere più brevi per l'implementazione del protocollo ERAS hanno avuto una riduzione della
41



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 42 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

durata media della degenza, ciò comporta un tempo minore da parte della persona portatrice di stomia, per acquisire le conoscenze e apprendere le abilità pratiche necessarie per prendersi cura della propria stomia in regime di ricovero; è per questo che necessitano di un'istruzione aggiuntiva attraverso una dimissione sicura ed efficace indirizzandoli presso l'ambulatorio infermieristico specialistico Ostomy Care. La frequenza delle visite sarà basata sulle esigenze del paziente e della famiglia, anche se in letteratura è fortemente raccomandato intervalli minimi di 2, 4, 6 settimane di visite per un minimo di 6 visite con un infermiere Enterostomista (Executive Summary: Enhanced Recovery After Surgery: Best Practice Guideline for Care of Patients With a Fecal Diversion - Debbie Miller 1, Emily Pearsall, Debra Johnston, Monica Frecea, Marg McKenzie; Ontario Provincial ERAS Enterostomal Therapy Nurse Network - Wound Ostomy Continence Nurs. 2017)

Durante il percorso ambulatoriale l'Enterostomista proseguirà il suo percorso di cura iniziato nel preoperatorio, con lo scopo di formare la persona portatrice di stomia ad una sana auto-cura in modo da ridurre gli eventi avversi.

Il percorso può essere attivato dai reparti di oncologia medica e chirurgica del nostro Presidio Ospedaliero, ma anche tutte quelle persone seguite presso gli ambulatori del PTV che necessitano di una valutazione o l'inserimento in un percorso di cura specifico per una continuità assistenziale di qualità.

Per l'accesso ambulatoriale, la prenotazione avviene tramite contatto diretto del personale infermieristico (telefonico o mail) dell'ambulatorio delle cure infermieristiche wound ostomy care.

Alla prima visita il paziente dovrà essere provvisto di:

- Relazione di dimissione dell'intervento chirurgico o relazione medica specialistica
- Impegnativa medica attualmente in uso presso il PTV
- Presentarsi con i presidi in collaudo a domicilio

Se il paziente è in "dimissione protetta" deve essere richiesta una consulenza specialistica ostomy care nelle modalità previste nel nostro Policlinico (attivazione mediante sistema Web ELIPSE/ Order Entry), da parte del medico o del coordinatore di reparto, che verrà programmata in base al percorso terapeutico riabilitativo impostato durante la dimissione.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 43 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

Allegato 3 B: Presa in carico del paziente presso l'ambulatorio delle cure infermieristiche Wound Care

Le degenze ospedaliere più brevi per l'implementazione del protocollo ERAS hanno avuto una riduzione della durata media della degenza, per garantire una continuità assistenziale ed una dimissione sicura ed efficace, i pazienti con ferita chirurgica di “difficile guarigione”, verranno indirizzati presso l'ambulatorio infermieristico specialistico Wound Care a garanzia di un inserimento precoce del paziente oncologico nel percorso di cura e trattamento chemioterapico.

Il percorso può essere attivato dai reparti di oncologia medica e chirurgica del nostro Presidio Ospedaliero, ma anche tutte quelle persone seguite presso gli ambulatori del PTV che necessitano di una valutazione o l'inserimento in un percorso di cura specifico per una continuità assistenziale di qualità (es. radiodermiti, deiscenza chirurgica port-a-cath, etc)

Per l'accesso ambulatoriale, la prenotazione avviene tramite contatto diretto del personale infermieristico (telefonico o mail) dell'ambulatorio delle cure infermieristiche wound care.

Alla prima visita il paziente dovrà essere provvisto di:

- Relazione di dimissione dell'intervento chirurgico o relazione medica specialistica
- Impegnativa medica attualmente in uso presso il PTV

Se il paziente è in “dimissione protetta” deve essere richiesta una consulenza specialistica wound care nelle modalità previste nel nostro Policlinico (attivazione mediante sistema Web ELLIPSE/ Order Entry), da parte del medico o del coordinatore di reparto, che verrà programmata in base al percorso terapeutico riabilitativo impostato durante la dimissione.

L'ambulatorio delle cure infermieristiche ostomy care e wound care è situato al piano 1, settore H, stanza numero 93-94.

E' aperto nei seguenti giorni: dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 13:30. Recupiti telefonici 80546, 80547, 88395

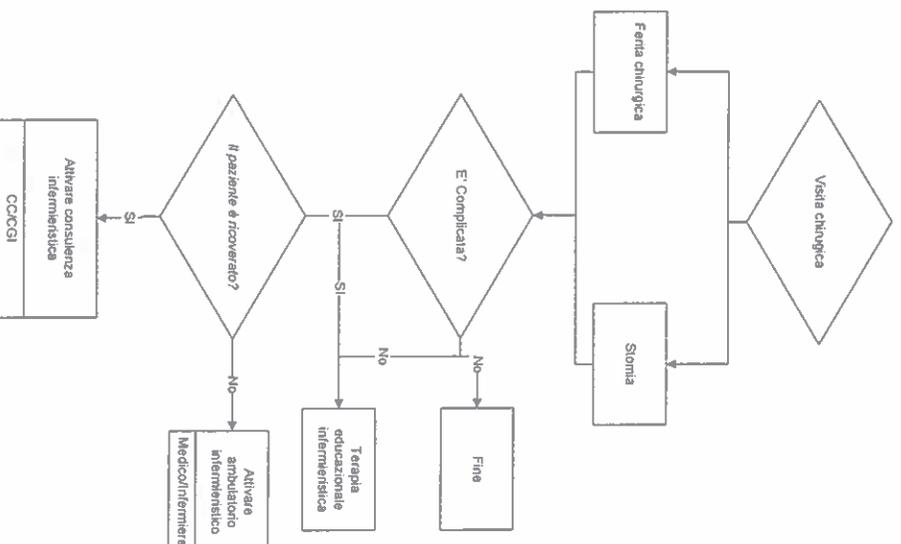


Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 44 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

**Flow chart del percorso: Presa in carico del paziente presso l'ambulatorio delle cure
infermieristiche Wound Care**



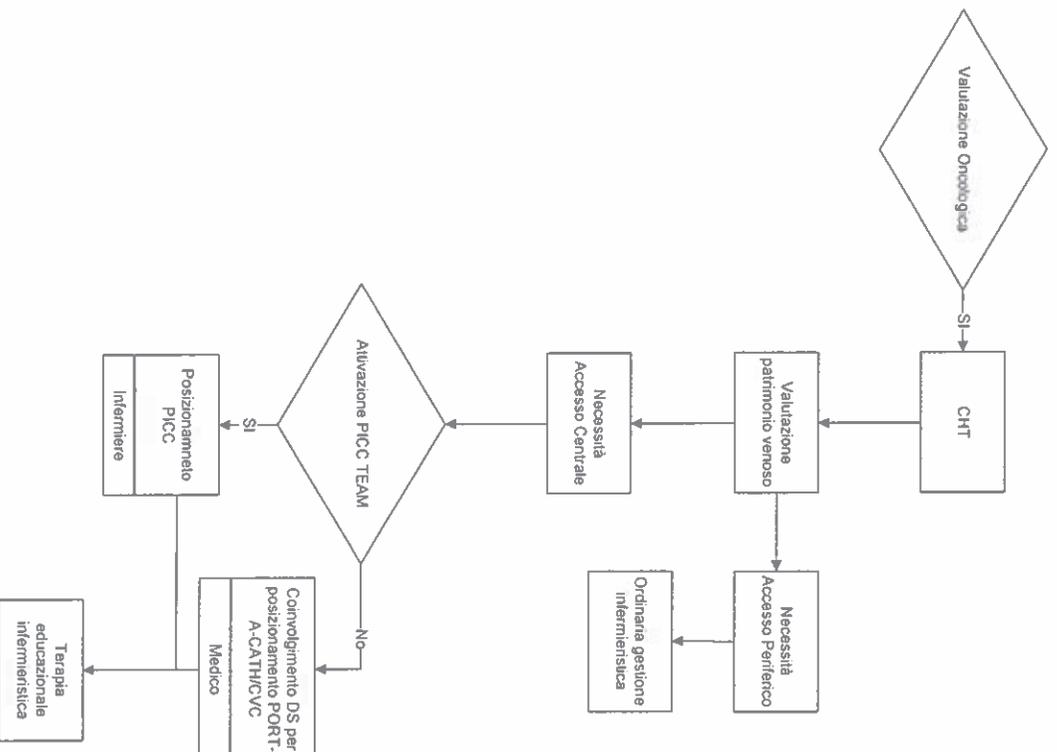


**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 45 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

Flow chart del percorso: Posizionamento e gestione del PICC



L'attivazione del PICC TEAM avviene tramite richiesta di consulenza informatizzata tramite ADT WEB, da parte del personale medico.



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 46 di 50

DS - Direzione Sanitaria -

Allegato 4: PAC per la stadiazione e rivalutazione del carcinoma del colon retto

PAC PER LA STADIAZIONE E LA RIVALUTAZIONE DI CARCINOMA DEL COLON RETTO (P154)

Disciplina di riferimento: Oncologia, Radioterapia, Medicina generale, Geriatria, Gastroenterologia
Chirurgia Generale, Oncologia, Radioterapia, Medicina generale, Geriatria, Gastroenterologia

Prerogative

La frequenza della patologia oncologica ad origine dal colon-retto necessita di un PAC specifico mirato a c svolgere tutti i iter clinico più appropriato per la definizione dello stato di malattia ed allo a conservare il trattamento oncologico più appropriato il PAC rappresenta una modalità organizzativa per ottimizzare le prestazioni in un regime appropriato e garantire alle pazienti la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con patologia neoplastica del colon-retto che necessitano di un approfondimento diagnostico e di un indirizzo terapeutico.

Composizione

Per configurarsi il PAC di stadiazione e rivalutazione di carcinoma del Colon-retto devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dai medici referenti sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00, (laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

Codice	Prestazione	Tariffa
P154	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89 01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 12,91
89 03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Sessua del ano di endodistal o di distal peritoneale Visita medico nucleare pre-attentiva Visita radioterapica pre-attentiva	€ 20,66
89 7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89 *3); visita ginecologica (89 28); visita oculistica (85 02)	€ 20,66
45 23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonoscopia transdondominare o attraverso stomia artificiale. Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile(45 24). Endoscopia transdondominale dell'intestino Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido(48 23). Endoscopia del colon discendente Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopia rigido (48 23)	€ 61,97
45 24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE E Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido(48 23). Endoscopia del colon discendente Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopia rigido (48 23)	€ 37,18
45 25	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO GRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonoscopia con biopsia Escluso:	€ 87,28
48 23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO Escluso: Sigmoidoscopia con BIOPSIA ENDOSCOPICA) DEL RETTO Brushing o washing per raccolta di campione	€ 25,05
48 24	BIOPSIA ENDOSCOPICA) DEL RETTO Brushing o washing per raccolta di campione	€ 41,83
48 29 1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	€ 59,35
87 41 1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace (iponori, zona toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino)	€ 137,99
87 44 1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace (teleorografia).	€ 15,49
88 01 6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON ECOGRAFIA ADDOMINALE	€ 175,60
88 76 1	ECOGRAFIA ADDOMINALE	€ 60,43
88 79 8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	€ 43,38
89 52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
Analisi cliniche		
90 04 5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SU]	€ 2,88
90 09 2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [SI]	€ 2,88
90 10 5	BI. RUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90 16 3	CREATININA [SU] (Urea)	€ 2,56
90 22 3	FERRITINA [P] (Sg) [E]	€ 19,11
90 22 5	FERRO [SI]	€ 2,56
90 23 5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90 26 5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma G T) [SU]	€ 2,56
90 27 1	GLUCOSIO [SI] (Puridur) [a]	€ 1,70
90 29 2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [SI] [F]	€ 2,56
90 38 4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [SI] Includo: Dosaggio Proteine totali	€ 5,98
90 42 1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 47 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

90.42.5	TRANSFERRINA (SI)	€ 5,16
90.44.1	UREA (SP)idui	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 9,11
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 19,11
90.62.2	EMOCROMO Hb, GR, HCT, PLT, IND. DERIV. F. L.	€ 3,31
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
91.18.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORP.	€ 19,11
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE. Biopsia endoscopica (Sevi multiple)	€ 46,48

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffe

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate

Note

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 48 di 50</p>
<p>DS – Direzione Sanitaria -</p>		

**Allegato 5: INFORMAZIONI EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E
MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO- PERCORSO DIAGNOSTICO-
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)**

Gentile Signora/Egregio Signore,
in attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 “*Preso d’atto dell’Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto “La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d’iniziativa” e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 “Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità” della Regione Lazio, desideriamo fornire alcune informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla Sua salute, che la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata (di seguito anche solo “PTV) in qualità di titolare del trattamento effettuerà secondo le proprie competenze qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo “PDTA”).*

Specificata finalità di questi trattamenti è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti del PTV per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- favorire una attività preventiva tesa ad individuare i soggetti con maggior rischio di sviluppare la malattia oggetto del PDTA;
- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia da cui si è affetti;
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati.
- favorire la gestione multidisciplinare del paziente allo scopo di individuare il percorso diagnostico e terapeutico più adeguato

Le informazioni raccolte e condivise dagli specialisti del PTV nel corso del PDTA potranno essere utilizzate anche per scopi scientifici e nell’ambito di progetti di ricerca, strettamente connessi all’ambito delle patologie oggetto del PDTA, nei quali il paziente, che abbia acconsentito ad essere ricontattato, potrà essere arruolato sempre previo specifico e preventivo consenso.

Base giuridica del trattamento dei dati – anche appartenenti a categorie particolari – relativi all’interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest’ultimo ai sensi dell’art. 9, par. 2, lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679.

	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO Prof. Mario Roselli Responsabile UOSD Oncologia Medica</p>	<p>DS_POS_TCR Vers. 1 Pag. 49 di 50</p>
DS – Direzione Sanitaria -		

L'adesione al percorso è sempre facoltativa, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l'accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti i professionisti del PTV coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all'atto dell'attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. **È comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA; sarà altresì garantita la partecipazione al PDTA ai pazienti che non daranno il consenso ad essere ricontattati per futuri progetti di ricerca negli ambiti strettamente connessi alla patologia oggetto del PDTA.** È sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato dal PTV con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento dal titolare e adeguatamente istruito ovvero allo scopo nominato Responsabile ex art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679. Presso il PTV, nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata e successivamente cancellati, ovvero, previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine e utilizzati per finalità di studio e/o ricerca.

Titolare del trattamento è la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, con sede in Roma, Viale Oxford n. 81 La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso eventualmente espresso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata presso la sede di Viale Oxford n. 81 – 00133 Roma, anche in tal caso per il tramite del Responsabile della protezione dei dati personali contattabile all'indirizzo dpo@ptvonline.it

L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire



**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PAZIENTE CON TUMORE DEL COLON RETTO**
Prof. Mario Roselli
Responsabile UOSD Oncologia Medica

DS_POS_TCR
Vers. 1
Pag. 50 di 50

DS – Direzione Sanitaria -

le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente in _____ via _____

- in proprio
 in _____ qualità _____ di _____

di/su _____ nato/a _____ a _____
_____ il _____ residente in _____
_____ via _____

- con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento – proprio o del soggetto rappresentato – nel PDTA

Firma (leggibile) _____

In ordine alla possibilità di essere ricontattato/a per l'arruolamento in progetti di ricerca strettamente connessi all'ambito delle patologie oggetto del PDTA

- presta il consenso (numero di telefono _____ - email _____)
 non presta il consenso
Firma (leggibile) _____

Firma di chi riceve il consenso _____