

**Struttura**PDTA  
Codice  
identificativo**Unità Operativa**

REV. n. .... del ....

Pag. 1 di 59

## PDTA del paziente affetto da Tumore del Colon-Retto

	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Unità di appartenenza</b>
<b>COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO</b>	ANGELO RESTIVO	CHIRURGIA
	GIOVANNI SARRITZU	COLONPROCTOLOGICA
	MARIA SECHI	
	M.CRISTINA PISANO	
	GIUSEPPE D'ALIA	ENDOSCOPIA
	ROSSANO AMBU/ALBERTO RAVARINO	ANATOMIA PATOLOGICA
	LUIGI CASCIU	RADIOLOGIA
	M.VALERIA CHERCHI	
	GIUSEPPE LEDDA	
	SIMONETTA CANCEDDA	
VALERIA PUSCEDDU	ONCOLOGIA	
SILVIA VACCA		
M. CRISTINA DEIDDA	CURE PALLIATIVE	

	<b>Direttori Responsabili UU.OO coinvolte</b>	<b>Unità di appartenenza</b>	<b>Firma</b>
<b>Approvazione Scientifica</b>	Zorcolo Luigi	CHIRURGIA COLONPROCTOLOGICA	
	Scartozzi Mario	ONCOLOGIA	
	Faa Gavino	ANATOMIA PATOLOGIA	
	Saba Luca	RADIOLOGIA	
<b>Approvazione Metodologica</b>			

<b>Revisione</b>	<b>Data</b>	<b>Descrizione delle modifiche</b>
0		Data delibera
1		



**Struttura**

PDTA  
Codice  
identificativo

**Unità Operativa**

REV. n. .... del ....

Pag. **2** di **59**

DISTRIBUITO A

Tutte le Unità Operative dell'AOU di Cagliari

UNITÀ OPERATIVA E RESPONSABILE DEL PERCORSO

Unità operative coinvolte nel Percorso:

1. Chirurgia Coloproctologica
2. Oncologia Medica
3. Endoscopia
4. Radiologia
5. Anatomia Patologica

Referente: Dott. Angelo Restivo



# Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

# Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **3** di **59**

## Sommario

<b>1</b>	<b>OGGETTO</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>SCOPO/OBIETTIVO</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>CRITERI DI SCELTA</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>LETTERATURA SPECIFICA DI RIFERIMENTO PER GLI ASPETTI CLINICI, ASSISTENZIALI, ORGANIZZATIVI</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI</b> .....	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>CASISTICA</b> .....	<b>8</b>
<b>7</b>	<b>RAPPRESENTAZIONE DEL PERCORSO</b> .....	<b>9</b>
<b>7.1</b>	<b>Accesso</b> .....	<b>9</b>
7.1.1	Accesso Diagnosi non Accertata.....	9
7.1.2	Accesso Neoplasia del Colon-retto Accertata.....	10
7.1.3	Accesso in Urgenza.....	10
7.1.4	Principali Attività (Accesso).....	11
7.1.5	Principali Snodi Decisionali (Accesso).....	14
<b>7.2</b>	<b>Stadiazione</b> .....	<b>16</b>
7.2.1	Stadiazione Cancro del Colon.....	16
7.2.2	Stadiazione Cancro del retto extra-peritoneale in elezione.....	16
7.2.3	Principali Attività (Stadiazione).....	17
<b>7.3</b>	<b>Accesso al Gruppo Multidisciplinare per i Tumori del Colon-Retto (GOM-CoR)</b> .....	<b>18</b>
7.3.1	Accesso al GOM-CoR.....	19
7.3.2	Principali Attività (Accesso al GOM-CoR).....	19
<b>7.4</b>	<b>Trattamento</b> .....	<b>20</b>
7.4.1	Neoplasia Benigna del Retto.....	20
7.4.2	Neoplasia benigna del Colon.....	20
7.4.3	Cancro del Retto Precoce.....	21
7.4.4	Cancro del Retto Localmente avanzato.....	21
7.4.5	Cancro del Colon non Metastatico.....	21
7.4.6	Cancro del Colon-Retto Metastatico.....	21
7.4.7	Metastasi immediatamente o potenzialmente reseccabili.....	22
7.4.8	Terapia Adiuvante.....	22
7.4.9	Principali Attività (Trattamento).....	22
7.4.10	Principali Snodi Decisionali (Trattamento).....	28
<b>7.5</b>	<b>Procedure di Gestione chirurgica del Paziente</b> .....	<b>29</b>
7.5.1	Principali Attività (Gestione Chirurgica).....	29
<b>7.6</b>	<b>Anatomia Patologica</b> .....	<b>32</b>
7.6.1	Principali Attività (Anatomia Patologica).....	32
<b>8</b>	<b>MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PERCORSO</b> .....	<b>35</b>
<b>8.1</b>	<b>Tabella Indicatori</b> .....	<b>35</b>
<b>9</b>	<b>FIGURE e DIAGRAMMI DI FLUSSO</b> .....	<b>36</b>
<b>9.1</b>	<b>Schema Generale PDTA Colon</b> .....	<b>36</b>
<b>9.2</b>	<b>Schema generale PDTA Retto</b> .....	<b>37</b>
<b>9.3</b>	<b>Diagrammi</b> .....	<b>38</b>
9.3.1	Accesso Diagnosi non Accertata.....	38
9.3.2	Accesso Diagnosi Accertata.....	39
9.3.3	Accesso in Urgenza.....	40
9.3.4	Stadiazione Cancro del Colon in Elezione.....	41
9.3.5	Stadiazione Cancro del Retto Extraperitoneale in Elezione.....	42
9.3.6	Accesso Gruppo Multidisciplinare-Tumori ColoRettali (GOM-CoR).....	43
9.3.7	Neoplasia Benigna del Retto.....	44



## Struttura

PDPA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **4** di **59**

9.3.8	Neoplasia Benigna del Colon.....	45
9.3.9	Cancro del Retto Precoce .....	46
9.3.10	Cancro del Retto Localmente Avanzato .....	47
9.3.11	Cancro del Colon Non Metastatico .....	48
9.3.12	Cancro del Colon-Retto Metastatico.....	49
9.3.13	Metastasi Immediatamente o Potenzialmente Resecabili.....	50
9.3.14	Terapia Adiuvante.....	51
9.3.15	Procedure di Gestione Chirurgica del Paziente .....	52
9.3.16	Anatomia Patologica .....	53
10	Tabella Riassuntiva Attività .....	54
11	ALLEGATI .....	59



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. 5 di 59

### 1 OGGETTO

Questo Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Cancro del Colon-Retto (CCR) è un modello organizzativo locale di gestione dei pazienti affetti da tumore del colon-retto che afferiscono all'AOU di Cagliari.

### 2 SCOPO/OBIETTIVO

L'obiettivo principale è quello dell'ottimizzazione dei risultati terapeutici attraverso il miglioramento della qualità clinico-assistenziale. Il percorso mira al raggiungimento di questo obiettivo attraverso il miglioramento del livello qualitativo delle prestazioni diagnostiche, delle terapie mediche e chirurgiche e della sicurezza dei pazienti. Si prevede inoltre che la razionalizzazione organizzativa, incentrata in questo modello primariamente sulle esigenze del paziente, porterà ad aumentare il livello di soddisfazione della stessa utenza ottimizzando, nel contempo, l'uso delle risorse aziendali.

### 3 CRITERI DI SCELTA

La stesura di questo percorso è scaturita da una collaborazione multidisciplinare che ha coinvolto le principali figure professionali afferenti all'AOU di Cagliari con competenze specifiche nella gestione, diagnosi e terapia dei pazienti affetti da cancro del colon-retto. Di seguito i principi fondanti della metodologia di lavoro seguita:

- Analisi dello stato organizzativo ed infrastrutturale attuale nell'AOU di Cagliari, tenendo conto delle competenze professionali già presenti, dei dati storici riguardanti l'afflusso e la gestione dei pazienti affetti da cancro del colon-retto e dei risultati terapeutici conseguiti, analizzando lo stato attuale dei comuni indicatori di risultato. Revisione delle evidenze scientifiche. Caratterizzazione delle aspettative dei pazienti.
- Stesura dei relativi percorsi assistenziali divisi per aree specialistiche (Chirurgia, Oncologia medica, Endoscopia, Anatomia patologica, Radiologia, Assistenza infermieristica, Cure palliative), tenendo conto degli obiettivi di miglioramento.
- Analisi delle criticità e proposte organizzative di superamento. Identificazione delle risorse appropriate.



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **6** di **59**

- Sintesi dei processi di assistenza nel percorso comune definitivo, tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione consequenziale delle macro-fasi e delle attività.
- Scelta degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione di risultati.
- Stesura del protocollo definitivo da parte del coordinatore del gruppo.
- Revisione ed approvazione da parte del gruppo di lavoro

#### 4 LETTERATURA SPECIFICA DI RIFERIMENTO PER GLI ASPETTI CLINICI, ASSISTENZIALI, ORGANIZZATIVI

- Linee Guida AIOM “Tumori del Colon” Aggiornata al 2017
- Linee Guida AIOM “Tumori del Retto e ano” Aggiornata al 2017
- NCCN Clinical practice Guideline in Oncology (NCCN Guidelines) Colon Cancer version 2.2018
- NCCN Clinical practice Guideline in Oncology (NCCN Guidelines) Rectal Cancer version 1.2018
- Imaging Procedures for CRC . Baeßler/Maintz/Persigehl Visc Med 2016;32:166–171
- Imaging in Colorectal Cancer: Progress and Challenges for the Clinicians Eric Van Cutsem 1,\* , Henk M. W. Verheul 2, Patrik Flamen 3, Philippe Rougier 4, Regina Beets-Tan 5, Rob Glynn-Jones 6 and Thomas Seufferlein 7 Cancers 2016, 8, 81
- Tamandl et al.: Imaging of colorectal cancer . Innov Surg Sci 2018; 3(1): 3–15
- Linee guida CAP (College of American Pathologists, Version 4.0.0.1, June 2017)
- CAP Laboratory Accreditation Program (Protocol, March 2018)



**Struttura**

PDTA  
Codice  
identificativo

**Unità Operativa**

REV. n. .... del ....

Pag. 7 di 59

- AJCC Staging Manual 8th Edition

## 5 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

AUNC: Ambulatorio Unico Neoplasie Coloretali

DSNC: Day Service per le Neoplasie Coloretali

AIRTUM : Associazione Italiana Registri Tumori

MMG: Medico Di Medicina Generale

PS: Pronto Soccorso

AUNC: **A**mbulatorio **U**nico per le **N**eoplasie del **C**olon-**R**etto

DS:Day Service

SSD: Struttura Semplice Dipartimentale

DS-CoR: **D**ay Service **N**eoplasie Del **C**olon-**R**etto

GOM: **G**ruppo **O**ncologico **M**ultidisciplinare

GOM-CoR: **G**ruppo **O**ncologico **M**ultidisciplinare **C**olon-**R**ettale

C.A.S.: Centro Accoglienza Servizi

UOCP: Unità Operativa di Cure Palliative

SISPaC: Scheda integrata di sicurezza del paziente Chirurgico di sala operatoria



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **8** di **59**

## 6 CASISTICA

In Italia secondo gli ultimi dati pubblicati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), il cancro del colon-retto rappresenta il tumore più frequente (14% di tutti i tumori) nell'intera popolazione, con un numero stimato di 53.000 nuovi casi nel 2017.

In Sardegna, l'incidenza stimata di nuovi casi all'anno ogni 100000 abitanti è di circa 84 negli uomini e 55 nelle donne (AIRTUM 2008-2013-Sud e Isole). Rappresenta un tumore a prevalenza maggiore nella popolazione più anziana, l'età media alla diagnosi è di 63 anni negli uomini e 65 anni nelle donne. L'incidenza è però in aumento nelle fasce di popolazione più giovane. Rappresenta, infatti, circa l'8% dei tumori nei pazienti con età inferiore ai 50 anni.

In Italia, la percentuale di sopravvivenza globale stimata a 5 anni dalla diagnosi è del 66% (su casi diagnosticati nel periodo 2005-2009), dato in linea con le casistiche degli Stati Uniti d'America (66%, 2006-2012) e significativamente superiore rispetto all'Europa settentrionale (59% ,2000-2007). In generale questo dato sembra indicare un'alta qualità del sistema sanitario nel trattamento di questo tipo di tumore. Tuttavia, il dato generale non è distribuito in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. Dagli stessi dati si evince, infatti, come esistano ancora differenze geografiche tali che la sopravvivenza globale si abbassa al 59% nelle regioni del Sud contro il 67% delle regioni del nord-est.

Questo indicatore può essere influenzato in maniera complessa da fattori diversi e non sempre direttamente associabili. In linea generale, però, può mettere in risalto l'impatto della differente organizzazione dei sistemi sanitari. Un risultato peggiore, infatti, può essere associato a problemi relativi al mancato accesso a percorsi di prevenzione o ad un percorso diagnostico e/o terapeutico non ottimale, legato per esempio ad un ritardo diagnostico, ad un accesso tardivo o non uniforme alle strutture specialistiche e alle pratiche terapeutiche più avanzate.

Da qui l'esigenza di un percorso clinico basato sull'evidenza scientifica, che tenga conto delle infrastrutture e delle professionalità locali già acquisite come dei miglioramenti necessari a perseguire l'ottimizzazione dei risultati.



## 7 RAPPRESENTAZIONE DEL PERCORSO

La Figura 1 e 2 riassumono il percorso generale suddiviso per i due gruppi clinici principali, tumori del colon (Fig. 1), che comprende anche i tumori del retto localizzati sopra la riflessione peritoneale e i tumori del retto extraperitoneale (Fig. 2). (Per la definizione di tumore del retto extraperitoneale, vedi definizione snodo decisionale c)

Di seguito la descrizione sintetica delle Macro-Fasi. Ogni macro-fase è costituita da diversi flussi di lavoro rappresentati nei diagrammi. Questi ultimi sono definiti in base alle caratteristiche del paziente, della sua patologia, dello stato di avanzamento dell'iter diagnostico e terapeutico. Nei singoli diagrammi sono illustrati i flussi dei processi diagnostici e terapeutici attraverso i quali il paziente viene accompagnato. I diagrammi sono caratterizzati da attività diagnostiche-terapeutiche, la cui successione temporale è governata da momenti decisionali (snodi). Nella rappresentazione grafica oltre che dal nome proprio, le attività e gli snodi vengono accompagnati rispettivamente da numeri tra parentesi (1,2,3...) e da lettere (a,b,c..) che rimandano alla loro descrizione analitica nei capitoli relativi.

### 7.1 Accesso

L'accesso parte dalla richiesta di prestazione da parte del paziente. In questo percorso distinguiamo tre modalità d'accesso le cui attività differiscono in parte in relazione alle peculiarità del singolo paziente. Le differenti modalità sono infatti dipendenti sia dalla condizione clinica del paziente che dalla possibilità che l'iter diagnostico sia, del tutto o in parte, già stato effettuato precedentemente alla presa in carico. Nello specifico le tre modalità d'accesso identificate sono:

- Accesso con Diagnosi non accertata
- Accesso con Neoplasia del colon-retto accertata
- Accesso in urgenza

#### 7.1.1 Accesso Diagnosi non Accertata

[Diagramma 1:](#)



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. 10 di 59

Il PDTA ha inizio dalla visita clinica del paziente con sospetto clinico di cancro del colon-retto che può provenire dall'esterno (MMG, altri presidi sanitari pubblici o privati) ovvero da altri reparti dell'azienda (PS, Chirurgie e Medicine).

La visita può essere prenotata chiamando il numero dedicato (numero verde) dal Lunedì al Venerdì dalle 8 alle 17 o tramite comunicazione e-mail (e-mail aziendale). A tale numero risponde un operatore, che ricopre il ruolo di Infermiere di processo, e che si occupa di gestire l'agenda elettronica delle prenotazioni e fornire le indicazioni che saranno utili al paziente al fine di raggiungere l'Ambulatorio e le indicazioni per il pagamento dell'eventuale Ticket richiesto. Il paziente si reca alla visita munito di impegnativa medica per visita chirurgica e, dove richiesto, esecuzione di anosopia. Le visite verranno eseguite secondo uno schema prestabilito, riportato nell'agenda elettronica dedicata, dal Lunedì al Venerdì dalle 8 alle 14 presso l'ambulatorio che si trova al Piano 0, stanza 136 Blocco G.

L'infermiere di processo opera nell'ambito del Day Service per le Neoplasie del Colon-Retto (DS-CoR), presso l'ambulatorio 137, piano 0, Blocco G

### 7.1.2 Accesso Neoplasia del Colon-retto Accertata

#### [Diagramma 2:](#)

Per diagnosi accertata si intende il caso in cui il paziente abbia già eseguito accertamenti diagnostici che mettano in evidenza la presenza di una Neoplasia del colon-retto e si rivolga all'AOU per una valutazione specialistica e per il proseguo dell'iter diagnostico-terapeutico.

Le modalità d'accesso sono le medesime elencate nel caso di diagnosi non accertata, a cui si rimanda. Il paziente potrà prenotare una prima visita chirurgica e/o oncologica medica munito di impegnativa medica corrispondente. Le visite verranno eseguite secondo uno schema prestabilito, riportato nell'agenda elettronica dedicata, dal Lunedì al Venerdì dalle 8 alle 14 presso l'ambulatorio che si trova al Piano 0, stanza 136 Blocco G. L'infermiere di processo opera nell'ambito del Day Service per le Neoplasie del Colonretto (DSNC), presso l'ambulatorio 137, piano 0, Blocco G

### 7.1.3 Accesso in Urgenza

#### [Diagramma 3:](#)



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....  
Pag. **11** di **59**

Nel caso di accesso in urgenza il paziente proviene direttamente dal PS con segni o sintomi di patologia chirurgica urgente (perforazione, occlusione, emorragia gastrointestinale) e potrà avere una diagnosi di neoplasia del colon-retto già accertata ovvero sospettata ma ancora da accertare. In questo caso il paziente è valutato dal Chirurgo Generale di guardia per il Presidio Ospedaliero, che effettua una visita clinica e gli esami strumentali che ritiene più opportuni. Nella valutazione finale dovrà emergere se si tratta di una situazione clinica da trattare chirurgicamente con immediatezza ovvero tale da essere momentaneamente procrastinabile, tanto da consentire una valutazione clinica multidisciplinare e specialistica approfondita (snodo decisionale e).

Nel primo caso l'intervento chirurgico viene effettuato in emergenza dal Chirurgo generale reperibile per le urgenze di presidio (5). Ad intervento effettuato il paziente prosegue l'iter terapeutico con la valutazione multidisciplinare, come per il paziente con diagnosi accertata (vedi sopra).

Nel caso in cui l'intervento chirurgico sia procrastinabile tanto da consentire una valutazione specialistica, il reparto di competenza richiede una valutazione presso il reparto di chirurgia coloretale per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico tramite accesso al Gruppo Oncologico Multidisciplinare.

### 7.1.4 Principali Attività (Accesso)

#### *7.1.4.1 I Visita Ambulatorio Unico per le Neoplasie Colorettali (1)*

Il paziente viene visitato presso l'AUNC da un Chirurgo afferente alla Chirurgia Coloretale affiancato da un infermiere dedicato, entro sette giorni lavorativi dalla richiesta della visita.

La visita clinica consiste nella raccolta anamnestica, nell'esame obiettivo generale, nell'esecuzione di un'esplorazione rettale e di un'anoscopia dove necessario. Il referto della visita viene redatto in forma elettronica, stampato e consegnato al paziente.

#### *7.1.4.2 Esecuzione di Colonscopia di completamento diagnostico (2)*

Qualora venga confermato il sospetto clinico (snodo decisionale a), il medico responsabile richiede un esame endoscopico. L'esame dovrà essere eseguito entro 7 giorni dalla data della richiesta. La colonscopia viene eseguita presso la SSD di Endoscopia dell'apparato digerente, situata al Piano 0 del Presidio Ospedaliero, blocco D.



## Struttura

PDТА  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **12** di **59**

L'infermiere di processo prenota l'esame tramite l'agenda elettronica dedicata al PDТА presso la SSD di Endoscopia, consegna al paziente l'apposito modulo per la preparazione intestinale, riportante la data, l'ora e il luogo dell'esame.

### *Accesso al servizio di endoscopia*

Il paziente deve presentarsi presso l'accettazione dell'endoscopia circa 30 minuti prima dell'esecuzione dell'esame. Un infermiere dedicato dell'endoscopia effettua l'accettazione e consegna al paziente il modulo per il consenso informato all'esecuzione dell'esame endoscopico. Giunto il momento della chiamata del paziente alla procedura, l'infermiere specializzato che affianca l'endoscopista durante l'esame si reca presso l'accettazione e accompagna il paziente nella sala endoscopica.

L'endoscopista, dopo essersi assicurato che il paziente abbia letto e compreso il modulo di consenso consegnato in segreteria, raccoglie il consenso informato per l'esecuzione dell'esame ed eventuale sedazione, facendo firmare l'apposito modulo, e raccoglie una breve anamnesi clinica e farmacologica per la compilazione del referto endoscopico.

### *Esecuzione dell'esame endoscopico*

L'infermiere verifica la corretta preparazione del paziente, compresa la sospensione della terapia anticoagulante/antiaggregante e l'assunzione del lassativo, fa preparare il paziente con l'abbigliamento adeguato alla procedura, fa accomodare il paziente nel lettino nella posizione richiesta.

L'infermiere posiziona pulsossimetro ed accesso venoso, e somministra la sedazione e.v. su indicazione da parte dell'endoscopista.

Durante l'esame l'infermiere aiuta il paziente a mantenere la corretta posizione se richiesto dal medico somministra ulteriori dosi di farmaci, aiuta il medico nell'esecuzione delle biopsie, procedure operative e/o tatuaggio della lesione riscontrata e controlla i parametri vitali.

L'endoscopista in presenza di lesione non suscettibile di asportazione endoscopica esegue, quando indicato, tatuaggio con inchiostro di china e le biopsie sulla lesione.

### *Conclusioni esame e refertazione*

Dopo l'esame il medico redige il referto computerizzato e l'infermiere controlla i parametri vitali e successivamente accompagna con il lettino il paziente nella pre-sala- L'infermiere attende che il

	<b>Struttura</b>	PDTA Codice identificativo
	<b>Unità Operativa</b>	REV. n. .... del .... Pag. <b>13</b> di <b>59</b>

paziente sia in grado di alzarsi e lo accompagna nello studio medico per la consegna del referto, previa rimozione dell'accesso venoso.

L'infermiere ha quindi il compito di ripristinare la sala endoscopica e controllare la strumentazione necessaria all'esecuzione dell'esame successivo.

#### *Consegna referto istologico*

Il referente infermieristico della SSD di Endoscopia consegna all'infermiere di processo dell'AUNC il referto dell'esame endoscopico e il referto istologico degli eventuali prelievi bioptici. Ricevuta la documentazione completa, quest'ultimo contatta telefonicamente il paziente e programma una nuova visita presso l'AUNC da eseguirsi entro 2 giorni dalla consegna del referto con il medico responsabile, rappresentato dal medico che per primo ha inserito il paziente nel percorso e che avrà il compito di seguire l'iter.

#### *7.1.4.3 Visita Chirurgica/Oncologica (3)*

Durante la visita, il Medico prende visione del referto dell'esame endoscopico e/o strumentale e dell'eventuale esame istologico, comunica al paziente la diagnosi e qualora positiva per neoplasia lo rende edotto delle successive fasi del percorso diagnostico e terapeutico.

La visita clinica consiste nella raccolta anamnestica, nell'esame obiettivo generale, nell'esecuzione di un'esplorazione rettale e di un'anoscopia dove necessario. Il referto della visita viene redatto in forma elettronica, stampato e consegnato al paziente.

In questa occasione, il medico compila in parte la cartella clinica dedicata per l'accesso al GOM (vedi allegato), con le informazioni acquisite nel corso della visita (anamnesi, esame obiettivo, referto istologico, referto endoscopico, eventuali esami di stadiazione già effettuati).

#### *7.1.4.4 Consulenza Chirurgica Coloretale (6)*

Nel caso in cui l'intervento chirurgico sia procrastinabile (snodo decisionale e) il paziente viene preso in carico dal team multidisciplinare accedendo al GOM.

La presa in carico avviene ad opera del reparto di Chirurgia Coloproctologica, nella persona del chirurgo coloretale di turno a cui verrà richiesta una valutazione specialistica da parte del reparto ospitante. Il Chirurgo coloretale effettua una prima visita raccogliendo le informazioni già presenti e completando quelle mancanti (anamnesi, esame obiettivo, referto istologico, referto endoscopico,



eventuali esami di stadiazione già effettuati), conferma l'eventuale trasferimento nel reparto di chirurgia coloproctologica e inizia la compilazione della cartella clinica dedicata per l'accesso al GOM (vedi allegato).

#### 7.1.5 Principali Snodi Decisionali (Accesso)

##### 7.1.5.1 *Sospetto Clinico Confermato* [\(a\)](#)

Se il sospetto clinico è confermato, il paziente procede verso gli accertamenti previsti. Criteri essenziali per la conferma del sospetto sono:

il paziente ha età  $\geq 40$  anni e  $< 60$  anni con sanguinamento rettale associato ad alterazioni dell'alvo (comparsa di incontinenza e/o aumento della frequenza delle evacuazioni) che persistono per 6 mesi.

il paziente ha età  $\geq 60$  anni con sanguinamento rettale e/o alterazioni dell'alvo (comparsa di incontinenza e/o aumento della frequenza delle evacuazioni) persistenti da almeno 6 settimane.

il paziente ha una massa obiettivabile, localizzata nei quadranti addominali inferiori di destra, di sospetta pertinenza del grosso intestino indipendentemente dall'età.

il paziente ha una massa rettale palpabile (endoluminale e non pelvica) indipendentemente dall'età.

il paziente di sesso maschile si è riscontrata un'anemia sideropenica con valori emoglobinici  $\leq 11$  gr/100 mL, non giustificabile (es: nota microcitemia).

la paziente di sesso femminile in menopausa con valori emoglobinici  $\leq 10$  gr/100 mL non giustificabili in altro modo

in un paziente di qualunque età e sesso, è stato riscontrato sangue occulto fecale positivo

il paziente ha elevato rischio per familiarità (diagnosi di tumore del colon o retto in un parente di I grado di età  $<$  ai 50 anni, o in due familiari consanguinei di I grado), anche in assenza di sintomi significativi, devono essere inviati presso un ambulatorio di screening dei tumori



eredo-familiari, per una valutazione del rischio e la programmazione degli accertamenti e delle misure di sorveglianza appropriati, 10 anni prima del caso indice

Se almeno una di questi criteri è presente il sospetto clinico verrà confermato e il paziente accede al percorso endoscopico come illustrato precedentemente (Esecuzione di Colonscopia-attività 2).

#### *7.1.5.2 Biopsia (b)*

In corso di colonscopia qualora si confermi la presenza di una neoformazione del colon, l'endoscopista effettua una biopsia sulla lesione (ovvero dove indicato una asportazione endoscopica). Nel caso l'endoscopia non evidenzia patologia a carico del colon il paziente esce dal PDTA.

#### *7.1.5.3 Neoplasia del retto Extra-peritoneale (c)*

Viene definita del retto extra-peritoneale, una neoplasia situata sotto la riflessione peritoneale. Una prima valutazione può essere effettuata tramite le informazioni ottenute con la visita clinica (esplorazione rettale) e l'esame endoscopico. Non essendo possibile con certezza individuare la riflessione peritoneale con le attuali metodiche di immagine, viene considerata extraperitoneale una neoplasia localizzata a non più di 12 cm dal margine anale.

Di conseguenza, in una prima valutazione verrà inquadrata come neoplasia extraperitoneale una neoformazione palpabile all'esplorazione rettale o comunque localizzata entro i 13 cm dal margine anale alla colonscopia. L'utilizzo delle successive indagini diagnostiche, rettoscopia rigida, ecografia endorettale e RM pelvi, permetteranno di confermare il dato, soprattutto nelle neoplasie non palpabili in cui la distanza del limite inferiore sia stata accertata solo attraverso l'endoscopia flessibile. In caso di incertezza farà fede in ultimo la distanza calcolata con strumento rigido (rettoscopia rigida e/o ecografia endorettale).

La RM della pelvi permette di evidenziare la riflessione peritoneale e con l'ausilio del rettoscopio rigido possiamo definire con precisione la distanza della neoplasia dal margine anale.

#### *7.1.5.4 Intervento in emergenza (e)*

Le neoplasie del colon-retto raramente si possono presentare con elementi clinici tali da richiedere un intervento in emergenza, in cui tutto o parte del percorso diagnostico e di stadiazione potrà essere



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. 16 di 59

procrastinato all'esecuzione di un intervento chirurgico atto a risolvere la situazione clinica e stabilizzare il paziente.

Questo può avvenire in una delle seguenti condizioni cliniche:

- Le Occlusioni coliche complete, dove esista un rischio di perforazione imminente documentato agli esami radiologici (diastasi del cieco).
- Perforazione intestinale con conseguente peritonite
- Emorragia non risolvibile in maniera conservativa (raro)

In questi casi l'intervento non è procrastinabile per più di 24h e verrà effettuato secondo le modalità previste dalle linee guida di riferimento dal chirurgo generale del reparto ospitante, reperibile per le urgenze chirurgiche. La dove la situazione clinica non fosse inquadrabile in una condizione di emergenza, l'intervento potrà essere procrastinato alla valutazione multidisciplinare e il paziente verrà inserito nel percorso così come descritto sopra (vedi [Diagramma 3](#), Accesso in Urgenza).

## 7.2 Stadiazione

Una volta accertata la diagnosi e in preparazione alla valutazione multidisciplinare del GOM, il paziente effettua gli esami di stadiazione richiesti dalla situazione clinica specifica.

La stadiazione si avvale in particolar modo di esami strumentali quali la TC, la Risonanza magnetica e le metodiche ecografiche il cui utilizzo è schematizzato nei diagrammi seguenti.

Terminata la fase di stadiazione l'infermiere di processo, il caso clinico verrà discusso dal medico responsabile al GOM secondo le modalità illustrate nel capitolo dedicato

### 7.2.1 Stadiazione Cancro del Colon

#### [Diagramma 4:](#)

La stadiazione del cancro del colon si avvale principalmente della Tc con mezzo di contrasto che viene eseguita per tutti i pazienti la dove non esistano controindicazioni assolute specifiche. Qualora non sia possibile o indicato eseguire una Tc, questa viene sostituita dalla radiografia tradizionale e dalle metodiche ecografiche.

### 7.2.2 Stadiazione Cancro del retto extra-peritoneale in elezione



### Diagramma 5:

Il cancro del retto sottoperitoneale presenta delle peculiarità legate alla sua sede anatomica e alla possibilità di avvalersi di metodiche di immagine specialistiche che migliorano l'inquadramento prognostico e guidano la decisione terapeutica, riuscendo a definire con precisione il grado di infiltrazione della parete del retto. In particolare, a questo scopo la risonanza magnetica e l'ecografia endorettale si aggiungono alle metodiche utilizzate nel cancro del colon.

### 7.2.3 Principali Attività (Stadiazione)

#### *7.2.3.1 Accesso al Day Service per le Neoplasie Coloretali (7)*

Per completare l'iter diagnostico, il paziente viene preso in carico dal Day Service per le Neoplasie del colon e del retto (DS-CoR) situato al Piano 0, Stanza 135 Blocco G del policlinico di Monserrato. Presso il DS operano infermieri dedicati che affiancano il medico responsabile per quel paziente, rappresentato dal medico (Chirurgo o Oncologo Medico) che per primo inserisce il paziente nel percorso e che avrà il compito di seguire l'iter e presentare il caso al GOM. Il DS ha anche il compito di accelerare i tempi di preparazione del paziente al successivo iter terapeutico, effettuando le valutazioni e gli esami richiesti per l'eventuale intervento chirurgico e per le terapie mediche e/o radioterapiche. L'infermiere di processo comunica al paziente la data di inizio del percorso di stadiazione, fissata entro 3 giorni dalla presa in carico, consegna al paziente un promemoria con la data della prenotazione, il recapito telefonico del Day Service e l'indirizzo e-mail (e-mail aziendale). Una volta effettuata la stadiazione definitiva, l'infermiere di processo prepara la documentazione completa e compila un modulo standard per la presentazione del caso clinico al GOM.

#### *7.2.3.2 TC torace-addome con contrasto (9)*

L'infermiere di processo del DS, fissa il giorno e l'ora dell'esame attraverso un agenda elettronica dedicata al PDTA del Colo-Retto del servizio di radiologia. L'esame dovrà essere eseguito entro 7 giorni dalla data di ingresso in DS o in tempi più brevi la dove la situazione clinica lo richieda.

Il giorno dell'esame il paziente si presenterà, 15 minuti prima dell'esame, presso il Day Service della Chirurgia Coloretale per prendere la cartella clinica. Successivamente verrà indirizzato dall'infermiere presso l'accettazione del Servizio di Radiologia per eseguire l'esame. L'infermiere di processo è responsabile della preparazione del paziente all'esecuzione dell'esame che potrà prevedere



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....  
Pag. 18 di 59

la dove necessario (vedi linee guida), una preparazione antiallergica ovvero una speciale preparazione per i soggetti nefropatici (vedi allegati).

Il Radiologo dovrà fornire il referto entro e non oltre le 24 ore successive l'esecuzione dell'esame.

### *7.2.3.3 RM pelvi con contrasto (12)*

La RM della pelvi viene eseguita nei pazienti con neoplasia del retto extra-peritoneale, per un'ottimale stadiazione locale.

L'infermiere di processo del DS, fissa il giorno e l'ora dell'esame attraverso un'agenda elettronica dedicata al PDTA del Colo-Retto del servizio di radiologia. Per questa specifica metodica il servizio di radiologia mette a disposizione 4 sedute di risonanza dedicate alla settimana il giovedì di ogni settimana. L'esame dovrà essere eseguito entro 7 giorni dalla data di ingresso in DS o in tempi più brevi la dove sia possibile o con priorità la dove la situazione clinica lo richieda.

Il giorno dell'esame il paziente si presenterà, 15 minuti prima dell'esame, presso il Day Service della Chirurgia Coloretale per prendere la cartella clinica. Successivamente verrà indirizzato dall'infermiere presso l'accettazione del Servizio di Radiologia per eseguire l'esame. L'infermiere di processo è responsabile della preparazione del paziente all'esecuzione dell'esame che potrà prevedere la dove necessario (vedi linee guida), una preparazione antiallergica ovvero una speciale preparazione per i soggetti nefropatici (vedi allegati).

Il Radiologo dovrà fornire il referto entro e non oltre le 24 ore successive l'esecuzione dell'esame.

### *7.2.3.4 Esecuzione di Ecografia endorettale (13)*

Per il paziente con cancro del retto extra-peritoneale l'infermiere di processo fissa l'ecografia endorettale entro 7 giorni dalla data dell'accesso in DS presso l'ambulatorio 136, Piano 0. L'ambulatorio di ecografia ha 7 spazi dedicati al PDTA alla settimana, ogni giovedì dalle 9,30 alle 13. L'esame viene eseguito da un Chirurgo Coloretale specialista. Immediatamente prima dell'esame, il chirurgo illustra le modalità di esecuzione dell'ecografia fa firmare il consenso informato.

## **7.3 Accesso al Gruppo Multidisciplinare per i Tumori del Colon-Retto (GOM-CoR)**

Il GOM è formato da un nucleo centrale (core team), costituito da: Chirurgo Coloretale, Oncologo Medico ad indirizzo gastrointestinale-coloretale, Oncologo dedicato alle cure palliative,



Radioterapista, Anatomopatologo, Radiologo ad indirizzo coloretale. A queste figure si affiancano altre figure specialistiche che possono essere chiamate a supporto decisionale, la dove richiesto da peculiari condizioni del paziente e della sua malattia. Può in generale far parte della riunione multidisciplinare qualunque specialista sia richiesto dal singolo caso, che verrà invitato con anticipo alla riunione immediatamente successiva dal medico responsabile della presentazione del caso clinico quando esso lo ritenga utile ovvero successivamente ad una prima analisi del GOM, dove dalla discussione collegiale emergano elementi che ne indichino la necessità. In particolare le figure specialistiche che più frequentemente si rendono necessarie a completare la valutazione multidisciplinare sono: il chirurgo epatico, il chirurgo urologo, il ginecologo, il chirurgo plastico. Il gruppo ha lo scopo, attraverso l'analisi condivisa della condizione clinica, di fornire al paziente il miglior approccio diagnostico, assistenziale terapeutico possibile.

### 7.3.1 Accesso al GOM-CoR

#### Diagramma 6:

L'accesso al GOM avviene tramite richiesta del medico responsabile per quel paziente, rappresentato dal medico (Chirurgo o Oncologo Medico) che per primo inserisce il paziente nel percorso e che avrà il compito di seguire l'iter e presentare il caso. Ogni Giovedì, entro le 17, l'infermiere di processo del DS stila la lista dei pazienti da discutere durante la riunione del GOM secondo una griglia che comprende i dati anagrafici del paziente, la diagnosi principale, la stadio clinico e/o patologico, l'indicazione che si tratti di un nuovo caso ovvero di un caso ripresentato per aggiornamenti. L'infermiere responsabile invia quindi via e-mail ad ogni componente del gruppo la lista completa, così che i componenti possano preparare la documentazione del paziente per quanto di loro competenza (immagini radiologiche, immagini istologiche, dati clinici o altra documentazione). Almeno un componente per ciascuna specialità del nucleo centrale del GOM deve essere presente alle riunioni. La riunione è fissata ogni Lunedì dalle ore 13 alle 15 presso l'Aula della Direzione Sanitaria del policlinico di Monserrato. Qualora il Lunedì sia un giorno di festivo, la riunione viene automaticamente spostata al primo giorno feriale utile.

### 7.3.2 Principali Attività (Accesso al GOM-CoR)

#### *7.3.2.1 Presentazione del caso clinico (14)*



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....  
Pag. **20** di **59**

L'infermiere di processo prepara la documentazione clinica per ogni paziente inserito in lista e consegna a ciascun componente una copia della cartella clinica dedicata (vedi allegato), precedentemente compilata nel corso degli accertamenti. Il medico responsabile per il paziente (Oncologo medico o Chirurgo) espone il caso clinico, mediante l'ausilio di diapositive. Se i partecipanti lo ritengono necessario ai fini della corretta valutazione del paziente, vengono proiettate le immagini radiologiche e anatomopatologiche.

### *7.3.2.2 Valutazione Multidisciplinare-Inquadramento del percorso terapeutico (15)*

La discussione esita in una decisione condivisa o alla revisione del caso clinico ad altra riunione qualora emergesse la necessità di ulteriori indagini di approfondimento utili indispensabili per una conclusione diagnostico-terapeutica.

Al termine del GOM l'infermiere del Day Service stila un referto elettronico secondo uno schema prestabilito che verrà discusso e approvato dal GOM durante la prima riunione, quindi allegato al PDTA. Il referto viene firmato elettronicamente da tutti i presenti.

Al termine della riunione multidisciplinare l'infermiere del Day Service comunica al paziente un appuntamento con il medico di riferimento. Tale appuntamento deve essere fissato entro 3 giorni dalla data della riunione multidisciplinare e avviene presso l'AUNC. Durante tale colloquio il medico di riferimento illustra al paziente la decisione condivisa, consegna il referto del GOM-CoR e propone le alternative terapeutiche approvate. Dopo scelta condivisa con il paziente, l'infermiere del DS fissa un appuntamento per un colloquio con il Chirurgo Coloretale o con l'Oncologo Medico, in base al percorso scelto e secondo gli schemi terapeutici prestabiliti.

## 7.4 Trattamento

### 7.4.1 Neoplasia Benigna del Retto

#### [Diagramma 7:](#)

Le neoplasie benigne del retto vengono gestite in prima istanza dal Chirurgo Coloretale che si avvale di tecniche endoscopiche di asportazione locale delle neoplasia, ovvero di tecniche chirurgiche resettive qualora le prime non siano tecnicamente eseguibili.

### 7.4.2 Neoplasia benigna del Colon

#### [Diagramma 8:](#)



Le neoplasie benigne del colon vengono gestite in prima istanza dall'endoscopista che si avvale di tecniche endoscopiche di asportazione locale delle neoplasie. Qualora queste non fossero tecnicamente possibili potrà essere necessaria l'esecuzione di una resezione colica.

#### 7.4.3 Cancro del Retto Precoce

##### [Diagramma 9:](#)

Per cancro del retto precoce si intende una neoplasia maligna confinata agli strati più superficiali della parete (mucosa e sottomucosa). Queste neoplasie presentano un potenziale invasivo dipendente da diverse caratteristiche istopatologiche. Quando a basso rischio di metastatizzazione (vedi snodo decisionale I), possono essere trattate con tecniche di asportazione locale per via transanale, evitando l'intervento chirurgico di resezione.

#### 7.4.4 Cancro del Retto Localmente avanzato

##### [Diagramma 10:](#)

Per cancro del retto localmente avanzato si intende una neoplasia maligna che ha infiltrato gli strati più profondi della parete o che infila localmente gli organi adiacenti ovvero i linfonodi regionali senza però segni di metastatizzazione a distanza (T3-4 o N+). Questi tumori possono avvalersi di regimi terapeutici integrati che comprendono l'utilizzo preoperatorio e postoperatorio di Radioterapia e Chemioterapie con intento neoadiuvante e/o adiuvante.

#### 7.4.5 Cancro del Colon non Metastatico

##### [Diagramma 11:](#)

Comprende i casi di tumore maligno del colon dove non sia emersa la presenza di localizzazioni a distanza di malattia. Anche in questo caso si possono distinguere casi di neoplasia maligna precoce che possono avvalersi, in situazioni selezionate, di tecniche di asportazione endoscopica ovvero richiedere un trattamento chirurgico resettivo. Il cancro del colon localmente avanzato richiede solitamente l'esecuzione di un intervento di resezione colica in prima istanza eventualmente associato a Chemioterapie postoperatorie con intento adiuvante.

#### 7.4.6 Cancro del Colon-Retto Metastatico

##### [Diagramma 12:](#)



In caso di presenza di metastasi a distanza, le terapie multimodali si avvalgono primariamente di regimi di terapia oncologica medica, associati alla chirurgia resettiva del tumore primitivo e/o alla radioterapia pelvica e della terapia chirurgica e/o ablativa delle metastasi. L'associazione e il timing ideale di queste metodiche è attualmente oggetto di studio, non essendosi dimostrata ad oggi una strategia terapeutica sicuramente superiore alle altre.

L'inquadramento iniziale della malattia, la definizione di resecabilità, l'adeguatezza della tecnica chirurgica, il monitoraggio della risposta alla terapia e il timing delle metodiche sono gli elementi fondamentali dell'iter terapeutico.

#### 7.4.7 Metastasi immediatamente o potenzialmente resecabili

##### Diagramma 13:

Sulla base del giudizio di resecabilità (possibilità di raggiungere una resezione R0) espresso dal team multidisciplinare si possono distinguere tre differenti scenari:

- 1) Malattia resecabile con intento curativo
- 2) Malattia non immediatamente resecabile ma potenzialmente “convertibile”
- 3) Malattia non resecabile/non curabile

In assenza di forti evidenze scientifiche, il piano terapeutico deve essere personalizzato, tenendo conto della diffusione locale e sistemica del tumore, delle sue caratteristiche biomolecolari e delle caratteristiche del paziente.

#### 7.4.8 Terapia Adiuvante

##### Diagramma 14

#### 7.4.9 Principali Attività (Trattamento)

##### *7.4.9.1 Prericovero della Chirurgia Coloproctologica/ Colloquio con il paziente ed impostazione Cartella Clinica (15,16)*

	<b>Struttura</b>	PDTA Codice identificativo
	<b>Unità Operativa</b>	REV. n. .... del .... Pag. <b>23</b> di <b>59</b>

Il paziente candidato ad intervento chirurgico completa gli esami e le visite necessarie alla preparazione dell'intervento chirurgico quando possibile in regime di prericovero.

Le attività di prericovero si svolgono nel medesimo ambulatorio del DS (Piano 0, stanza 135 Blocco G), a cura degli infermieri di processo dedicato. In linea generale il prericovero si può svolgere in più giorni. Il paziente accede all'ambulatorio per effettuare le attività richieste al completamento della preparazione all'intervento.

Tra queste, nel corso del primo accesso:

- dalle ore 10 alle 12 un colloquio con il Chirurgo Coloretale, che comunicherà al paziente la decisione terapeutica presa da GOM-CoR e completa la compilazione della cartella clinica
- dalle ore 12 alle ore 13 il paziente si reca presso gli ambulatori di cardiologia, consegna la cartella all'accettazione e esegue la visita cardiologica
- dalle ore 13 alle ore 14 il paziente esegue una visita con l'anestesista (presso la stanza 40, piano 0 Blocco G)

#### *7.4.9.2 Accesso Oncologia Medica (25)*

Il Centro Accoglienza Servizi (C.A.S.) del reparto di Oncologia Medica è costituito dalle figure professionali di Medico, Infermiere (Case manager), Personale amministrativo, Psico-oncologo e Assistente Sociale (aziendale, coinvolgibile secondo necessità). Il C.A.S. si occupa di accogliere il paziente di organizzare gli eventuali esami di completamento alla preparazione del paziente che effettuerà terapie mediche oncologiche.

Il C.A.S. fornisce al paziente una "Carta dei Servizi" che aiuta il paziente ad orientarsi all'interno del percorso e lo aiuta ad identificare le figure professionali di riferimento.

Il paziente, al suo accesso nella SC di Oncologia, viene accolto dal medico e dall'infermiere referente che, dopo attenta valutazione, fornisce al paziente informazioni relative alle problematiche diagnostiche assistenziali:

- Informazioni relative alla malattia diagnosticata e all'iter terapeutico proposto con tutte le possibili alternative



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. 24 di 59

- Valutazione patrimonio venoso, programmazione posizionamento accessi venosi centrali e loro gestione ordinaria
- Rilevamento dei problemi psico-socio assistenziali e identificazione delle fragilità
- Inoltro della richiesta di esenzione ticket e prenotazione diretta degli esami radiologici/cardiologici (con canale prestabilito e slot di disponibilità settimanali)
- Informazioni sui diritti dei pazienti

Nell'ambito del C.A.S. l'infermiere amministrativo svolge le seguenti funzioni:

- Inserimento dei dati del paziente sulla scheda ADT (lista d'attesa o richiesta di ricovero in Day Hospital o Ricovero Ordinario in presenza di particolari necessità)
- Rilascio della documentazione per richiesta esenzione Ticket 0.48 se non già in possesso del paziente
- Prenotazione delle prestazioni previste
- Prenotazione della visita successiva
- Riferimento per eventuali ulteriori richieste telefoniche o dirette da parte dell'utenza, secondo gli orari e le modalità precedentemente stabilite

### 7.4.9.3 Chemioterapia di Conversione [\(28\)](#)

In tutti i casi è necessario acquisire, tramite il Servizio di Anatomia Patologica, un dato molecolare fondamentale rappresentato dallo stato mutazionale del RAS (KRAS ed NRAS) che rappresenta un fattore predittivo di resistenza a terapia biologica specifica con inibitore di EGFR. Viene inoltre richiesto lo stato mutazionale a carico del gene BRAF, indicatore di comportamento biologico sfavorevole da parte della neoplasia.

I regimi terapeutici utilizzabili nel paziente con carcinoma del colon retto in stadio IV sono molteplici ed includono combinazioni di chemioterapici classici (FOLFOX, XELOX, FOLFIRI, FOLFOXIRI,



Raltitrexed) in associazione a biologici di ultima generazione a somministrazione endovenosa (anti VEGF Bevacizumab, Aflibercept, Ramucirumab; anti EGFR Cetuximab, Panitumumab) e orale (Regorafenib). La scelta del regime da impiegare dipende da molteplici fattori che vengono valutati nel corso della prima visita quali età del paziente, comorbidità, carico di malattia, stati mutazionali RAF, BRAF, HER2, obiettivi da raggiungere e rientra nell'ambito di una programmazione terapeutica personalizzata. Accanto ai trattamenti standard definiti nell'ambito di linee guida nazionali ed internazionali, per ciascun paziente viene valutata la possibilità di partecipare a studi clinici sperimentali attivi presso SC Oncologia Medica (nazionali ed internazionali), approvati dal comitato di Bioetica, atti a confermare l'efficacia terapeutica di nuovi farmaci biologici e chemioterapici e/o combinazioni degli stessi. Ad ogni paziente giudicato arruolabile viene proposta l'adesione al protocollo clinico con esplicitazione esaustiva dello studio e consegna di modulo di consenso informato.

#### *7.4.9.4 Rivalutazione Strumentale (28)*

Durante il periodo della terapia il paziente viene monitorato con controlli clinici ed ematologici periodici. Una volta completato il trattamento viene richiesta una rivalutazione strumentale (Diagramma 4 e 5) con TC TORACE-ADDOME-PELVI con mezzo di contrasto e in caso di assenza di malattia il paziente viene avviato a follow-up clinico strumentale.

#### *7.4.9.5 Terapia Medica Adiuvante (31)*

Considerando gli aggiornamenti e le indicazioni provenienti dalle linee guida di riferimento, attualmente la terapia adiuvante standard può consistere in:

- Fluoropirimidina orale (CAPECITABINA 1000 mg/m<sup>2</sup> bi die G1-14 q21 per 8 cicli) o fluorofolato endovenoso (5 FU bolo 400 mg/m<sup>2</sup> G1, G2 + 5FU 600 mg/m<sup>2</sup> G1,G2, infusione continua 22 h ogni 14 giorni). In questo ultimo caso è necessario l'ausilio del Servizio di Terapia Intensiva per il posizionamento di accesso venoso centrale che consenta l'infusione continua del chemioterapico.

	<b>Struttura</b>	PDTA Codice identificativo
	<b>Unità Operativa</b>	REV. n. .... del .... Pag. <b>26</b> di <b>59</b>

- Regimi di combinazione che contengono OXALIPLATINO (130 mg/m<sup>2</sup>) in associazione a CAPECITABINA 1000 mg/m<sup>2</sup> bi die G1-14 q21 per 8 cicli (XELOX) oppure OXALIPLATINO (85 mg/m<sup>2</sup>) in associazione a fluorofolato endovenoso (5FU 2400 mg/m<sup>2</sup> i.c. 46 h) ogni 14 giorni per 12 cicli.

In presenza di malattia avanzata, in casi selezionati, laddove la chirurgia maggiore non trova indicazione, ogni caso specifico viene ridiscusso nel GOM-CoR per eventuali trattamenti loco regionali che includono:

- Termoablazione o Crioablazione lesioni epatiche e polmonari
- Chemioembolizzazione (TACE) lesioni epatiche
- Radioterapia e Radioterapia Stereotassica con finalità prevalentemente palliative (dolore da metastasi ossee, Metastasi cerebrali)

#### *7.4.9.6 Cure palliative esclusive [\(42\)](#)*

Tutti i pazienti con anamnesi positiva per dolore e che necessitano di terapia di supporto, già valutati nel GOM-CoR col medico delle cure palliative, vengono avviati, contemporaneamente alle terapie specifiche per patologia, anche al Day Service di terapia antalgica e cure palliative per presa in carico. Per paziente ritenuti particolarmente fragili, viene valutata, in collaborazione con il medico di medicina generale la opportunità di Attivazione di Assistenza Domiciliare per terapia di supporto nutrizionale ed idratante, in un ambiente familiare e rassicurante per il paziente, consentendone al contempo l'accesso alla Struttura Ospedaliera per le Cure Specifiche. L'Unità di Cure Palliative viene ordinariamente attivata alla fine del percorso di trattamento attivo (chemio e/o radioterapico, chirurgico). Può, tuttavia, essere interessata alla gestione del caso clinico qualora la neoplasia sia in stadio avanzato già alla diagnosi (metastasi viscerali e ossee) o qualora siano presenti sintomi di difficile gestione o si ritenga necessaria l'assistenza domiciliare per la gestione degli stessi. L'attivazione dell'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) avviene tramite:

- richiesta di consulenza di Cure Palliative, se il paziente è ricoverato presso uno dei Presidi
- Ospedalieri della AOU



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. 27 di 59

- partecipazione alla seduta GOM da parte del palliativista, avvisato, anche telefonicamente per tempo;
- invio del paziente a visita ambulatoriale di Cure Palliative, se il paziente ha ancora autonomia
- Il palliativista registrerà il proprio intervento tramite:
- referto su ADT, se il paziente è visitato in ambito ambulatoriale o di degenza
- Attività del Day-Service/ambulatorio di cure palliative e terapie del dolore

I pazienti candidati alle cure palliative sono:

- Paziente con cancro del retto avanzato candidato a radiochemioterapia neoadiuvante (per terapia di supporto e terapia antalgica)
- Paziente con cancro del colon metastatico: Prima linea, PER CURE PALLIATIVE SIMULTANEE, oppure nel paziente non candidabile a terapia chirurgica o oncologica, PER CURE PALLIATIVE ESCLUSIVE.

I pazienti oncologici eleggibili alle Cure Palliative Precoci e Simultanee sono:

- pazienti affetti da tumore in fase metastatica, anche in concomitanza alle terapie specifiche antitumorali
- pazienti sintomatici o paucisintomatici con un Indice di Karnofsky compreso tra 50 e 80 che necessitano di una presa in carico globale di cure palliative
- Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti)
- pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura.

L'ambulatorio di cure palliative e di terapia del dolore si trova presso l'ospedale San Giovanni di Dio al secondo piano. Quotidianamente verranno visitati 5 nuovi pazienti e verranno eseguite 10 visite di



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **28** di **59**

controllo. Verranno eseguite da 12 a 20 terapie di supporto, due urgenze e durante la sera si eseguiranno le consulenze nei reparti.

Le attività del Day Service saranno:

- esami ematochimici e strumentali, consulenze specialistiche
- Terapia antalgica (medica e interventistica)
- Supporto per i sintomi correlati alla CHT/malattia neoplastica
- Blocchi gangliari, infiltrazioni antalgiche, paracentesi, emotrasfusioni, integrazione terapia domiciliare, indicazioni nutrizionali.

### 7.4.10 Principali Snodi Decisionali (Trattamento)

#### *7.4.10.1 Possibilità inserimento in protocolli di ricerca [\(j\)](#)*

Il paziente può essere inserito in protocolli di ricerca. In questo caso, il paziente segue un percorso delineato da ogni specifico protocollo di ricerca autorizzato dal Comitato Etico.

#### *7.4.10.2 Rischio di Occlusione a breve termine [\(o\)](#)*

Il paziente può presentare una situazione clinica di subocclusione che necessita di essere risolta chirurgicamente prima della prosecuzione dell'iter terapeutico, per non essere sottoposto al rischio di andare incontro ad un intervento chirurgico d'urgenza per occlusione intestinale nel corso delle terapie neoadiuvanti. La presenza di uno dei seguenti sintomi può segnalare una situazione d'allarme:

- 1 alvo chiuso alle feci
- 2 addome disteso
- 3 vomito ricorrente
- 4 coliche addominali



## 5 Stenosi invalicabile all'esame endoscopico

Il rischio di occlusione viene valutato dal chirurgo coloretale responsabile del paziente tenendo conto delle indagini effettuate che decide per un eventuale intervento di derivazione prima dell'inizio del trattamento adiuvante.

### *7.4.10.3 Intervento Simultaneo [\(v\)](#)*

Il GOM decide, in base alle linee guida nazionali e internazionali, se il paziente può essere sottoposto ad un intervento chirurgico di resezione del tumore primitivo e delle metastasi in un solo tempo.

### *7.4.10.4 Liver first [\(w\)](#)*

In casi selezionati, è indicata la resezione epatica primaria ed in un secondo momento la resezione del tumore primitivo. Questa strategia può essere impiegata in casi selezionati tenendo conto delle caratteristiche cliniche del paziente e del tumore. Nella decisione terapeutica viene coinvolto il Chirurgo epatico

## 7.5 Procedure di Gestione chirurgica del Paziente

### [Diagramma 15](#)

#### 7.5.1 Principali Attività (Gestione Chirurgica)

##### *7.5.1.1 Presa in carico del paziente [\(31\)](#)*

Il paziente viene accolto nel Reparto di Chirurgia Coloretale, entro e non oltre le ore 12 del giorno precedente all'intervento chirurgico, dal personale medico, infermieristico e dal personale di supporto che ne accerta l'identificazione. Al paziente viene mostrata la sua camera e viene informato circa gli orari di visita dei familiari e sui diversi colori che contraddistinguono i vari operatori sanitari. L'anamnesi infermieristica costituisce la prima parte della valutazione dello stato di salute del paziente e precede solitamente l'esame fisico. Si tratta di un'intervista strutturata, disegnata per ottenere un riepilogo dettagliato dello stato di salute del paziente.

##### *7.5.1.2 Accesso ambulatorio di stomaterapia [\(32\)](#)*

L'assistenza agli stomizzati è deputata, dove presenti, ai centri di riabilitazione nei quali operano medici specializzati nel settore e infermieri stomaterapisti. La competenza e la professionalità



espressa dagli infermieri stomaterapisti consente di affermare che un simile modello organizzativo, favorisce e determina la qualità assistenziale, l'appropriatezza degli interventi, in un'ottica complessiva di efficacia, efficienza ed economicità degli interventi stessi.

L'educazione terapeutica e riabilitazione: che inizia prima dell'intervento chirurgico e si protrae dopo la dimissione del paziente senza limiti di tempo; un percorso circolare che richiede a seconda delle fasi e degli aspetti specifici riabilitativi l'intervento multidisciplinare di più operatori che attraverso un lavoro di equipe contribuiscono a far acquisire al paziente una nuova filosofia di vita.

La stomia rappresenta la conclusione di un intervento chirurgico o la temporanea soluzione di un problema di salute, questa condizione costituisce per la persona una modifica della funzione escretrice derivando problematiche di gestione ed adattamento.

Numerose sono le complicanze cutanee che si osservano quando le persone non sono adeguatamente educate alla gestione dei presidi stomali e allo stoma-care.

Lo stomizzato vive con preoccupazione e paura il momento della dimissione dall'ospedale per la menomazione fisica di cui è portatore e per il ritenersi incapace ed inadeguato nel far fronte a questa nuova condizione.

In ogni situazione sia che la stomia sarà temporanea o definitiva si possono mettere in atto azioni per risolvere i problemi di gestione pratica e di ordine psicologico che permettano al paziente un efficace recupero delle condizioni di normale adattamento alla vita quotidiana.

È attraverso la Stomaterapia, processo dinamico atto a risolvere i problemi di tipo fisico, psichico e sociale della persona stomizzata, che l'operatore approccerà il portatore di stomia.

Lo stoma-care pre-operatorio prevede:

- L'accoglienza del paziente e l'anamnesi infermieristica.
- Il colloquio: una corretta e tranquilla informazione eviterà l'ulteriore frustrazione di un soggetto già defedato e psicologicamente depresso.
- Il posizionamento dello stoma (disegno pre-operatorio): che viene valutato, dallo stomaterapista con il paziente ed eventualmente con un familiare.

### 7.5.1.3 Fase pre-operatoria [\(33\)](#)



Il medico ha il compito di controllare la cartella clinica, ricoverare il paziente, impostare la terapia medica nell'apposito programma informatico e richiedere gli eventuali esami mancanti. Il caso clinico viene poi discusso in collegiale. Il Chirurgo e l'anestesista la sera prima dell'intervento visitano e descrivono al paziente il tipo d'intervento e di anestesia che verranno eseguite. Successivamente il chirurgo compila la lista operatoria dove verranno inseriti nome e cognome del paziente, diagnosi, tipo di intervento che viene eseguito, nome dell'operatore e degli aiuti. Stampa di tre copie della lista che andranno consegnate:

- agli infermieri del reparto
- agli infermieri di sala operatoria
- al Servizio di anestesia.

L'Assistenza preoperatoria consiste nella preparazione meccanica ed antibiotica, doccia preoperatoria, tricotomia, controllo glicemico, profilassi antitrombotica, Digiuno; procedure che seguiranno dei protocolli specifici (Vedi Allegato).

Il Chirurgo e l'infermiere compileranno la Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico di sala operatoria (SISPaC) la sera prima dell'intervento chirurgico (vedi allegato).

Il paziente viene preparato dagli infermieri di turno circa mezz'ora prima di scendere in sala operatoria. La sala chirurgica contatta il reparto per ogni paziente in lista operatoria, circa un'ora prima dell'inizio dell'intervento. Il personale della sala ha il compito di trasportare il paziente dal reparto fino alla sala operatoria.

Uno degli aiuti presenti nella lista operatoria deve essere presente al momento dell'arrivo in sala del paziente e durante tutta la fase anestesiologicala.

#### *7.5.1.4 Fase post-operatoria (35)*

Dopo l'intervento chirurgico il paziente rimarrà in osservazione nella pre-sala e dopo circa un'ora, salvo complicanze, verrà accompagnato dal personale di sala in reparto.

Il paziente viene riportato nella camera a lui assegnata dal personale infermieristico che riceverà le consegne e la documentazione dall'infermiere di sala.

Al rientro in camera viene eseguito un esame testa piedi per valutare eventuali medicazioni e il corretto posizionamento dei drenaggi a caduta o tenuta dei drenaggi in aspirazione. Vengono rilevati



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **32** di **59**

i parametri vitali all'arrivo e qualora necessario monitorato il paziente per almeno 24 ore. In caso contrario l'infermiere rivaluterà i parametri vitali, con una frequenza variabile a seconda dell'intervento e delle comorbidità del paziente o di una sua eventuale condizione di fragilità, ogni 2-4 ore nelle prime 12 ore e ogni 4-8 h sino alle 24 ore.

I pazienti durante tutta la degenza seguiranno dei protocolli prestabiliti (Vedi Allegati) che riguardano:

- Mobilizzazione precoce
- Rimozione cateteri vescicali
- Alimentazione
- Educazione del paziente alla gestione autonoma della stomia.

La giornata di dimissione è dipendente dal tipo d'intervento eseguito e dal decorso post-operatorio. Il paziente può essere dimesso presso il proprio domicilio o presso altri reparti del Presidio Ospedaliero o presso altre Strutture. La lettera di dimissione dev'essere consegnata al paziente entro le ore 11 e deve contenere la diagnosi, l'anamnesi remota e prossima, tutti gli esami eseguiti durante il ricovero, il tipo d'intervento eseguito e le eventuali problematiche insorte durante la degenza. Inoltre, verranno fornite al paziente informazioni riguardo la terapia da seguire e i successivi appuntamenti, per il controllo chirurgico e la consegna dell'esame istologico.

## 7.6 Anatomia Patologica

### [Diagramma 16](#)

L'anatomopatologo ha il compito di fornire la diagnosi istologica sulle biopsie eseguite durante l'esame endoscopico entro 7 giorni dalla data del prelievo e la diagnosi istologica definitiva sul pezzo operatorio entro e non oltre 14 giorni dalla data della richiesta. Il referto istologico verrà ritirato dall'infermiere amministrativo dell'AUNC o reparto di chirurgia Coloretale dove ha eseguito l'intervento.

### 7.6.1 Principali Attività (Anatomia Patologica)



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **33** di **59**

### *7.6.1.1 Accettazione (36)*

Le biopsie o il pezzo operatorio, accompagnati da una richiesta, vengono trasportati dal Servizio di Endoscopia o dalla sala operatoria, attraverso una macchina del servizio ambulanze, presso l'accettazione del servizio di anatomia patologica. Un infermiere amministrativo dedicato si occuperà di registrare e consegnare il pezzo all'anatomopatologo dedicato alla diagnosi dei tumori coloretali.

### *7.6.1.2 Struttura Inviante (37)*

La struttura inviante deve compilare adeguatamente l'apposita richiesta (vedi allegato) adeguatamente compilata in tutte le sue parti. Nella richiesta dovranno essere indicati:

- Nome e cognome, età data di nascita, luogo di nascita,
- Reparto di provenienza,
- Tipo di prelievo (chirurgico o istologico),
- Sede del prelievo,
- Diagnosi clinica.

### *7.6.1.3 I fase analitica Istopatologica (38)*

L'anatomopatologo esegue:

- l'esame macroscopico (riduzione, campionamento, ricerca linfonodi)
- l'esame microscopico (secondo le linee guida nazionali e internazionali allegate al PDTA)
- e stila il referto istopatologico.

### *7.6.1.4 II fase analitica Immunoistochimica (39)*

L'anatomopatologo esegue le analisi immunoistochimiche e stila il referto.



**Struttura**

PDTA  
Codice  
identificativo

**Unità Operativa**

REV. n. .... del ....

Pag. **34** di **59**



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

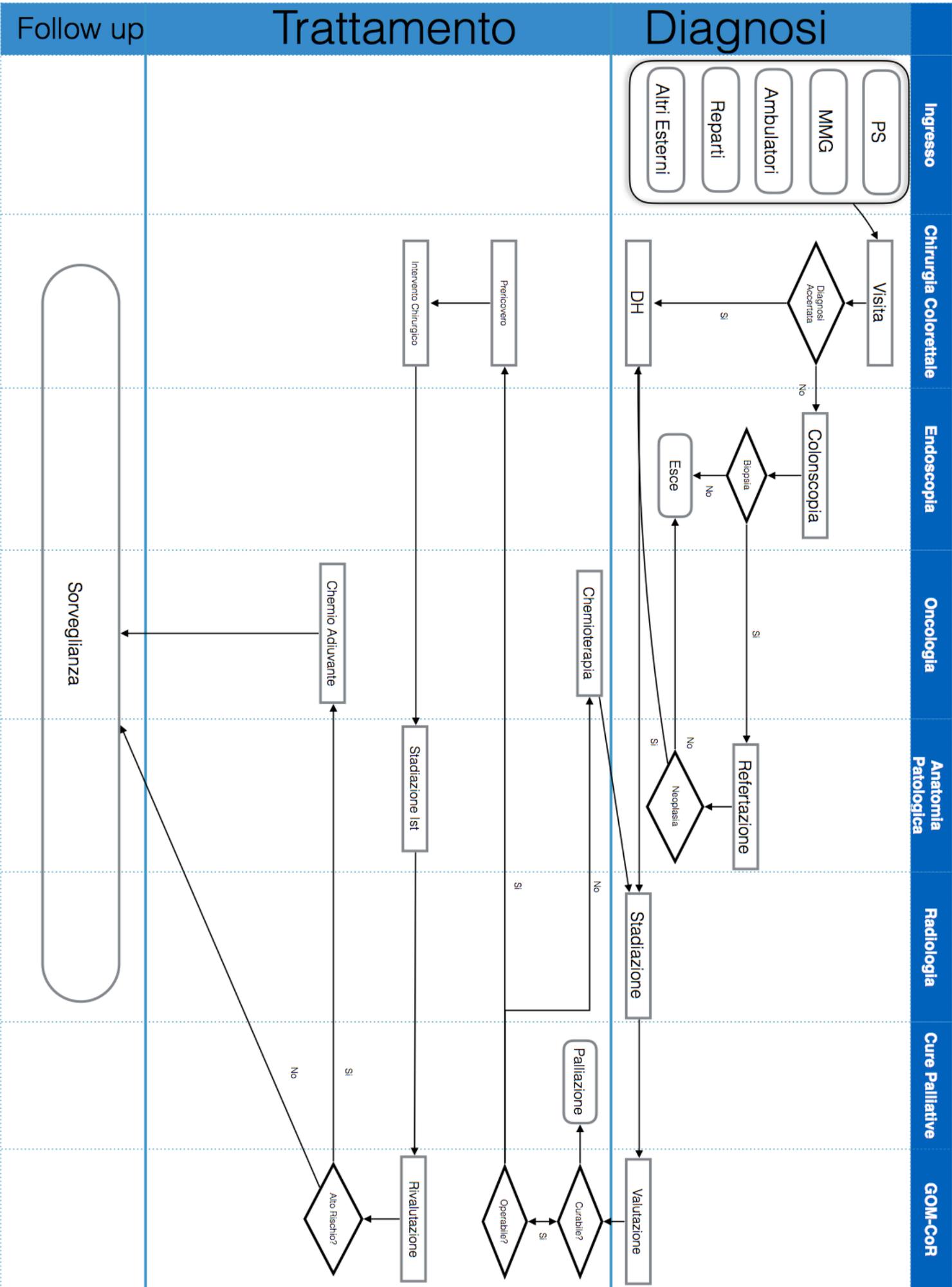
REV. n. .... del ....

Pag. 35 di 59

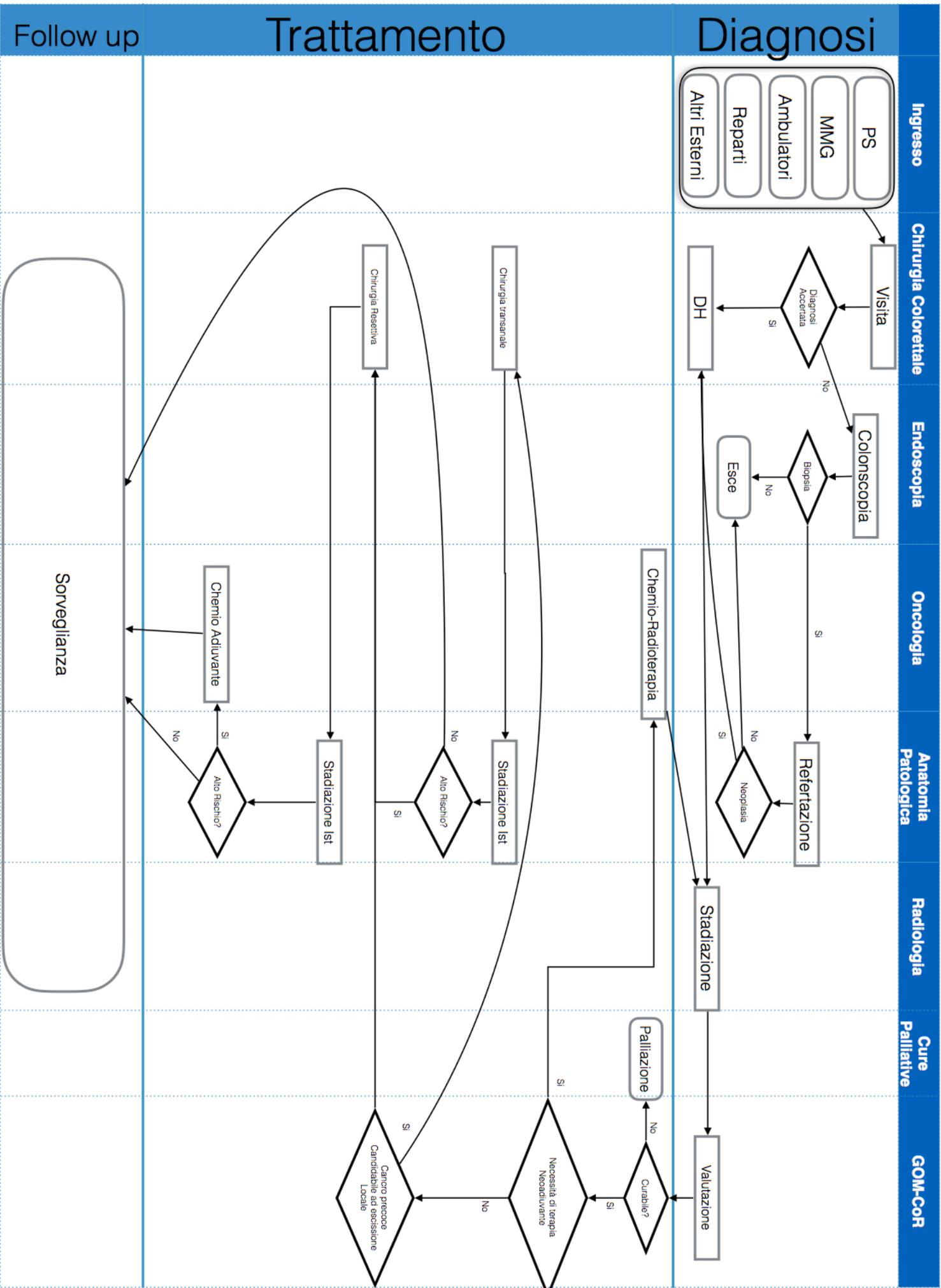
## 8 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PERCORSO

### 8.1 Tabella Indicatori

Fasi del percorso	Indicatore	Descrizione	Razionale	Target
Accesso	Proporzione di Pazienti che afferiscono al percorso	Numeratore : pazienti presi in carico dal GM-TCR Denominatore: Totale pazienti operati nell'azienda	L'inserimento dei pazienti affetti da neoplasie maligne in percorsi dedicati e gestiti da personale specializzato migliora gli outcome a breve e lungo termine, determinando nel contempo un migliore sfruttamento delle risorse disponibili	90%
Stadiazione	Proporzione dei pazienti che eseguono una Tc torace-addome prima del trattamento	Numeratore : pazienti con Tc torace addome prima del trattamento Denominatore: Totale pazienti trattati	Una corretta stadiazione risulta in una riduzione di indicazioni non corrette	95%
Stadiazione	tempo medio conclusione iter diagnostico	media in giorni tra la prima visita e la stadiazione definitiva	riduzione tempi d'attesa; miglioramento risultati oncologici; riduzione spese	7 gg
Stadiazione	tempo consegna referto istologico	media in giorni tra la biopsia e la refertazione	riduzione tempi d'attesa; miglioramento risultati oncologici; riduzione spese	3 gg
Trattamento	percentuale di pazienti che effettuano una RCT per tumore localmente avanzato	Numeratore : pazienti operati dopo RCT Denominatore: Totale pazienti operati	Miglioramento dei risultati oncologici; indicatore internazionale di qualità delle cure nel cancro del retto	95%
Trattamento	percentuale dei pazienti che eseguono il trattamento adiuvante in caso di tumori ad alto rischio	Numeratore : pazienti che hanno effettuato chemio adiuvante Denominatore: Totale pazienti operati ad alto rischio	Miglioramento dei risultati oncologici; indicatore internazionale di qualità delle cure nel cancro del retto	95%
Trattamento	tempo medio tra l'intervento chirurgico e l'inizio della chemioterapia	media in giorni tra l'intervento e il primo ciclo di chemioterapia adiuvante	Miglioramento dei risultati oncologici; indicatore internazionale di qualità delle cure nel cancro del retto	30gg



# PDTA Tumore del Retto Extraperitoneale



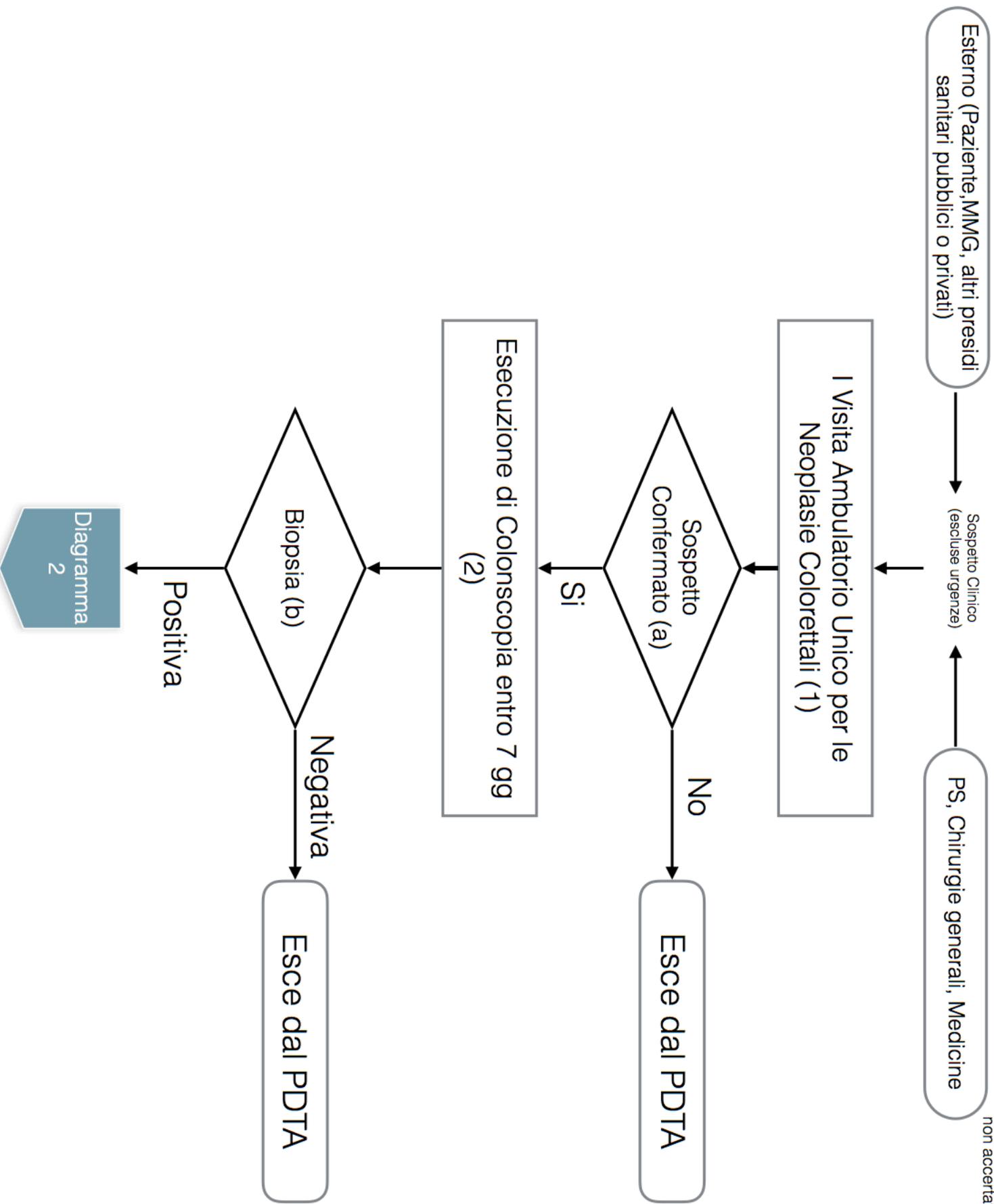
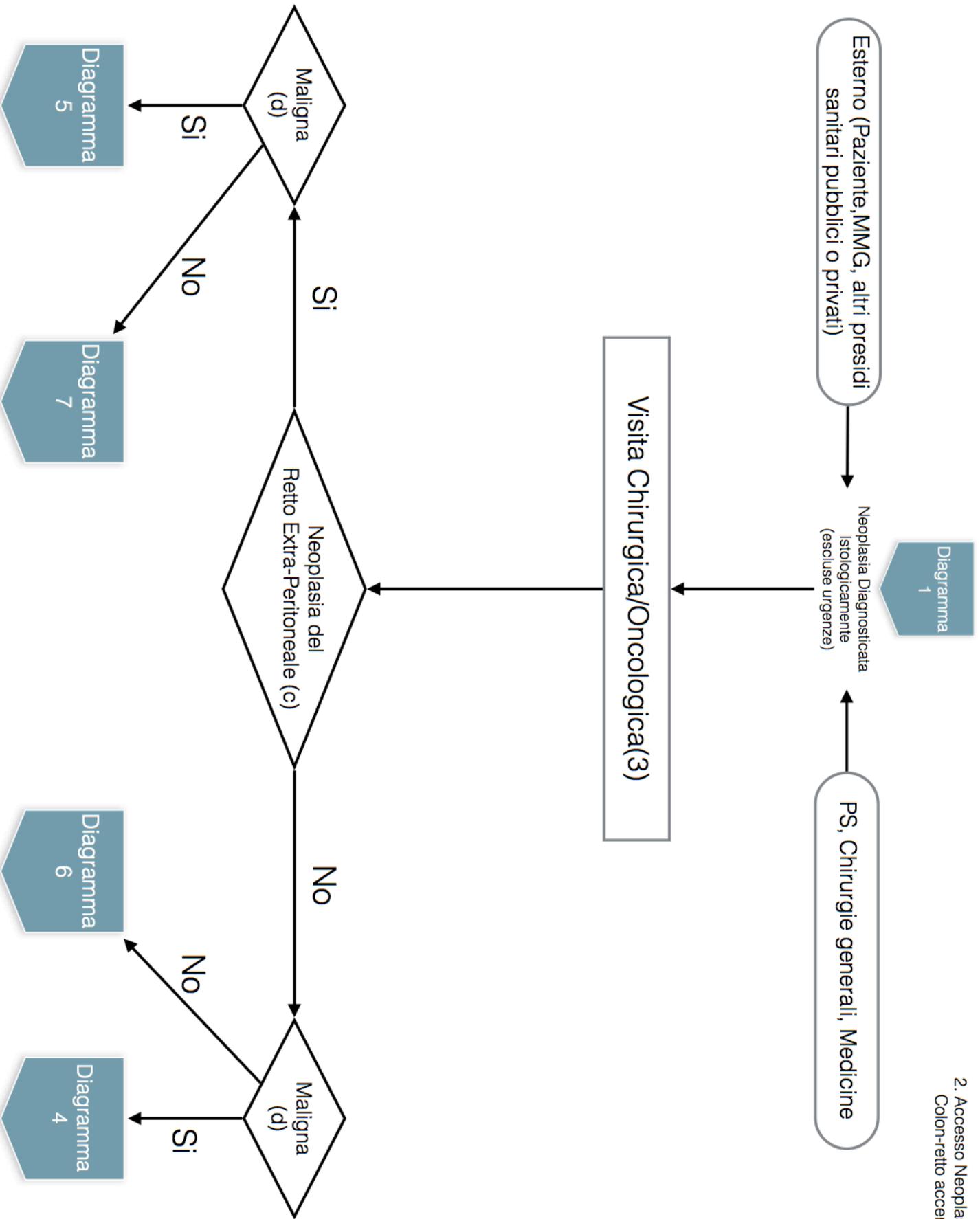
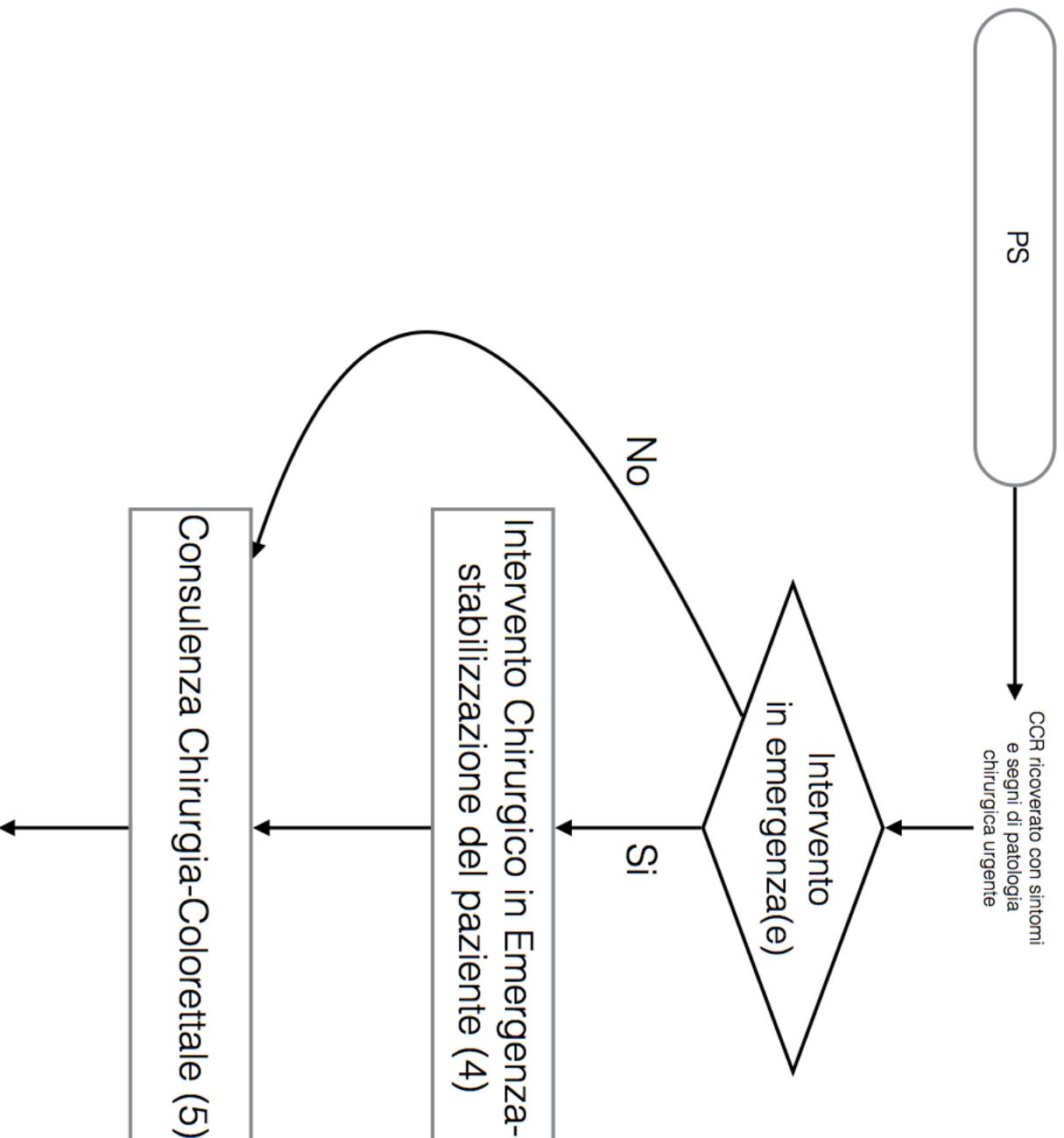
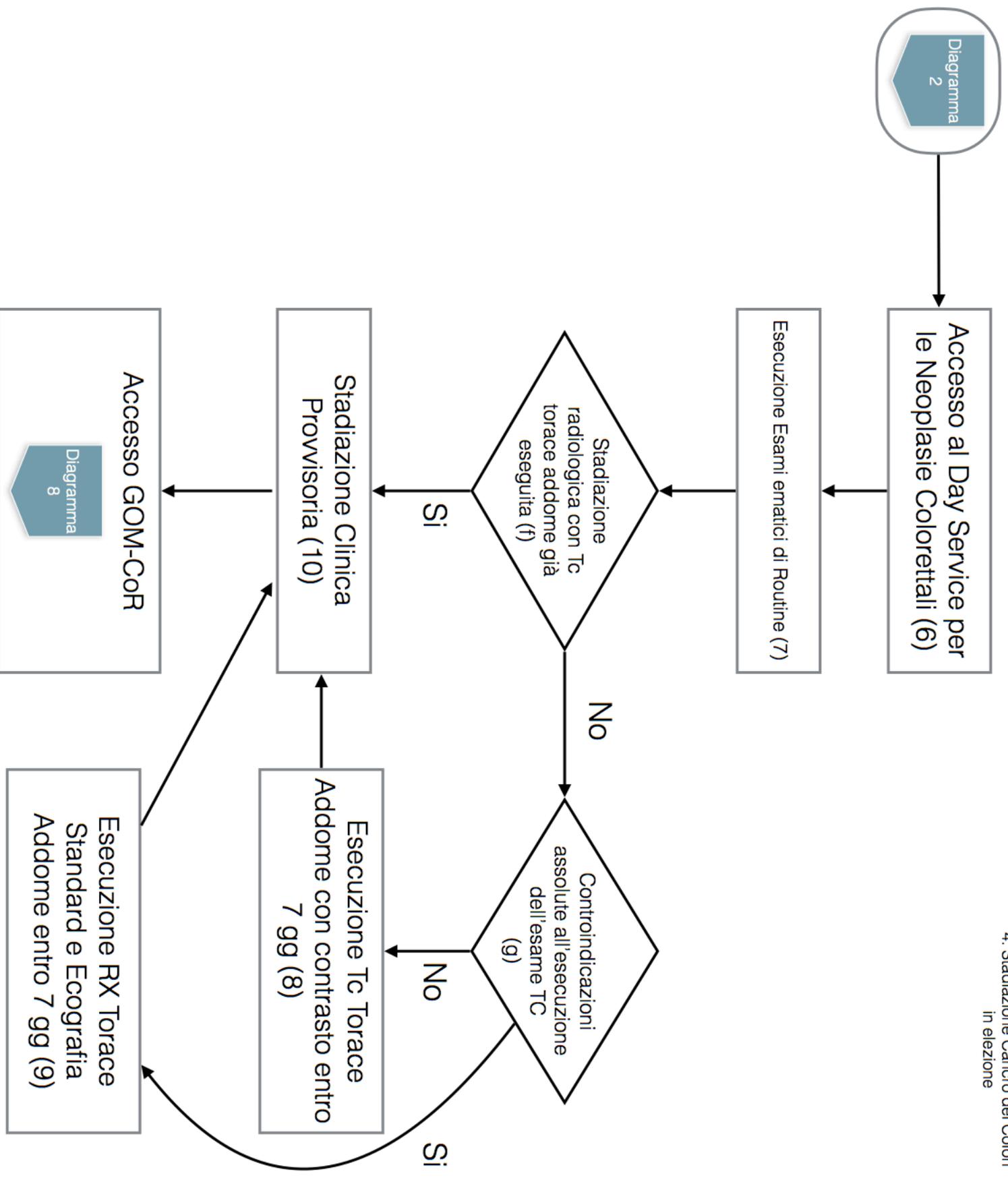
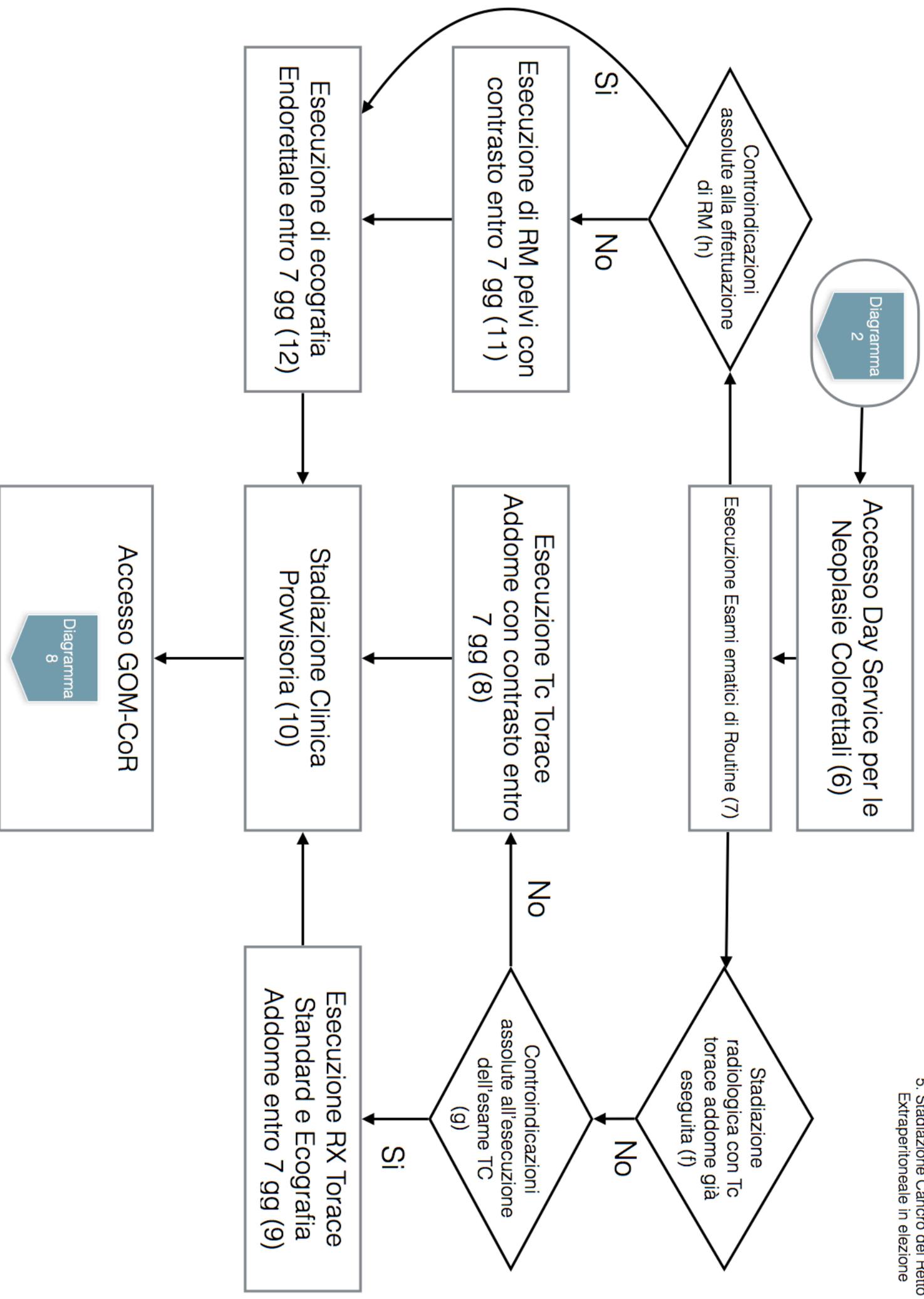


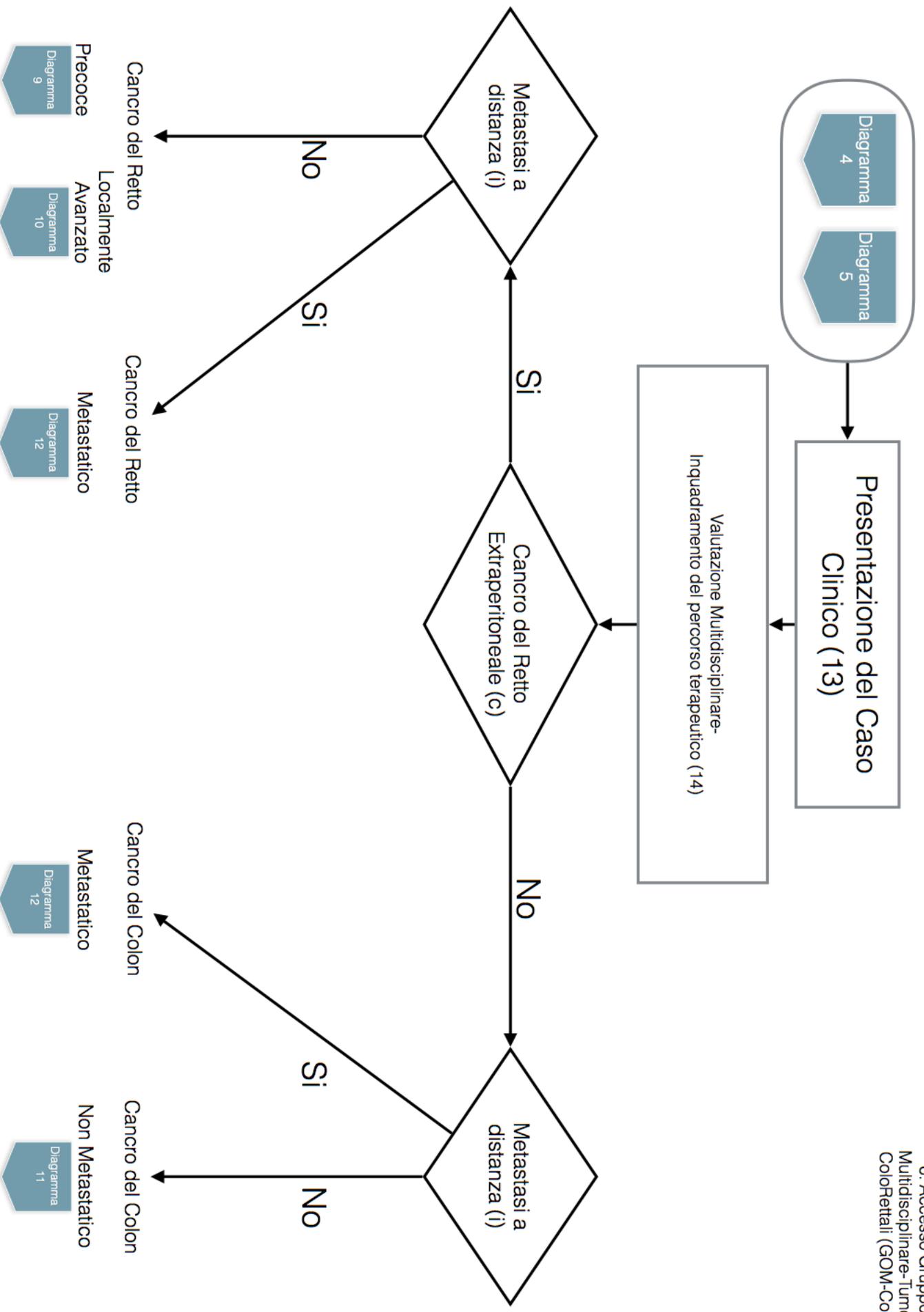
Diagramma 2

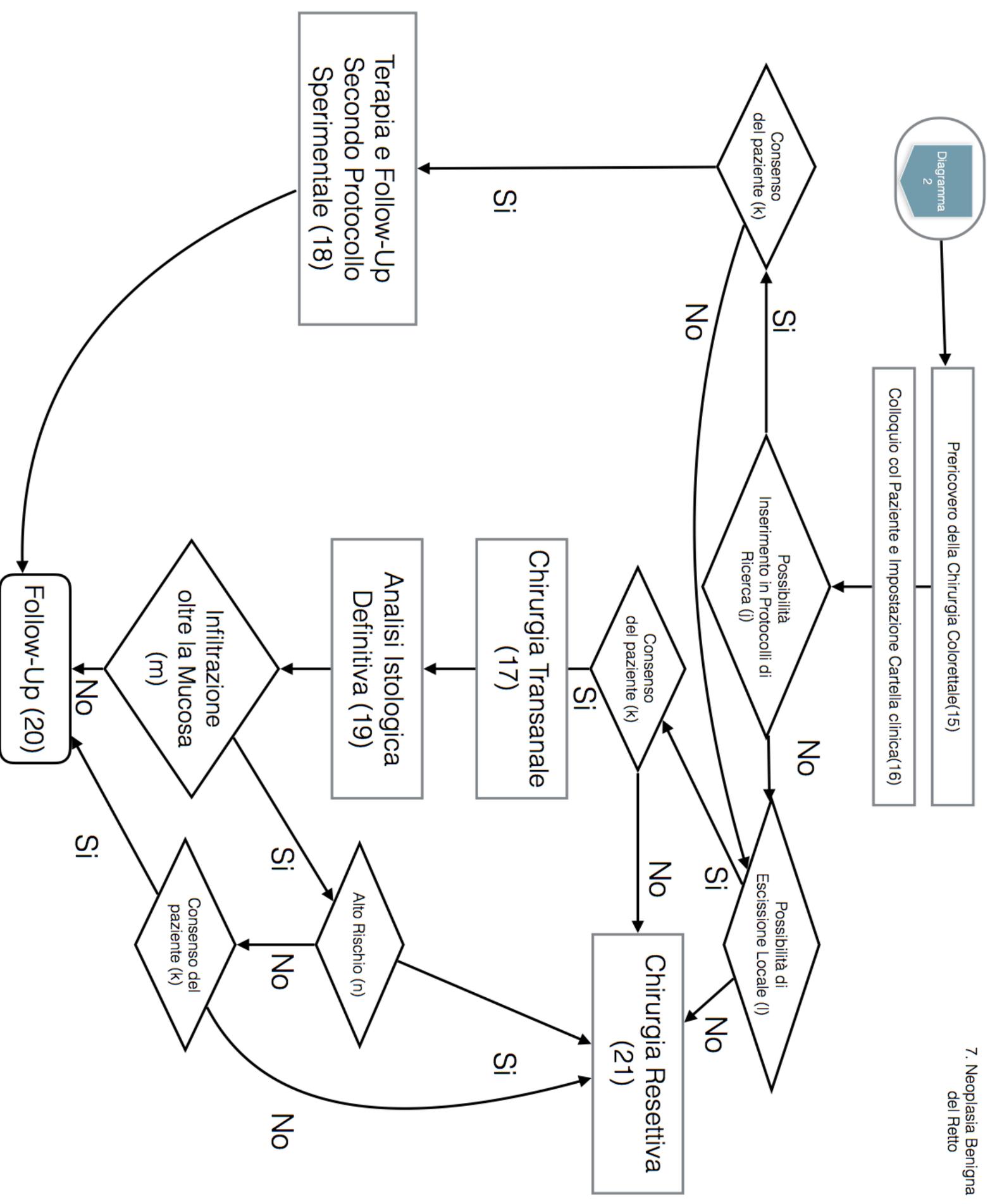




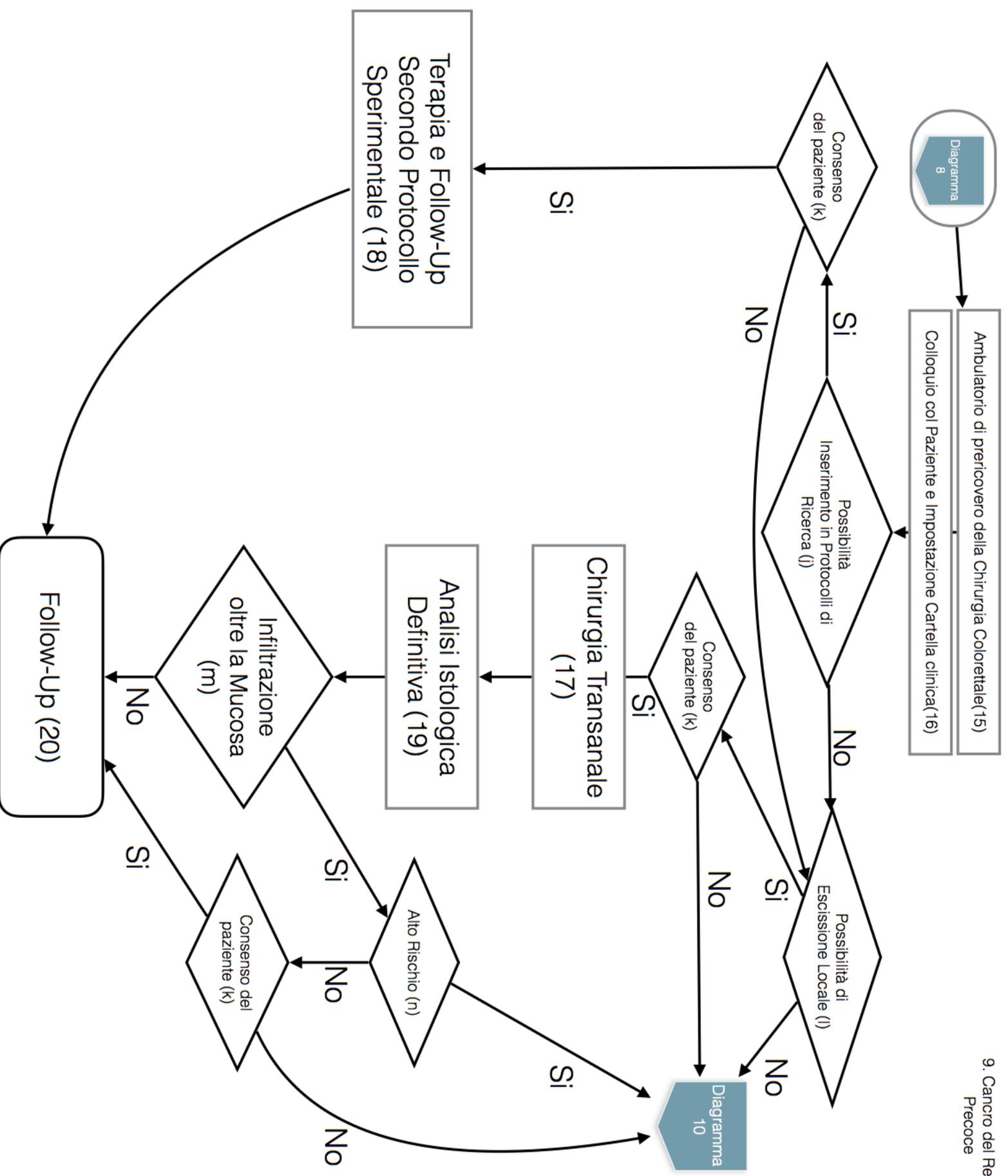


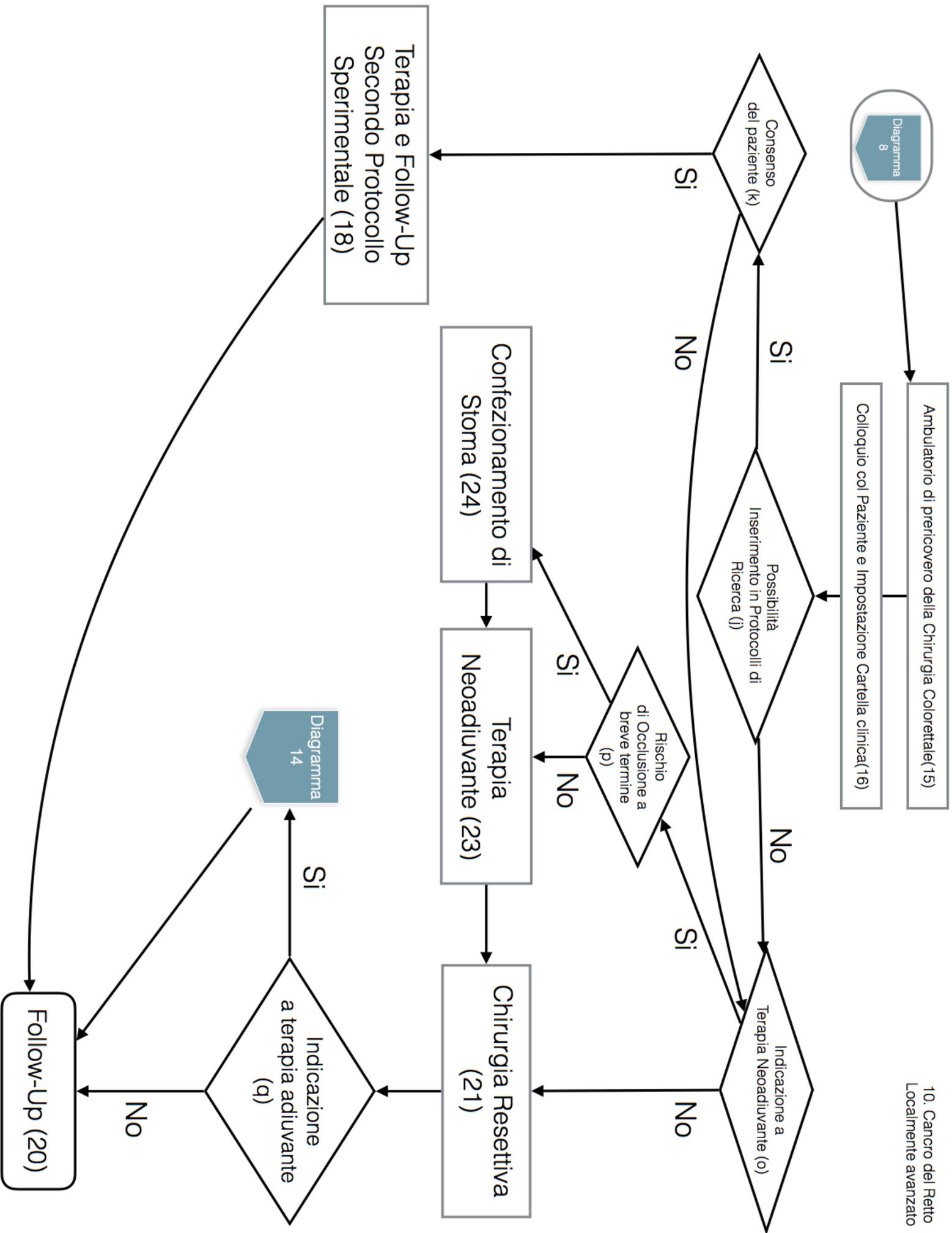


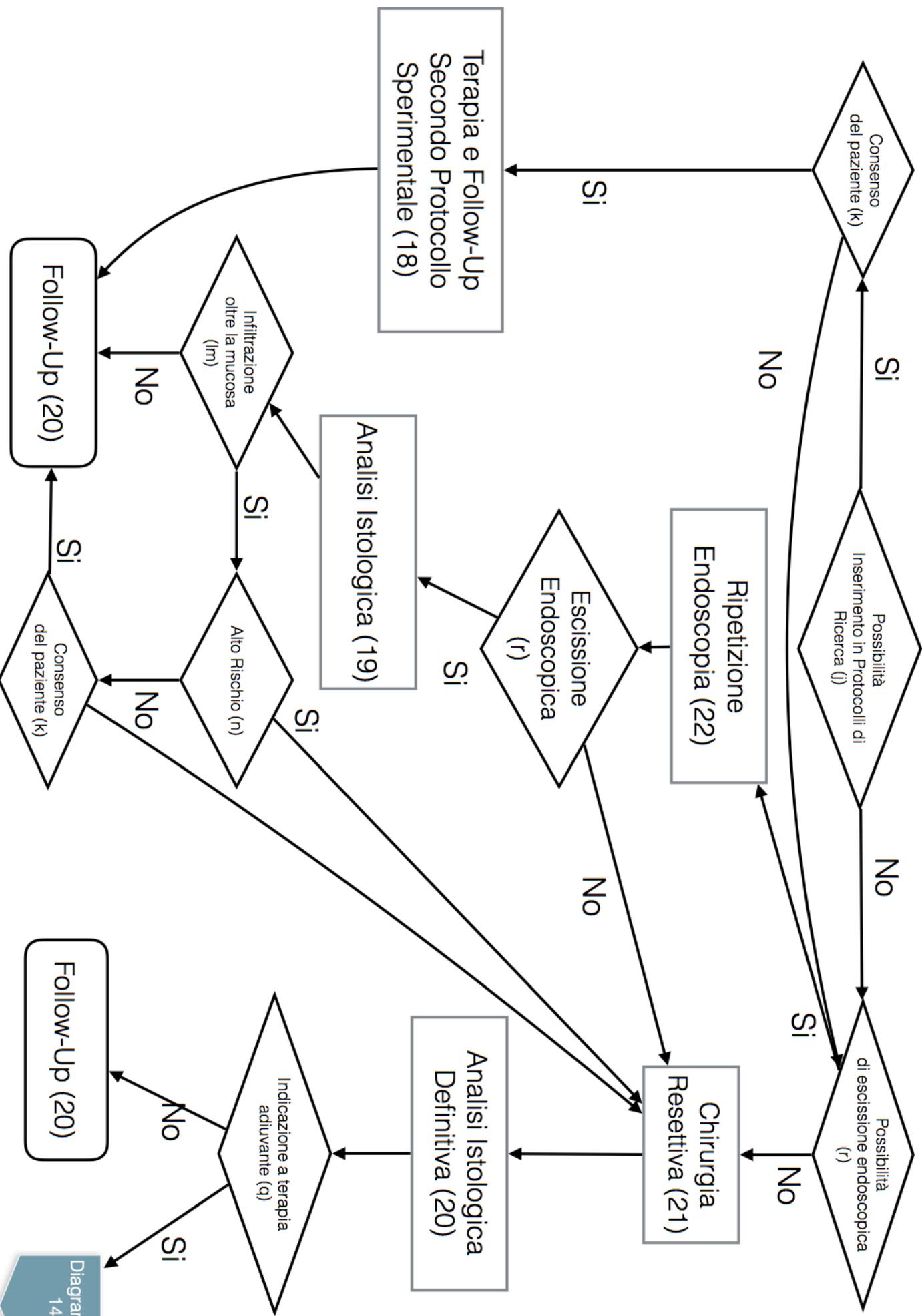


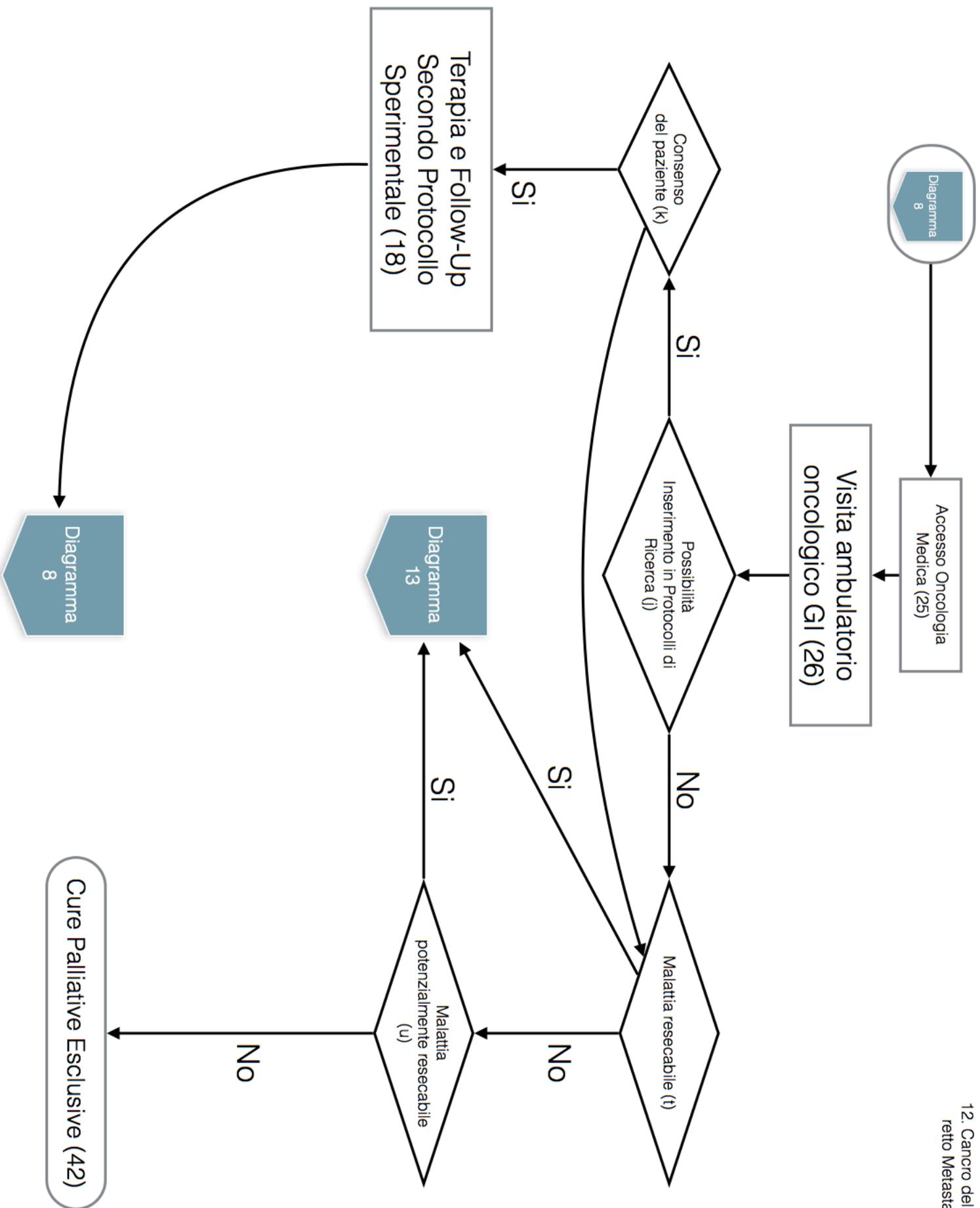


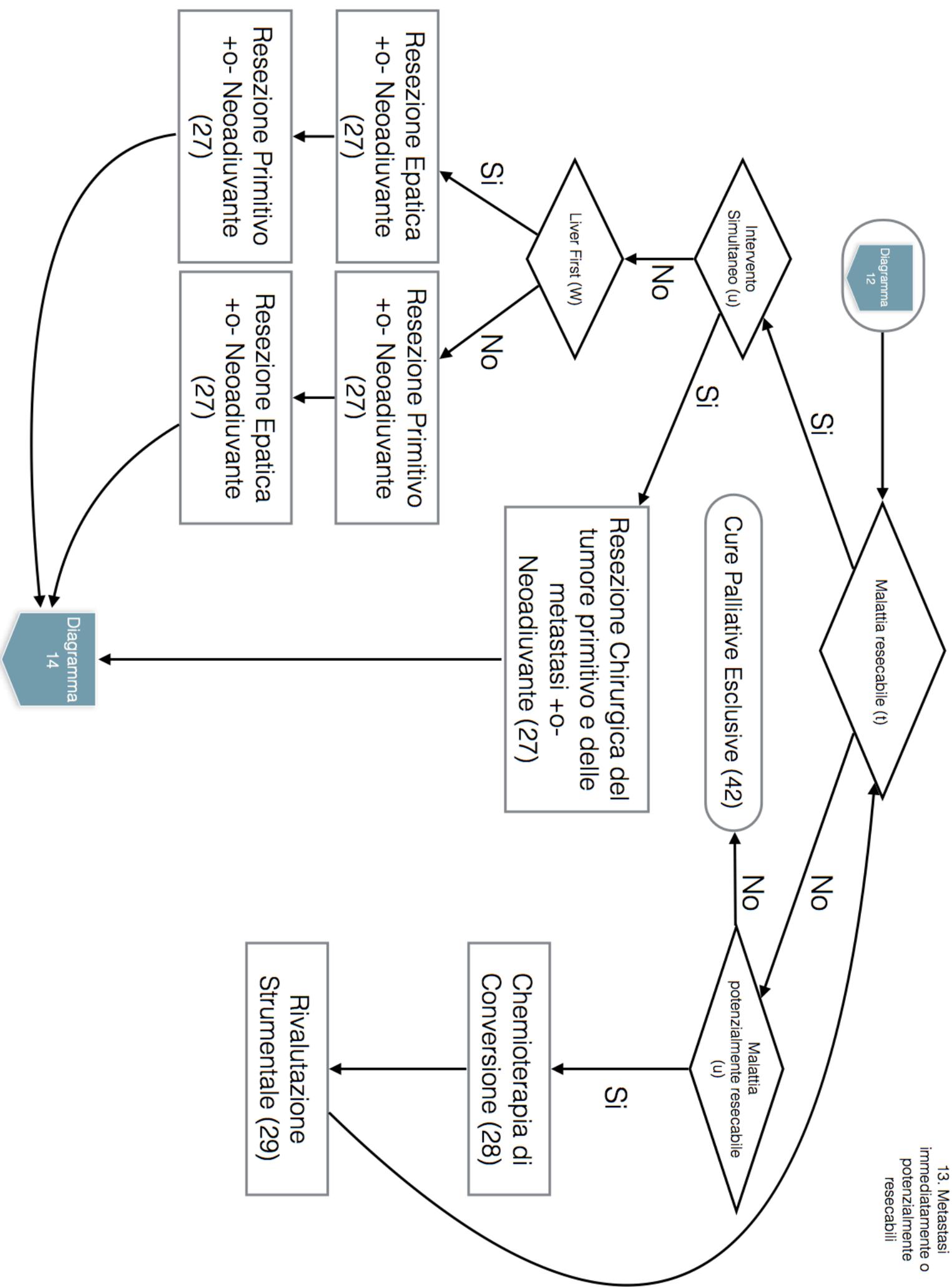


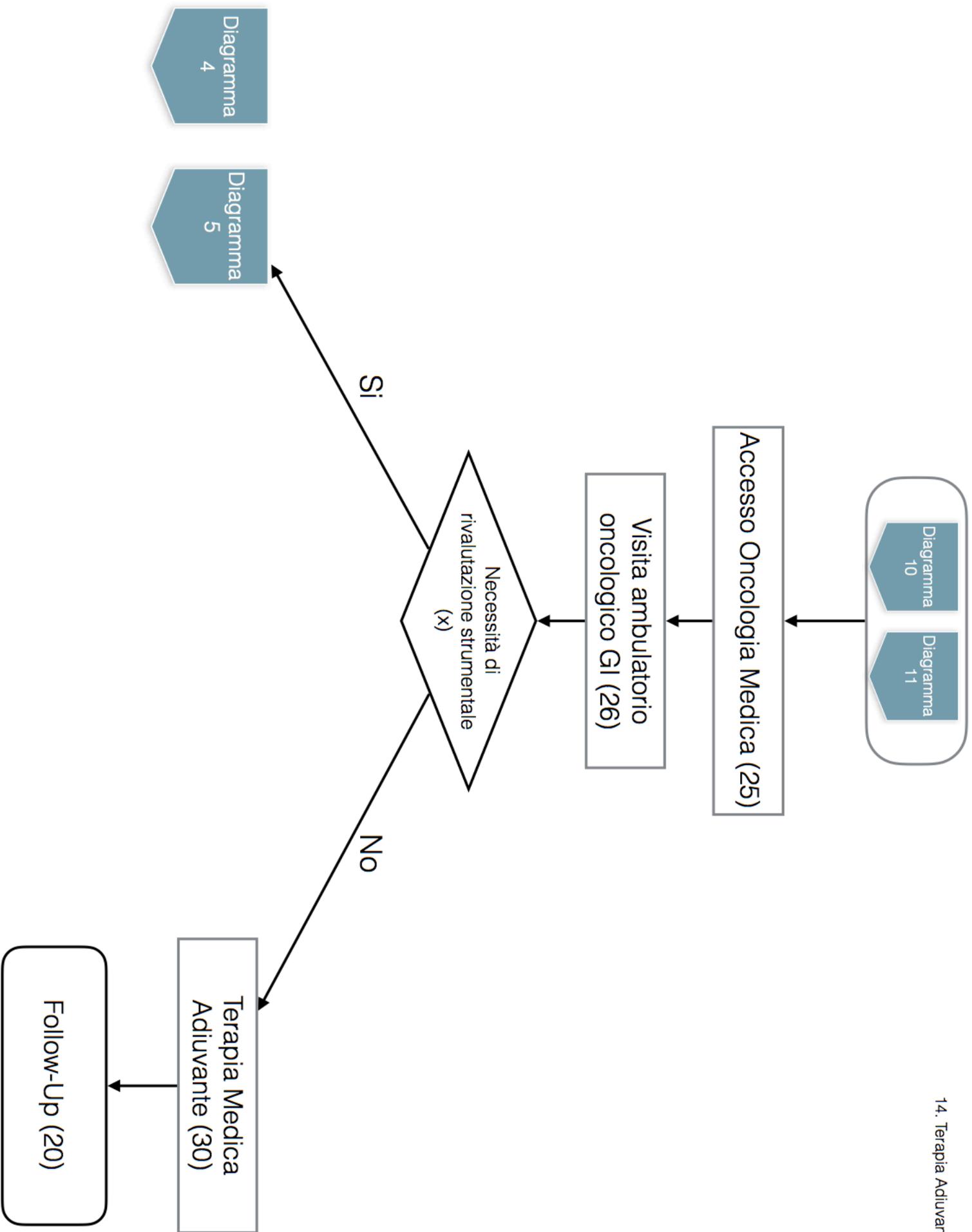
















## 10 Tabella Riassuntiva Attività

Attività	Nome	Luogo	Operatori/ei	Giorni/Orari	Descrizione sintetica
1	<b>I Visita Ambulatorio Unico per le Neoplasie Coloretali</b>	Piano 0, stanza 137, Blocco G	Chirurgo Coloretale Oncologo medico Infermiere dell'ambulatorio unico Infermiere-amministrativo	Lun-Ven 8-14	Visita clinica: Anamnesi; Esame obiettivo locale Colloquio col paziente: Comunicazione diagnosi e Illustrazione percorso
2	<b>Esecuzione di Colonoscopia</b>	Endoscopia digestiva, Piano 0, Blocco D	Endoscopista Coloretale Infermiere-amministrativo Infermiere dedicati all'endoscopia Operatori Socio Sanitari	Lun-Ven 8-14	Procedura endoscopica, Polypectomia e/o biopsia, referto
3	<b>Visita Chirurgica-Oncologica</b>	Piano 0, stanza 137, Blocco G	Chirurgo Coloretale Oncologo medico	Lun-Ven 8-14	Visita clinica: Anamnesi; Esame obiettivo locale Colloquio col paziente: Comunicazione diagnosi e Illustrazione percorso
4	<b>Intervento chirurgico in Emergenza - stabilizzazione del paziente</b>	Blocco Operatorio	Chirurgo Generale di guardia	Tutti i giorni 24/24 h	Intervento chirurgico non procrastinabile
5	<b>Consulenza Chirurgia Coloretale</b>	Piano 0, stanza 137, Blocco G	Chirurgo Coloretale	Tutti i giorni 24/24 h	Presenza in carico del paziente Valutazione clinica e degli esami strumentali
6	<b>Accesso al Day Service per le Neoplasie Coloretali</b>	Day Service Piano 0, stanza 135, Blocco G	Chirurgo Coloretale Oncologo medico Infermieri dedicati al Day Service Operatore Socio Sanitario	Lun-Ven 8-17	Stadiazione Preparare la documentazione necessaria per il GOM
7	<b>Esecuzione Esami ematici di Routine</b>	Day Service Piano 0, stanza 135, Blocco G	Infermiere dedicato al Day Service	Lun-Ven 8-17	Prelievi per esami ematochimici
8	<b>TC torace-addome con contrasto</b>	Servizio di radiologia	Radiologo Coloretale	Lun-Ven 8-17	Esecuzione esame entro 7 giorni Referto entro 24 h

<b>9</b>	<b>Esecuzione Rx torace Standard e Ecografia addome</b>	Servizio di radiologia	Radiologo Coloretale	Lun-Ven 8-17	Esecuzione esame entro 7 giorni Referto entro 24 h
<b>10</b>	<b>Stadiazione Clinica Provvisoria</b>	Day Service Piano 0, stanza 135, Blocco G	Chirurgo Coloretale Oncologo medico Infermiere di processo	Lun-Ven 8-17	Rivalutazione degli esami e compilazione della scheda per il GOM
<b>11</b>	<b>Esecuzione RM pelvi</b>	Ambulatorio di Ecografia Endoretale (Piano 0, stanza 136, Blocco G)	Chirurgo Coloretale Ecografista	Lun-Ven 8-17	Esecuzione esame entro 7 giorni Referto entro 24 h
<b>12</b>	<b>Esecuzione di Ecografia</b>	Ambulatorio di Ecografia Endoretale Piano 0, stanza 136, Blocco G	Chirurgo Coloretale Ecografista	Ogni Giovedì dalle 9.30-13	Esecuzione esame entro 7 giorni
<b>13</b>	<b>Presentazione del caso clinico</b>	Aula della Direzione Sanitaria	Chirurgo Coloretale Oncologo Coloretale Anatomopatologo Coloretale Radiologo Coloretale Infermiere stomaterapista Infermiere di processo	Ogni lunedì 15-17	Esposizione del caso clinico
<b>14</b>	<b>Valutazione Multidisciplinare- Conferma Stadiazione e Inquadramento del percorso terapeutico</b>	Aula della Direzione Sanitaria	Chirurgo Coloretale Oncologo Coloretale Anatomopatologo Coloretale Radiologo Coloretale Infermiere stomaterapista Infermiere di processo	Ogni lunedì 15-17	Discussione del caso clinico Compilazione referto elettronico
<b>15</b>	<b>Prericovero della Chirurgia Coloretale</b>	Day Service Piano 0, stanza 135, Blocco G	Chirurgo Coloretale Infermiere di processo	Lun-Ven 8-17	Esecuzioni visite, consulenze ed esami in preparazione all'intervento

16	<b>Colloquio con il paziente ed impostazione Cartella Clinica</b>	Sala operatoria della Chirurgia Coloretale Blocco Operatorio, Sala 2	Chirurgo Coloretale Infermiere di processo	Lun-Ven 8-17	Rivalutazione caso clinico Comunicazione della decisione presa dal GOM
17	<b>Chirurgia Transanale</b>	Sala operatoria della Chirurgia Coloretale Blocco Operatorio, Sala 2	Chirurgo Coloretale Infermieri dedicati alla Chirurgia Coloretale Anestesista dedicato alla Chirurgia Coloretale	Martedì, Mercoledì, Venerdì 8-20	Esecuzione procedura chirurgica
18	<b>Terapia e Follow-up secondo protocollo sperimentale</b>	Day Service Piano 0, stanza 135, Blocco G	Chirurgo Coloretale Oncologo Medico	Lun-Ven 8-17	Proposta di protocolli sperimentali
19	<b>Analisi Istologica Definitiva</b>	Anatomia patologica	Anatomopatologo Coloretale	Lun-Ven 8-17	Esame istologico sul pezzo operatorio
20	<b>Follow-up</b>	Piano 0, stanza 135, Blocco G	Chirurgo Coloretale	Lun-Ven 15-17	Visita Chirurgica post-operatoria per 10 anni
21	<b>Chirurgia resettiva</b>	Sala operatoria della Chirurgia Coloretale Blocco Operatorio, Sala 2	Chirurgo Coloretale Infermieri dedicati alla Chirurgia Coloretale Anestesista dedicato alla Chirurgia Coloretale	Martedì, Mercoledì, Venerdì 8-20	Esecuzione procedura chirurgica
22	<b>Ripetizione Endoscopia</b>	Endoscopia digestiva	Endoscopista Coloretale	Lun-Ven 8-14	Procedura endoscopica, Polypectomia e/o biopsia, referto
23	<b>Terapia Neoadiuvante</b>	Servizio radioterapia, Businco Oncologia medica	Radioterapista	Lun-Ven 8-14	Visita radioterapica Esecuzione radioterapia
24	<b>Confezionamento di Stoma</b>	Sala operatoria della Chirurgia Coloretale Blocco Operatorio, Sala 2	Chirurgo Coloretale	Martedì, Mercoledì, Venerdì 8-20	Esecuzione procedura chirurgica

25	<b>Ambulatorio oncologico</b>	Oncologia medica	Oncologo medico Infermieri dedicato	Lun-Ven 8-14	Visita chemioterapica Esecuzione terapie oncologiche
26	<b>Visita ambulatorio Oncologico GI</b>	Reparto di Chirurgia Coloretale	Chirurgo Coloretale Infermieri del reparto	Lun-Ven 8-14	Compilazione cartella clinica Eventuale completamento diagnostico
27	<b>Resezione chirurgica del tumore primitivo e delle metastasi +0-Neoadiuvante</b>	Sala operatoria della Chirurgia Coloretale Blocco Operatorio, Sala 2	Chirurgo Coloretale Infermieri dedicati alla Chirurgia Coloretale Anestesista dedicato alla Chirurgia Coloretale	Martedì, Mercoledì, Venerdì 8-20	Esecuzione procedura chirurgica
28	<b>Chemioterapia di conversione</b>	Oncologia medica	Oncologo medico Infermieri dedicato	Lun-Ven 8-14	Esecuzione terapie oncologiche
29	<b>Rivitalizzazione strumentale</b>	Radiologia	Radiologo Coloretale	Lun-Ven 8-14	Esecuzione di esami di ristadiazione
30	<b>Terapia Medica Adiuvante</b>	Oncologia medica	Oncologo medico Infermieri dedicato	Lun-Ven 8-14	Esecuzione terapie oncologiche
31	<b>Accesso Chirurgia Colo-rettale</b>	Reparto Chirurgia Coloproctologica Piano 3, Blocco G	Oncologo medico Infermieri dedicato	Tutti i giorni	Accoglienza del paziente
33	<b>Accesso ambulatorio di stomaterapia</b>	Piano 0, stanza 137, Blocco G	Infermieri stomaterapisti	Tutti i giorni	Colloquio con il paziente Gestione postoperatoria di stomia
34	<b>Fase pre-operatoria</b>	Chirurgia Generale e Coloproctologica, Blocco G, terzo piano	Chirurgo Coloretale Infermieri dedicati alla Chirurgia Coloretale	Tutti i giorni	Prescrizione terapia medica Preparazione per l'intervento
35	<b>Intervento</b>	Sala operatoria della Chirurgia Coloretale Blocco Operatorio, Sala 2	Chirurgo Coloretale Infermieri dedicati alla Chirurgia Coloretale Anestesista dedicato alla Chirurgia Coloretale	Martedì, Mercoledì, Venerdì 8-20	Esecuzione procedura chirurgica
36	<b>Fase post-operatoria</b>	Chirurgia Generale e Coloproctologica, Blocco G, terzo piano	Chirurgo Coloretale Infermieri dedicati alla Chirurgia Coloretale	Tutti i giorni	Monitoraggio del paziente

37	<b>Accettazione Anatomia Patologica</b>	Anatomia Patologica	Infermiere	Lun-Ven 8-14	Accettazione del pezzo istologico Valutazione adeguatezza richiesta
38	<b>Struttura inviante Tessuti Biologici</b>	Chirurgia Coloretale Endoscopia digestiva	Infermieri di processo	Lun-Ven 8-20	Etichettare il pezzo Valutazione adeguatezza richiesta
39	<b>1<sup>a</sup> fase analitica - Istopatologica</b>	Anatomia Patologica	Anatomopatologo Coloretale	Lun-Ven 8-14	Analisi istologiche
40	<b>2<sup>a</sup> fase analitica - Immunoistochimica</b>	Anatomia Patologica	Anatomopatologo Coloretale	Lun-Ven 8-14	Analisi istologiche
41	<b>Biologia molecolare</b>	Anatomia Patologica	Anatomopatologo Coloretale	Lun-Ven 8-14	Analisi molecolari
42	<b>Cure palliative esclusive</b>	Ambulatorio per le cure palliative	Oncologo dedicato alle cure palliative	Lun-Ven 8-14	Visita clinica Prescrizione terapie antalgiche



## Struttura

PDTA  
Codice  
identificativo

## Unità Operativa

REV. n. .... del ....

Pag. **59** di **59**

### 11 ALLEGATI

1. Linee guida AIOM cancro del colon 2017
2. Linee guida AIOM cancro del retto 2017
3. Preparazione intestinale per colonscopia
4. Preparazione per nefropatici da effettuare prima dell'esame radiologico
5. Preparazione antiallergica da effettuare prima dell'esame radiologico
6. Cartella clinica dedicata per l'accesso al GOM
7. Fac Simile Referto GOM
8. Cartella Chirurgica
9. Cartella Oncologica Medica
10. Consenso Informato all'intervento chirurgico
11. Consenso Informato all'esame endoscopico
12. Consenso Informato all'esame ecografico endorettale
13. Consenso Tc
14. Consenso RM
15. Carta servizi Oncologia
16. Brochure Informativa del PDTA
17. Brochure Informativa Ricovero Chirurgico
18. Modello di Report Risultati