

ASL
ROMA 5REGIONE
LAZIOREGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 000103 DEL 30 GEN. 2025STRUTTURA PROPONENTE: UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e
Cronicità

Oggetto: Adozione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Oncologico Neoplasie Colon-Retto

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

 Favorevole Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 30 GEN. 2025

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO FF

Dott. Franco Cortellessa

 Favorevole Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 30 GEN. 2025

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

 Senza osservazioni Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____

data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Registrazione n. _____

del 23.01.2025Il Dirigente sostituto del Direttore UOC Bilancio e Contabilità
(Dott.ssa Anna Petti)

Il Dirigente della UOSD proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile UOSD Coordinamento
Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità

Dott.ssa Brunella Iannone

La **UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità** relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n.933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con Deliberazione n.1126 del 10/09/2019, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n.84 del 17/10/2019 e della deliberazione n.993 del 07/06/2022 con la quale sono state proposte modifiche all'Atto Aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16/06/2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n.56, suppl.1, del 05/07/2022;

PREMESSO che la Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00474 del 7.10.2015 ha definito le "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo";

Visti:

- la Determinazione Regione Lazio n. G12631 del 29/10/2020, "Regolamento per l'attività dei gruppi di lavoro Area Rete Ospedaliera e Specialistica";
- la Determinazione Regione Lazio n. G15691 del 18/12/2020, "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali-PDTA nella cronicità";
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00030 del 20/01/2017, "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. U0024/2014";
- Determinazione Regione Lazio n° G0189 del 14/02/2023 "Approvazione del documento denominato "Linee di Indirizzo Organizzative per la Rete Oncologica Regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n°59/CRS del 17 aprile 2019""
- Deliberazione Giunta Regionale Lazio n. 694 del 06/11/2023 "Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027"
- Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G15596 del 22/11/2023 "Linee strategiche regionali Rete Oncologia 2023-2027" in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 8 novembre 2023 "Fondo per l'implementazione del Piano nazionale 2023-2027 PON"
- Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G03356 del 26/03/2024 "Approvazione Programma quinquennale di implementazione delle linee strategiche del Piano Oncologico Nazionale (2023-2027)
- Deliberazione Commissario Straordinario ASL RM 5 n. 000907 del 30 agosto 2024 "Individuazione componenti Gruppo di Lavoro per la redazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Oncologico Neoplasie Colon Retto"

Considerato:

che le Linee Strategiche di attuazione del Piano Oncologico prevedono, nell'ambito delle Azioni di Rete, la definizione, valutazione e monitoraggio di modelli organizzativi di rete per l'attuazione dei PDTA

PROPONE

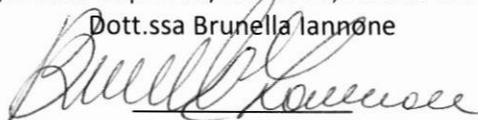
Per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente qui riportate, di:

- 1 Adottare il "**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Oncologico Neoplasie Colon-Retto**", le cui specificità aziendali sono descritte nel documento omonimo, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

- 2 Di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'albo pretorio on line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69;

Attesta, altresì, che la presente proposta a seguito dell'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Responsabile UOSD Coordinamento
Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità
Dott.ssa Brunella Iannone



IL DIRETTORE GENERALE

Con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00004 del 10/01/2025,

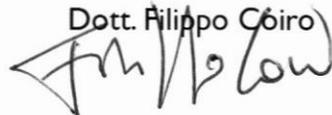
Vista superiore proposta di deliberazione formulata dalla UOSD Coordinamento Integrazione Ospedale/Territorio, PDTA e Cronicità, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario f.f.

DELIBERA

- di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dalla UOC Affari Generali e Legali
- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge 18.06.2009, n. 69

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Generale
Dott.ssa Silvia Cavalli



Il Direttore Sanitario ff
Dott. Franco Cortellessa



PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: 30 GEN. 2025

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

L'addetto alla Pubblicazione

_____ 

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

Tivoli, _____



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) ONCOLOGICO NEOPLASIE COLON-RETTO

UOSDCOORDINAMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO PDTA E
CRONICITA'

COORD.H.TER_PR_001_2025_REV_00

INDICE:

PREMESSA	pag 1
SCOPO.....	pag 2
CAMPO DI APPLICAZIONE (Strutture attive).....	pag 3
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE MULTIPROFESSINALE (Figure professionali).....	pag 7
RIFERIMENTI NORMATIVI	pag 8
EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO	pag 8
MODALITA OPERATIVE DEL PDTA (descrizione del percorso).....	pag 11
• Screening (pag. 12)	
• Endoscopia (pag. 16)	
• Stadiazione clinica (pag. 19)	
• Percorso chirurgico (pag. 19)	
• Trattamento metastasi epatiche da neoplasie del colon-retto (pag. 22)	
• Esame istologico (pag. 23)	
• Percorso oncologico (pag. 25)	
• Radioterapia (pag. 27)	
• Malattia avanzata (pag. 27)	
• Follow up (pag. 28)	
• Medicina generale (pag. 29)	
• Dipartimento Professioni sanitarie e sociali (pag. 30)	
• COT A, COT D, PUA, CAD (pag. 32)	
• Assistenza protesica integrata (pag. 36)	
• Cure palliative: ADI, Hospice e simultaneous care (pag. 38)	
ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO.....	pag 39
INDICATORI.....	pag 40
ALLEGATI.....	pag 42

PREMESSA

I tumori del colon-retto rappresentano per **frequenza** la terza neoplasia negli uomini (dopo i tumori di prostata e polmone) e la seconda nelle donne (dopo il tumore della mammella). **Nel 2023 sono state stimate in Italia circa 50.500 nuove diagnosi**, 26.800 casi negli uomini e 23.700 nelle donne (Numeri del Cancro in Italia 2023 – Dati AIRTUM –AIOM). Nel 2022 sono stati osservati circa 24.200 decessi per carcinoma del colon-retto, di cui il 54% negli uomini. In Italia il CRC rappresenta la seconda **causa di morte** per cancro sia nei maschi che nelle femmine (rispettivamente dopo il tumore polmonare e della mammella). La **sopravvivenza netta a 5 anni** in Italia per l'anno 2022 è pari al 65% negli uomini e 66% nelle donne, la percentuale sale rispettivamente al 77% e al 79% se si considera la probabilità di vivere ulteriori 4 anni dopo aver superato il primo anno dalla diagnosi. (Numeri del Cancro in Italia 2023)

Secondo i dati **OPEN Salute Lazio**, nel 2022, l'incidenza nella regione Lazio di cancro del colon retto è stata pari a 3724 nuovi casi, (12% sul totale delle neoplasie) mentre la mortalità nel 2020 è stata di 1851 casi.

Nella **Asl Roma 5** sono stati registrati, sempre nel 2022, 313 **nuovi casi** e nel 2020 **147 decessi**.

Esiste una correlazione accertata tra **ritardo diagnostico** e peggioramento della prognosi. Le **linee guida AIOM** suggeriscono ad ogni centro oncologico di dotarsi di un team dedicato che, all'invio del paziente da parte del medico curante o del pronto soccorso, possa avere a disposizione percorsi diagnostici privilegiati nell'ambito aziendale, al fine di giungere rapidamente ad una diagnosi.

I principali **fattori di rischio** per tumori del colon-retto sono rappresentati dagli **stili di vita** e dalla **familiarità**:

- **stili di vita**: fattori dietetici (consumo di carni rosse, insaccati, farine e zuccheri raffinati), sovrappeso, ridotta attività fisica, fumo e eccesso di alcool;
- **familiarità**: 1 paziente su 20 è affetto da una sindrome di predisposizione ereditaria al CRC (SPE-CRC). La più frequente forma di **SPE-CRC** è la **sindrome di Lynch**, responsabile di circa il 3% di tutti i CRC. Seguono le poliposi del colon, che nel loro complesso causano circa l'1% dei CRC;
- **ulteriori condizioni di rischio** sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa.

Considerato che circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da **lesioni precancerose**, va sottolineato il ruolo determinante che assume lo **screening organizzato di popolazione** nella gestione di tale patologia, sia in quanto in grado di ridurre la mortalità, con la diagnosi precoce di carcinomi, sia la stessa incidenza, in quanto permette l'individuazione e la rimozione di lesioni precancerose

SCOPO

La condivisione di **percorsi di salute diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA)** rappresenta un elemento fondamentale di governance delle **Reti Oncologiche**. Nello specifico, l'applicazione di tale modello organizzativo è volta a raggiungere i seguenti obiettivi:

- **Uniformare** il percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale in tutte le Strutture della ASL Roma 5
- Migliorarne l'**appropriatezza clinica e organizzativa** attraverso la gestione multidisciplinare integrata
- **Informare** gli operatori e gli utenti potenzialmente coinvolti nel percorso, circa le migliori evidenze scientifiche, applicate nel rispetto delle linee guida di riferimento.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il PDTA è finalizzato alla presa in carico globale del paziente affetto da neoplasia del colon retto in ogni fase della malattia secondo un **approccio multi professionale e multidisciplinare** che tenga conto dei bisogni del singolo paziente e delle caratteristiche biologiche della neoplasia al fine di garantire un approccio terapeutico basato sulla **medicina di precisione**.

STRUTTURE E RISORSE ATTIVE NEL PDTA COLON-RETTO

Unità Operativa / Dipartimento	Direttore / Responsabile	Sede	Contatti	Personale
UOC Oncologia Medica	Dr.ssa Rosa Saltarelli f.f.	PO Tivoli	0774/3163453/ 4553 dhoncologico.tivoli@aslroma5.it	Medici 5 Infermieri 7 OSS 2 Coordinatore Cinzia Moticchio
UOC Oncologia Medica	Dr.ssa Roberta Gareri f.f.	PO. Colferro	06/9722-3279 3366 / 3365 / 3228 / 3369 / 3357	Medici 3, Infermieri 6 + 1 Coordinatore Dr.ssa Luisa D'Angelo OSS 1
UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza	Dr. Gianluca Liotta	PO Palestrina	06/95322253 06/95322261	Medici 7 Infermieri 18 + 1 Coordinatore Dr.ssa Simonetta Pera OSS 4
UOSD Chirurgia Generale e d'Urgenza	Dr. Giovanbattista Giorgio	PO Subiaco	0774/515248 0774515231 chirurgia.subiaco@aslroma5.it	Medici 6, Infermieri 11 (h/24) + 1 Coordinatore Dott.ssa Roberta Silvestri + 2 h/12, OSS 4
UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza	Dr. Mauro Del Papa	PO Colferro	06/97223270 06/97223336 mauro.delpapa@aslroma5.it	Medici 9 Infermieri 18 h/24 (dal 01/12), 1 Coordinatore Dr.Claudio Ferraro, 1 part-time
UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza	Dr. Enzo Talarico f.f.	PO Tivoli	uocchirurgiativoli@aslroma5.it 0774/3164476	Medici 7 + 1 direttore, Infermieri 11+ 1 coordinatrice Dr.ssa

				Daniela Dalmasso, 5 OSS
UOSD Chirurgia Generale e d'Urgenza	Dr. Sandro Ruggeri f.f.	PO Monteroton do	06/90075818 /15 chirurgia.hmonterotondo@aslroma5.it	Medici 5 Infermieri 11 (h/24) + 1 Coordinatore Dott.ssa Sabrina Mogliani + 5 h12 e OSS 4
UOSD Endoscopia Interventistica	Dr. Marco Crovaro	PO Tivoli Casa della salute Palombara Sabina	07746545475 07743164561 endoscopia.tivoli@aslroma5.it	Medici 2 Infermieri 3
UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Dr. Marco Cagnoni	PO Palestrina	06/95322254 marco.cagnoni@aslroma5.it	Medici 3 Infermieri 5 OSS 0
UOSD Anatomia Patologica	Dr.ssa Paola Bernucci	PO TIVOLI e PO Colferro	Tivoli: 0774-3164440 / 39 / 35 / 34 Colferro: 06-97223498 / 3373 / 3281	Tivoli: Medici 3, TSLB 4 Colferro: Medici 2, TSLB 4
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini	Dott.Aldo Di Blasi	PO Tivoli	radiologia.tivoli@aslroma5.it (Risonanza Magnetica)	
UOSD Radiologia e Diagnostica per Immagini	Dott Alessio DE Marco	PO Palestrina	06/95322275 06/95322013	Medici Radiologi attualmente in servizio 3 (assegnati 6) Tecnici Sanitari Radiologia Medica TSRM 9 + 1 TSRM Coordinatore f.f. (di 3 prossimi al pensionamento 2025), Infermieri 7 (6h/12+ 1 part time) OSS 3
UOC Radioterapia Oncologica	Dir. Sara Ramella	Fondazione Policlinico Campus Biomedico	06 2254118011 rtprimevisitelongoni@policlinicocampus.it rtprimevisitetrig@policlinicocampus.it	Medici 25 Inf. 4 Tecnici rad 23 Tecnici di fisica 3 Fisici 8
UOSD Servizio Immunotrasfusio ne	Dott.ssa Maria Rita Guitarrini	PO Tivoli	07743164423 Simt.tivoli@aslroma5.it	Medici 5 Infermieri 5 OSS 2

				Referente Infermieri Tamatia De Propris
Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali DPSS	Dr.ssa Luigia Carboni	PO TIVOLI	0774/3164581 335/6198246 luigia.carboni@aslroma5.it	Personale afferente al Direttore del DPSS
Referenti		PO Palestrina	06/95322058 lorella.federici@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Lorella Federici Percorsi Assistenziali Aziendali e trasversali della Cronicità e PDTA
		PO Tivoli	0774/3164573 daniela.mariani@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Daniela Mariani Area dei Servizi Assistenziali della Prevenzione (Screening)
		PO Tivoli	0774/316 4266 ilaria.serafini@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Ilaria Serafini Referente dei PACO aziendali
		PO Tivoli	anna.malatesta@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Anna Malatesta Infermieristica di Comunità, Coordinamento Servizi Distretto Guidonia e Casa della salute Palombara, Coordinatore Infermieri di Famiglia e Comunità (componente coordinamento territoriale)
Care Manager PACO ONCOLOGIA		PO Tivoli	07743164353/4553 dhoncologico.tivoli@aslroma5.it rosanna.digiuseppe@aslroma5.it	Rosanna Di Giuseppe
Care Manager PACO ONCOLOGIA		PO Collefe	06/9722-3279 3366 / 3365 / 3228 / 3369 / 3357 luisadangelo@aslroma5.it	Dr.ssa Luisa D'Angelo
Case Manager Oncologia		PO Tivoli	cinzia.mosticchio@aslroma5.it	Cinzia Mosticchio



		PO Colleferro	chiara.eramo@aslroma5.it	Chiara Eramo
DPSS Servizio Sociale	Dr.ssa Luigia Carboni	Vari (Servizi Territoriali e Ospedalieri)	0774 /3164577 331 /2699133	Dirigente Assistente Sociale Dr.ssa Sonia Saugo Coordinamento Attività Servizio Sociale, componente GdL PDTA e DEC mediazione linguistico-culturale. Personale: AS presenti nei Dipartimenti (materno infantile, salute mentale e dipendenze pat., attività territoriali): servizi territoriali e presidi ospedalieri.
Referenti			06/90093539	F.O. integrazione socio sanitaria Dr. Fabrizio Fabrizi Consulenza per PACO, referente per il servizio sociale dei servizi territoriali Coordinatore Servizio Sociale Ospedaliero Dr.ssa Anna Peperoni, Consulenza per PACO, referente per il servizio sociale dei presidi ospedalieri
UOC Popolazione a Rischio, Screening e Sani Stili di Vita	Dr.ssa Mariatecla Manci	Via Tenuta del Cavaliere 1, Guidonia	0774/3589096	Medici 2 (Direttore + medico sportivo), Infermieri 8 + 1 Coordinatore Dr.ssa Patrizia Lo Prete, 2 informatici, 1

				psiconologo (in smart working)
UVT Hospice	Dr. Giancarlo Corbelli	Distretto di Monterotondo	uvthospice@aslroma5.it	Medici 1 (3-4 ore settimanali) Infermieri 0
UOC SPDC Tivoli	Dr. Francesco Riggio	PO Tivoli	spdc.tivoli@aslroma5.it francesco.riggio@aslroma5.it	Medici 9+ 1 direttore, Infermieri 21+ 1 Coordinatore, OSS 3, Psicologi 2, Terapisti della riabilitazione psichiatrica 2

GRUPPO MULTIDISCIPLINARE MULTIPROFESSINALE (Figure professionali)

- Oncologo Medico
- Chirurgo Generale Coloretale
- Radioterapista Oncologo
- Endoscopista
- Anatomo-patologo
- Radiologo
- Cardiologo
- Ematologo
- Case Manager
- Care Manager
- Psicologo
- Nutrizionista
- Medico di Medicina Generale
- Responsabile Screening aziendale
- Responsabile Cure Palliative
- Assistente Sociale dei servizi territoriali e del presidio ospedaliero
- Fisioterapista

RIFERIMENTI NORMATIVI

- **Determinazione Regione Lazio n. G15691 del 18 dicembre 2020 Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria** "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità"

- **Decreto del Commissario ad acta N. U00030 del 20/01/2017** "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"
- **Determinazione regione Lazio n° G0189 del 14/02/2023** "Approvazione del documento denominato "Linee di Indirizzo Organizzative per la Rete Oncologica Regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n°59/CRS del 17 aprile 2019"" la Determinazione Regione Lazio n. G15691 del 18/12/2020, "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali-PDTA nella cronicità";
- **Deliberazione Giunta Regionale Lazio n. 694 del 06/11/2023** "Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027"
- **Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G15596 del 22/11/2023** "Linee strategiche regionali Rete Oncologia 2023-2027" in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 8 novembre 2023 "Fondo per l'implementazione del Piano nazionale 2023-2027 PON"
- **Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G03356 del 26/03/2024** "Approvazione Programma quinquennale di implementazione delle linee strategiche del Piano Oncologico Nazionale (2023-2027)

EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO

- Tumori del Colon: Linee guida Aiom 2024 : <https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2024-tumori-del-colon/retto>
- Neoplasie del retto e ano : Linee guida AIOM 2021- Addendum 2023 <https://www.aiom.it/linee-guida-Aiom>
- Localised Colon Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up- Published in 2020 -Annals of Oncology (2020)
- Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up- Annals of Oncology 2023 -34(1): 10-32
- Lower Gastrointestinal Cancer Pocket Guideline ESMO 2023
- Numeri del Cancro in Italia 2023 (Dati Airtum –Aiom)
- Hassan Cesare et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: ESGE Guideline Update 2020 Endoscopy 2020; 52
- Van Leerdam Monique E. et al. Endoscopic management of Lynch syndrome and of familial risk of colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2019; 51: 1082–1093
- NCCN Guidelines Colon 2024
- NCCN Guidelines Retto 2024
- Pisano et al. World Journal of Emergency Surgery (2018) 13:36 <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0192-3>
- The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Colon Cancer Jon D. Vogel, M.D. • Cagla Eskicioglu, M.D. • Martin R. Weiser, M.D. Daniel L. Feingold, M.D. • Scott R. Steele, M.D. Diseases of the Colon & Rectum 60(10):p 999-1017, October 2017. | DOI: 10.1097/DCR.0000000000000926

- Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018 U. O. Gustafsson • M. J. Scott et al J Surg (2019) 43:659–695 <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
- “Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: ASCO Guideline”: V. k. Morris et al. – Journal of Clinical Oncology – 2022; Vol 41, Issue 3: 678 – 700.
- “The multi-societal European consensus on the terminology, diagnosis and management of patients with synchronous colorectal cancer and liver metastases: an E-AHPBA consensus in partnership with ESSO, ESCP, ESGAR, and CIRSE”: Ajith K. Siriwardena et al. – HPB 2023, 25, 985–999
- “Multidisciplinary management of liver metastases in patients with colorectal cancer: a consensus of SEOM, AEC, SEOR, SERVEI, and SEMNIM” : R. Vera et al. Clinical and Translational Oncology (2020) 22:647–662
- Betets-Tan et al. Magnetic resonance imaging for clinical management of rectal cancer: Updated recommendations from the 2016 European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) consensus meeting. Eur Radiol. 2018 Apr; 28(4): 1465- 1475
- Segnan N, Patnick J, von Karsa L, eds. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. 1st edn. 2010. <http://bookshop.europa.eu/en/european-guidelines-for-quality-assurance-in-colorectal-cancer-screening-and-diagnosis-pbND3210390/>.
- Arends J, Baracos V et al. Review ESPEN expert group recommendations for action against cancer related malnutrition. Clinical Nutrition 36 (2017) 1187-1196.
- Documenti SIRM
- Dietmar Tamandl, Thomas Mang and Ahmed Ba-Ssalamah Imaging of colorectal cancer – the clue to individualized treatment <https://doi.org/10.1515/iss-2017-0049>
- Glynne-Jones R, Wyrwics L, Tiret E et al (2017) Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 28(Suppl 4): iv22–iv40
- Natally Horvat, Camila Carlos Tavares Rocha, Brunna Clemente Oliveira, Iva Petkovska, Marc J. Gollub, MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management <https://doi.org/10.1148/rg.2019180114>
- Sugihara K, Kobayashi H, Kato T, et al. Indication and benefit of pelvic sidewall dissection for rectal cancer. Dis Colon Rectum 2006;49(11):1663–1672.
- <https://radiologyassistant.nl/abdomen/rectum/rectal-cancer-mr-staging-1#n-stage-lymph-node-map>
- Neri E, Bali MA, Ba-Ssalamah A, Boraschi P, Brancatelli G, Alves FC, et al. ESGAR consensus statement on liver MR imaging and clinical use of liver-specific contrast agents. Eur Radiol 2016; 26:921–31.
- Martens MH, Maas M, Heijnen LA, Lambregts DM, Leijtens JW, Stassen LP, et al. Long-term outcome of an organ preservation program after neoadjuvant treatment for rectal cancer. J Natl Cancer Inst 2016;108.
- Maas M, Lambregts DM, Nelemans PJ, Heijnen LA, Martens MH, Leijtens JW, et al. Assessment of clinical complete response after chemoradiation for rectal cancer with digital rectal examination, endoscopy, and MRI: selection for organ-saving treatment. Ann Surg Oncol 2015;22: 3873–80.
- Jan P. Pennings, Robbert J. de Haas, Koert P. de Jong, Rudi A.J.O. Dierckx, Thomas C. Kwee, Beware of False-Positive FDG PET/CT Interpretations for Presacral Recurrent Rectal Cancer (Clin Nucl Med 2019;44: e342–e344)



- Rasmus K Petersen, Søren Hess, Abass Alavi, Poul F Højlund-Carlsen, Clinical impact of FDG-PET/CT on colorectal cancer staging and treatment strategy *Am J Nucl Med Mol Imaging* 2014;4(5):471-482
- K. Davey, A. G. Heriot, J. Mackay et al., "The impact of 18- fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography on the staging and management of primary rectal cancer," *Diseases of the Colon and Rectum*, vol. 51, no. 7, pp. 997–1003, 2008.
- R. Adam, "Chemotherapy and surgery: new perspectives on the treatment of unresectable liver metastases," *Annals of Oncology*, vol. 14, no. 2, pp. ii13–ii16, 2003.
- Owen J. O'Connor, Shanaugh McDermott, James Slattery, Dushyant Sahani, Michael A. Blake The Use of PET-CT in the Assessment of Patients with Colorectal Carcinoma *International Journal of Surgical Oncology* Volume 2011, Article ID 846512, doi:10.1155/2011/846512
- Wouter V Vogel, Bastiaan Wiering, Frans H M Corstens, Theo J M Ruers, Wim J G Oyen Colorectal cancer: the role of PET/CT in recurrence *Cancer Imaging* (2005) 5, S143–S148 DOI: 10.1102/1470-7330.2005.0034
- Vogel W, Wiering B, Corstens F, et al. Colorectal cancer: the role of PET/CT in recurrence. *Cancer Imaging* 2005; 5(Suppl.):S143e9.
- Votrubova J, Belohlavek O, Jaruskova M, et al. The role of FDG-PET/CT in the detection of recurrent colorectal cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 006;33:779e84
- Protocol for the Examination of Excisional Biopsy or Polypectomy Specimen From Patients With Primary Carcinoma of the Colon and Rectum, CAP 2023
- WHO Classification of Tumor Editorial Board. Digestive system tumours. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer 2019 (WHO classification of tumours series, 5th ed: vol1).
- Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. eds, *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th Edition New York, NY: Springer, 2017
- Haggitt, R.C, Glotzbach, E.E. Soffer, and L.D. Wruble. Prognostic Factors in Colorectal Carcinomas Arising in Adenomas: Implications for Lesions Removed by Endoscopic Polypectomy, *Gastroenterology* 89, no. 2 (August 1985): 328-36
- Lugli A, Kirsch R, Ajioka Y, Bosman F, et al. Recommendations for reporting tumor budding in colorectal cancer based on the International Tumor Budding Consensus Conference (ITBCC) 2016 *Mod. Pathol* 2017;30: 1299-1311
- Protocol for the Examination of Resection Specimens From Patients With Primary Carcinoma of the Colon and Rectum, CAP 2023
- Ryan R, Gibbons D, Hyland JMP, et al. Pathological response following long-course neoadjuvant chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer. *Histopathology*. 2005;47(2):141-146
- Schoenfeld P, Cash B, Flood A, Dobhan R, Eastone J, Coyle W, Kikendall JW, Kim HM, Weiss DG, Emory T, Schatzkin A & Lieberman D. Colonoscopic screening of average-risk women for colorectal neoplasia. *N Engl J Med* 2005; 352:2061-68.
- Martinez ME, Baron JA, Lieberman DA, Schatzkin A, Lanza E, Winawer SJ, Zauber AG, Jiang R, Ahnen DJ, Bond JH, Church TR, Robertson DJ, Smith-Warner SA, Jacobs ET, Alberts DS & Greenberg ER. A pooled analysis of advanced colorectal neoplasia diagnoses after colonoscopic polypectomy. *Gastroenterology* 2009; 136:832-41.
- Baxter NN, Goldwasser MA, Paszat LF, Saskin R, Urrbach DR, Rabeneck L. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer. *Ann Intern Med* 2009; 150:1-8.
- Rex DK, Bond JH, Winawer S, Levin TR, Burt RW, Johnson DA, Kirk LM, Litlin S, Lieberman DA, Wayne JD, Church J, Marshall JB & Riddell RH. Quality in the technical performance of

colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. MultiSociety Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol 2002;97: 1296-1308.

- Rex DK, Kahi CJ, Levin B, Smith RA, Bond JH, Brooks D, Burt RW, Byers T, Fletcher RH, Hyman N, Johnson D, Kirk L, Lieberman DA, Levin TR, O'Brien MJ, Simmang C, Thorson AG & Winawer SJ. Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. CA Cancer J Clin 2006; 56:160-167.
- Heresbach D, Barrioz T, Lapalus MG, Coumaros D, Bauret P, Potier P, Sautereau D, Boustiere C, Grimaud JC, Barthelemy C, See J, Serraj I, D'halluin PN, Branger B & Ponchon T. Miss rate for colorectal neoplastic polyps: a prospective multicenter study of back-to-back video colonoscopies. Endoscopy 2008; 40:284-290.
- Lieberman DA, Weiss DG, Harford WV, Ahnen DJ, Provenzale D, Sontag SJ, Schnell TG, Chejfec G, Campbell DR, Kidao J, Bond JH, Nelson DB, Triadafilopoulos G, Ramirez FC, Collins JF, Johnston TK, McQuaid KR, Garewal H, Sampliner RE, Esquivel R & Robertson D. Five-year colon surveillance after screening colonoscopy. Gastroenterology 2007;133: 1077-85.
- Lieberman DA, Moravec M, Holub J, Michaels L & Eisen G. Polyp size and advanced histology in patients undergoing colonoscopy screening: implications for CT colonography. Gastroenterology 2008;135: 1100-1105.
- Li D, Jin C, McCulloch C, Kakar S, Berger BM, Imperiale TF & Terdiman JP. Association of large serrated polyps with synchronous advanced colorectal neoplasia. Am J Gastroenterol 2009; 104:695-702.
- Schreiner MA, Weiss DG & Lieberman DA. Proximal and large hyperplastic and nondysplastic serrated polyps detected by colonoscopy are associated with neoplasia. Gastroenterology 2010;139: 1497-1502

MODALITA OPERATIVE DEL PDTA: DESCRIZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

Criteria inclusione/esclusione

Il PDTA è finalizzato alla presa in carico del **paziente** affetto da neoplasia del colon retto, in ogni stadio della malattia, pertanto **eleggibile per trattamento chirurgico e/o sistemico o per terapie di supporto**.

Accesso al PDTA

Il paziente può afferire al percorso attraverso:

- A) PS** Diagnosi sospetta e avvio a ricovero in urgenza per complicanze, oppure invio al setting appropriato del PDTA:





- ✓ **se emergenza:** consultazione laddove possibile dell'oncologo medico e adozione trattamenti conservativi chirurgici/radiologici/endoscopici di stabilizzazione in previsione pianificazione trattamento oncologico appropriato.
- ✓ **Se urgenza differibile:** stadiazione in ricovero e discussione multidisciplinare
- ✓ **Se sospetto e non indicazione a ricovero:** Avvio a visita ambulatoriale urgente (oncologica o chirurgica)

B) Screening

Il programma di screening del tumore del colon retto è rivolto alla popolazione maschile e femminile compresa tra i 50 e i 74 anni. La Popolazione target della ASL Roma 5, maschi e femmine della fascia di età 50-74 anni, è attualmente (dati ISTAT 2024) di n.172.964 persone (84.587 maschi e 88.377 femmine).

C) Endoscopia

In caso di diagnosi di neoplasia coloretale durante esame endoscopico, eseguito su indicazione dello specialista e/o del MMG, i pazienti accedono al PDTA per immediata presa in carico, attraverso segnalazione al Case-Manager effettuata dal Servizio di Endoscopia.

D) Visita specialistica (Chirurgica/Oncologica)

Su richiesta del proprio MMG o di un altro specialista, **in base alla classe di priorità obbligatoriamente definita**, il paziente accede all'ambulatorio di Chirurgia Generale o di Oncologia tramite prenotazione presso il RECUP regionale

E) Ambulatorio PACO

Il paziente accede su richiesta del MMG nel caso di sospetto diagnostico.

TEAM MULTIDISCIPLINARE

Il paziente viene preso in carico dal team multidisciplinare per la definizione del percorso diagnostico e terapeutico-assistenziale nell'ambito del setting appropriato. Il **meeting multidisciplinare** avviene in maniera sistematica una volta a settimana con presentazione della documentazione e verbalizzazione delle decisioni.

SCREENING

Con il DCA 30/2017 la Regione Lazio ha approvato il modello organizzativo dei **Percorsi per la Prevenzione e la gestione del tumore del colon retto**. Il modello è incentrato sullo sviluppo di percorsi che, a partire dal **Test di Screening**, prevedono l'accesso a Centri di Endoscopia e a Centri di trattamento (DCA 30/2017). Il Programma di Screening del tumore del colon retto consiste in un percorso

organizzato per la **prevenzione** e la **diagnosi precoce**, rivolto ad una **popolazione asintomatica**, a **rischio medio per età**, che **aderisce volontariamente** ed è organizzato sui seguenti livelli:

- **Programmazione:** comprende tutte le azioni finalizzate alle funzioni gestionali, amministrative, di data management, di sorveglianza e monitoraggio dell'intero percorso.
- **Pianificazione e gestione degli inviti:** comprende le azioni finalizzate alle funzioni di gestione degli inviti, dei solleciti e di call center, queste ultime garantite da un efficiente numero verde dedicato con un'apertura al pubblico giornaliera, mattina e pomeriggio.
- **I livello, erogazione test:** comprende tutte le attività che riguardano la consegna/riconsegna del kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci, la registrazione dei dati sulla piattaforma regionale dei Programmi di Screening Oncologici – SIPSOWeb, l'invio al Centro di lettura, la refertazione del test.
- **Il livello, approfondimenti diagnostici:** comprende tutte le attività che riguardano l'effettuazione degli approfondimenti necessari per la conferma diagnostica, secondo i protocolli raccomandati dalle LLGG Europee sulla Quality Assurance degli Screening, integrati dalle indicazioni del Ministero della Salute tramite i suoi organi tecnici (Osservatorio Nazionale degli Screening, ONS) e dalle eventuali integrazioni della Regione Lazio, attraverso specifici documenti tecnici e in corso di aggiornamento.
- **III livello, trattamento, terapia e follow up:** comprende le attività che riguardano il trattamento e la presa in carico dei soggetti che devono essere trattati e seguiti nei follow up, secondo i protocolli raccomandati dalle LLGG Europee sulla quality assurance degli screening, integrati dalle indicazioni del Ministero della Salute tramite i suoi organi tecnici (ONS) e dalle eventuali integrazioni della Regione Lazio, attraverso specifici documenti tecnici e in corso di aggiornamento

L'Azienda ASL Roma 5 ha provveduto, con **Delibera n. 129 dell'8 marzo 2016**, ad adottare un piano operativo di reingegnerizzazione che ha configurato le necessità ed il quadro organizzativo (figure professionali, numero e distribuzione delle sedi territoriali e ospedaliere), per la realizzazione dei Programmi di Screening Oncologici nei 70 comuni di pertinenza della ASL, con relative programmazioni annuali.

Il **Piano Operativo** è stato successivamente integrato dal **Piano di miglioramento aziendale per l'implementazione dei programmi di screening** (trasmesso in Regione il 21.12.2016). Attualmente è attiva una convenzione con **Centro Endoscopico del Policlinico Torvergata per il II e III livello**, che copre un terzo circa del fabbisogno di approfondimenti diagnostici di II Livello, mentre i restanti 2/3 continuano ad insistere sui Centri di Endoscopia di Tivoli, Palestrina e Colferro.

A **partire dal mese di settembre 2022**, si è determinato il coinvolgimento della **rete delle farmacie territoriali**, che da un lato costituisce un valido partner nella promozione qualificata di "messaggi sanitari" e dall'altro garantisce una maggiore offerta territoriale di prossimità (per orari di apertura e capillarità sul territorio) facilitando concretamente l'accesso al programma di screening CCR e favorendo

la crescita del grado di consapevolezza della popolazione target sull'opportunità di partecipare al programma.

Attualmente sono n. 56 le farmacie che hanno aderito alla Convenzione per lo screening del colon retto. Considerato che è obiettivo prioritario di salute pubblica favorire la massima adesione dei singoli utenti ai programmi di screening oncologici, la distribuzione dei kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci, viene effettuata anche tramite **Poliambulatorio mobile**.

Protocollo operativo

Il programma di screening del tumore del colon retto è rivolto alla popolazione maschile e femminile compresa tra i 50 e i 74 anni. La Popolazione target ASL Roma 5, maschi e femmine della fascia di età 50-74 anni, è attualmente (dati ISTAT 2024) di n. 172.964 persone (84.587 maschi e 88.377 femmine).

Periodicità: 2 anni. Test di screening: test di ricerca del sangue occulto nelle feci con metodica immunochimica (FIT).

Centro di lettura: Laboratorio Analisi P.O. Tivoli e Colferro

Modalità operative I livello: invito attivo a sottoporsi periodicamente ad un test di screening (ricerca sangue occulto nelle feci – FIT) c/o sedi Centri I livello (n. 11), presso le farmacie aderenti all'accordo regionale e presso il Poliambulatorio mobile, nelle sue tappe territoriali. La lettura dei test di screening viene effettuata dal centro di lettura del Laboratorio di Analisi di Tivoli. Successivamente al caricamento su SIPSO dei dati relativi alle letture dei FIT il Coordinamento dei PSO provvede a comunicare l'esito del test. I soggetti con test:

- **Negativo o nella norma:** ricevono via lettera la comunicazione del test spedita entro 7 giorni dalla data di lettura del test.
- **Inadeguato/non valutabile:** ricevono una comunicazione telefonica dell'esito con l'invito a ripetere l'esame entro 3 giorni dalla data di lettura;
- **Positivo:** ricevono, entro 3 giorni dalla lettura del test, una comunicazione telefonica in cui viene fissato un appuntamento per colonscopia entro 30 giorni.

Il Livello – Centri di Endoscopia

In caso di test positivo al I livello si riceve un invito telefonico a presentarsi per colonscopia entro 30 giorni. Entro 15 giorni il paziente viene ricontattato per effettuare colloquio pre endoscopico e informazione sulla preparazione per esame endoscopico presso i Centri di Endoscopia di II livello dei P.O. di Tivoli, Palestrina e Colferro, e del servizio di endoscopia del Policlinico Torvergata

Ai soggetti positivi non raggiungibili telefonicamente viene spedita una raccomandata con l'esito del test e l'invito a contattare il Coordinamento Screening o il numero verde del programma. In caso di rifiuto ad effettuare l'approfondimento diagnostico, si trasmette l'esito del test mediante a/r con preannuncio dell'invito per il round successivo.

Gli approfondimenti diagnostici per i soggetti FIT+ consistono in una pan-colonscopia finalizzata alla identificazione delle lesioni tumorali (adenomi, adenomi cancerizzati, tumori maligni) all'eventuale loro contestuale rimozione chirurgica e/o follow up. Gli esami istopatologici sono refertati nella struttura interna di Anatomia Patologica e c/o Policlinico Torvergata. Le modalità operative dei II Livelli sono in linea con quanto dettato dal DCA 30/2017.

III Livello - Centri di trattamento di riferimento

I centri di riferimento del III livello sono presso le UUOO di Chirurgia Generale del PO Tivoli, Palestrina, Colferro, e del Policlinico Torvergata

Nella fig. 1 e 2 flowchart del percorso II livello e le indicazioni operative per la colonscopia di II livello e la sorveglianza post polipectomia aggiornata al 2023.

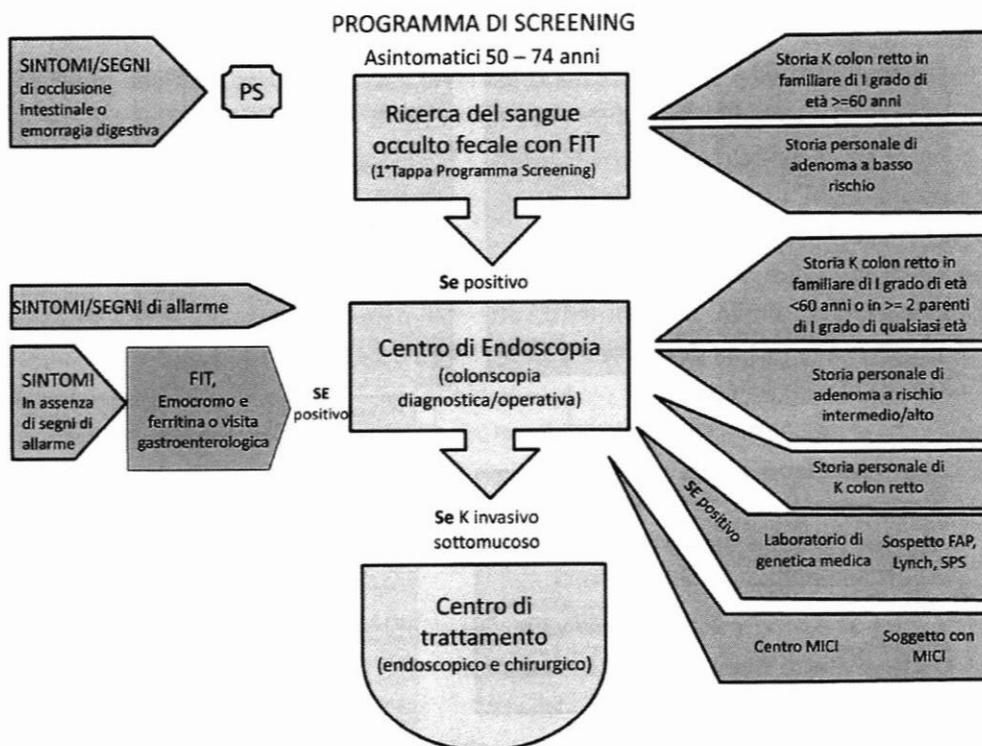


Fig 1

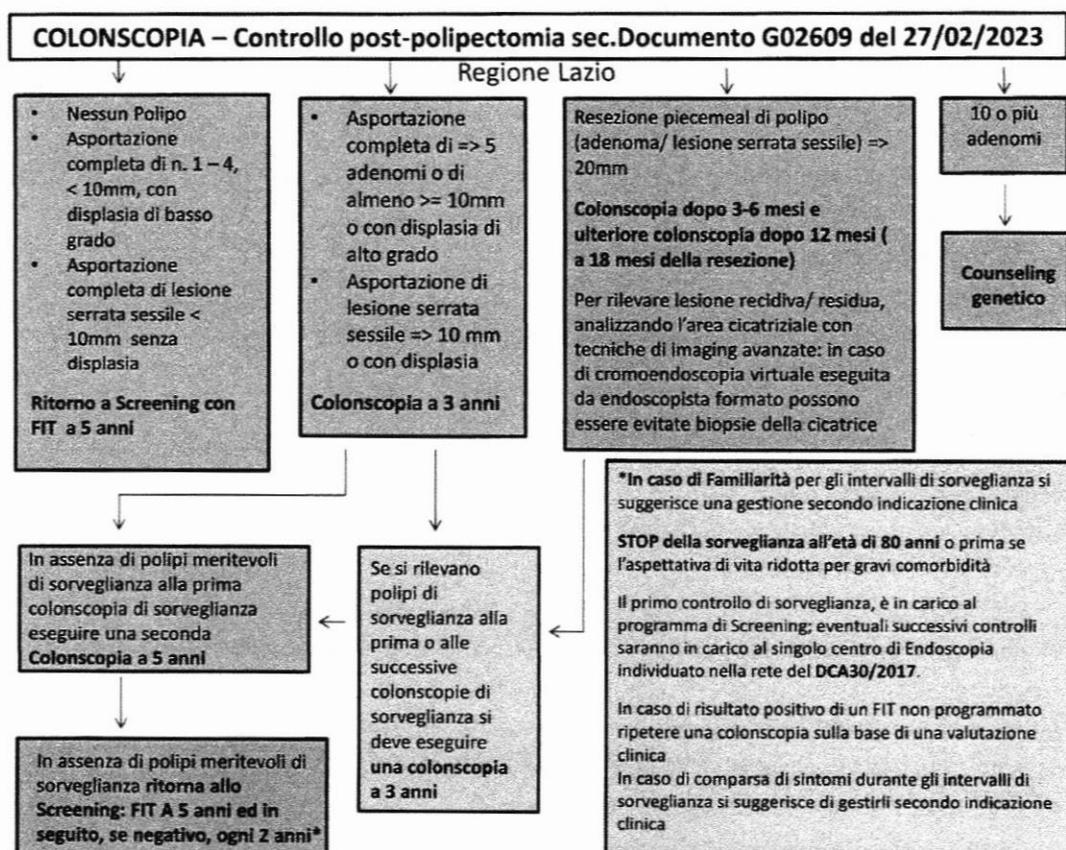


Fig.2

ENDOSCOPIA

La **colonscopia**, nell'ambito del programma di screening riduce **del 90%** il rischio di sviluppare questa neoplasia. Essa permette di esaminare l'intero colon retto ed è anche uno **strumento terapeutico**, perché consente l'asportazione di polipi presenti nel colon, oltre al **campionamento bioptico** di lesioni endoluminali.

La **colonscopia di "qualità"** basata sui seguenti parametri, identificati come **indicatori**, aumenta ulteriormente la sensibilità dell'esame endoscopico:

- Indicazione appropriata
- Consenso informato documentato
- Rispetto degli intervalli di sorveglianza proposti post polipectomia e post resezione per cancro

- Documentazione della qualità della preparazione intestinale
- Tasso di raggiungimento del cieco (meglio se documentato con foto)
- Rilievo degli adenomi in cittadini asintomatici in corso di screening (%) (adenoma detection rate)
- Tempo di estrazione dal cieco non inferiore a 6 min. (in assenza di patologia)
- Polipi peduncolati o sessili < 2 cm resecati in corso d'esame (o documentazione del motivo di non resecabilità attuale)
- Misurazione dell'incidenza di perforazione
- Misurazione dell'incidenza di emorragia
- Sanguinamento post-polipectomia trattato endoscopicamente

Ulteriori indicatori di qualità sono:

- a) utilizzo delle linee guida e protocolli per la gestione endoscopica del paziente in terapia con farmaci anticoagulanti/antiaggreganti
- b) protocolli per la gestione dei pazienti con dispositivo cardiaco impiantato (pace-maker o defibrillatore) nelle endoscopie operative one-time.

La colonscopia con polipectomia per via endoscopica viene eseguita in regime ambulatoriale tranne nei casi in cui, per particolari condizioni cliniche del paziente o tipologia delle lesioni, sia necessario eseguirla in regime di day-hospital o in degenza ordinaria. Durante l'esecuzione della colonscopia è prevista l'**escissione** contestuale dei polipi secondo il seguente **schema**:

- **micropolipi (1-5 mm)**, asportazione contestuale
- **polipi >5 mm**, polipectomia contestuale
- **molteplici polipi (>3)**, polipectomia fino alla completa bonifica secondo una schedula che dipende dal singolo professionista e dal singolo caso, di cui comunque bisogna lasciare traccia sul sistema informativo (n. di lesioni e n. di sedute utilizzate per bonifica)
- **polipo di dimensioni > 25mm o di difficoltà tale da non poter esser asportato contestualmente**, invio a day hospital presso un centro di riferimento o trattamento chirurgico.

In caso di **incompleta rimozione del polipo** si procede alla rimozione totale attraverso ulteriori tentativi endoscopici o mediante l'asportazione chirurgica. Attualmente i moderni strumenti permettono già durante l'esame una caratterizzazione della lesione polipoide basandosi sulla **cromoendoscopia (tradizionale o digitale)** e la **magnificazione di immagine** che, in mano a personale medico esperto, permettono pertanto di pianificare la strategia migliore di terapia (mucosectomia, dissezione endoscopica sottomucosa o chirurgia).

Caratterizzazione e cromoendoscopia

Le lesioni superficiali del colon, così come quelle presenti negli altri segmenti del tratto gastrointestinale, possono inoltre essere suddivise in base alla predominante morfologia di sviluppo, in **lesioni polipoidi, lesioni non polipoidi e lesioni escavate**. Tale classificazione, conosciuta come **Classificazione di Parigi**,

rappresenta il frutto di una Consensus Conference, tenutasi a Parigi nel 2002 e successivamente rivista e aggiornata nel 2003 e nel 2008.

Le **lesioni polipoidi** si dividono pertanto in lesioni **peduncolate** (0-Ip), caratterizzate da una base stretta ed un peduncolo di lunghezza variabile e sessili (0-Is), in cui la base e la testa del polipo presentano lo stesso diametro. Le forme con caratteristiche intermedie vengono dette **semipeduncolate** (0-Isp) e possono essere considerate, in quanto a prognosi e follow-up come **polipi sessili**.

Le **lesioni non polipoidi e non escavate** di tipo 0-II vengono ulteriormente distinte in **tre diversi sottotipi**: **lesioni ≤ 5 mm** (micropolipi o diminutive polyps) **lesioni intermedie** (6-9 mm) **grandi polipi** (≥ 10 mm). 0-I polipoide o protrudente 0-II non polipoide/non protrudente e non escavato 0-III non polipoide escavato o con franca ulcera, in base alla caratteristica dominante di sviluppo. 0-IIa lievemente rilevate sul piano mucoso, con un'altezza comunque inferiore a 2.5 mm 0-IIb completamente piatte (relativamente rare) 0-IIc lievemente depresse, non ulcerate.

La **cromoendoscopia tradizionale** (mediante l'utilizzo di coloranti) o **virtuale** (attraverso l'impiego di tecnologie avanzate applicate ai processori degli endoscopi), insieme all'applicazione della **magnificazione**, rappresentano la seconda fase della descrizione di una lesione superficiale del colon e consentono di distinguere, in base all'aspetto endoscopico superficiale, ancor prima della valutazione istologica, **lesioni neoplastiche e non-neoplastiche**, valutandone il **rischio di malignità** prima della scelta terapeutica. Questa caratterizzazione si basa sulla valutazione della **micro architettura superficiale** e sull'analisi della **rete capillare superficiale**. Il **pit pattern**, l'aspetto cioè degli orifizi ghiandolari e delle strutture superficiali, unito alla visualizzazione del disegno capillare, riflette l'atopia strutturale e rappresenta un indice di predizione istologica.

Il riconoscimento delle alterazioni morfo-strutturali delle lesioni del colon-retto risulta fondamentale nella gestione del trattamento delle lesioni sia a livello di **timing** (contestuale all'esame o ritardato) sia a livello di tipologia della **procedura endoscopica** (polipectomia, mucosectomia, dissezione endoscopica sottomucosa-ESD).

Un segno endoscopico altamente accurato per valutare un'eventuale invasione del cancro che pregiudichi la radicalità della resezione è il **non-lift sign** dopo iniezione di soluzione fisiologica nella sottomucosa del polipo. Quando il polipo non si solleva completamente è presumibile che abbia già superato la sottomucosa, impedendo un'escissione endoscopica completa della lesione.

Le **complicanze** di una polipectomia sono rare e le più frequenti sono rappresentate da: **perforazione** (0.04-1.0%), correlata alla grandezza e alle caratteristiche del polipo, che spesso può essere trattata con tecniche di resezione endoscopica avanzata. Il **sanguinamento immediato**, normalmente controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un **sanguinamento tardivo** che si può presentare sino a 7-30 giorni dopo la procedura. Il ricorso alla chirurgia per emorragia è raro e viene di solito controllata endoscopicamente.

STADIAZIONE CLINICA

Tumori del colon:

- colonscopia totale (in caso di impossibilità ad eseguire la procedura occorre effettuare una colonscopia virtuale: Colon TC);
- TC torace-addome-pelvi con mdc, TC encefalo con mdc secondo valutazione specialistica;
- determinazione del CEA.
- RM epatica con mdc epato-specifico nei pazienti con metastasi epatiche resecabili o potenzialmente resecabili;
- PET con FDG:
 - ✓ stadiazione nei Pazienti con lesioni metastatiche resecabili o potenzialmente resecabili:
 - ✓ studio dei Pazienti sottoposti a metastasectomia o a RFA epatiche
 - ✓ studio di Pazienti con rialzo dei markers tumorali (sospetta ripresa di malattia, con altre indagini dall'esito dubbio o negativo)
 - ✓ integrazione per dati TC/RM dubbi

Tumori del retto

Nei tumori del retto la stadiazione locale (T, N, rapporti con il peritoneo e organi sfinteriali) condiziona l'approccio terapeutico iniziale, per cui oltre alle indagini di stadiazione sopracitate è indispensabile eseguire:

- RM pelvica con mdc;
- eco-endoscopia transrettale

PERCORSO CHIRURGICO

Trattamento chirurgico tumore del colon

La chirurgia rappresenta la principale opzione terapeutica con intento curativo delle neoplasie localizzate del colon.

Il paziente con indicazione chirurgica confermata da **discussione multidisciplinare** viene avviato alla **preospedalizzazione**, comprendente esami clinico-laboratoristici di routine per la valutazione del rischio

chirurgico, cardiologico e anestesiologicalo. Tra questi sono compresi quelli necessari a valutare l'assetto marziale: emocromo con formula, sideremia, ferritina, transferrina, Vit B12, folati. In caso di **anemia preoperatoria** il paziente deve eseguire valutazione ematologica/trasfusionale per la tempestiva correzione dell'anemia in previsione dell'intervento chirurgico (in base a principi **PBM- Patient Blood Management**). Questa fase del percorso, che rientra anche nei più recenti **protocolli Fast Track** in seguito rappresentati, riduce notevolmente la necessità di trasfusione ematica e la relativa morbilità.

In base alla **localizzazione** della lesione neoplastica le tecniche chirurgiche previste sono:

- **Emicolectomia destra** e relativa linfadenectomia.
- **Resezione del colon trasverso**, e relativa linfadenectomia. In caso di localizzazione decentrata in vicinanza della flessura colica destra talvolta la resezione prevede l'**emicolectomia destra allargata** al colon trasverso, oppure, se decentrata in vicinanza della flessura colica sinistra, la **resezione della flessura colica** sinistra.
- **Emicolectomia sinistra** e relativa linfadenectomia
- **Resezione colica segmentaria (palliativa)**, in caso di neoplasia coloretale con metastasi a distanza non resecabili ovvero per adenomi cancerizzati ad indicazione chirurgica, ostruzione e/o sanguinamento.

Linfadenectomia:

prevede la sezione dei peduncoli vascolari di riferimento del segmento colico interessato dalla neoplasia con asportazione dell'intero meso comprendente i linfonodi di primo e secondo livello. Il numero minimo di linfonodi attualmente considerato diagnostico per una corretta stadiazione è 12.

Resezione laparoscopica

La resezione per via laparoscopica è una tecnica mininvasiva oncologicamente sovrapponibile alla tecnica open, preferibile se entrambe le opzioni sono considerati idonee; **minori complicanze** delle ferite, **più rapida ripresa** dell'attività motoria e della canalizzazione intestinale.

L'**approccio mininvasivo laparoscopico** è uno degli items più importanti dei programmi di **fast track (ERAS – Early Recovery after Surgery)**, che hanno dimostrato negli ultimi anni drastici miglioramenti del decorso postoperatorio dei pazienti sottoposti a chirurgia coloretale

Al momento attuale **oltre il 50%** dei pazienti sottoposti a chirurgia oncologica coloretale nelle UO di Chirurgia della ASL Roma5 sono trattati in laparoscopia e si prevede un **incremento progressivo**.

Trattamento chirurgico tumore del Carcinoma del Retto

Il carcinoma del **retto alto**, al di sopra della riflessione del peritoneo pelvico, e sino alla giunzione rettosigmoidea ha indicazione alla **resezione anteriore del retto sigma** con legatura dei vasi mesenterici inferiori all'origine, o se tecnicamente possibile, dopo l'origine della arteria colica sinistra, purché sia garantita una adeguata linfadenectomia sino all'origine della mesenterica inferiore dall'aorta.

Il carcinoma del **retto extraperitoneale** presenta aspetti peculiari, rispetto al carcinoma del retto alto, che non si differenzia da quello della giunzione retto-sigmoidea e del sigma.

La **chirurgia upfront** nel **retto medio basso** è indicata nello stadio cT1 e cT2 N0, con l'eccezione del sottogruppo cT1 sm1 senza fattori di rischio che può essere trattato con **escissione locale (endoscopica)**

o mininvasiva). Anche in caso di cT3 con infiltrazione sottomucosa ≤ 1 mm può essere considerata la chirurgia come primo approccio terapeutico.

Nei casi specificamente indicati ((cT3 e cT4 - N1 e N2) l'intervento chirurgico deve essere preceduto da terapia neoadiuvante radio e/o chemioterapica, eventualmente combinata, successiva ri-stadiazione e rivalutazione.

I pazienti MSI positivi, invece sono candidabili alla sola terapia immunologica.

Gli interventi chirurgici per il carcinoma del **retto medio-basso** sono:

- **Escissione locale**, che si può effettuare tramite un'escissione transanale o attraverso un approccio endoscopico microchirurgico con attrezzatura specifica (TEM- transanal endoscopic microsurgery) o con attrezzatura laparoscopica (TAMIS).
- **Resezione anteriore**, in questo caso il retto viene asportato fino al di sotto del polo caudale della neoplasia con tutto il mesoretto (Total Mesorectal Excision – TME) e la continuità ripristinata mediante una anastomosi colo-rettale meccanica. Indicazioni: Tumori del retto medio basso non infiltranti lo sfintere
- **Resezione del retto con colo-ano anastomosi**, indicazioni: tumori del retto basso non infiltranti gli sfinteri

Il retto viene asportato completamente con tutto il mesoretto (TME). La continuità digestiva viene ripristinata mediante una anastomosi coloanale per via transanale manuale.

Resezione di retto per via addomino-perineale (intervento di Miles): Indicazioni: Tumori del retto basso infiltranti gli sfinteri.

Margine prossimale e distale: 2 cm sono il limite minimo accettabile di margine libero dalla neoplasia. Dopo radiochemioterapia neoadiuvante è adeguato un margine di **1 cm**.

TECNICHE MININVASIVE: LAPAROSCOPIA- ROBOTICA - TaTME

Recenti orientamenti portano a proporre in centri qualificati, **l'approccio per via transanale al mesoretto (TaTME)**, con un doppio approccio **laparoscopico** addominale e transanale, in modo da garantire la visione dal basso sull'ultima porzione di mesoretto e sul margine libero distale al tumore. Sono in corso studi di confronto tra questo approccio e quello **robotico** che sembra offrire migliori possibilità di visione e manipolazione nel campo della piccola pelvi rispetto alla laparoscopia. In ogni caso mancando dati a lungo termine di trial randomizzati l'uso degli approcci miniinvasivi per il carcinoma del retto dovrebbe essere riservato a centri qualificati e chirurghi con skill adeguato.

TRATTAMENTO CHIRURGICO IN URGENZA

Dal momento che non esistono tecniche chirurgiche specifiche raccomandate che possano garantire un adeguato trattamento della complicanza e contemporaneamente mantenere la corretta indicazione oncologica, si raccomanda in questi casi un trattamento chirurgico diretto alla **stabilizzazione** del paziente mediante diversione all'esterno del contenuto intestinale in presenza di **occlusione**, bonifica del campo settico in caso di **perforazione**, controllo delle **emorragie** e **riprogrammazione** della chirurgia

definitiva nei tempi e nelle sedi adeguate, eventualmente anche mediante tecniche di **Damage Control Surgery**.

Dimissione dopo chirurgia: La dimissione post trattamento chirurgico va **coordinata** per i pazienti fragili con le **strutture territoriali di supporto** appena pianificato l'intervento chirurgico, in maniera tale da ottimizzare le degenze e mantenere l'idoneo modello di appropriatezza. In caso di dimissione a domicilio è responsabilità del reparto di dimissione stabilire il contatto con il **Medico di Medicina Generale** che prenderà in carico il paziente stesso.

TRATTAMENTO DELLE METASTASI EPATICHE DA CANCRO DEL COLON-RETTO

Le metastasi epatiche possono essere:

- **Sincrone**, se rilevate al momento di presentazione del tumore primario (colon o retto). Si comprendono nella definizione di metastasi epatiche sincrone, le metastasi epatiche accidentali rilevate durante l'intervento.
- **Metacrone**, in caso di metastasi epatiche non visualizzabili nell'imaging in sezione trasversale al momento della diagnosi del tumore primitivo.
 - **metacrone precoci**, rilevate fino a 12 mesi dopo la diagnosi del tumore primario, ma assenti alla presentazione
 - **metacrone tardive**, rilevate più di 12 mesi dopo la diagnosi del tumore primitivo.

In relazione alle **metastasi epatiche** occorre specificarne: dimensione, numero e distribuzione all'interno dei segmenti epatici. La pratica di localizzazione delle metastasi nei segmenti, per qualsiasi potenziale trattamento chirurgico dopo la terapia sistemica di induzione, può portare a drastiche riduzioni di volume, che non escludono però il trattamento chirurgico stesso.

Circa il **50%-60%** dei pazienti con diagnosi di Cancro del Colon Retto sviluppano metastasi.

Nell'**80% - 90%** di questi pazienti si rileva una malattia epatica metastatica non resecabile.

Pertanto, le decisioni relative all'idoneità del paziente e la successiva selezione per la chirurgia coloretale metastatica sono fondamentali.

Il CCR che si presenta con **metastasi sincrone** deve essere sottoposto a una **valutazione anticipata** da parte di un team multidisciplinare, atta a valutare lo stato di resecabilità.

Pazienti con **tumore primitivo del colon resecabile e metastasi sincrone resecabili** possono essere trattati con una procedura **staged** o **simultanea**.

Per i pazienti che si presentano con metastasi non resecabili e un CCR primitivo non complicato da occlusione intestinale, perforazione o sanguinamento la **terapia sistemica** è la procedura preferibile.

Con il termine **"upfront"** si identifica l'intervento chirurgico quando questo è il primo step di trattamento. La **resezione sincrona delle metastasi sincrone è definita come resezione di metastasi epatiche e tumore intestinale primitivo** in corso di un singolo intervento.

Per i pazienti che non richiedono trattamento sistemico per i quali si pone indicazione ad epatectomia e colectomia sincrona, è fondamentale valutare un **volume funzionale residuo** di fegato che risulti adeguato in futuro: quindi deve residuare un adeguato drenaggio biliare, afflusso portale ed arterioso, drenaggio venoso adeguato e parenchima sufficiente.

La **chirurgia epatica laparoscopica** è una valida alternativa in **centri di riferimento** con adeguata esperienza; l'approccio laparoscopico è fattibile per resezioni epatiche anche maggiori, ma solo in centri con adeguata esperienza. Il Gruppo italiano **I GO MILS (Minimally Invasive Liver Surgery)** ed una metanalisi hanno documentato che il suddetto approccio è in grado di migliorare la **qualità di vita** postoperatoria dei pazienti (dolore, riduzione della degenza), a parità di rischio di complicanze postoperatorie e di sopravvivenza a distanza rispetto alla chirurgia open.

ESAME ISTOLOGICO

Refertazione di biopsia endoscopica, polipectomia, resezione mucosa endoscopica (EMR), dissezione endoscopica sottomucosa (DES), escissione transanale.

Tempo di refertazione: 10 giorni.

Nel referto vengono riportati:

- tipo di materiale inviato
 - sede del prelievo (cieco, colon ascendente, colon trasverso, colon discendente, sigma, retto)
 - tipo istologico: carcinomi invasivi inclusi i carcinomi neuroendocrini a piccole e grandi cellule (classificazione sec WHO, 5th Edition)
 - grado istologico (G1-G4) sec. TNM 8th Edition
 - dimensione maggiore del polipo
 - tipo istologico di polipo (adenoma tubulare, adenoma villosa, adenoma tubulovilloso, adenoma serrato tradizionale, adenoma/polipo serrato sessile, polipo amartomatoso, altro)
- Per i polipi cancerizzati (ossia gli adenomi sede di carcinoma che invade la sottomucosa) i seguenti caratteri istologici hanno valore prognostico identificando le lesioni da sottoporre ad eventuale ulteriore trattamento chirurgico e devono pertanto essere riportati nel referto istologico:
- percentuale/grandezza del carcinoma invasivo (dimensione maggiore)
 - estensione in profondità del carcinoma (lamina propria, muscularis mucosae, sottomucosa, muscolare propria, indeterminata)
 - profondità di infiltrazione della sottomucosa:
 - in caso di polipi peduncolati: livelli di Haggitt di infiltrazione del peduncolo (I=terzo superficiale del peduncolo; II= terzo medio del peduncolo; III=terzo profondo del peduncolo; IV=oltre la base del peduncolo ma al di sopra della muscolare propria);
 - in caso di polipi sessili/lesioni piane: livelli di Kikuchi di infiltrazione della sottomucosa (Sm1=sottomucosa superiore; Sm2=sottomucosa media; Sm3=sottomucosa inferiore);
 - in alternativa, misurazione in mm della profondità di infiltrazione (<1mm vs =>2mm);

-nei casi in cui non sia possibile determinare la profondità di infiltrazione della sottomucosa (inadeguato orientamento, frammentazione, desmoplasia ...) si può ricorrere alla misurazione della profondità di invasione dalla superficie del tumore (spessore del tumore)

-invasione linfovascolare di piccoli vasi (linfatici, capillari, venule postcapillari) e/o di vene

-infiltrazione perineurale

-presenza di Budding tumorale (score basso=0-4; score intermedio=5-9; score alto=10 o più)

-stato dei margini (se valutabile):

--distanza del carcinoma invasivo dal margine profondo;

--distanza del carcinoma invasivo dai margini periferici/laterali mucosi;

--presenza o assenza di displasia sui margini periferici/laterali mucosi.

Sul tessuto tumorale possono essere eseguite su indicazione del gruppo multidisciplinare indagini ancillari di immunoistochimica e di biologia molecolare (MSI, mutazioni geni KRAS, BRAF, NRAS stato di HER-2)

Refertazione di campione chirurgico.

Tempo di refertazione massima: 30 giorni.

L'esame macroscopico deve prevedere una descrizione dettagliata del campione chirurgico (il campionamento viene effettuato in accordo con le linee guida del College of American Pathologist) e in particolare:

-lunghezza del tratto intestinale

-valutazione del mesocolon/mesoretto

-sede e dimensione massima in cm del tumore/tumori

-presenza di perforazione del tumore

-distanza del tumore dal margine di resezione chirurgica più vicino misurata. In caso di carcinomi del retto è raccomandato indicare la distanza del tumore dai margini di resezione distale e radiale (circonferenziale)

L'esame microscopico comprende le seguenti indicazioni:

-tipo istologico: carcinomi invasivi inclusi i carcinomi neuroendocrini a piccole e grandi cellule (classificazione sec WHO, 5th Edition)

-grado istologico (G1-G4) sec. TNM 8th Edition

-estensione in profondità del carcinoma (sec. TNM 8th Edition); in caso di carcinomi infiltranti la sottomucosa pT1 è raccomandata la misurazione della profondità massima di infiltrazione della sottomucosa)

-invasione neoplastica linfatica o vascolare (specificare se presente interessamento di vene intra o extramurali)

- invasione perineurale
 - presenza di Budding tumorale (score basso=0-4; score intermedio=5-9; score alto=10 o più)
 - tipo istologico di polipo nel quale è insorto il carcinoma invasivo
 - stato istologico dei margini di resezione. In caso di carcinomi del retto è raccomandato indicare la distanza del tumore dai margini di resezione distale e radiale (circonferenziale)
 - numero complessivo di linfonodi esaminati
 - numero di linfonodi sede di metastasi
 - presenza di depositi tumorali
 - presenza di metastasi a distanza
 - reperti istologici addizionali (adenomi, colite ulcerosa, malattia di Crohn, displasia, diverticolosi...)
- Sul tessuto tumorale primitivo e metastatico possono essere eseguite su indicazione del gruppo multidisciplinare indagini ancillari di immunoistochimica e di biologia molecolare (MSI, mutazioni geni KRAS, BRAF, NRAS stato di HER-2)
- In caso di chemioterapia neoadiuvante è raccomandata la valutazione della regressione del tumore primitivo utilizzando lo score di regressione tumorale (TRS) secondo lo schema modificato di Ryan.

PERCORSO ONCOLOGICO

MALATTIA LOCALIZZATA

Terapia adiuvante

La decisione in merito alla **strategia terapeutica** da impiegare va definita in funzione delle condizioni generali del paziente, che rappresentano un fattore prognostico rilevante tanto quanto altre caratteristiche quali età, stadio di malattia, occlusione intestinale, durata dei sintomi, sede di malattia. In presenza di condizioni generali scadute, o di altri fattori prognostici sfavorevoli, possono essere impiegate strategie terapeutiche individualizzate.

È importante coinvolgere sempre il paziente nelle scelte di trattamento.

Tumore del colon e tumori del retto intraperitoneale

Stadi di **malattia limitata** (stadio I, II, III)

- Il **trattamento** è solitamente chirurgico, se non vi sono problematiche cliniche (comorbidità, età del paziente) che ne limitino la fattibilità.
- La **stima del rischio di recidiva** dopo resezione è determinata dalle caratteristiche clinico patologiche della neoplasia e dalla determinazione molecolare dello stato dei microsatelliti.
 - o **Fattori di rischio principali** sono: Stadio di malattia, Numero di linfonodi asportati < 12, T4 e Perforazione intestinale.



- **Fattori di rischio minori:** Grado di differenziazione, Invasione linfatica e venosa, Invasione perineurale, Occlusione intestinale, elevati livelli di CEA prima della chirurgia.
- L'indicazione, pertanto, a eseguire una **chemioterapia post-operatoria (adiuvante)** viene posta, dopo visita oncologica, in base allo stadio di malattia (pTNM) e alle condizioni cliniche del paziente (età, Performance Status) e alla presenza di uno o più fattori di rischio.
- Nei tumori del colon in **stadio I e II di malattia, MSI e senza fattori di rischio**, il paziente eseguirà soltanto visite di **follow up** secondo linee guida AIOM; nei tumori del colon in **stadio II, MSS con almeno un fattore di rischio e stadio III**, il paziente è candidato a ricevere un trattamento postoperatorio precauzionale (**chemioterapia adiuvante**) al fine di ridurre il rischio di recidiva della malattia.
- Il **trattamento standard** prevede l'utilizzo di fluoro-pirimidine (capecitabina o 5-fluorouracile) in associazione ad oxaliplatino, da intraprendere dopo 4 e sino ad un massimo di 8 settimane dopo la chirurgia, per una durata complessiva di circa 3-6 mesi definita in base al rischio di recidiva
 - Nei pazienti in cui non si ritenga indicata una terapia di associazione, in particolare nei pazienti anziani può essere intrapreso un trattamento adiuvante con l'utilizzo soltanto delle fluoropirimidine
- **Prima dell'inizio della terapia**, sia nel setting adiuvante che metastatico, il paziente verrà sottoposto alla determinazione della diidropirimidina deidrogenasi e della Glucuronosiltransferasi

Tumore del retto extraperitoneale

Stadio I

Il trattamento è solitamente chirurgico, se non vi sono problematiche cliniche (comorbidità, età del paziente) che ne limitino la fattibilità.

Stadio II e III

Il trattamento è rappresentato dalla sola **radioterapia** o **chemio-radioterapia preoperatoria (neoadiuvante)**

Le **indicazioni al trattamento neoadiuvante** sono le seguenti:

- cT2N0 retto basso, altrimenti destinato ad amputazione addomino perineale.
- cT3 (MRF-/+) N0
- cT3-4 N0-2
- T3-T4 (MRF+) N0-N2

Nei pazienti con adenocarcinoma del retto localmente avanzato Stadio II e III e **instabilità dei microsatelliti (H-MSI)**, che rappresentano circa l'8-10%, il dostarlimab, un anticorpo monoclonale anti-PD1, ha prodotto risposte cliniche/ patologiche complete ed è quindi lo standard in neoadiuvante nei pazienti eleggibili.

RADIOTERAPIA

La radioterapia viene effettuata con l'**obiettivo** di ridurre il tasso di recidiva locale, downstaging tumorale, aumento della % di resecabilità nelle neoplasie avanzate, preservazione dello sfintere nelle neoplasie del retto basso. Può essere effettuata secondo due modalità:

A) Long course: 25-28 frazioni (45-50.4 Gy) associata a chemioterapia con fluoropirimidine.

Possibile, ma non mandatorio, un sovradosaggio a livello della malattia clinicamente apprezzabile fino a 55.4 Gy.

La chemioterapia viene effettuata in concomitanza alla radioterapia con capecitabina 825 mg/m² BID. Nel caso in cui vi siano difficoltà di assunzione della terapia per os oppure tossicità specifiche può essere sostituita, previo posizionamento di accesso venoso (PICC o port-a-cath), da 5-fluorouracile 225 mg/m²/die ic protratta. La chirurgia è prevista tra le 6 e le 8 settimane successive, fino ad un massimo di 10-12 settimane.

B) Short course: 5 frazioni totali (25 Gy) seguiti da chirurgia dopo un intervallo variabile tra 1 (immediate surgery) e 8 settimane (delayed surgery). Non è associata a chemioterapia concomitante.

Indicazioni: in presenza di controindicazioni alla chemioterapia o neoplasie rettali medio alte, cT3 senza coinvolgimento della fascia mesorettale, non più di 3 linfonodi clinicamente coinvolti (N1).

Questa modalità di trattamento ha come obiettivo la riduzione delle recidive locali (equivalente in tal senso alla radioterapia long-course ma con tempi totali di trattamento più brevi, minore tossicità acuta e minori costi). La riduzione volumetrica del tumore (downsizing) può essere osservata in caso di "delayed surgery", non è attesa in caso di "immediate surgery".

Total Neoadjuvant Treatment

È un trattamento neoadiuvante che prevede la somministrazione di radio-chemioterapia concomitante preoperatoria seguita, nell'intervallo di attesa dell'intervento chirurgico, da chemioterapia neoadiuvante. In casi selezionati il trattamento radiochemioterapico potrebbe seguire invece che precedere in trattamento sistemico esclusivo.

MALATTIA AVANZATA

Per i tumori del colon e del retto intra ed extraperitoneale (stadio IV)

La scelta della I linea terapeutica avverrà in base a:

- Caratteristiche del paziente (condizioni generali, età, comorbilità);
- Caratteristiche della malattia (malattia aggressiva, malattia indolente, malattia resecabile, potenzialmente resecabile, malattia non resecabile);
- Analisi mutazionali (gene RAS e BRAF).

- Analisi di Mismatch repair (MMR)/Instabilità microsatellitare (MSI)
- Sede del tumore primitivo
- In caso di tumore primitivo colon-rettale poco o per nulla sintomatico, l'approccio in prima istanza è solitamente oncologico con rivalutazione per resezione chirurgica, sia del primitivo che delle metastasi, in base alla risposta evidenziata alla rivalutazione strumentale.
- In caso invece di tumore primitivo sintomatico (ad esempio per sanguinamento od occlusione), la scelta più appropriata può essere la resezione del tumore intestinale in prima istanza seguita dal trattamento chemioterapico. Nei casi in cui non sia fattibile un trattamento con intento radicale, l'obiettivo del trattamento sistemico sarà quello di ridurre o posticipare l'insorgenza dei sintomi legati alla malattia, migliorare la qualità di vita e prolungare la sopravvivenza

Il trattamento chemioterapico in questo stadio prevede l'impiego in sequenza di più linee di chemioterapia che prevedono una doppietta o una tripletta a base di fluoropirimidina, irinotecan e oxaliplatino in combinazione con un farmaco biologico anti-EGFR (per i pazienti con il test per RAS wild type) o un antiangiogenico

Nei pazienti con tumore metastatico e instabilità dei microsatelliti (H-MSI), che rappresentano circa il 4% di questo setting, è stata evidenziata in prima linea la maggiore efficacia del checkpoint inibitore anti-PD1

La **scelta della seconda linea e delle linee successive** verrà effettuata sulla base della terapia somministrata in I linea, dei driver molecolari e delle condizioni cliniche del paziente.

L'oncologo dovrà occuparsi di:

- Programmazione degli esami ematochimici e strumentali per la definizione dell'estensione di malattia (stadiazione) qualora non già eseguiti o per l'eventuale completamento della stadiazione
- Posizionamento CVC (PICC/port-a-cath)
- Comunicazione al paziente inerente la diagnosi e la prognosi della malattia
- Pianificazione inizio del trattamento e rivalutazioni strumentali in corso di terapia
- Attivazione delle cure palliative, se necessario, sia in corso di trattamento (simultaneous care), che in fase di terminalità (Hospice domiciliare/residenziale).

FOLLOW-UP

Nei pazienti con neoplasia colon-rettale sottoposti a trattamento curativo con chirurgia o ad approccio multimodale (radioterapia e/o chemioterapia, chirurgia), è indicato un follow-up oncologico.

Poiché circa l'80% delle ricadute di malattia avviene entro i 3 anni dalla chirurgia e il 95% entro i 5 anni, la durata complessiva del programma di follow up dovrà essere di 5 anni.

Per i pazienti in stadio I, visto il rischio molto limitato di ricaduta, è raccomandato un programma di sorveglianza con sola colonscopia.

Nei pazienti con stadio II e III è consigliato il seguente follow up:

- Dosaggio del CEA ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni e ogni 6 mesi per i 2 anni successivi. Se il CEA è elevato alla diagnosi, dovrebbe essere ripetuto dopo 4-8 settimane dall'intervento per verificarne la negativizzazione
- TAC torace addome pelvi ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni in funzione dell'entità del rischio.
- PET solo in casi dubbi alla diagnostica radiologica.
- Nei pazienti sottoposti a metastasectomia epatica e/o polmonare, in assenza di chiare evidenze scientifiche, può essere raccomandato attuare un programma di sorveglianza simile a quello attuato nelle forme ad alto rischio negli stadi II e III.
- Una prima colonscopia di controllo dovrebbe essere raccomandata dopo 1 anno dall'intervento; in assenza di adenomi la successiva può essere eseguita dopo 3 anni e successivamente ogni 5 anni.

La colonscopia nei pazienti senza uno studio preoperatorio completo dell'intestino dovrebbe essere eseguita appena possibile, comunque entro 6-8 mesi dall'intervento

Indicazioni alla RM nel Follow-up:

- Valutazione della risposta alla terapia non chirurgica (CHT/RT) nel carcinoma del retto. Effettuare l'esame dopo 6-8 settimane dalla fine del trattamento
- Follow-up nei Pazienti con diagnosi di carcinoma del retto NON localmente avanzato all'esordio
- Valutazione eventuali recidive loco-regionali post-trattamento del carcinoma del retto

MEDICINA GENERALE

Il **MMG** rappresenta il primo riferimento per il paziente per il percorso di salute e come integrazione/congiunzione tra ospedale e territorio.

Nello specifico, **promuove** adeguati stili di vita, l'adesione ai programmi di screening aziendali.

Pertanto, il MMG interviene sia in fase di **prevenzione primaria** ed invio ad eventuale **percorso di cura specialistico**, sia nella fase di **follow-up, riabilitazione e reinserimento sociale** del paziente.

Attiva l'assistenza domiciliare per le **Simultaneous Care** o per le **Cure Palliative di Livello Base** tramite la compilazione del modulo Regionale al proprio **CAD** di residenza (**ADI**) mediante il **PUA** (Punto Unico d'Accesso):

Modello 431 Distretto Sanitario di Colferro (2024)

Modello 431 Distretto Sanitario di Guidonia (2024)

Modello 431 Distretto Sanitario di Monterotondo (2024)

Modello 431 Distretto Sanitario di Palestrina (2024)

Modello 431 Distretto Sanitario di Subiaco (2024)

Modello 431 Distretto Sanitario di Tivoli (2024)



DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI:

INFERMIERISTICA

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali gioca un ruolo specifico nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per le neoplasie del colon-retto, offrendo un'assistenza integrata e continuativa, mediante il **counseling e la terapia educativa rivolte sia al paziente, che ai suoi familiari e/o care givers.**

La figura di riferimento infermieristica nel PDTA è rappresentata dal **Case Manager**, che agisce come elemento di raccordo tra i diversi setting del percorso, assicurando che il paziente riceva un'assistenza integrata, mediante le seguenti funzioni principali:

1. **pianificazione** e coordinamento del percorso di cura, in collaborazione con il resto del team, fungendo da **punto di riferimento unico** per il paziente e la famiglia;
2. attraverso una **valutazione personalizzata**, redazione di un **piano di assistenza individualizzato**;
3. **pianificazione delle Transizioni Assistenziali** tra i diversi setting, specie riguardo le dimissioni protette e l'attivazione dei servizi territoriali, come l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e le risorse offerte dalla Centrale Operativa Territoriale (COT);
4. **promozione di mindfulness ed empowerment** del paziente, attraverso interventi di educazione sanitaria, fornendo informazioni chiare e dettagliate sui trattamenti, sugli effetti collaterali e sulla gestione quotidiana della malattia. Offre anche **supporto relazionale**, aiutando il paziente e i suoi cari a fronteggiare l'impatto emotivo e sociale della diagnosi oncologica.

Gli **infermieri** supportano i pazienti in ogni fase del percorso terapeutico, dalla diagnosi al trattamento, fino al follow-up:

1. Partecipano attivamente a programmi di **sensibilizzazione** sui corretti stili di vita e sui programmi di **screening** per il tumore del colon-retto.
2. Nelle **fasi diagnostiche** effettuano la preparazione dei pazienti per l'esecuzione degli esami, contribuendo inoltre al sostegno emotivo del paziente medesimo.
3. **Supporto Chirurgico**: Gli infermieri sono coinvolti nel pre- e post-operatorio, monitorando i segni vitali, monitorando e contribuendo alla gestione del dolore, provvedono alla cura delle stomie e concorrono alla prevenzione delle complicanze.
4. Somministrano **trattamenti oncologici** (chemioterapia), monitorano gli effetti collaterali e forniscono **counseling e terapia educativa** al paziente ed ai suoi familiari e/o care givers, promuovendo l'importanza dell'aderenza al trattamento.
5. Offrono **supporto emotivo ai pazienti e alle loro famiglie**, aiutandoli a fronteggiare l'impatto della diagnosi e le modifiche fisiche (ad esempio la stomia) che derivano dai trattamenti.
6. .

7. Gestiscono gli accessi venosi centrali per la somministrazione dei trattamenti oncologici, monitorandone la sicurezza e prevenendo complicanze come infezioni o trombosi.
8. Insieme alle altre professionalità che fanno parte del team multiprofessionale e multidisciplinare, forniscono informazioni dettagliate sui trattamenti, sugli effetti collaterali e sull'autogestione della malattia.
9. **Coordinamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT):** Il coordinamento con la COT assicura la continuità delle cure tra ospedale e territorio, facilitando la pianificazione delle dimissioni protette e garantendo che il follow-up sia gestito adeguatamente.
10. **Infermiere di Famiglia e Comunità:** In ambito domiciliare, l'infermiere monitora la terapia domiciliare, somministra farmaci, monitora i sintomi e offre assistenza personalizzata, gestendo le esigenze quotidiane del paziente oncologico.
11. Monitorano e verificano la qualità delle cure di competenza infermieristica, applicando gli standard delle linee guida internazionali e utilizzando indicatori chiave per garantire la sicurezza dei pazienti
12. **Ambulatorio Infermieristico – Ospedale di Tivoli Descrizione e finalità del servizio:** Il servizio **STOMA TERAPIA E MEDICAZIONI COMPLESSE** è gestito da Infermieri Esperti nella gestione degli utenti Stomizzati (stomie digestive: colostomia e ileostomia ed urinarie) e utenti affetti da lesioni cutanee acute e croniche di tutte le eziologie (ferite chirurgiche, da trauma, vascolari, da pressione, ustioni). (Allegato 6)

SERVIZIO SOCIALE

Attività del Servizio Sociale: **Consulenza e Supporto ai Pazienti Oncologici e ai Caregivers**

L'Asl ha attivo il Servizio di **Mediazione Linguistico Culturale**, che attraverso il Servizio Sociale a livello dipartimentale, riceve le richieste di mediazione per facilitare i professionisti non solo nella comunicazione con pazienti e familiari di culture straniere, ma anche per decodificare i significati culturali sottostanti la percezione della malattia, del dolore, della cura. Inoltre è attivo il **servizio di traduzione**, utile per documenti relativi a indagini diagnostiche, prescrizioni terapeutiche in possesso dei pazienti ed effettuati nei paesi di origine.

Il Servizio Sociale effettua il **preassessment dei bisogni e delle risorse sociali, abitative, economiche** dei pazienti, anche in **rete con il servizio sociale degli enti locali**, valuta i **determinanti sociali** che possono influire negativamente sulle condizioni di salute, garantisce il supporto ai familiari e ai care giver nei percorsi più appropriati in considerazione della rete familiare, sociale e territoriale presente, in collaborazione con il team sanitario, per garantire una presa in carico e un'assistenza sociosanitaria integrata.

Punto Unico di Accesso (PUA) sociosanitario: Il PUA è il punto di accesso ai servizi sociosanitari, sanitari e sociali, per tutte le **domande di salute provenienti dai cittadini, dai soggetti istituzionali e della rete del terzo settore e del volontariato**. I professionisti sanitari e sociali presenti effettuano un primo preassessment dei bisogni, informando e orientando la persona e la famiglia ai servizi, facendosi carico delle situazioni ad **alta complessità sociosanitaria** attraverso lo strumento dell'**Unità Valutativa Multidimensionale**.



Centro di Assistenza Domiciliare (CAD): Il CAD fornisce assistenza domiciliare continua ai pazienti oncologici, attraverso l'**équipe** presente (**medico, assistente sociale, infermiere**), per garantire un'assistenza sociosanitaria adeguata, valutando i percorsi appropriati ai bisogni del malato e coerenti con la rete familiare presente, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del paziente.

Servizio Sociale Ospedaliero (presente nel team ospedaliero TOH): effettua la consulenza sociale su richiesta del **pronto soccorso** o del **reparto**, attraverso la **COT A**, contribuisce alla **valutazione multidimensionale**, partecipando all'individuazione del percorso più appropriato ai bisogni della persona, in vista della dimissione, verso il territorio (domicilio o strutture residenziali), attivando il **CAD** e se necessario integrando l'intervento con il **Servizio Sociale degli Enti Locali**, al fine di supportare la rete familiare e i caregivers nei compiti di cura.

Il Servizio Sociale, attraverso i servizi ASL in cui è presente, promuove l'attivazione delle risorse e delle **reti istituzionali e informali, familiari e della comunità di appartenenza**, per garantire il più possibile la personalizzazione dell'intervento e il **mantenimento nel proprio contesto di vita**.

COT A, COT D, PUA, CAD

La ASL Roma 5 si compone di **sei Distretti Sanitari** (Tivoli, Colleferro, Palestrina, Subiaco, Monterotondo, Guidonia), ciascuno con servizi sanitari e sociali integrati per rispondere alle esigenze della popolazione. Ogni distretto offre un **Punto Unico di Accesso (PUA)**, un **Centro di Assistenza Domiciliare (CAD)** e una **Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT D)**; inoltre è operativa la **Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT A)**; tutti questi servizi collaborano sinergicamente per garantire un'assistenza tempestiva e integrata.

La Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT A): coordina l'assistenza a livello sovra distrettuale, gestendo casi complessi e garantendo l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri. Oltre a supportare i **Medici di Medicina Generale (MMG)** nella gestione dei pazienti fragili e cronici, la COT A interviene anche con tutte le **Unità Operative ospedaliere**, facilitando l'erogazione di prestazioni strumentali e ambulatoriali, e promuovendo la presa in carico domiciliare.

Funzioni:

1. Coordinamento e gestione integrata dei **flussi informativi** tra distretti e ospedali.
2. Gestione dei **casi complessi** con percorsi assistenziali personalizzati.
3. **Monitoraggio** dei dati per migliorare l'efficacia dei servizi.

Modalità di attivazione:

- **Segnalazione** dai distretti, ospedali, MMG e Unità Operative.
- **Contatti centralizzati** per coordinare le attività.
- **Email:** cot@aslroma5.it
- **Sede:** Tivoli-Presso Palazzo Cianti

Servizi:

1. **Coordinamento** tra ospedali e distretti.

2. **Gestione integrata** dei pazienti fragili e cronici.
3. Aggiornamento continuo dei **protocolli aziendali**.

Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT D): si occupa della gestione dell'assistenza sociosanitaria a livello locale, coordinando i percorsi di cura per i pazienti fragili, dalla dimissione ospedaliera fino alle cure domiciliari.

Funzioni:

1. **Pianificazione** delle cure post-ospedaliere.
2. Gestione dei **pazienti fragili** con monitoraggio e follow-up.
3. Integrazione con i **servizi sociali**.

Modalità di attivazione:

- **Segnalazione** dalle dimissioni ospedaliere o dai distretti.

Indirizzi Email:

cot.distrettotivoli@aslroma5.it

cot.distrettocolleferro@aslroma5.it

cot.distrettopalestrina@aslroma5.it

cot.distrettomonterotondo@aslroma5.it

cot.distrettoguidonia@aslroma5.it

cot.distrettosubiaco@aslroma5.it

Servizi:

1. Pianificazione delle **dimissioni protette**.
2. Supporto per l'attivazione di **servizi domiciliari**.
3. **Monitoraggio** dei pazienti con follow-up.

Punto Unico di Accesso (PUA)

Ogni distretto della ASL Roma 5 dispone di un Punto Unico di Accesso (PUA), che facilita l'accesso ai servizi sociosanitari, orientando i pazienti verso i percorsi assistenziali più adeguati. Il PUA collabora con il Servizio Sociale del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS) per offrire supporto e valutazioni sociali.

Attività Sociali nel PUA:

1. **Valutazioni per richieste di contributi:** Assistenza per cittadini sottoposti a terapia oncologica, come la richiesta di contributi per l'acquisto della parrucca (DGR 761/2021).
2. **Supporto ai pazienti oncologici e in lista d'attesa per trapianto:** Colloqui e valutazioni per pazienti oncologici o in attesa di trapianto di organi solidali o midollo (L.R. 13/2018, DGR 586/20, DGR 456/2021).



3. **Valutazioni per Riabilitazione Territoriale:** Analisi dei bisogni per richieste di riabilitazione ambulatoriale o residenziale (ex art. 26 L. 833/78).

Funzioni:

1. Valutazione delle necessità del paziente.
2. Orientamento e attivazione di percorsi assistenziali.
3. Gestione delle risorse per una risposta mirata.

Modalità di attivazione:

- Accesso diretto agli sportelli PUA.
- Richiesta online tramite email o contatti telefonici.
- Indirizzi Email:
 - pu.tivoli@aslroma5.it
 - pu.colleferro@aslroma5.it
 - pu.monterotondo@aslroma5.it
 - pu.guidonia@aslroma5.it
 - pu.subiaco@aslroma5.it
 - pu.palombara@aslroma5.it
 - pu.palestrina@aslroma5.it

Centro di Assistenza Domiciliare (CAD)

Il CAD fornisce assistenza domiciliare ai **pazienti non autosufficienti**, riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri e offrendo cure sanitarie personalizzate in ambiente familiare.

Obiettivi:

1. Garantire **continuità assistenziale** domiciliare.
2. Fornire cure sanitarie e riabilitative a domicilio.
3. Supporto psicologico e socio-assistenziale.

Modalità di attivazione:

- Su segnalazione del MMG, PLS o Unità Operativa Ospedaliera per pazienti dimessi.

Servizi:

1. Valutazione iniziale e definizione del **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**.
2. **Assistenza sanitaria a domicilio:** Visite mediche, interventi infermieristici, fisioterapici e logopedici.



3. **Supporto socio-sanitario:** Coordinamento con i Comuni per l'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**.
4. **Dimissioni protette:** Gestione del ritorno a casa dei pazienti dimessi dall'ospedale.

Attività Sociali nel CAD:

1. Valutazioni domiciliari per ausili: Colloqui per l'autorizzazione di ausili come carrozzine elettriche o montascale (su richiesta dell'ufficio protesica).
2. Definizione del setting assistenziale: Valutazioni per determinare se il paziente necessita di assistenza domiciliare o residenziale (RSA, Hospice).
3. Attivazione di servizi socio-assistenziali: Collaborazione con i servizi sociali per il supporto agli ADL (Attività della Vita Quotidiana).
4. Supporto psicologico: Valutazioni per l'attivazione di supporto psicologico, in collaborazione con i servizi sociali o sanitari competenti.
5. Attivazione di altri servizi socio-sanitari: Valutazioni per l'attivazione di servizi aggiuntivi.

Modalità di accesso:

- Richiesta tramite MMG, PLS o reparto ospedaliero.
- Modulistica online o presso sportelli territoriali.
- Indirizzi Email:
 - cad.tivoli@aslroma5.it
 - cad.colleferro@aslroma5.it
 - cad.palestrina@aslroma5.it
 - cad.monterotondo@aslroma5.it
 - cad.guidonia@aslroma5.it;
 - cad.subiaco@aslroma5.it

Servizio Sociale Ospedaliero (TOH)

Il Servizio Sociale Ospedaliero (TOH), attivo nei **5 ospedali della ASL Roma 5** (Tivoli, Colleferro, Palestrina, Monterotondo, Subiaco), interviene durante la fase di dimissione ospedaliera, garantendo la continuità delle cure e il ritorno sicuro a casa in collaborazione con i Servizi Sociali Comunali.

Attività:

1. Definizione del setting assistenziale: Valutazioni per la gestione del ritorno a casa o trasferimento in strutture residenziali (RSA, Hospice).
2. Attivazione di servizi domiciliari socio-assistenziali: Supporto per attivare l'assistenza domiciliare in collaborazione con i servizi sociali.
3. Supporto psicologico: Attivazione di servizi di supporto psicologico per i pazienti in terapia, in collaborazione con i servizi sociali e sanitari.

4. Attivazione di altri servizi socio-sanitari: Analisi delle necessità del paziente e attivazione di servizi aggiuntivi.

Ogni distretto della ASL Roma 5 mette a disposizione **sportelli fisici e online** per informazioni e supporto nella compilazione della modulistica. Gli utenti possono accedere ai servizi tramite il portale online della ASL o contattare i numeri dedicati per ogni distretto.

ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA

Descrizione e finalità del servizio: Il SSN garantisce attraverso l'Assistenza Protesica l'erogazione di protesi, ortesi, ausili alle categorie di persone previste dal DPCM 12 gennaio 2017, che definisce i nuovi LEA

Sono aventi diritto nello specifico PDTA, i **residenti** nelle seguenti condizioni:

persone ileostomizzate, colostomizzate, coloro che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale cronica e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento; sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso:

- ausili per stomia
- convogliatori urinari
- raccoglitori di urina
- ausili assorbenti l'urina e altre deiezioni

È necessaria la prescrizione del medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato, competente per la specifica menomazione.

Prestazioni erogate dagli uffici competenti, in ciascuno dei 6 distretti sanitari aziendali:

- Attività di front office negli orari di ricevimento del pubblico
- Istruttoria pratiche, valutazione della documentazione presentata sulla conformità delle indicazioni prevista dalla normativa nazionale e regionale vigente
- Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
- Autorizzazioni o diniego motivato delle richieste
- Contatti con i fornitori
- Contatti con le strutture ospedaliere per le dimissioni del paziente

Per gli ausili ad importante impegno di spesa, l'autorizzazione è subordinata alla valutazione da parte della **Commissione Dispositivi Medici Aziendale**

Modulistica necessaria:

- Compilazione modello per istanza presidi (solo in caso di prima istanza)

- Prescrizione redatta dallo specialista di struttura pubblica competente per disabilità su modulo standardizzato regionale
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità e tessera sanitaria (solo in caso di prima istanza)
- Fotocopia del verbale di invalidità con indicazione delle patologie (solo in caso di prima istanza o di aggravamento), non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso
- In caso di ricorso: sentenza del giudice con allegata relazione del CTU (consulente tecnico di ufficio), non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso
- oppure fotocopia della ricevuta di presentazione della domanda per il riconoscimento invalidità civile e del certificato medico necessario per l'invio della domanda
- Eventuale delega con fotocopia di un documento di identità in corso di validità del delegato, (modello delega)
- Preventivo della Sanitaria/Ortopedia/Farmacia scelto tra le ditte presenti nell'elenco regionale consultabile sul sito della regione Lazio

La prescrizione dello specialista di struttura Pubblica deve essere completa dei seguenti dati:

- Diagnosi con la specifica menomazione o disabilità
- Indicazione del presidio necessario e codice di riferimento
- La quantità, che per i dispositivi monouso corrisponde al fabbisogno per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo comunque non superiori ad un anno
- Programma terapeutico: finalità terapeutiche/riabilitative, tempi di impiego del presidio, modalità di controllo, possibili controindicazioni o limiti di impiego.

Nota: Per i presidi per la stomia la prima prescrizione post-intervento non potrà superare il fabbisogno di un mese al fine di seguire il processo di maturazione della stomia appena confezionata.

Per i prodotti per l'assorbenza nella prescrizione lo specialista deve attestare la condizione di incontinenza stabilizzata e la necessità di ausili per l'incontinenza (pannoloni e traverse).

I presidi necessari per affrontare con minore disagio le problematiche assistenziali (pannoloni, cateteri e buste, carrozzine, letti, ventilatori, aspiratori, etc.) devono essere prescritti dai vari specialisti di struttura pubblica con tempestività rispetto alle necessità dell'utente, prima della sua dimissione dai reparti o per favorirne la dimissione.

I rinnovi per gli ausili per l'incontinenza e stomia possono essere effettuati dai Medici di famiglia, pediatri o medici del CAD quando sussistono condizioni stabilizzate e irreversibili.

CURE PALLIATIVE: ADI, HOSPICE E SIMOULTANEUS CARE

Sono eleggibili per le cure palliative i pazienti con tumori in stadio avanzato in progressione neoplastica non responsiva a trattamenti specifici.

Due sono i livelli di erogazione delle Cure Palliative:

1 Livello - BASE (dipendente dalle necessità evidenziate dai medici che attivano il servizio e dal **CIA < 0,5 [coefficiente di intensità assistenziale]**), si attiva utilizzando i canali che fanno capo al MMG. Il MMG può richiedere l'attivazione dell'ADI ai CAD di residenza/domicilio sanitario dell'utente.

Questo livello di assistenza si realizza tramite personale interno al CAD o tramite enti accreditati per l'ADI.

Le attività principali includono **interventi domiciliari mirati**, che verranno indicati nel **PAI (Piano Assistenziale Individuale)**, secondo le varie necessità terapeutico-assistenziali. Queste prestazioni si configurano come parte di un approccio di **"Simultaneous Care"**, ossia un'assistenza integrata durante o successivamente ai trattamenti oncologici, finalizzata a sostenere il paziente nella gestione degli effetti collaterali delle terapie e nelle difficoltà quotidiane legate alla patologia oncologica. Tali servizi sono attivati quando il paziente, a causa di astenia o limitazioni nell'autonomia, non è in grado di recarsi presso gli ambulatori della ASL. Questo approccio integrato rappresenta un pilastro fondamentale dell'assistenza territoriale, in linea con i principi del DM 77/2022 per il potenziamento della rete di cure domiciliari.

2° Livello - Cure Palliative Specialistiche (di pertinenza degli Enti Erogatori Accreditati con la Regione Lazio [HOSPICE])

Criteri generali di eleggibilità, parametri clinici:

- **Aspettativa di vita** limitata (generalmente < 6 mesi)
- **Karnofsky Performance Status (KPS)** ≤ 50
- Necessità di **supporto sintomatologico** complesso

Indicatori specifici:

- Ricoveri ripetuti
- Progressivo declino nutrizionale
- Impossibilità a trattamenti specifici
- Necessità di controllo sintomi intrattabili

Le cure palliative specialistiche si rivolgono a pazienti con necessità assistenziali più complesse, con un **CIA > 0,5** (che richiede almeno un intervento quotidiano da parte di un operatore sanitario) ed un **Karnofsky Performance Status (KPS) < 50**. Queste condizioni riflettono una fase avanzata della malattia con una prognosi limitata (aspettativa di vita ≤ 90 giorni).

Le cure specialistiche sono erogate dagli Hospice, in **setting sia domiciliare che residenziale**, e prevedono interventi multidisciplinari per il controllo dei sintomi e il supporto globale del paziente e



della sua famiglia. Il MMG è sempre un riferimento nel percorso assistenziale, sia domiciliare che residenziale, e condivide il percorso di cure con i colleghi della struttura Hospice.

Si attivano tramite la compilazione **Modulo Regionale** da inviare alla **COT-A**, che provvederà all'inserimento nella **piattaforma Regionale** prevista per la gestione delle liste d'attesa, ed agli **Hospice** (che insistono sul territorio della nostra ASL o, in accordo con utente e familiari, con le altre strutture assistenziali Regionali).

La COT-A lavora in sinergia con l'UVTHospice Aziendale per la valutazione dei percorsi assistenziali.

N.B. Tale percorso assistenziale, alla presa in carico dell'utente, comporta la cessazione dell'assistenza domiciliare territoriale del CAD e relativa ADI.

Gli Hospice che insistono sul territorio della ASL Roma 5 sono 3 e sono enti erogatori privati accreditati per il setting domiciliare o residenziale con un rapporto di 4:1 (4 posti domiciliari a fronte di 1 posto letto residenziale) per un totale di circa **40 posti letto residenziali** e **160 posti** per l'assistenza **domiciliare**.

Gli Hospice (Enti erogatori) che insistono sul territorio della ASL Roma 5 sono:

"Hospice Il Girasole" - Nomentana Hospital - Fonte Nuova - Responsabile Dott. Pantaleo Pagliula

hospiceilgirasole@gmail.com Assistenza Domiciliare e Residenziale

"Hospice IHG" - Italian Hospital Group - Guidonia - Responsabile Dott. Ugo Ciervo

hospice@italianhospitalgroup.com Assistenza Domiciliare e Residenziale

"Hospice INI Medicus" - Tivoli - Responsabile Dott.ssa Simona Barberi

ufficioricoveri.medicus@gruppoini.it Assistenza Domiciliare e Residenziale

ASSOCIAZIONI di VOLONTARIATO

Nell'ambito del PDTA le associazioni di volontariato possono:

- **Organizzare eventi di prevenzione** a favore della cittadinanza;
- **Formazione ed informazione;**
- **Trasporto e supporto** di pazienti oncologici;
- **Assistenza ai pazienti** a livello ospedaliero;
- **Servizio farmaco:** consegna a domicilio dei farmaci.

TABELLA INDICATORI

INDICATORI DI STRUTTURA



INDICATORE	ATTIVITA' VALUTATA	CUT-OFF*	OGGETTO VALUTAZIONE	FONTE
N° pz operati laparoscopia/ totale pz operati	Chirurgia	>50%	Qualità cura	SDO
N° interventi chirurgici per tumore colon /anno	chirurgia	>50	Qualità cura	SDO
N° interventi chirurgici per tumore retto /anno	chirurgia	>20	Qualità cura	SDO
INDICATORI DI PROCESSO				
INDICATORE	ATTIVITA' VALUTATA	CUT-OFF	OGGETTO VALUTAZIONE	FONTE
N° pz con tempo intercorso tra diagnosi e completamento stadiazione <30 gg	stadiazione	>90%	Accesso alle cure	Flussi regionali, database di struttura
N° pz valutati in team multidisciplinare/n° pz aventi indicazione a valutazione	Presenza in carico	>90%	Appropriatezza strategia	Database di struttura
N° pz con tumore del colon stadiati con TCtotal body /totale pz con t. colon	Stadiazione	>90%	Appropriatezza stadiazione	Database di struttura
N° pz con tumore del retto stadiati con RMN/totale pz con t. retto	Stadiazione	>90%	Appropriatezza stadiazione	Database di struttura
N° pz con t. del colon-retto con dosaggio CEA preoperatorio/ totale pz con t. colon retto	Stadiazione	>90%	Appropriatezza stadiazione	Database di struttura
N° pz con t. del retto trattati con terapia neoadiuvante /n° pz con t. retto localmente avanzato	Terapia neoadiuvante	>90%	Appropriatezza strategia	Database di struttura

N° pz con t. del colon-retto trattati con terapia adiuvante entro 8 settimane da chirurgia/n° pz con t. colon- retto aventi indicazione	Terapia adiuvante	>75%	Appropriatezza strategia	Database di struttura
N°pz con carcinoma coloretale con referto istologico su biopsia/polipectomia entro 10 giorni lavorativi dall'accettazione/Totale Pazienti con carcinoma coloretale che hanno effettuato biopsia o polipectomia	Diagnosi Patologica	> 80%	Accesso alle Cure	Data base di struttura
N° pz con carcinoma coloretale con referto di analisi di biologia molecolare (MSI, KRAS, NRAS,BRAF) su biopsia/polipo/campione chirurgico entro 10 giorni lavorativi dall'accettazione/Totale Pazienti con carcinoma coloretale con richiesta di analisi di biologia molecolare su tessuto	Diagnosi Patologica	80 %	Accesso alle Cure	Data base di struttura

Coordinamento del PDTA: Dott. Gianluca Liotta UOC Chirurgia Generale Ospedale C. Bernardini Palestrina

Supervisione scientifica alla redazione del PDTA:

- Dott.ssa Rosa Saltarelli Responsabile UOC Oncologia Medica Ospedale San Giovanni Evangelista Tivoli, Referente del Coordinamento Oncologico Aziendale





- Dott. Giovanbattista Giorgio Responsabile UOSD Chirurgia Generale Ospedale A. Angelucci Subiaco
- Dott.ssa Roberta Gareri Responsabile UOC Oncologia Medica Ospedale Parodi delfino Colferro

Collazione documentale:

- Dott.ssa Francesca Matilde Schipilliti Dirigente Medico UOC Oncologia Medica Ospedale San Giovanni Evangelista Tivoli
- Dott.ssa Paola Domini Dirigente Medico UOC Oncologia Medica Ospedale San Giovanni Evangelista
- Dott.ssa Francesca Sofia Di Lisa UOC Dirigente Medico UOC Oncologia Medica Ospedale San Giovanni Evangelista
- Dott.ssa Federica Simeoni Dirigente Medico UOC Oncologia Medica Ospedale San Giovanni Evangelista
- Dott.ssa Lorella Federici Funzione Organizzativa Percorsi Assistenziali Aziendali e Trasversali della cronicità e PDTA
- Dott. Carlo Camplone Dirigente Medico UOC Chirurgia Generale Ospedale C. Bernardini Palestrina
- Dott. Gabriele Martino Dirigente Medico UOSD Chirurgia Generale Ospedale Angelucci Subiaco

ALLEGATI:

1. Indicazioni operative per la colonscopia di II livello e la sorveglianza post- polipectomia
2. Ambulatorio infermieristico e stoma care (brochure)
3. Scheda attivazione infermiere di famiglia e di comunità
4. Modulo richiesta attivazione ADI
5. Modulo richiesta attivazione cure palliative

ALLEGATO I

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA COLONSCOPIA DI II LIVELLO E LA SORVEGLIANZA POST-POLIPECTOMIA

Documento a cura del Sottogruppo "Recepimento LLGG ESGE 2019, 2020, 2021" del Gruppo di Lavoro per la Revisione delle Linee Guida organizzative per lo screening del colon retto nella Regione Lazio
(n. G02609 del 27/02/2023)

Dott. Emilio Di Giulio
Dott. Paolo Fedeli
Dott. Marco Ferrara
Dott. Federico Iacopini

Il documento è stato condiviso con tutti i componenti del Gruppo di Lavoro (n. G02609 del 27/02/2023).

NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.



INTRODUZIONE

La qualificazione del percorso di cura finalizzato alla gestione del tumore del colon retto deve prevedere una integrazione fra le attività del programma di screening e quelle più espressamente cliniche legate alla fase della diagnosi, del trattamento e del follow-up dei casi diagnosticati.

Con il decreto del Commissario ad Acta 20 gennaio 2017, n. U00030, oltre la rete dei soggetti erogatori, è stato definito il percorso di screening riprendendo il documento tecnico contenente il protocollo diagnostico terapeutico dei programmi di screening del colon retto della Regione Lazio, basato sulle LLGG europee del 2013 (Endoscopy 2013).

Dopo la pubblicazione delle linee guida ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) sulla sorveglianza endoscopica post-polipectomia del colon-retto nel 2013, sono stati pubblicati numerosi e ampi studi di coorte che hanno confrontato incidenza e mortalità del cancro del colon-retto (CRC) post-polipectomia in popolazioni sottoposte e non a sorveglianza. I nuovi studi hanno maggiore rilevanza clinica dei precedenti che invece confrontavano il rischio di neoplasia avanzata post polipectomia e, quindi, le LG ESGE sono state aggiornate (Endoscopy 2020) adottando un approccio conservativo e selettivo.

Le principali evidenze prese in considerazione, nelle nuove linee guida ESGE, sono:

- Il ruolo di una adeguata preparazione intestinale
- La corretta gestione dei pazienti che devono eseguire una colonscopia in trattamento con antiaggreganti ed anticoagulanti.
- La Sorveglianza post-polipectomia, considerando che:
 - il rischio di CRC post-polipectomia dei soggetti con adenomi è simile o leggermente superiore a quello della popolazione generale o dei soggetti senza adenomi.
 - l'efficacia della sorveglianza in pazienti ad alto rischio di CRC risulta essere <1% e sembra nulla nei pazienti a basso rischio.
 - il ruolo prognostico di alcune caratteristiche endoscopiche o istologiche è stato ridimensionato: il rischio attribuito alla molteplicità o all'istologia villosa sembra essere basso o trascurabile.
 - al ruolo prognostico delle lesioni serrate >10 mm e/o con displasia è stata data maggior rilevanza

Il presente documento rivede questi aspetti del percorso dello screening del colon retto, adeguandoli alle nuove LLGG ESGE del 2019, 2020 e 2021 e fornendo un quadro di criteri di buona pratica clinica da adottare nei protocolli e procedure dei percorsi di prevenzione.

I. PREPARAZIONE INTESTINALE PER LA COLONSCOPIA DI SCREENING¹

Una adeguata preparazione intestinale è fondamentale nella esecuzione della colonscopia di screening in quanto consente una elevata accuratezza diagnostica e sicurezza operativa della metodica. Il grado di pulizia del colon influenza la percentuale di mucosa visualizzata in corso di esame, la percentuale di esami condotti sino al cieco, la capacità di identificare adenomi (*adenoma detection rate* - ADR) o lesioni del colon e la possibilità di eseguire un esame operativo.

Dieta

Il giorno prima della colonscopia raccomandato bere (2 o più litri di acqua, se non controindicato) e di seguire una dieta a basso contenuto di fibre (ossia con una quantità di fibre <10 g/giorno).

Nella tabella I viene riportato un elenco degli alimenti concessi e da evitare il giorno prima dell'esame.

Timing per quando eseguire la preparazione intestinale

È raccomandata:

- L'assunzione della preparazione per la colonscopia in due tempi (*split-dose bowel preparation*), in cui la prima dose deve essere assunta il pomeriggio/sera prima dell'esame e la seconda dose la mattina dell'esame e comunque completata almeno due ore prima della procedura endoscopica
- L'assunzione della seconda dose della preparazione va iniziata entro le 5 ore precedenti la colonscopia e terminata almeno due ore prima della procedura
- Se la colonscopia è programmata nel pomeriggio la preparazione può, in alternativa alla assunzione frazionata, essere assunta tutta la mattina dell'esame (*same-day bowel preparation*).

Tipo di lassativi utilizzati per la preparazione alla colonscopia

È raccomandato l'utilizzo di preparazioni a base di PEG (*polyethylene glycol*) ad alto, basso o bassissimo volume o in alternativa l'utilizzo di altre preparazioni non a base di PEG clinicamente validate (tabella 2 e tabella 3).

Le preparazioni a base di PEG e le preparazioni non a base di PEG clinicamente validate presentano tutte la stessa efficacia se assunte con un Timing corretto (*split-dose bowel preparation* o *same-day bowel preparation*).

In pazienti a rischio di squilibri elettrolitici la scelta del lassativo va individualizzata.

Farmaci aggiuntivi ai lassativi utilizzati per la preparazione alla colonscopia

Le LLGG non danno indicazione all'uso di routine di farmaci procinetici o alla esecuzione di clisteri evacuativi

L'ESGE suggerisce l'aggiunta alla preparazione intestinale di *simeticone*, o l'utilizzo di preparazioni contenenti *simeticone*, in quanto questo contribuisce a migliorare il grado di pulizia intestinale.

Scelta della preparazione intestinale sulla base delle co-morbidity/tipologia di paziente

- a. **Soggetti anziani:** i pazienti anziani tendono a presentare una preparazione meno adeguata. Non ci sono evidenze sufficienti per raccomandare un tipo di preparazione particolare in questi pazienti. Preparazioni osmoticamente bilanciate a base di PEG sono teoricamente più sicure e vanno privilegiate. L'assunzione della preparazione con modalità frazionata aumenta la compliance del paziente

¹ Hassan C, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2019. *Endoscopy*. 2019;51:775-794.

- b. **Popolazioni a rischio** (insufficienza renale cronica, scompenso cardiaco o scompenso epatico con ascite): in questi pazienti è consigliabile impiegare preparazioni osmoticamente bilanciate a base di PEG in quanto più sicure.
- c. **Pazienti con malattie infiammatorie** croniche intestinali (Inflammatory Bowel Disease - IBD): in questi pazienti è raccomandato l'uso di preparazioni intestinali a base di PEG sia ad alto che a basso volume
- d. **Pazienti con stipsi cronica**: non sono disponibili suggerimenti specifici.
- e.

TABELLA 1 - Dieta a basso contenuto di fibre da seguire il giorno precedente la colonscopia

TIPO DI ALIMENTI	CONCESSI	DA EVITARE
Latte e latticini	Latte, burro, formaggio, gelato, sorbetto, yogurt (senza semi, frutti di bosco o noci)	yogurt (con semi, frutti di bosco o noci)
Verdure	Tutte le verdure cucinate e senza semi, lattuga, patate senza buccia, brodo di verdura filtrato	Tutte le verdure crude (eccetto la lattuga), verdure fritte, mais, cipolla e buccia di patate
Cibi con proteine	Uova, tofu, carne morbida cotta, pollame e pesce	Legumi, noci, semi, tagli di carne dura o gommosa
Frumento e derivati	Pane/crackers/pasta di farina raffinata, riso bianco	Riso integrale, pasta/pane/crackers di cereali integrali
Frutta	Succhi senza polpa, purea di frutta in scatola senza buccia (eccetto ananas), mela sbucciata, banana o melone	Tutta la frutta (fatta eccezione per mela sbucciata, banana e melone) frutta secca, succo di prugna
Bevande	Caffè, tè, camomilla, acqua	
Condimenti	Tutti	

TABELLA 2 - Lassativi intestinali utilizzati per la preparazione alla colonscopia

TIPI DI LASSATIVO	
Alto volume PEG	4 L PEG (polyethylene glycol)
	4 L PEG + simeticone
Basso volume PEG	2 L PEG + simeticone
	2 L PEG + ac ascorbico
	2 L PEG + citrato + simeticone
	2 L PEG e simeticone + bisacodile
Bassissimo volume PEG	1 L PEG + ac ascorbico
Preparazioni NON a base di PEG	Magnesio citrato più picosolfato (MCSP)

TABELLA 3 - Lassativi intestinali utilizzati per la preparazione alla colonscopia^{1,2}

TIPO LASSATIVO	SAFETY
Alto volume PEG (polyethylene glycol)	
4 L PEG	Non raccomandato in caso di: - Scompenso cardiaco (NYHA III o IV)
Basso volume PEG	
2 L PEG + ac ascorbico	Non raccomandato in caso di: - Severa insufficienza renale (creatinina clearance <30 mL/min) - Scompenso cardiaco (NYHA III o IV) - Fenilchetonuria - Favismo
2 L PEG + citrato	Non raccomandato in caso di: - Severa insufficienza renale (creatinina clearance <30 mL/min) - Scompenso cardiaco (NYHA III o IV) - Angina instabile o IMA
2 L PEG + bisacodile	Non raccomandato in caso di: - Scompenso cardiaco (NYHA III o IV) Presenti report di colite ischemica per alte dosi di bisacodile
2 L PEG senza sali	Nessuna controindicazione
Bassissimo volume PEG	
1 L PEG + ac ascorbico	Non raccomandato in caso di: - Severa insufficienza renale (creatinina clearance <30 mL/min) - Scompenso cardiaco (NYHA III o IV) - Fenilchetonuria - Favismo
Preparazioni NON a base di PEG	
Magnesio citrato più picosolfato	Non raccomandato in caso di: - Scompenso cardiaco - Ipermagnesemia - Severa insufficienza renale - Pazienti a rischio per ipermagnesemia o rabdomiolisi
<p>1. Hassan C, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2019. <i>Endoscopy</i>. 2019;51:775-794.</p> <p>2. Spadaccini M et al. Efficacy and Tolerability of High- vs Low-Volume Split-Dose Bowel Cleansing Regimens for Colonoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Clin Gastroenterol Hepatol</i>. 2020;18:1454-1465</p>	

2. L'ENDOSCOPIA NEI PAZIENTI IN TERAPIA ANTIAGGREGANTE E ANTICOAGULANTE

La prescrizione di terapie antiaggreganti e soprattutto anticoagulanti è in progressivo aumento; per questi ultimi i dati italiani (AIFA) riportano un incremento di oltre il 30% negli ultimi 10 anni. Il fenomeno incide sulla pratica endoscopica imponendo valutazioni complesse. La decisione di sospendere la terapia deve essere adattata al singolo paziente, bilanciando il rischio cardiovascolare tromboembolico con il rischio di sanguinamento correlato alla procedura (vedi flow chart).

La colonscopia di screening è potenzialmente operativa e la polipectomia deve essere considerata una procedura ad alto rischio emorragico; risulta pertanto fondamentale definire la classe di rischio trombo-embolico sulla base delle comorbidità e dei precedenti anamnestici (valutazione con CHADS₂-score). La valutazione deve essere sempre condivisa con il paziente.

L'uso di aspirina (fino a 100 mg.), in assenza di pre-esistenti disordini della coagulazione, non costituisce una controindicazione a procedure endoscopiche, anche operative, nell'ambito della colonscopia; la terapia può essere mantenuta soprattutto se prescritta in profilassi secondaria. In corso di terapia con anticoagulanti orali un INR nel range terapeutico (1.5-2.5), consente di effettuare endoscopie diagnostiche e biopsie.

Oltre l'acido acetilsalicilico (ASA), le tienopiridine e le più recenti ciclopentiltriazolopirimidine sono gli antiaggreganti più utilizzati; la ticlopidina è un farmaco di prima generazione ed il suo impiego si sta riducendo a vantaggio di nuove molecole (clopidogrel, ticagrelor, prasugrel).

Nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare con stent coronarici l'interruzione prematura della terapia può comportare la trombosi dello stent, sia precoce (entro 1 mese) che tardiva, eventi associati ad elevata morbilità e mortalità; pertanto in questi casi non è possibile sospendere i farmaci antiaggreganti prescritti. Si potrà comunque effettuare, dopo aver adeguatamente informato il paziente (con sangue occulto positivo), una colonscopia diagnostica per escludere patologia di rilievo, ma sarà necessario rinviare le procedure endoscopiche operative (concordando tempistica e terapia con il cardiologo).

In corso di terapia anticoagulante tradizionale (warfarin o acenocumarolo) si procede a sostituzione temporanea con eparine a basso peso molecolare (EBPM, dosaggio sempre da definire sulla base della funzionalità renale) solo nei soggetti ad alto rischio trombo-embolico; nelle procedure a maggior rischio di sanguinamento si può ipotizzare di ritardare la reintroduzione del farmaco in accordo con il cardiologo.

I nuovi anticoagulanti orali diretti (DOAcS o NAO), inibitori del fattore Xa (rivaroxaban, apixaban, edoxaban) e della trombina (dabigatran) presentano indicazioni terapeutiche in espansione e richiedono particolare attenzione per la disponibilità di dati ancora scarsa nella pratica endoscopica. Considerate le favorevoli caratteristiche di farmacocinetica, non richiedono la sostituzione con EBPM.

Le valutazioni posologiche e gli intervalli di sospensione sono sempre comunque da correlare alla funzione renale, soprattutto nei soggetti in età avanzata che presentano comorbidità ed assumono altri farmaci. In situazioni particolari può essere opportuno consultare l'ematologo o il nefrologo di riferimento. Sono oggi disponibili antidoti efficaci, ma ad alto costo e con disponibilità limitata, da riservare a situazioni di emergenza-urgenza e generalmente non previsti in un contesto di elezione-screening.

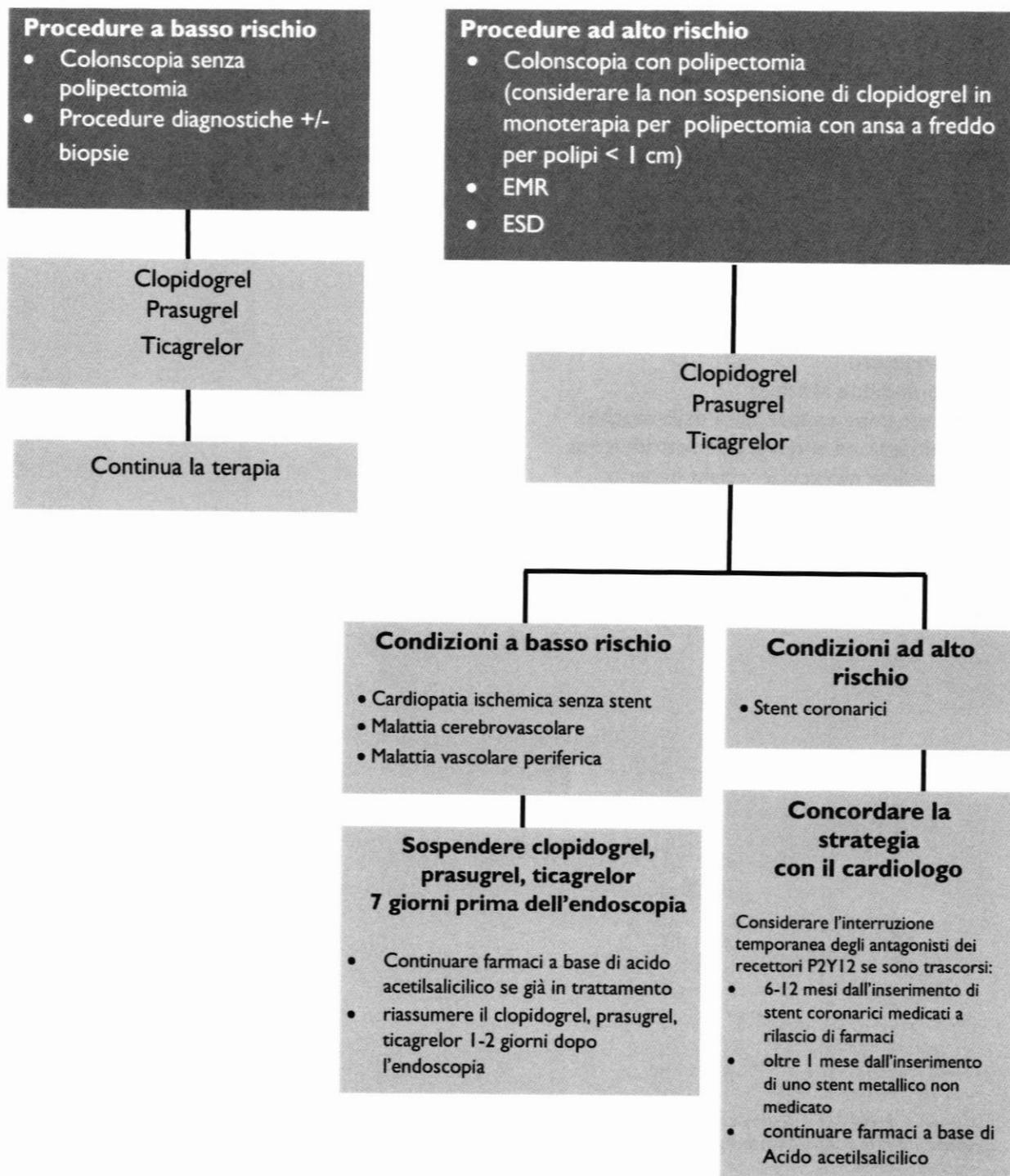
L'utilizzo della polipectomia con ansa "a freddo" per lesioni <10 mm deve essere incoraggiato perché la letteratura supporta questa tecnica per il ridotto rischio di sanguinamento post polipectomia. Anche il posizionamento di clip risulta costo-efficace, soprattutto in caso di resezione di lesioni >20mm e nel colon destro. La disponibilità di elettrobisturi dedicati all'endoscopia, con impostazioni di correnti standardizzate alla polipectomia e con gestione automatica della corrente di taglio e coagulo, garantisce migliori risultati in termini di rischio emorragico.

Si rinvia alle tabelle allegate per i dettagli operativi nella gestione dei farmaci.

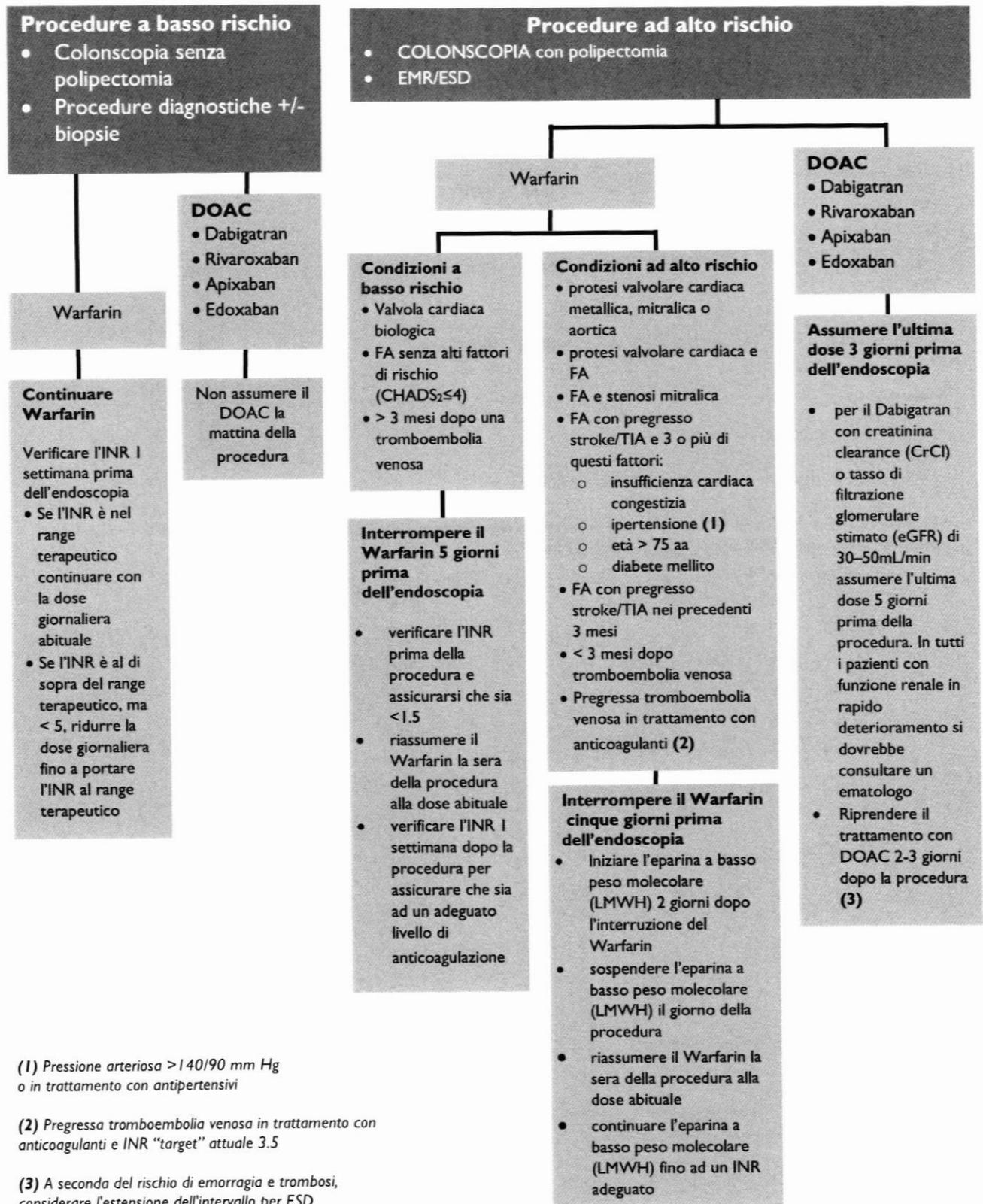
Abbreviazioni

FA = fibrillazione atriale;
EMR= resezione endoscopica della mucosa;
ESD = dissezione endoscopica sottomucosa;
LMWH = low molecular weight heparin;
DOAC: anticoagulanti orali diretti
ASA: acido acetil salicilico
PEG: poliethylen glycole
LG: linee guida
TIA = attacco ischemico transitorio

Flow chart - Gestione dei pazienti che devono eseguire una colonscopia in trattamento con antiaggreganti piastrinici antagonisti dei recettori p2y12



Flow chart - Gestione dei pazienti che devono eseguire una colonscopia in trattamento con anticoagulanti



(1) Pressione arteriosa > 140/90 mm Hg o in trattamento con antipertensivi

(2) Pregressa tromboembolia venosa in trattamento con anticoagulanti e INR "target" attuale 3.5

(3) A seconda del rischio di emorragia e trombosi, considerare l'estensione dell'intervallo per ESD

Tabella riassuntiva gestione peri-operativa dei DOAC

DOAC	Interruzione pre-colonscopia del DOAC					Il giorno della colonscopia	Riassunzione post-colonscopia del DOAC				
	5 giorni prima	4 giorni prima	3 giorni prima	2 giorni prima	1 giorno prima		Resezione lesione	1 giorno dopo	2 giorni dopo	3 giorni dopo	4 giorni dopo
APIXABAN	A	A	A	NA	NA	Non assumere DOAC	Si	NA	F	F	A
							NO	A	A	A	A
DABIGATRAN ETEXILATO (CrCL ≥50 mL/min)	A	A	A	NA	NA		Si	NA	F	F	A
							NO	A	A	A	A
DABIGATRAN ETEXILATO (CrCL <50 mL/min)	A	NA	NA	NA	NA		Si	NA	F	F	A
							NO	A	A	A	A
RIVAROXABAN	A	A	A	NA	NA		Si	NA	F	F	A
							NO	A	A	A	A

A = assumere il DOAC

NA = NON assumere il DOAC

F = valutazione flessibile su quando riassumere il DOAC

Veitch Andrew et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update

3. FOLLOW-UP ENDOSCOPICO POST POLIPECTOMIA

Lo scopo principale della sorveglianza endoscopica (follow-up) post polipectomia è quello di identificare e rimuovere neoplasie colo-rettali metacrone che si sviluppano dopo aver ottenuto il "clean colon" (colon privo di lesioni neoplastiche). Tutte le colonscopie diagnostiche ed operative per la visualizzazione dell'intero colon con adeguata preparazione e la resezione delle lesioni identificate non rientrano nella definizione di colonscopie di sorveglianza.

La raccomandazione per la sorveglianza post polipectomia deve essere data solo dopo aver visionato il risultato dell'esame istologico. Ai fini della definizione degli intervalli di sorveglianza la misurazione degli adenomi deve essere effettuata dal patologo nella maniera più accurata possibile.

La sorveglianza post polipectomia è definibile dopo la completata asportazione e definizione istologica di tutte le lesioni identificate e i parametri essenziali per la definizione dell'intervallo temporale di sorveglianza sono:

1. la numerosità degli adenomi;
2. le dimensioni degli adenomi e/o delle lesioni serrate;
3. il grado di displasia.

In base a questi parametri, i soggetti sottoposti a colonscopia sono stratificati in due gruppi con diverse necessità di sorveglianza:

Diagnosi (fino a clean colon)	Sorveglianza
<ul style="list-style-type: none"> • adenomi: fino a n.4, <10mm, con basso grado di displasia (LGD); • lesioni serrate: <10 mm, senza displasia; 	Test FIT dopo 5 anni (colon non necessaria)
<ul style="list-style-type: none"> • adenomi \geqn.5 o \geq10mm o con displasia di alto grado (HGD); • lesione serrata \geq10 mm o con displasia. 	Colonscopia a 3 anni, poi se negativa ripetere dopo 5 anni, poi se negativa, FIT dopo 5 anni

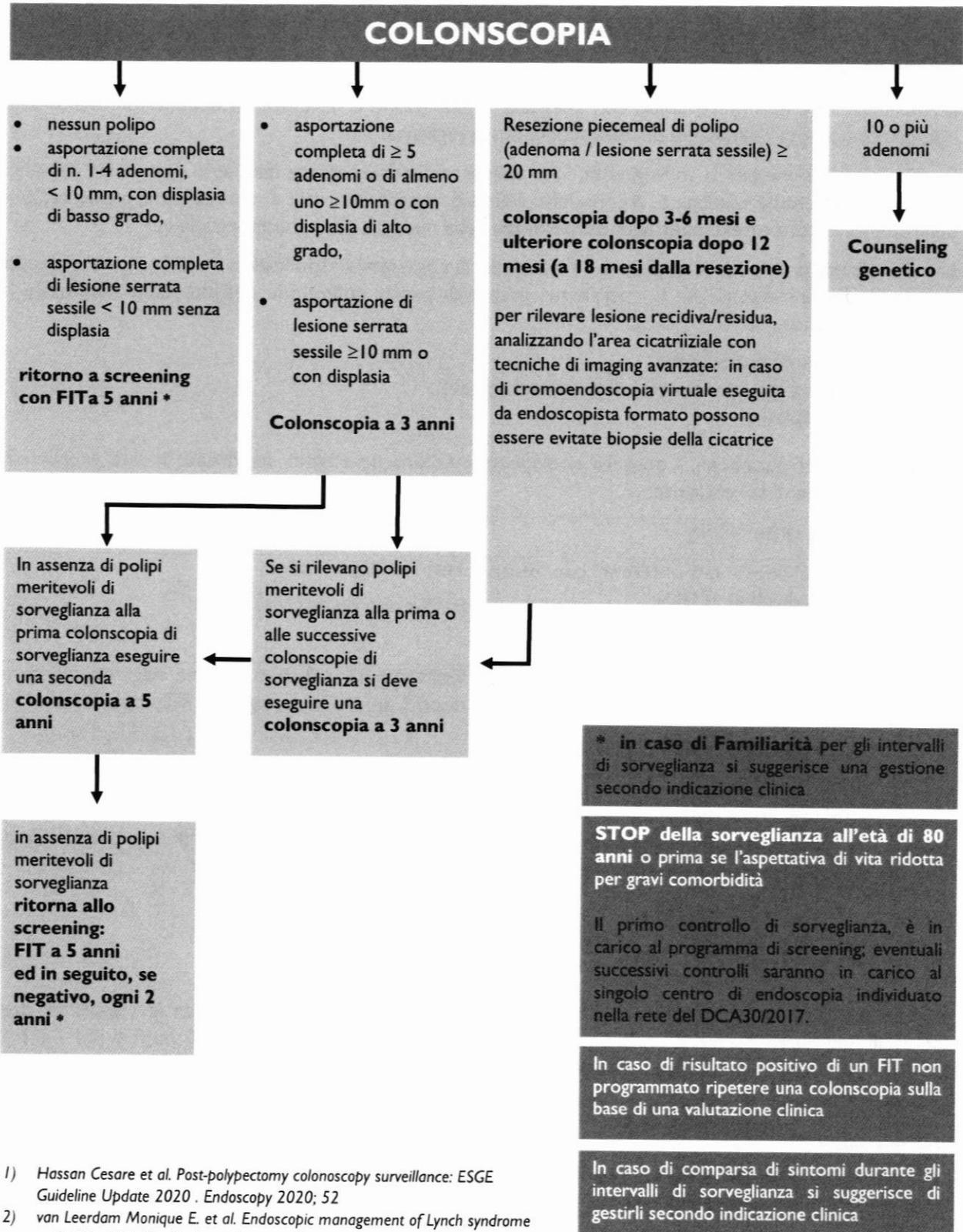
I soggetti sottoposti a resezione di adenoma \geq 20 mm in multipli frammenti (piecemeal), devono eseguire la successiva colonscopia e breve termine per definire la completezza della resezione dopo 3-6 mesi e dopo ulteriori 12 mesi (a 18 mesi dalla resezione).

In presenza di 10 o più adenomi è raccomandato il counseling genetico.

Riguardo ai polipi iperplastici non ci sono evidenze che indichino con certezza la tempistica degli intervalli. Un certo rischio è considerato per i polipi di grandi dimensioni (\geq 10 mm) e per i casi di poliposi iperplastica, soprattutto se localizzati prossimalmente al sigma.

Per la sorveglianza in presenza di adenomi cancerizzati si rimanda alle schede sulla sorveglianza dopo intervento chirurgico o resezione endoscopica: "Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline"

Flow chart sorveglianza post-polipectomia



1) Hassan Cesare et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: ESGE Guideline Update 2020. *Endoscopy* 2020; 52
2) van Leerdam Monique E. et al. Endoscopic management of Lynch syndrome and of familial risk of colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2019; 51: 1082-1093

**INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA'****SCHEDA DI ATTIVAZIONE INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA'**
cot@aslroma5.it

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____ Sesso: _____

Comune _____ Via _____ Tel _____

Caregiver _____ Telefono _____ Mail _____

Rete Familiare : Presente Assente Cad Attivo: Si No Richiesto Stato Civile: Coniugato/a Vedovo/a Celibe/nubile Separato/a Convivenza: Solo/a Con coniuge Con figli Altri Assistito/a da : Coniuge Figli Nipoti Badante Altri **PRINCIPALI PATOLOGIE**

IPERTENSIONE ARTERIOSA	SCOMPENSO CARDIACO
CARDIOPATIA ISCHEMICA	INSUFFICIENZA RENALE
MORBO DI PARKINSON	MALATTIA ALZHEIMER O ALTRA DEMENZA
DIABETE	DISLIPIDEMIA
BPCO	FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA
IPOVISIONE/CECITA'	IPOACUSIA/SORDITA'

ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO:

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN ATTO:



INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA'

INDICAZIONI PER LA PRESA IN CARICO :

AZIONE PROATTIVA INFERMIERISTICA PER PAZ CRONICO	
SUPPORTO ATTIVO DI ORIENTAMENTO ALLA PERSONA O AL CARE GIVER	
EDUCAZIONE NELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	
ORIENTAMENTO ALLA CORRETTA FRUIZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI	
EDUCAZIONE ALLA CORRETTA ADESIONE ALLA TERAPIA PRESCRITTA	
MONITORAGGIO PERIODICO DEI PARAMENTRI VITALI E DEI BISOGNI SOCIO ASSISTENZIALI	
SVILUPPO DELLE CAPACITA' DI AUTOGESTIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE	
EDUCAZIONE ALL'AUTOGESTIONE DELLE STOMIE E DELLA DISABILITA'	
EDUCAZIONE SANITARIA AI SANI STILI DI VITA, ALL'EMPOWERMENT-ALL'ABILITY TO COPE E AL SELF CARE	
FACILITAZIONE DELL'ACCESSIBILITA' ALLA PROTESICA E ALLE VISITE SPECIALISTICHE	
ATTIVAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI PERSONALIZZATI	
VALUTAZIONE PERIODICA CON MMG	

ALTRO :

MEDICO RICHIEDENTE :

MMG OSPEDALIERO AMBULATORIO SPECIALISTICO PDTA

UCP (INDIRIZZO) _____ MAIL : _____

DATA: _____ FIRMA _____

Transizione da Ospedale a Territorio : Valutazione UVM Nulla Osta SI NO

DATA _____

FIRME UVM : MEDICO INFERMIERE ASS. SOCIALE



➔ Obiettivi specifici dell'IFeC

- ◆ Supportare le famiglie nei contesti domestici fornendo le necessarie informazioni utili alla gestione del caso e alla riduzione delle situazioni di rischio.
- ◆ Rendere le famiglie e la comunità responsabili del mantenimento della loro salute in modo che agiscano proattivamente rispetto ai principali determinanti della salute passando da un paradigma di medicina d'attesa a medicina d'iniziativa.
- ◆ Miglioramento della qualità di vita mantenendo il più possibile la persona fragile nel suo domicilio o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione.
- ◆ Garantire omogeneità di offerta dell'assistenza infermieristica a tutti i cittadini del territorio lavorando in sinergia con i medici di medicina generale o pediatri di libera scelta (MMG/PLS) riuniti in Unità di Cure Primarie (UCP).
- ◆ Sviluppare un'assistenza qualitativamente elevata basata sulle migliori evidenze disponibili, sulla valutazione continua degli esiti assistenziali e sulla ricerca.
- ◆ Mappare i bisogni assistenziali rispetto alle principali patologie identificate (BPCO ipertensione-diabete- scompenso cardiaco).

Contatti:

DISTRETTO TIVOLI

Piazza Massimo 1, 00019 Tivoli (RM)
Stanza n°33 -1° Piano
tel 0774 704796-0774 704789
mail : infermierefamigliaecomunita.dstivoli@aslroma5.it

DISTRETTO DI GUIDONIA

Via dei Castagni 20/22 - 00012 Guidonia (RM)
Stanza n° 133- 1° Piano
0774 779770-0774 77919
mail : infermierefamigliaecomunita.dsguidonia@aslroma5.it

DISTRETTO DI PALESTRINA (ZAGAROLO)

Via Borgo San Martino 3 - 00039 Zagarolo (RM)
Stanza n° -1° Piano
06 95322802-0695322830
mail : infermierefamigliaecomunita.dspalestrina@aslroma5.it

DISTRETTO DI SUBIACO

Largo Mazzini snc - 00028 Subiaco (RM)
Piano terra
07748115053 - 07748115058
mail : infermierefamigliaecomunita.dssubiaco@aslroma5.it

DISTRETTO COLLEFERRO

Via degli Esplosivi n°9
Piano terra
06 97097572-06 97097796
mail : infermierefamigliaecomunita.dscolleferro@aslroma5.it

DISTRETTO MONTEROTONDO

0774 779770-0774 77919
mail : infermierefamigliaecomunita.dsmonterotondo@aslroma5.it



INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

ASL ROMA 5
cot@aslroma5.it

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA è il professionista che opera in collaborazione con il MEDICO DI MEDICINA GENERALE, la sua funzione primaria è quella di "FACILITATORE" e assicura la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare che ambulatoriale.

COS'È?

È un servizio organizzato e gestito da infermieri esperti nella gestione di stomie digestive e urinarie e di lesioni cutanee acute e croniche di tutte le eziologie.

In collaborazione con la rete ospedale – territorio: i Medici di Medicina Generale (MMG), Medici Ospedalieri e Specialisti, garantisce un programma personalizzato sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, garantendo la presa in carico di tutti gli utenti che necessitano di cure assistenziali, educative e terapeutiche.

A CHI È RIVOLTO

A tutte le persone affette da lesioni cutanee di varia eziologia: ferite chirurgiche; lesioni da trauma, lesioni vascolari, lesioni da pressione, ustioni.



A tutte le persone portatrici di stomie: digestive (colonstomia e ileostomia); urinarie (nefrostmie).

PRESTAZIONI EROGATE

- Educazione alla gestione della stomia, stili di vita e suggerimenti alimentari;
- Orientamento e informazione sui presidi disponibili, supporto alla scelta di quello più idoneo;
- Educazione all'irrigazione della stomia digestiva a scopo riabilitativo o come preparazione ad esami diagnostici-strumentali;
- Educazione all'individualizzazione precoce delle complicanze stomali;
- Prevenzione lesioni cutanee;
- Medicazioni semplici;
- Medicazioni avanzate;
- Tampone colturale della ferita
- Trattamento lesioni arti inferiori;
- Fasciatura semplice;
- Bendaggio adesivo elastico;
- Bendaggio con ossido di zinco,
- Consulenza wound care per la gestione della terapia a pressione

MODALITÀ DI ACCESSO

- ▶ Con accesso diretto, rivolgendosi all'infermiere presente nell'ambulatorio oppure previo contatto telefonico al numero indicato o e-mail.
- ▶ Con prescrizione medica (Medico di Medicina Generale, Medico Specialista, Medico Ospedaliero, Medico di Pronto soccorso).
- ▶ La prestazione verrà eseguita previa registrazione al CUP (ogni richiesta è valida per otto prestazioni).

CONTATTI UTILI

☎ 0774.3164253 / 0774.3164266

☎ 3312699052

✉ consulenzawoundcare@aslroma5.it

DOVE CI TROVIAMO



VIA A. PARROZZANI 3,
TIVOLI (RM)
ALA C - POLIAMBULATORI
N° 2 PIANO, STANZA 4



ORARI DI APERTURA
LUNEDÌ, MERCOLEDÌ E VENERDÌ
DALLE ORE 14:30 ALLE ORE 16:30

RESPONSABILI

👤 Dr.ssa Luigia Carboni: Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali - UOC Infermieristica e Ostetrica

👤 Dr.ssa Ilaria Serafini: Funzione Organizzativa, Sistemi assistenza avanzata prevenzione allettamento (wound care)

OSPEDALE "S.GIOVANNI
EVANGELISTA" DI TIVOLI

ASL ROMA 5

AMBULATORIO INFERMIERISTICO STOMA CARE E MEDICAZIONI COMPLESSE

DIPARTIMENTO DELLE
PROFESSIONI SANITARIE E
SOCIALI

UOC INFERMIERISTICA E
OSTETRICA



ORGANIZZATO E GESTITO DA INFERMIERI
SPECIALIZZATI IN STOMA TERAPIA E
WOUND CARE



Necessità assistenziali particolari in atto o da assicurare

- Chemio/radioterapia in atto Ossigenoterapia (OLT) Ventilazione meccanica assistita
 Tracheostomia Broncoaspirazione Drenaggio posturale Dialisi Trasfusioni periodiche
 Nutrizione Parenterale Nutrizione enterale (SNG PEG) Catetere vescicale (a permanenza a intermittenza)
 Catetere sovrapubico Uretronefrostomia Catetere Venoso Centrale o Periferico (CVC o PICC)
 Catetere epidurale Drenaggi Enterostomia Ulcere cutanee da qualsiasi causa
 Terapia infusionale ECG periodici prelievi ematici periodici
 Accessi MMG/PLS (ADP) con periodicità: settimanale quindicinale mensile
 Visite specialistiche periodiche (specificare) _____
 Altro _____

PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO

- Riabilitazione Territoriale (ex art.26 833/78) in regime:
 Residenziale Semiresidenziale Domiciliare
 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) RSA (Assistenza Residenziale a lungo termine)

Finalità e obiettivi del percorso assistenziale richiesto:

- Stabilizzazione e prevenzione progressione dei sintomi Monitoraggio stato clinico/assistenziale
 Recupero funzioni perse o ridotte Prevenzione anchilosi/ipomobilità Sviluppo strategie compensatorie
 Educazione utilizzo protesi/ausili Altro _____

Il compilatore

- MMG/PLS** **Medico ospedaliero** **Specialista ambulatoriale**

Cognome _____ Nome _____

Recapito tel _____ e-mail _____

Se medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:

Ospedale/Servizio _____

Reparto/Unità Operativa _____

Data _____ **Timbro e Firma** * c.r. _____

inviare a cad.palestrina@aslroma5.it

* codice regionale



**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE**

(FACSIMILE DELLA SCHEDA VISUALIZZABILE NELLA PIATTAFORMA REGIONALE SIAT - APPLICATIVO HOSPICE)

Protocollo _____

data _____

1. Dati Anagrafici

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ M F

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DOMICILIATO IN VIA/P.ZZA _____ CAP _____

RESIDENZA (se diversa dal domicilio) _____

ASL DI RESIDENZA _____ DISTRETTO _____ Tel _____

Tel. cellulare _____ EMAIL _____

La richiesta è per:Hospice residenziale Unità di Cure Palliative domiciliare (UCP) Obiettivi di cura : controllo dei sintomi supporto alla famiglia **Provenienza della Richiesta**

Data della richiesta di presa in carico _____

IL PAZIENTE ATTUALMENTE SI TROVA: a domicilio in ospedale altro (specificare) _____Richiesta proveniente da: Struttura sanitaria MMG Medico Specialista

Tipo struttura di provenienza

Ospedale/Reparto _____

Medico referente del caso/telefono _____

Richiedente (Firma e Timbro del Medico) _____ Codice prescrittore _____

Informativa preliminareIl malato è consapevole della diagnosi? SI NO ParzialmenteIl malato è consapevole della prognosi? SI NO ParzialmenteIl malato è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? SI NO ParzialmenteIl familiare è consapevole della diagnosi? SI NO ParzialmenteIl familiare è consapevole della prognosi? SI NO ParzialmenteIl familiare è informato sulla tipologia della struttura dove sarà ricoverato? SI NO ParzialmenteIl Paziente e/o Familiare sono stati chiaramente informati che è stata fatta la domanda di assistenza per l'UCP domiciliare o per l'hospice residenziale? SI NO ParzialmenteIl Paziente e/o Familiare acconsentono e sottoscrivono? SI NO

Firma del paziente o del familiare di riferimento _____

2. Strutture di Ricovero (segnalare fino a un massimo di 4 strutture di preferenza del paziente e famiglia)

	Struttura	Note
1		
2		
3		
4		

3. Scheda Medica
Patologia principale oncologica non oncologica

Specificare la patologia _____ (codice ICD9CM) _____

Specificare la recidiva _____ (codice ICD9CM) _____

Specificare eventuali metastasi _____ (codice ICD9CM) _____

 Infezioni in atto? (se si specificare) NO SI _____

 Il paziente è in trattamento con finalità palliative? NO SI (se si specificare quale tipo e durata)

TIPO _____ Farmaci _____

Precedenti trattamenti attuati:
 Chirurgia Chemioterapia Radioterapia Nessuno Altro _____
Terapia in atto

Farmaco	Dettagli terapia

Altre patologie rilevanti

Codice ICD9CM	Descrizione

Schede di valutazione**Indice di Karnofsky**

<input type="checkbox"/> 100	Paziente in salute	<input type="checkbox"/> 50	Paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
<input type="checkbox"/> 90	Paziente con segni e sintomi di malattia tali da permettere un'attività lavorativa normale	<input type="checkbox"/> 40	Paziente inabile richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno
<input type="checkbox"/> 80	Paziente che svolge un'attività normale ma con fatica	<input type="checkbox"/> 30	Paziente con indicazione a ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
<input type="checkbox"/> 70	Paziente incapace di lavorare ma può badare a sé stesso	<input type="checkbox"/> 20	Paziente con gravi compromissioni di funzione di organo (una o più) irreversibili
<input type="checkbox"/> 60	Paziente incapace di lavorare e richiede assistenza per camminare	<input type="checkbox"/> 10	Paziente moribondo



Indice del dolore (Indicare l'intensità del dolore secondo la scala NRS)

	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Sede del dolore (specificare)											

Sintomi principali (barrare le caselle se compaiono i sintomi indicati)

<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Angoscia	<input type="checkbox"/> Anoressia	<input type="checkbox"/> Ansia
<input type="checkbox"/> Astenia/Fatica	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Confusione	<input type="checkbox"/> Delirium
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Dispepsia
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Edemi	<input type="checkbox"/> Emorragia	<input type="checkbox"/> Febbre
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Sopore
<input type="checkbox"/> Stipsi	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Tremori/Mioclonie
<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Altro
Altre problematiche	<input type="checkbox"/> Alcolismo	<input type="checkbox"/> Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici

Problematiche assistenziali

Nutrizione artificiale	Parenterale	Periferica <input type="checkbox"/>	Catetere venoso centrale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Centrale <input type="checkbox"/>			
		Nessuna <input type="checkbox"/>			
	Enterale	SNG <input type="checkbox"/>	Stomie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEJ <input type="checkbox"/>	Drenaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		PEG <input type="checkbox"/>	Medicazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nessuna <input type="checkbox"/>					
Ossigeno terapia	Al bisogno <input type="checkbox"/>	Lesioni da pressione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Continuativa <input type="checkbox"/>				
	Nessuna <input type="checkbox"/>	Terapia trasfusionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ventilazione meccanica a lungo termine	Invasiva <input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Non invasiva <input type="checkbox"/>				
	Nessuna <input type="checkbox"/>				

Previsione clinica di sopravvivenza

Molto breve < 7 giorni <input type="checkbox"/>	Breve < 30 giorni <input type="checkbox"/>	Media < 90 giorni <input type="checkbox"/>	Lunga > 90 < 180 giorni <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

4. Dati del/dei Familiari di riferimento

Cognome _____ Nome _____

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, o altro familiare) _____

Indirizzo _____

Telefoni fisso e cellulare _____

Altre persone di sostegno _____

Situazione sociale

Convivente con malattie invalidanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Minori a carico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Convivente con problemi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Persona sola	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Convivente alcolista	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Problematiche familiari sociali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Convivente tossicodipendente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Abitazione non idonea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Ruolo dei familiari

costante e attivo parzialmente attivo occasionale, su richiesta inconsistente

5. Piano Assistenziale Individuale (barrare i bisogni individuati al momento della richiesta)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Controllo del dolore | <input type="checkbox"/> Controllo sintomi psicocomportamentali (angoscia, agitazione, delirium, etc...) |
| <input type="checkbox"/> Controllo dispnea | <input type="checkbox"/> Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, subocclusione, etc...) |
| <input type="checkbox"/> Medicazioni complesse | <input type="checkbox"/> Gestione fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee etc.. |
| <input type="checkbox"/> Supporto trasfusionale | <input type="checkbox"/> Sedazione terminale |
| <input type="checkbox"/> Ascolto/supporto al paziente e famiglia | <input type="checkbox"/> Accudimento del paziente per autonomia ridotta o assente |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | |

Scheda informativa sulla privacy ed autocertificazione (DCA 431/2012)

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

- 1) Quali dati trattiamo? I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.
- 2) Come raccogliamo i dati, perchè li trattiamo? I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Codice delle Privacy.
- 3) E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti? I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di instaurare il rapporto necessario per assisterla.
- 4) A chi possono essere comunicati i dati, quali è l'ambito di diffusione? Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
- 5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere? Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, direttamente a noi o alla Direzione Aziendale, in qualsiasi forma (e-mail, fax, lettera). In relazione al trattamento di dati personali Lei ha difatti diritto: A) di indicare i soggetti da escludere nelle fasi di comunicazione B) di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati C) di fare aggiornare, integrare, rettificare o cancellare tali dati, D) di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma, E) nell'esercizio di tali di dritti può conferire, per iscritto, delega o procura o persone fisiche o ad associazioni.
- 6) Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare? Ogni professionista della ASL e del Comune secondo le sue personali esigenze svolge la funzione di titolare del trattamento dati.

Acconto al trattamento esclusivamente ai seguenti soggetti (cancellare quelli che non interessano):

MEDICO FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / CAD / TSMREE

SERVIZI SOCIALI COMUNE / SERT / DSM / ALTRO

NON AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la presenza presso questa struttura.

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____
Sig. _____ Tel. _____

Roma,

Firma _____

Se non è il diretto titolare del diritto allegare autocertificazione.



Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE GENERICA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

Il Sottoscritto _____

nato a _____, il ____ / ____ / ____

residente a _____ (prov. _____)

in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA CHE

L'interessato/a cui si riferisce la segnalazione / richiesta di intervento distrettuale,

Sig. /Sig.ra

nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ (prov. _____)

in _____ n° _____

E' impossibilitato ad esprimere il suo consenso al trattamento dei dati necessari a dare seguito alla segnalazione stessa, trovandosi in un delle seguenti condizioni: impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere.

Il consenso viene pertanto espresso dal sottoscritto, che si trova in una delle seguenti condizioni

(cancellare le voci che non interessano):

- esercente legalmente la potestà
- prossimo congiunto
- familiare
- convivente
- altro (specificare): _____

Firma _____

Allegare fotocopia del Documento in corso di validità