

 <b>A.O.S. Croce e Carle</b> <b>Cuneo</b>	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO  TERAPEUTICO ASSISTENZIALE</b> <b>PDTA_011</b> <b>Neoplasia Prostata</b>	Data di emissione:  Data ultima revisione: 10/11/2018 Revisione n. 02
<b>Stesura</b>	<b>Verifica/Approvazione</b>	<b>Emissione</b>
Dott.ssa Elena Fea SC Oncologia Coordinatore GIC Urologico <i>(firmato in originale)</i>	dott. Alessandro Garibaldi Direttore Sanitario di Presidio f.f. <i>(firmato in originale)</i>	dott.ssa Paola Malvasio Direttore Sanitario d'Azienda <i>(firmato in originale)</i>

## Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Corrado Bedogni	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore Sanitario	Paola Malvasio	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore Sanitario di Presidio f.f.	Alessandro Garibaldi	<i>(firmato in originale)</i>
Responsabile Gestione delle Attività e Funzioni afferenti alla S.S Di.P.Sa.	Rosanna Meinero	<i>(firmato in originale)</i>
Referente S.S. Di.P.Sa. per la Rete Oncologica	Daniele Dogliotti	<i>(firmato in originale)</i>
Coordinatore Day Service, CPRC, CAS	Silvana Brao	<i>(firmato in originale)</i>
Coordinatore GIC Urologico	Elena Fea	<i>(firmato in originale)</i>
Funzione Qualità ed Accreditamento	Antonella Dutto - Gallone Andrea	<i>(firmato in originale)</i>
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Elvio Grazioso Russi	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle d'Aosta	Oscar Bertetto	<i>(firmato in originale)</i>

## Stato di revisione

Si tratta della revisione 02. Il documento è stato inserito nel format proposto dal Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta (nota protocollo n.35446 del 05/04/2018). I contenuti della rev.01 sono stati ripresi ed aggiornati nel presente format e nei documenti ad esso correlati.

Le modifiche apportate riguardano:

- Aggiornamento composizione GIC;
- Aggiornamento esami di stadiazione, trattamenti e follow up;
- Aggiornamento documenti correlati;
- Aggiornamento letteratura di riferimento

<b>Data di approvazione</b>	10/11/2018
<b>Periodicità di revisione</b>	Annuale
<b>Data prossima revisione</b>	10/11/2019
Modalità di diffusione interna	Sul portale Aziendale a disposizione di tutto il personale dell'Azienda per consultazione
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

## Composizione GIC (prevista da D.G.R. 21.05.2014 N. 48-7639)

Indicate con \* le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare

<b>Strutture</b>	<b>Referente</b>	<b>Firma</b>
Urologia	Dr. Germano CHIAPELLO (vice coordinatore)	<i>(firmato in originale)</i>
	Dr. Diego BERNARDI (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>
	Dr. Ettore DALMASSO (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>
Radioterapia	Dr. Riccardo VIGNA TAGLIANTI (titolare)	<i>(firmato in originale)</i>
	Dr. Elvio Grazioso RUSSI (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>
Oncologia	<b>Dr.ssa Elena FEA</b> (coordinatore)	<i>(firmato in originale)</i>
	Dr.ssa Paola VANELLA (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>
	Dr. Vincenzo RICCI (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>
Anatomia Patologica	Dr. Giuseppe FORTE (titolare)	<i>(firmato in originale)</i>
Infermiere GIC	Magda FILIPPA (titolare)	<i>(firmato in originale)</i>
	Anna FANTINO (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>
*Cure Palliative (Attiva convenzione con ASL CN1)	Dr. Pietro LA CIURA (titolare)	<i>(firmato in originale)</i>
*Radiodiagnostica	Dr. Enrico BARALIS	<i>(firmato in originale)</i>
*Radiologo/Interventista	Dr. Alberto BALDERI	<i>(firmato in originale)</i>
*Infermiere Stoma-terapista	Daniela RITTANO	<i>(firmato in originale)</i>
*Algologia	Dr. Enrico OBERTINO	<i>(firmato in originale)</i>
*Medicina Nucleare	Dr.ssa Simona PEANO (titolare)	<i>(firmato in originale)</i>
	Dr. Alberto PAPALEO (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>
*Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia	Dr.ssa Antonella MAFFE' (titolare)	<i>(firmato in originale)</i>
	Dr.ssa Silvana UNGARI (sostituto)	<i>(firmato in originale)</i>

## GIC - regolamento

Coordinatore	<i>Dott. Elena Fea – Oncologia – 0171616411 – fea.e@ospedale.cuneo.it</i>
Segreteria	<i>CAS Centrale Aziendale – PO “A. Carle” via Carle 5, fraz. Confreria – piano terra blocco A – 0171616363 – mail: cas@ospedale.cuneo.it; pec: ao.cuneo.cas@legalmail.it</i>
Sede dell’incontro	<i>Sala dedicata presso la SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D. La sala è dotata di sistema di videoconferenza utilizzato per lo svolgimenti dei GIC Interaziendali di Area.</i>
Periodicità dell’incontro e orario	<i>Quindicinale – Venerdì pomeriggio 14,30 – 17 (settimane pari da calendario aziendale).</i>
Modalità di refertazione	<i>Per ogni caso clinico viene compilato il referto di visita GIC, su applicativo informatico aziendale che può essere consultato dai vari Specialisti.</i>
Descrizione sintetica del funzionamento	<i>Lo specialista che effettua la visita CAS redige la richiesta dematerializzata di consulto GIC. Terminato il percorso di stadiazione, il personale del CAS prenota la discussione GIC su apposito applicativo aziendale. L’infermiere del CAS prepara la documentazione clinica utile alla discussione GIC e provvede ad inviare la lista dei casi da discutere a tutti i professionisti GIC (su indicazione dello specialista che propone il caso vengono convocati eventuali clinici a chiamata) I casi che accedo al GIC vengono presentati dallo specialista che ha in carico il paziente. Durante la discussione multidisciplinare si prende visione degli esami strumentali di stadiazione eseguiti dal paziente e si prendono decisioni sulle possibilità curative o palliative degli eventuali trattamenti sulla base dello stato di malattia, l’età e le comorbidità.</i>
Descrizione del percorso assistenziale	<i>L’infermiere in GIC, al fine di garantire la continuità assistenziale, riceve comunicazione dall’infermiere CAS (se altra persona) delle eventuali problematiche e/o risorse relative alla persona assistita, prende in carico il paziente e si occupa di:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>partecipare alle discussioni multidisciplinari GIC (preoperatorie, postoperatorie e in caso di ripresa di malattia);</i></li> <li>- <i>prendere in carico non solo del paziente, ma più globalmente dell’intera famiglia del soggetto. In tale fase si prevede una stretta collaborazione tra Infermiere CAS e GIC;</i></li> <li>- <i>portare all’attenzione del GIC la situazione psicosociale del paziente, la fragilità geriatrica, quella familiare o altre problematiche che possano insorgere durante il ricovero o che possano influire in modo significativo sulle terapie che il paziente dovrà affrontare successivamente;</i></li> <li>- <i>prenotare, in collaborazione con il personale amministrativo, visite, esami aggiuntivi o di ristadiazione, di completamento e/approfondimento, decisi durante la riunione GIC, informando anche il paziente su modalità e tempi di esecuzione degli stessi;</i></li> <li>- <i>facilitare la comunicazione tra i vari membri del team multidisciplinare;</i></li> <li>- <i>trasmettere i dati assistenziali ai servizi coinvolti nel</i></li> </ul>

	<p><i>percorso del paziente (CPRC, Day Service, reparto di degenza, DH Oncologico, RT, ecc.);</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>garantire che i pazienti ricevano le cure richieste e raccogliere, durante le diverse fasi del percorso, le informazioni utili al monitoraggio del percorso assistenziale;</i></li> <li>- <i>partecipare alla definizione dei problemi assistenziali e interdisciplinari del paziente;</i></li> <li>- <i>concorrere all'individuazione degli obiettivi del paziente intesi come obiettivi fisici, funzionali, psicologici, sociali e ambientali</i></li> <li>- <i>identificare la reazione del paziente alla diagnosi tumorale e concorrere alla rilevazione dei bisogni psicologici;</i></li> <li>- <i>supportare lo specialista nella comunicazione del piano terapeutico/chirurgico e nella condivisione multidisciplinare per la pianificazione, nel più breve tempo possibile, delle procedure previste;</i></li> <li>- <i>assolvere un ruolo di educazione terapeutica del paziente e del caregiver</i></li> <li>- <i>partecipare all'aggiornamento del PDTA</i></li> </ul>
--	---

## Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	<i>Distretto Sud-Ovest (città di Cuneo-BSD-Dronero)</i>
Numero di abitanti del bacino di utenza	<i>161.000 (dati aggiornati a dicembre 2017)</i>
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	<i>CAS Centrale dell'AO S. Croce e Carle Cuneo</i>
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	<i>GIC Urologico dell'AO S. Croce e Carle Cuneo</i>

## Neoplasie di pertinenza del GIC

<b>Prostata</b>
Rene
Testicolo
Pene
Vescica infiltrante
Vescica superficiale

## Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Note	Tempi previsti di accesso
Sospetta neoplasia prostatica giunta all'attenzione dell'Urologo.	Mapping prostatico	<p>Seduta ambulatoriale quindicinale dedicata alla pratica delle biopsie prostatiche trans rettali eco-guidate che viene espletata ogni giovedì mattina a partire dalle ore 8.30 (settimane pari da calendario aziendale).</p> <p>Se l'Urologo pone indicazione al mapping prostatico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fornisce informazioni adeguate al paziente sulla procedura, sulla preparazione da seguire (con eventuale sospensione di farmaci), sugli esami necessari e consegna la nota informativa</li> <li>- redige la prescrizione dematerializzata per la procedura (Prescrizione dematerializzata per l'esame istologico effettuata dal MMG) che viene prenotata (A) dal personale dell'ambulatorio (il paziente viene contattato successivamente per la comunicazione della data della biopsia (A))</li> </ul>	<p>La biopsia va eseguita su indicazione del clinico dopo valutazione adeguata dei seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esplorazione rettale sospetta;</li> <li>- valore del PSA aggiustato per età: <ul style="list-style-type: none"> <li>o PSA velocity;</li> <li>o PSA density;</li> <li>o PSA molto elevato (&gt; 10 ng/ml).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Prescrizione effettuata in classe B. Entro 15 giorni lavorativi</p>
Prima biopsia negativa con PSA in salita.	Biopsia Fusion	Le modalità operative sono le stesse del mapping prostatico.	Prima della biopsia fusion il paziente deve eseguire una RMN addome inferiore per studio prostata (Prescrizione dematerializzata effettuata dallo specialista Urologo)	Entro 15-20 giorni lavorativi

Esame istologico bioptico <b>NEGATIVO</b>	Controlli urologici	Effettuati dallo specialista Urologo.  <b>Sede:</b> Ambulatorio di Urologia PO S. Croce	Al termine della manovra bioptica/chirurgica (mapping o fusion) il paziente viene prenotato per la successiva visita urologica nello corso della quale verrà consegnato il referto istologico (su richiesta espressa del paziente è possibile ritirare il referto istologico presso gli sportelli "Accettazione Cassa" del PO S. Croce).	Disponibilità istologico: TAT: $\geq 5$ $\leq 15$ giorni lavorativi  Visita e consegna referto: 20-25 giorni dalla biopsia
Esame istologico bioptico <b>POSITIVO</b>	Visita CAS con presa in carico infermieristica (A) e prescrizione esami di stadiazione secondo PDTA e di Consulto GIC	Effettuata dallo specialista Urologo: trasformazione della visita specialistica in visita CAS. Per le modalità di erogazione e presa in carico del paziente fare riferimento a quanto descritto nel PDTA_018_CAS. Dopo la valutazione medica il paziente viene segnalato/inviato al CAS Centrale.		

### STADIAZIONE

Durante la visita CAS pre-trattamento lo specialista GIC:

- prende visione dell'esame istologico;
- suddivide in classi di rischio sulla base di nomogrammi validati in accordo con le linee guida EAU;
- fornisce un'adeguata informazione al paziente in relazione alla propria classe di rischio oncologica, alla propria aspettativa di vita "generale" legato alla propria età biologica e alle comorbidità.

Classe di rischio <b>Basso</b>	Eco addome	Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha eseguito la visita CAS. Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS  <b>Sede Eco addome:</b>	Entro 10 giorni il paziente termina la stadiazione (RMN pelvi sarà eseguita dopo almeno 6-8 settimane dal mapping prostatico)
Classe di rischio <b>Intermedio</b>	Uro-TC Scintigrafia ossea total body RMN pelvi	SC Radiologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B <b>Sede Uro-TC:</b> SC Radiologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B <b>Sede RMN pelvi:</b>	
Classe di rischio <b>Alto</b>	Uro-TC Scintigrafia ossea total body RMN pelvi PET colina	SC Radiologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo Piano interrato blocco B <b>Sede Scintigrafia ossea:</b> SC Medicina Nucleare PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B <b>Sede PET:</b>	
Classe di rischio <b>Molto Alto</b>		SC Medicina Nucleare PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B	

## Descrizione sintetica dei trattamenti

La scelta del trattamento ottimale prende in considerazione i seguenti aspetti:

- 1) La speranza di vita che viene valutata con le “Life Expentancy Tables”;
- 2) La classe di rischio del paziente che viene definita come:
  - Molto basso: T1c, GS ≤ 6, PSA < 10, < 3 Bx + nel MPE, infiltrazione frustoli < 50%, PSA density < 0,15;
  - Basso: T1-T2a, GS ≤ 6, PSA < 10ng/ml;
  - Intermedio: T2b-T2c / GS = 7 / PSA 10-20ng/ml;
  - Alto: T3a / GS = 8-10 / PSA > 20ng/ml;
  - Molto alto: T3b / T4;
  - Metastatico: Qualunque T, N1  
Qualunque T, qualunque N, M1.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Note	Tempi previsti di accesso
PAZIENTE CON MALATTIA A <b>RISCHIO MOLTO BASSO CON ASPETTATIVA DI VITA &lt; 10 ANNI</b>	<b>Vigile attesa</b> (si rimanda ad un trattamento palliativo alla comparsa dei sintomi)	Accessi ambulatoriali con ricetta dematerializzata dell’Urologo. <b>Sede:</b> Ambulatorio di Uro-Oncologia PO S. Croce	Controllo PSA semestrale + visita urologica ambulatoriale.	Il paziente prenota l’accesso ambulatoriale. Cadenza semestrale
PAZIENTE CON MALATTIA A <b>RISCHIO MOLTO BASSO E ASPETTATIVA DI VITA &gt;10 ANNI</b>	<b>Proposta di sorveglianza attiva</b> RMN pelvi per escludere multifocalità radiologica parametrabile della neoplasia	Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha eseguito la visita CAS. Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS  <b>Sede RMN pelvi:</b> SC Radiologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo Piano interrato blocco B	Proposta di sorveglianza attiva (secondo Protocollo START Regione Piemonte, correlato)  Se il paziente rifiuta: intervento chirurgico di prostatectomia radicale o radioterapia ( <b>il caso deve essere valutato collegialmente al GIC Urologico</b> )	I tempi di esecuzione della <b>RMN pelvi</b> dipendono da eventuali procedure precedenti (biopsia), vengono valutati dallo specialista. Comunque variano tra i 10 giorni e non superano le 6 settimane. Per il <b>GIC Urologico</b> il primo posto disponibile. Al massimo 15 giorni



PAZIENTE CON MALATTIA A RISCHIO BASSO E ASPETTATIVA DI VITA >10 ANNI	Consulto GIC	Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS.  Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS (A)	Il primo posto disponibile dopo il termine degli eventuali esami di stadiazione residui. Al massimo 15 giorni
	Intervento chirurgico di prostatectomia radicale.	Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC). <b>Sede CPRC (Centro Programmazione Ricoveri Chirurgici)</b> PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano terra blocco A <b>Sede DS (Day Service)</b> PO A. Carle Via A. Carle, 5 - fraz. Conferia – Cuneo. <b>Intervento chirurgico</b> Urologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano primo blocco C.	Entro 30 giorni dalla data di proposta.
	In alternativa trattamento radioterapico o sorveglianza attiva.	Se trattamento RT o sorveglianza attiva prenotazione visita specialistica (radioterapica o urologica) durante il consulto GIC  <b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	<b>RT:</b> Lo specialista Radioterapista valuta il caso e fa programmare la visita RT prima del trattamento. Entro 1-2 settimane
PAZIENTE CON MALATTIA A RISCHIO INTERMEDIO E ASPETTATIVA DI VITA >10 ANNI	Consulto GIC	Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS.  Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS	Il primo posto disponibile dopo il termine degli eventuali esami di stadiazione residui. Al massimo 15 giorni
	Intervento chirurgico di prostatectomia radicale.	Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC) <b>Sede CPRC</b> PO S. Croce Cuneo piano terra blocco A <b>Sede DS</b> PO A. Carle - fraz. Conferia – Cuneo. <b>Intervento chirurgico</b> Urologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano primo blocco C.	Entro 30 giorni dalla data di proposta.
	In alternativa trattamento radioterapico seguito da ormonoterapia	Se trattamento RT prenotazione prima visita durante il consulto GIC  <b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	<b>Ormonoterapia:</b> Visita urologica il primo o il secondo lunedì successivo al GIC per piano terapeutico. <b>RT:</b> come sopra



PAZIENTE CON MALATTIA AD ALTO RISCHIO	Consulto GIC	Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS. Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS.	Il primo posto disponibile dopo il termine degli eventuali esami di stadiazione residui. Al massimo 15 giorni
	<b>Aspettativa di vita &gt; di 10 anni:</b> trattamento multimodale con Intervento Chirurgico di prostatectomia radicale con eventuale RT e blocco androgenico adiuvante.	Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC).  <b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D <b>Sede CPRC</b> PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano terra blocco A <b>Intervento chirurgico</b> Urologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano primo blocco C.	<b>CPRC:</b> 7-10 giorni lavorativi <b>Intervento chirurgico:</b> Entro 30 giorni dalla data di proposta <b>RT:</b> Lo specialista Radioterapista valuta il caso e fa programmare la visita RT prima del trattamento. Entro 1-2 settimane
	<b>Aspettativa di vita &lt; di 10 anni:</b> Radioterapia.	Prenotazione prima visita durante il consulto GIC.  <b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	<b>RT:</b> Lo specialista Radioterapista valuta il caso e fa programmare la visita RT prima del trattamento. Entro 1-2 settimane

PAZIENTE CON MALATTIA A RISCHIO MOLTO ALTO	Consulto GIC	Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS. Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS		Il primo posto disponibile dopo il termine degli eventuali esami di stadiazione residui. Al massimo 15 giorni
	1 <sup>a</sup> scelta Radioterapia	Prenotazione prima visita durante il consulto GIC  <b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	Si raccomanda l'uso di ormonoterapia neoadiuvante-concomitante alla Radioterapia per 2-3 anni	<b>RT:</b> Lo specialista Radioterapista valuta il caso e fa programmare la visita RT prima del trattamento. Entro 1-2 settimane
	Intervento chirurgico (in pazienti selezionati)	Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC). <b>Sede CPRC</b> PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano terra blocco A <b>Sede DS</b> PO A. Carle Via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo. <b>Intervento chirurgico</b> Urologia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano primo blocco C.		Entro 30 giorni dalla data di proposta.
	Ormonoterapia	Presenza in carico urologica con prenotazione visita specialistica in GIC.	In caso di rifiuto da parte del paziente di trattamento chirurgico o radioterapico o presenza di importanti comorbidità.	Il primo o il secondo lunedì successivo al GIC visita urologica per piano terapeutico

PAZIENTE METASTATICO	Consulto GIC	Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS. Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS		Il primo posto disponibile dopo il termine degli eventuali esami di stadiazione residui. Al massimo 15 giorni
	Radioterapia associata ad ormonoterapia	Prenotazione prima visita durante il consulto GIC  <b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	In presenza di metastasi unicamente linfonodali pelviche.	<b>Ormonoterapia:</b> Il primo o il secondo lunedì successivo al GIC visita urologica per piano terapeutico. <b>RT:</b> Lo specialista Radioterapista valuta il caso e fa programmare la visita RT prima del trattamento. Entro 1-2 settimane
PAZIENTE METASTATICO ormonosensitive	Ormonoterapia	Presa in carico urologica con prenotazione visita specialistica in GIC.  <b>Sede:</b> Ambulatorio di Uro-Oncologia PO S. Croce	In caso di rifiuto da parte del paziente di trattamento radioterapico o chemioterapico o presenza di importanti comorbidità.	Il primo o il secondo lunedì successivo al GIC visita urologica per piano terapeutico
	Chemioterapia	Presa in carico oncologica con prenotazione visita specialistica in GIC mediante prescrizione dematerializzata di prima visita oncologica.  <b>Sede visita Oncologica</b> SC Oncologia PO A. Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo – piano terra <b>Sede DH Oncologia</b> PO A. Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo	Nei pazienti ormosensibili con malattia alto volume secondo i criteri Charteed.	Tempi prima visita oncologica: 7-10 giorni lavorativi

<b>PAZIENTE METASTATICO ormono resistente (CRPC)</b>	Ormonoterapia di II livello	Presa in carico oncologica con prenotazione visita specialistica in GIC, successive visite oncologiche ambulatoriali.	Tempi prima visita oncologica: 7-10 giorni lavorativi  <b>Sede visita Oncologica</b> SC Oncologia PO A. Carle via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo – piano terra
	Chemioterapia di I linea	Presa in carico oncologica con prenotazione visita specialistica in GIC, successive visite oncologiche ambulatoriali.	
	Chemioterapia di II linea	Presa in carico oncologica con prenotazione visita specialistica in GIC, successive visite oncologiche ambulatoriali.	
	Radium	Presa in carico oncologica con prenotazione previo contatto telefonico di visita multidisciplinare c/o Ospedale S. Luigi Orbassano (la ricetta dematerializzata per prima visita viene compilata dal MMG)	<b>Sede</b> Oncologia Ospedale S. Luigi Orbassano (II padiglione IV piano)
	Radioterapia palliativa	Presa in carico radioterapica con prenotazione visita specialistica da parte dell'oncologia, mediante prescrizione dematerializzata. <b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D	<b>RT:</b> Lo specialista Radioterapista valuta il caso e fa programmare la visita RT prima del trattamento. Entro 1-2 settimane

In caso di dolore non controllato	Valutazione Antalgica	<p>Centro di Algologia <u>AO Santa Croce e Carle</u> (dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 20.00)</p> <p>Per i <u>pazienti ambulatoriali</u>: accesso alla prima visita previa prenotazione CUP con impegnativa del Medico Curante</p> <p>Per i <u>pazienti in regime di DH o di ricovero</u>: valutazione dal Centro di Algologia con richiesta di consulenza al centro stesso</p>	
Pazienti che richiedono supporto psicologico durante la visita specialistica o counselling infermieristico.	Valutazione psicologica	<p>Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS.</p> <p>Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018_CAS</p>	7-10 giorni lavorativi
Pazienti considerati non suscettibili di trattamenti oncologici alla valutazione del GIC o al controllo ambulatoriale oncologico	Cure palliative	<p>L'AO fa riferimento al Servizio di Cure Palliative dell'ASL CN1. Il servizio copre il territorio corrispondente all'ASL CN1.</p> <p><u>Paziente con attesa di vita presunta &gt;6 mesi</u>: accesso al percorso ambulatoriale per la valutazione dei sintomi e della complessità assistenziale per la famiglia. L'accesso agli Ambulatori di Cure Palliative avviene tramite la segreteria (Tel. 0171/948735) dal Lunedì al Venerdì h 8-16 o con consulenza ospedaliera, se il paziente è ricoverato</p> <p><u>Paziente con aspettativa di vita presunta &lt;3 mesi</u>: presa in carico globale da parte delle Cure Palliative (setting domiciliare o di ricovero in strutture minori o Hospice). L'accesso avviene tramite richiesta dedicata, se da domicilio, o consulenza intraospedaliera, se il paziente è ricoverato (Martedì e Venerdì)</p>	

## Percorso post intervento chirurgico di prostatectomia radicale

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente sottoposto ad intervento chirurgico di prostatectomia radicale	<p>Visita Uro-Oncologica.</p> <p>Durante la visita Uro-Oncologica lo specialista valuta i seguenti aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Referto istologico</li> <li>2. Valutazione della continenza ed eventuale prescrizione di ciclo FES Biofeedback</li> <li>3. Valutazione disfunzione sessuale ed eventuale prescrizione piano terapeutico (terapia per OS) e visita andrologica</li> <li>4. Follow up</li> </ol>	<p>Prescrizione dematerializzata dell'urologo redatta in fase di dimissione dalla struttura di urologia.</p> <p><b>Sede:</b> Ambulatorio di Uro-Oncologia PO S. Croce</p>	25 giorni dalla dimissione
In seguito alla valutazione del referto istologico è possibile inserire il paziente in uno dei seguenti percorsi:	<p>a) Consulto GIC per valutazione radioterapia adiuvante</p> <p>Si può prescrivere RT post-operatoria in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pT2pN0 con margini intraprostatici multipli positivi;</li> <li>- pT3a pN0 indipendentemente dallo stato dei margini;</li> <li>- pT3b pN0 (con la riserva di un PSA post-operatorio &lt;0,2ng/ml).</li> </ul> <p>Le dosi erogate sono di 60-66Gy (in funzione dello stato dei margini).</p>	<p>Prescrizione dematerializzata dell'urologo per consulto GIC. Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018 CAS.</p> <p>Se RT prenotazione visita RT in GIC.</p> <p><b>Sede visita Radioterapica e trattamento</b> SC Radioterapia PO S. Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano seminterrato/blocco D</p>	<p><b>GIC:</b> Il primo posto disponibile dopo il termine degli eventuali esami residui. Al massimo 15 giorni</p> <p><b>RT:</b> Lo specialista Radioterapista valuta il caso e fa programmare la visita RT prima del trattamento. Entro 1-2 settimane</p>
	b) Follow-up urologico	<p>Vedi box FU</p> <p><b>Sede:</b> Ambulatorio di Uro-Oncologia PO S. Croce</p>	Vedi box FU
	c) Ormonoterapia adiuvante se interessamento linfonodale	<p>Controlli urologici</p> <p><b>Sede:</b> Ambulatorio di Uro-Oncologia PO S. Croce</p>	Il primo o il secondo lunedì successivo al GIC visita urologica per piano terapeutico

Paziente incontinente	Riabilitazione (FES-Biofeedback) ed eventuale prescrizione di ausili (pads)	<p>Prescrizione dematerializzata dell'urologo.</p> <p><b>Sede:</b>  <b>Per prenotazioni</b> sedute riabilitative gestite dal personale infermieristico del blocco ambulatoriale: dal lunedì al giovedì dalle 8.30 alle 17, venerdì dalle 8.30 alle 12.00 – tel.: 0171641578 - 0171641579</p> <p><b>Per esecuzione sedute:</b>          PO S. Croce – Blocco E dal lunedì al venerdì dalle 15.00 alle 16.00 (A)</p>	15-20 giorni
Paziente con disfunzionalità erettile	Visita Andrologica con piano terapeutico	<p>Prescrizione dematerializzata dell'urologo.</p> <p><b>Sede:</b>          Presenza di ambulatorio dedicato il mercoledì a cadenza quindicinale (settimana pari da calendario aziendale) presso PO S. Croce – Blocco E (tel. 0171 641578)</p>	15-20 giorni

## Indicazioni a RT di salvataggio in caso di **RECIDIVE**

### **Recidiva biochimica**

L'indicazione alla RT di salvataggio viene posta valutando il singolo caso in funzione del tempo intercorso alla recidiva, del valore PSA, tempo raddoppio PSA, del pTNM post-chirurgia.

Le dosi consigliate sono di 64-66Gy.

### **Recidiva clinica**

L'indicazione alla RT di salvataggio viene posta valutando il singolo caso in funzione del tempo intercorso alla recidiva, del valore PSA, tempo raddoppio PSA, del pTNM post-chirurgia, della sede e dell'estensione della recidiva. Le dosi consigliate sono comprese tra 66 e 70Gy.



## Follow up

Procedura	Periodicità		Dove viene svolta
<b>DOPO TERAPIA LOCO REGIONALE RADICALE</b>			
Visita clinica (ER) e PSA	Primi 2aa	Ogni 3 mesi	Ambulatorio di Uro-Oncologia il giovedì dalle 14.00 alle 18.00 (tel. 0171 641578)
	Dal 3° al 5°aa	Ogni 6 mesi	
	Oltre al 5°aa	Paziente affidato a MMG	
<u>Definizione di progressione</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dopo PR: PSA 0 dopo 6 settimane; ricaduta se almeno 2 determinazioni successive (a 4 settimane) in incremento, &gt; 0,2ng/ml o &gt; 0,4;</li> <li>▪ Dopo RT: progressione del PSA di 2ng/mL rispetto al nadir (tra 6 e 12 mesi postRT);</li> <li>▪ Se pz prostatectomizzato e PSA &gt; 0,4 o pz radiotrattato con PSA &gt; 2 + nadir: valutazione GIC per indicazione a PET colina.</li> </ul>			
<b>FASE AVANZATA DOPO ORMONOTERAPIA</b>			
Visita clinica con ER + PSA	ogni 6 mesi fino a progressione di malattia (PD)		Ambulatorio di Uro-Oncologia il giovedì dalle 14.00 alle 18.00 (tel. 0171 641578)

## Altre procedure correlate al follow up

<b>Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate</b>	<i>SI (lettera dimissione consegnata al paziente con indicazione alla condivisione con il MMG)</i>
<b>Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico</b>	<i>SI (referto ambulatoriale)</i>
<b>Consegna della programmazione del follow up</b>	<i>NO</i>
<b>Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico</b>	<p><i>SI</i></p> <p><i>Ambulatorio di Uro-oncologia Blocco E porta 3-4 il giovedì in orario 14.00/17.00. Tel. 0171.641578-1779</i></p> <p><i>Per tossicità farmacologica e problematiche cliniche: Oncologia → tel. 6350</i></p> <p><i>Per problematiche inerenti trattamento RT Segreteria Tel. 1327</i></p>

## Allegati

- ALLEGATO 1: Percorso Anatomia Patologica AO S. Croce e Carle Cuneo

## Documenti correlati

- PDTA\_018\_Centro Accoglienza e Servizi (CAS) AO S. Croce e Carle Cuneo
- Diagramma di Flusso PDTA Neoplasia Prostata
- Indicatori aziendali per il monitoraggio dei PDTA Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
- Istruzione Operativa Anatomia Patologica: Priorità diagnostiche
- Istruzione Operativa Anatomia Patologica: Campionamento uropatologia
- Protocollo START
- Nota Informativa: Prostatectomia
- Nota Informativa: Biopsia Prostatica
- Format lettera dimissione e referto ambulatoriale

## Bibliografia

- Linee guida AIOM 2017 “Carcinoma della prostata edizione 2017”
- Linee guida EAU 2018 “EAU 2018 Prostate Cancer
- Update nomogram Predictin Lymph Node Invasio in Patients with Prostate Cancer undergoing Extended Pelvic LymphNode Dissection: The Essential Importance of Percetage of positive Cores. Eur Urol 61 (2012)480-487 Briganti
- LG NCCN prostate cancer version 2.2014
- Dearnaley, D.P., Sydes, M.R., Graham, J.D., Aird, E.G., Bottomley, D., Cowan, R.A. et al. (2007) Escalated-dose versus standard-dose conformal radiotherapy in prostate cancer: first results from the MRC RT01 randomised controlled trial. Lancet Oncol 8: 475–487.
- Kuban, D.A., Tucker, S.L., Dong, L., Starkschall, G., Huang, E.H., Cheung, M.R. et al. (2008) Long-term results of the MD Anderson randomized dose-escalation trial for prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 70: 67–74
- Kupelian A. et al Effect of increasing radiation doses on local and distant failures in patients with localized prostate cancer IJROBP. VOL. 71, N.1, 2008
- LAWTON C.A. et Al. An update of the phase III trial comparing whole pelvic to prostate only radiotherapy and neoadjuvant to adjuvant total androgen suppression: updated analysis of RTOG 94-13, with emphasis on unexpected hormone/radiation interactions Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 69, No. 3, pp. 646–655, 2007
- Peeters, S.T.H., Heemsbergen, W.D., Koper, P., van Putten, W.L.J., Slot, A., Dielwart, M.F.H. et al. (2006) Dose-response in radiotherapy for localized Therapeutic Advances in Urology 4 (3) 124 <http://Clin Oncol 24: 1990–1996>.
- Pollack A., Smith L.G., And Von Eschenbach A.C., External beam radiotherapy dose response characteristics of 1127 men with prostate cancer treated in the PSA era Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 48, No. 2, pp. 507–512, 2000
- Rex Cheung, Susan L. Tucher, Andrew K. Lee et al. Dose-response characteristics of low- and intermediate – risk prostate cancer treated with external beam radiotherapy Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 61, No. 4, pp. 993–1002, 2005
- Zelefsky M. et al Dose Escalation for Prostate Cancer Radiotherapy: Predictors of Long-Term Biochemical Tumor Control and Distant Metastases-Free Survival Outcomes European Urology 60(2011), 1133-1139
- Zietman, A.L., Bae, K., Slater, J.D., Shipley, W.U., Efstathiou, J.A., Coen, J.J. et al. (2010) Randomized trial comparing conventional-dose with high-dose conformal radiation therapy in early-stage

adenocarcinoma of the prostate: long-term results from Proton Radiation Oncology Group/American College of Radiology 95-09. *J Clin Oncol* 28: 1106–1111.

- Diederik M. et al. Prognostic relevance of number and bilaterality of positive surgical margins after radical prostatectomy *World J Urol* (2012) 30:105–110
- Epstein JI et al. Disease progression following radical prostatectomy in men with Gleason score 7 tumour. *J Urol* 1998; 160:97–101.
- Epstein JI, et al. Prediction of progression following radical prostatectomy: a multivariate analysis of 721 men with long term follow up. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 286-292.
- Macdonald, O.K., et al. Low-dose adjuvant radiation therapy for high-risk prostate cancer: Considerable PSA control without significant toxicity. Abs n.143 2006 Prostate Cancer Symposium
- Obek C, Sadek S, Lai S, et al. Positive surgical margins with radical retropubic prostatectomy: anatomic site-specific pathologic analysis and impact on prognosis. *Urology* 1999; 54: 682–8
- Ohori M, et al. Prognostic significance of positive surgical margin in radical prostatectomy specimens. *J Urol* 1995; 154: 1818-1824.
- Rioux-Leclercq NC, et al. Prediction of outcome after radical prostatectomy in men with organ-confined Gleason score 8 to 10 adenocarcinoma. *Urology*.2002 Oct;60(4):666-9.
- Thompson IM J., et al. Adjuvant radiotherapy for pathologically advanced prostate cancer: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006 Nov 15;296(19):2329-35
- VARGAS C., et al. Improved biochemical outcome with adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy for prostate cancer with poor pathologic features *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, Vol. 61, No. 3, pp. 714–724, 2005 (WBH OAK)
- Cadeddu JA, et al: Long-term results of radiation therapy for prostate cancer recurrence following radical prostatectomy. *J Urol* 159:173-177, 1998
- Cox J et al. Consensus statements on radiation therapy on prostate cancer: guidelines for prostate re-biopsy after radiation and for radiation therapy with rising prostate-specific antigen levels after radical prostatectomy. American Society for Therapeutic Radiology and Oncology Consensus Panel. *J Clin Oncol* 1999; 17: 1155.
- Leventis K.A., et al Prediction of Response to Salvage Radiation Therapy in Patients With Prostate Cancer Recurrence After Radical Prostatectomy *J Clin Oncol* 19:1030-1039. © 2001
- Zelefsky, M.J., et al. Outcome Predictors for the Increasing PSA State After Definitive External-Beam Radiotherapy for Prostate Cancer VOLUME 23 NUMBER 4 FEBRUARY 1 2005
- Richard Choo Limited efficacy of salvage radiotherapy for biopsy confirmed or clinically palpable local recurrence of prostate carcinoma after surgery\* *Radiotherapy and Oncology* 74 (2005) 163–167

## **ALLEGATO 1: PERCORSO ANATOMIA PATOLOGICA AO S. CROCE E CARLE CUNEO**

Esami cito-istologici: sono effettuati dalla S.C. di Anatomia Patologica (Direttore dott. G. Fraternali Orcioni) situata presso l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, piano semi-interrato, blocco A (telefono segreteria: 0171/641389) con orari di apertura della Segreteria dalle ore 8 alle 12,30 e dalle 13,30 alle 15,30 dal lunedì al venerdì.

Le prestazioni effettuabili presso la suddetta struttura complessa sono:

- Esami istologici: biopsie endoscopiche di sospetta neoplasia (priorità U=T.A.T.  $\geq 3 \times \leq 6$  gg lavorativi)
- Esami istologici di pezzi operatori (priorità D=T.A.T.  $\geq 5 \times \leq 15$  gg lavorativi)
- Esami estemporanei intraoperatori
- Indagini immunohistochimiche per la valutazione di target molecolari utilizzati a fini prognostici-predittivi (priorità U=T.A.T.  $\geq 3 \times \leq 6$  gg lavorativi)
- Allestimento di sezioni in bianco per esami di biologia molecolare (priorità U=T.A.T.  $\geq 3 \times \leq 6$  gg lavorativi)

Orario di accettazione dei campioni cito-istologici: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 14,30; per gli esami estemporanei intraoperatori dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 17,30 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14.

È garantita la presenza di un medico in servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14.

Le tempistiche di esecuzione dei vari esami effettuabili presso la S.C. di Anatomia Patologica (ASO S. Croce e Carle) sono esplicitate nell'istruzione operativa IOanat\_003 (Anatomia Patologica).

La refertazione delle prestazioni diagnostiche elencate è aderente alle LG-raccomandazioni nazionali e internazionali inerenti le neoplasie genito-urinarie (WHO ed. 2016, TNM- ottava edizione, SIAPEC e AIOM-SIAPEC).

L'allestimento dei preparati per le indagini di biologia molecolare e le determinazioni immunohistochimiche per target molecolari devono essere richieste dal clinico o dal curante nell'ambito CAS.