

Per la redazione di questo PDTA sono state utilizzate le LG AIOM 2017 ed EAU 2018

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr. Gianni Bonelli	
Direttore Sanitario	Dr. Lorenzo Stefano Maffioli	
Direttore del Dipartimento di Oncologia	Dr. Roberto Polastri	
f.f. Direttore Sanitario di Presidio	Dr. Francesco D'Aloia	
Responsabile S.S. Qualità e Accreditamento	Dr.ssa Ferrara Laura	
Referente Rischio Clinico	Dr. Carlo Prastaro	
Coordinatore GIC Aziendale	Dr. Stefano Zaramella	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr. Pietro Sozzi	
Direttore S.C. Direzione Professioni Sanitarie	Dr.ssa Antonella Croso	

Data di approvazione	30 Novembre 2018
Periodicità di revisione	Triennale Salvo introduzione di nuove linee guida in ambito diagnostico-terapeutico
Data prossima revisione	31/12/2021
Modalità di diffusione interna	Secondo i piani di comunicazione concordati con la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

Composizione GIC

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

Strutture	Referente	Firma
Urologo	Dr. Stefano Zaramella	
Urologo	Dr.ssa Luisa Zegna	
Urologo	Dr. Domenico Tagliatela	
Oncologo	Dr. Francesco Montagnani	
Oncologo	Dr. Elena Seles	
Radioterapista	Dr. Giuseppe Girelli	
Radioterapista	Dr. Gregorio Moro	

Anatomopatologo*	Dr. Daniele Liscia	
Radiologo*	Dr. Stefano Debernardi	
Medico nucleare	Dr. Mirco Pultrone	
Cure Palliative*	Dr. Michele Maffeo	
Psicologo*	Dr.ssa Patrizia Tempia	
Infermiere GIC – Esperta in stomie	CPSE Monica Callegaro / CPSE Loretta Gianoglio	
Infermiere CAS	CPSE Gabriella Mozzone	
Infermiere CAS	CPSE Paola Archetti	
Infermiere CAS	CPSE Monica Callegaro	
Data Manager	Dr.ssa Elisa Perfetti	

GIC - regolamento

Coordinatore	<i>Dr. Stefano Zaramella, Responsabile Urologo 3272592497 Mail: stefano.zaramella@aslbi.piemonte.it</i>
Segreteria	CAS Tel Call center 015 .1515 . 7503 Tel per altri CAS 015. 1515 .7523 Fax: 015.1515. 7507 Mail: cas@aslbi.piemonte.it
Sede dell'incontro	Sala riunioni GIC (DE3C)
Periodicità dell'incontro e orario	SETTIMANALE - Martedì dalle 14.30 alle 16
Modalità di refertazione	Visita collegiale registrata su NetCare, stampata e firmata dai partecipanti.
Descrizione sintetica del funzionamento	Tutti i casi oncologici di nuova diagnosi ad eccezione dei Carcinomi vescicali NON muscolo-invasivo di basso grado e che non necessitano di gestione interdisciplinare.
Descrizione del percorso assistenziale	Come referente del GIC urologico si occupa della preparazione di tutta la documentazione per la discussione collegiale in cui partecipa attivamente. Successivamente contatta il paziente per la consegna del referto istologico e della valutazione conclusiva del GIC: la figura infermieristica è sempre presente con l' Urologo al colloquio con il paziente. E' responsabile dell'archiviazione di tutto il materiale di discussione e di prenotare e comunicare le eventuali visite radioterapiche e oncologiche. Inoltre la figura dell'infermiere esperto in stomie si occupa della presa in carico della persona con Tumore Vescicale che deve essere sottoposto a confezionamento di stomia. Accompagna la persona durante il percorso in Ospedale,

	<p>programma un colloquio e disegna la stomia, assumendo un ruolo educativo e di continuità assistenziale con la fase ambulatoriale.</p> <p>Nei pazienti affetti da tumore alla prostata che sono stati sottoposti a prostatectomia radicale e che presentano incontinenza urinaria viene avviato un percorso riabilitativo che fino ad oggi ha ottenuto risultati positivi, mentre nei pazienti con nuova diagnosi di tumore al rene, testicolo o pene collabora e partecipa al colloquio di consegna del Referto GIC portando la propria specifica competenza al fine di aiutare e supportare la persona nel comprendere la situazione.</p>
--	---

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	Popolazione afferente ai comuni di pertinenza dell'Asl di Biella
Numero di abitanti del bacino di utenza	Circa 180.000
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	1
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	1

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia RENE
Neoplasia PROSTATA
Neoplasia VESCICA
Neoplasia TESTICOLO

VISITA CAS:

- VISITA MEDICA CAS
- VISITA INFERMIERISTICA CAS
- ESENZIONE PROVVISORIA/DEFINITIVA 048
- ESENZIONE PROVVISORIA/DEFINITIVA 048 PER MMG
- AUTOIMPEGNATIVE PER ESAMI DI LABORATORIO/ESAMI RADIOLOGICI/CONSULENZE SPECIALISTICHE

CARCINOMA DEL RENE**Iter diagnostico**

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
Indipendentemente dalla stadiazione	VISITA CAS medico/infermieristica TC addome + torace con m. di c.	- S.C. Urologia - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente
In caso di controindicazioni alla TC addome o in caso in cui la TC non sia dirimente (es. lesioni cistiche complesse)	RMN addome con mdc	- S.C. Radiologia - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente
Solo in caso di segni/sintomi neurologici suggestivi di MTS	TC encefalo con m.d.c. (o RMN)	- S.C. Radiologia - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente
Solo in caso di segni/sintomi suggestivi di MTS ossee	Scintigrafia ossea T.B.	- Medicina Nucleare - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente
Diagnosi radiologica di neoplasia renale	Discussione GIC	Prenotazione da parte del CAS
Masse renali piccole e/o non passibili di trattamento chirurgico	Biopsia percutanea massa renale ETG/TC guidata	- S.C. Radiologia / S.C. Urologia - Prericovero S.C. Urologia se procedura eseguita dagli Urologi / Autoimpegnativa se procedura eseguita dai Radiologi - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente

Iter terapeutico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
T1a	Nefrectomia parziale LPS/open	- Prericovero S.C. Urologia - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato (prericovero ed intervento entro 30 giorni dalla diagnosi)
T1b	Nefrectomia parziale LPS/open (NSS) se tecnicamente fattibile	- Prericovero S.C. Urologia - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato
T2-T3a	Nefrectomia radicale LPS/open	- Prericovero S.C. Urologia - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato
T3b-T4	Nefrectomia radicale open (LPS) +/- surrenalectomia +/- linfadenectomia se fit per chirurgia	- Prericovero S.C. Urologia - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato
T1a	Terapie ablative mininvasive	Contatto telefonico con Dr Veltri San Luigi Orbassano da parte dell'Urologia
M+	La decisione va presa in ambito GIC su trattamenti multimodali sincroni o metacroni includenti Biopsia percutanea della massa renale/Chirurgia/RT/Terapia Medica	- GIC - Comunicazione via telefono al paziente (accesso ambulatoriale/DH/ricovero)

> La linfadenectomia va eseguita in caso di evidenza strumentale o intraoperatoria di metastasi linfonodali.

> La surrenectomia va eseguita in caso di evidenza strumentale o intraoperatoria di coinvolgimento della ghiandola da parte del tumore.

Trattamento medico della malattia metastatica

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
M+	Presa in carico S.C. Oncologia. Trattamenti medici sequenziali sulla base del quadro clinico del pz includenti: TKI anti VEGF/VEGFR, inibitori di mTor, Citochine, Immunoterapia con anti PD-1/PDL-1	Sede: S.C. Oncologia Accesso da: - Paziente già in carico al Centro - Invio da altro Centro

Per psico –oncologia vedi allegato.

Follow up

Rischio basso	Rischio Intermedio	Rischio elevato
pT1, G1-2	pT1 G3 oppure pT2 G1-4	pT3-4, G1-4
ECOG 0	ECOG 1-3	ECOG 0-3

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi nei pazienti a rischio intermedio/ elevato per i primi 10 anni Annualmente nei pazienti a rischio basso per i primi 5 anni Annualmente nei pazienti sottoposti a terapia focale 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio Urologia per T1-T3 N0 M0 per i primi 5 anni quindi MMG - Ambulatorio Oncologia per M+
TC torace + addome con mdc	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi nei pazienti a rischio intermedio ed alto (nei primi 3 anni) poi annuale per 10 anni Ogni 2 anni nei pazienti a basso rischio 	S.C. Radiologia con impegnativa del MMG o autoimpegnativa
ETG addome completo + Rx Torace	Ogni anno nei pazienti a basso rischio (alternati alla ev TC)	- S.C. Radiologia con impegnativa del MMG o autoimpegnativa
Indici di funzionalità renale	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 6 mesi 	- Laboratorio Analisi con impegnativa del MMG o autoimpegnativa

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	NO
Consegna della programmazione del follow up	NO
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI: Call Center CAS Biella e impegnativa del MMG

CARCINOMA DELLA PROSTATA

Il paziente giunge in prima visita urologica generalmente inviato dal MMG per PSA elevato e/o disturbi minzionali. Durante la visita viene eseguita esplorazione rettale.

Iter diagnostico

STADIAZIONE	Procedure	Modalità di accesso
SOSPETTO CLINICO DI NEOPLASIA PROSTATICA	<ul style="list-style-type: none"> - Visita CAS medico/infermieristica per i carcinomi prostatici cT2 - Biopsia prostatica standard - Se biopsia standard negativa e persistenza di sospetto neoplastico: Biopsia prostatica fusion dopo esecuzione di RMN multiparametrica prostatica (NB. La biopsia fusion viene eseguita solo se la RMN multiparametrica è stata eseguita presso c/o Radiologia dell'Ospedale di Biella) 	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia prenotazione con autoimpegnativa tramite CAS - S.C. Radiologia prenotazione con autoimpegnativa da parte dell'Urologo
CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO (D'AMICO)	<ul style="list-style-type: none"> - US addome completo - RMN prostatica multiparametrica (opzionale) 	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Radiologia - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente
PAZIENTI A RISCHIO INTERMEDIO O ELEVATO (D'AMICO)	<ul style="list-style-type: none"> - RMN prostatica multiparametrica - TC addome con mdc - Scintigrafia ossea TB: (GS \geq 4+3) e alto rischio 	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Radiologia - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente
STADIAZIONE COMPLETATA	Discussione GIC	Prenotazione da parte del CAS

Iter terapeutico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
CAP BASSO RISCHIO (D'AMICO)	Watchful waiting se aspettativa di vita < 10 anni	S.C. Urologia
	Sorveglianza attiva	S.C. Urologia
	Prostatectomia radicale + linfadenectomia pelvica se rischio di invasione linfonodale > 5% (sec. nomogrammi)	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia prericovero (prenotazione diretta dell'urologo del GIC) - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero (il prericovero viene programmato entro circa 30

		giorni dalla diagnosi) e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato (l'intervento chirurgico viene programmato entro circa 60 giorni dalla diagnosi)
	Radioterapia esclusiva	Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica (dalla discussione GIC al trattamento intercorrono circa 15 giorni)
CAP RISCHIO INTERMEDIO (D'AMICO)	Prostatectomia radicale + linfadenectomia pelvica bilaterale	- S.C. Urologia prericovero (prenotazione diretta dell'urologo del GIC) - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato
	Radioterapia fasci esterni +/- ormonoterapia short course	- Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica - Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte del Radioterapista
	WW vs Ormonoterapia in pazienti non candidabili ad altri trattamenti con intento curativo o con aspettativa di vita < 10 anni	- Follow up presso S.C. Urologia - Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte dell'Urologo
	Sorveglianza attiva in pz selezionati all'interno di protocolli o studi clinici (STUDIO START)	Follow up presso S.C. Urologia
CAP ALTO RISCHIO (D'AMICO)	Radioterapia fasci esterni + ormonoterapia long course (24-36 mesi) +/- CHT con Docetaxel	- Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica - Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte del Radioterapista o dell'Oncologo - S.C. Oncologia prenotazione da parte del CAS
	Prostatectomia radicale + linfadenectomia pelvica bilaterale se aspettativa di vita > 10 anni.	- S.C. Urologia prericovero (prenotazione diretta dell'urologo del GIC) - Comunicazione via telefono al

		paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato
	Ormonoterapia esclusiva in pazienti unfit per chirurgia e radioterapia	Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte dell'Urologo o del Radioterapista o dell'Oncologo
	WW ed eventuale attivazione s.s. Cure palliative in pazienti non candidabili ad altri trattamenti con intento curativo o con breve aspettativa di vita	- Follow up S.C. Urologia - Attivazione cure palliative mediante autoimpegnativa
TRATTAMENTO CHIRURGICO	Discussione GIC con esame istologico definitivo	Prenotazione da parte del CAS
FATTORI AVVERSI DOPO PR: ESTENSIONE EXTRACAPSULARE E/O MARGINI POSITIVI E/O INFILTRAZIONE VESICOLE SEMINALI	Osservazione	S.C. Urologia
	RT adiuvante	Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica
N+ DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE	Ormonoterapia	- Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte dell'Urologo o dell'Oncologo dopo discussione GIC - Prima visita oncologica con autoimpegnativa mediante prenotazione da parte dell'Oncologo GIC
	Valutazione RT adiuvante + Ormonoterapia	- Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica - Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte del radioterapista dopo discussione GIC
PROGRESSIONE BIOCHIMICA ENTRO 3 MESI DAL TRATTAMENTO	RT di salvataggio precoce	Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica
PROGRESSIONE BIOCHIMICA DOPO 3 MESI DAL TRATTAMENTO	RT di salvataggio	Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica
PROGRESSIONE DOPO RT (PSA NADIR + 2 NG IN DUE AUMENTI CONSECUTIVI INTERVALLATI DI 3 MESI CIASCUNO)	Ormonoterapia	Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte del radioterapista o dell'Oncologo dopo discussione GIC
	Prostatectomia radicale di salvataggio	- S.C. Urologia prericovero (prenotazione diretta dell'urologo del GIC) - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero

		e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato
CA PROSTATA METASTATICO O IN PROGRESSIONE DOPO RT DI SALVATAGGIO/CHIRURGIA DI SALVATAGGIO, NAIVE AD ORMONOTERAPIA E PROGnosi FAVOREVOLE	- Ormonoterapia +/- Docetaxel - Ormonoterapia +/- Abiraterone - Evt trattamento con Bisfosfonati se mts ossee - RT su neoplasia primitiva +/- RT stereotassica su mts se oligometastatico	- Prescrizione farmacologica con piano terapeutico da parte dell'Oncologo dopo discussione GIC - Prima visita oncologica con autoimpegnativa mediante prenotazione da parte dell'Oncologo GIC - Prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica
CA PROSTATA METASTATICO E "CASTRATION RESISTANT" (MALATTIA A LENTA EVOLUZIONE)	- Terapia di II linea: Enzalutamide, Abiraterone, Docetaxel - Evt trattamento con Bisfosfonati se mts ossee Radium 223 se mts esclusivamente ossee	- Prima visita oncologica con autoimpegnativa mediante prenotazione da parte dell'Oncologo GIC - Ospedale di Novara Contatto telefonico o mail
CA PROSTATA METASTATICO E "CASTRATION RESISTANT" IN PROGRESSIONE DOPO CT DI I LINEA	- Ulteriori linee di trattamento: Enzalutamide, Abiraterone, Docetaxel, Cabazitaxel - Evt trattamento con Bisfosfonati se mts ossee - Evt trattamento radioterapico palliativo se mts ossee Radium 223 se mts esclusivamente ossee	- Ambulatorio di Oncologia con autoimpegnativa e prenotazione CAS - Ospedale di Novara Contatto telefonico o mail
CA PROSTATA METASTATICO IN PAZIENTE UNFIT E DOPO FALLIMENTO DEI PRESIDI TERAPEUTICI PRECEDENTI	Assistenza domiciliare con l'integrazione dell'UOCP Cure Palliative	- Servizio di Cure Palliative ASLBI - Autoimpegnativa - Discussione in collegiale settimanale con oncologia

Per psico –oncologia vedi allegato.

FOLLOW UP DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

Il pazienti sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale dovranno sottoporsi al seguente follow up:

- Dosaggio del PSA e visita urologica dopo 1 mese dall'intervento
- Dosaggio del PSA e visita urologica ogni 3 mesi per il primo anno
- Dosaggio del PSA e visita urologica ogni 6 mesi fino al 5° anno post-operatorio
- Dosaggio del PSA e visita urologica annuale
- Ecografia addome superiore ed inferiore a 6 mesi (valutazione ev. idronefrosi o residuo post-minzionale aumentato per stenosi anastomosi vescico-uretrale)

I pazienti sottoposti a prostatectomia radicale "di salvataggio" per ripresa di malattia dopo radioterapia dovranno sottoporsi allo stesso tipo di follow up + di visita radioterapica annuale.

Si considera ripresa di malattia un valore di PSA > 0.2 ng/ml.
In caso di ripresa di malattia il paziente verrà rivalutato dal GIC.

FOLLOW UP DOPO RADIOTERAPIA

RADIOTERAPIA ESCLUSIVA: il paziente sottoposto trattamento di radioterapia esclusiva per neoplasia prostatica dovrà essere sottoposto al seguente follow up:

- Prima visita radioterapica a 3 mesi con PSA ed esplorazione rettale (valutare andamento del PSA e tossicità acuta)
- PSA ogni 6 mesi e visita urologica e radioterapica alternate
- PSA e visita radioterapica e urologica annuale dopo il 5 anno fino al 10 anno

RADIOTERAPIA ESCLUSIVA CON ASSOCIATO BLOCCO ORMONALE (2/3 ANNI)

Il paziente sottoposto a trattamento di radioterapia esclusiva cui viene associato blocco androgenico per la durata di 2 o 3 anni deve essere sottoposto al seguente follow up:

- PSA e prima visita radioterapica a 3 mesi
- PSA e visita di controllo ogni 6 mesi (radioterapica e urologica alternate)
- Transaminasi e glicemia annuali, pressione arteriosa ogni mese
- Dalla sospensione dell'ormonoterapia PSA e visita ogni 4 mesi fino al 5° anno
- PSA e visita annuale (radioterapica ed urologica) fino al decimo anno

Si considera ripresa di malattia un aumento di PSA di 2 ng/ml oltre il nadir (criterio di Phoenix)
In caso di ripresa di malattia il paziente verrà rivalutato dal GIC.

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	NO
Consegna della programmazione del follow up	NO
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI tramite contatto telefonico con Call Center CAS ed impegnativa del MMG

CARCINOMA DELLA VESCICA

Il paziente giunge in prima visita urologica generalmente inviato dal MMG per macroematuria e/o disturbi minzionali irritativi.

Categorie di rischio del carcinoma vescicale non muscolo invasiva

Nuove Categorie di Rischio	Definizione
Neoplasie a basso rischio	Primo riscontro, solitario, Ta, G1/basso grado, < 3 cm, no CIS
Neoplasie a rischio intermedio	Ta/T1, G1,G2/basso grado recidivi o > 3 cm, no CIS
Neoplasie ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> • Ta/T1, G3/alto grado • Ta,G1G2, plurifocali, ricorrenti, > 3cm • CIS
Sottogruppi a rischio molto alto	T1,G3/alto grado associato a CIS, plurifocali e/ o ricorrenti. T1G3/alto grado esteso all'uretra prostatica Ta/T1 alto grado ad istotipo misto/ invasione linfovaskolare
	T1, G3/alto grado, CIS refrattario a BCG

Iter diagnostico

STADIAZIONE	Procedure	Modalità di accesso
SOSPETTO CLINICO DI NEOPLASIA VESCICALE	<ul style="list-style-type: none"> - US addome completo - Citologia urinaria su 3 campioni - Uretrocistoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> • S.C. radiologia prenotazione con autoimpegnativa • S.C. Anatomia patologica prenotazione con autoimpegnativa • S.C. Urologia (Piastra D Ambulatorio endoscopia digestiva) prenotazione con autoimpegnativa
CISTOSCOPIA POSITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Visita CAS medico infermieristica se prima diagnosi di ca vescicale - TURB 	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia prericovero (prenotazione diretta dell'urologo) - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato (il prericovero e l'intervento vengono programmati entro circa 30 giorni dalla diagnosi)
CA VESCICA NON MUSCOLO INVASIVO LOW GRADE	Follow up ± instillazioni endovesicali	Follow up S.C. Urologia

CA MUSCOLO INVASIVO O NON MUSCOLO INVASIVO HIGH GRADE	Discussione GIC	Prenotazione da parte del CAS
CA VESCICA NON MUSCOLO INVASIVA HIGH GRADE	- RE-TURB - Follow up ± instillazioni endovesicali con BCG	- S.C. Urologia prericovero (prenotazione diretta dell'urologo) - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato - Follow up S.C. Urologia
CA VESCICA MUSCOLO INVASIVO	- Visita CAS medico/infermieristica anche se recidivo - TC torace + addome completo con mdc	- S. C. Urologia - S.C. Radiologia - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente

Iter terapeutico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
CARCINOMA VESCICALE MUSCOLO INVASIVO PT2-4 N0	Cistectomia radicale + LAD pelvica bilaterale + derivazione urinaria continente/non continente	- S.C. Urologia prericovero (prenotazione diretta dell'urologo del GIC) - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato (il prericovero e l'intervento vengono programmati entro circa 30 giorni dalla consegna dell'esame istologico)
	Chemioterapia neoadiuvante seguita da cistectomia radicale in base al quadro clinico del pz	- Prima visita oncologica con autoimpegnativa mediante prenotazione da parte dell'Oncologo GIC
	Chemioterapia + RT se pz unfit per chirurgia	- Prima visita oncologica con autoimpegnativa mediante prenotazione da parte dell'Oncologo GIC - Radioterapia prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica
CARCINOMA VESCICALE MUSCOLO INFILTRANTE PT2-4 N+	- Chemioterapia neoadiuvante seguita da cistectomia radicale in base al quadro clinico del pz - Cistectomia radicale + chemioterapia adiuvante	- Prima visita oncologica con autoimpegnativa mediante prenotazione da parte dell'Oncologo GIC - S.C. Urologia prericovero

		(prenotazione diretta dell'urologo del GIC) - Comunicazione via telefono al paziente della data di pricovero e successivamente della data dell'intervento a pricovero completato
CARCINOMA VESCICALE METASTATICO 1° LINEA	- Chemioterapia antineoplastica in base al quadro clinico (Derivati del platino, Gemcitabina, Altro) - RT palliativa a scopo emostatico se ematuria - Cistectomia radicale di salvataggio (se non candidabili ai precedenti trattamenti e/o se grave sintomatologia)	- Prima visita oncologica con autoimpegnativa mediante prenotazione da parte dell'Oncologo GIC - Radioterapia prenotazione con autoimpegnativa presso Segreteria unificata Radiologia di 1° visita Radioterapica - S.C. Urologia pricovero (prenotazione diretta dell'urologo del GIC) - Comunicazione via telefono al paziente della data di pricovero e successivamente della data dell'intervento a pricovero completato
CARCINOMA VESCICALE METASTATICO 2° LINEA	Chemioterapia antineoplastica in base al quadro clinico o Immunoterapia all'interno di protocolli clinici	- Ambulatorio di Oncologia con autoimpegnativa e prenotazione CAS
CARCINOMA VESCICALE IN PZ UNFIT PER TRATTAMENTI ATTIVI	Assistenza domiciliare con l'integrazione dell'UOCP Cure Palliative	- Servizio di Cure Palliative ASLBI - Autoimpegnativa - Discussione in collegiale settimanale con oncologia

Per psico-oncologia vedi allegato.

Follow up

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
CA VESCICA NON MUSCOLO INVASIVO	<p>- Basso rischio: prima cistoscopia a 3 mesi dalla TUR, se negativa, una successiva dopo 9 mesi e quindi ogni anno fino al 5° anni</p> <p>- Alto rischio: prima cistoscopia a 3 mesi dalla TUR, se negativa è consigliabile ripetere la cistoscopia ogni 3 mesi circa per i primi 2 anni, ogni 4 mesi durante il terzo anno e quindi ogni 6 mesi fino al quinto anno, per poi effettuarla annualmente. E' consigliabile anche un controllo annuale dell'apparato urinario superiore. La citologia urinaria rappresenta uno strumento importante nel follow-up di questi pazienti</p> <p>- Intermedio rischio: in questi pazienti il follow-up va adattato in maniera intermedia tra i 2 precedenti in base ai fattori di rischio. La citologia urinaria rappresenta uno strumento importante nel follow-up di questi pazienti.</p>	S.C. Urologia
CA VESCICA MUSCOLO INVASIVA	<p>> TC torace-addome completo con m.d.c. dovrebbe essere effettuata secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stadio pT2pN0: ogni 6 mesi nei primi due anni ed annualmente per i successivi 3 anni - Stadio pT3-4 e/o pN+: ogni 4 mesi nei primi due anni, ogni 6 mesi per i successivi 3 anni <p>> Esame clinico e Citologia urinaria dovrebbero essere effettuati ogni 3-6 mesi per i primi due anni, poi ogni 9 mesi fino al 5° anno.</p> <p>> Emocromo, funzionalità renale ed epatica ogni 3-6 mesi per i primi due anni, poi ogni 9 mesi fino al 5°</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Radiologia con autoimpegnativa da parte di Urologo o Oncologo - S.C. Urologia - S.C. Anatomia Patologica con autoimpegnativa - S.C. Laboratorio analisi con autoimpegnativa

	anno.	
CA VESCICA MUSCOLO INVASIVO CHEMIOTRATTATO	Follow up mirato sul pz in base al quadro clinico ed alla risposta al trattamento	Ambulatorio di Oncologia con autoimpegnativa e prenotazione CAS

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	NO
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	NO
Consegna della programmazione del follow up	NO
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI Call Center CAS Oncologia

Cure Palliative

Modalità di attivazione delle Cure Palliative:

- Al momento della segnalazione al Centro Accoglienza Servizi (CAS) di un paziente con malattia metastatica o localmente avanzata da parte dello specialista d'organo e dei medici di medicina generale, l'infermiere e il medico del CAS contatteranno, secondo le modalità ben specificate nel PDTA aziendale, la rete aziendale di Cure Palliative.
- Al momento della visita interdisciplinare GIC sarà attivata la partecipazione del medico palliativista di riferimento per i pazienti con i criteri identificati.
- Se non già precedentemente noti al CAS e al GIC, gli oncologi e/o gli altri specialisti richiederanno la consulenza palliativa per i pazienti in possesso dei criteri sopracitati non più suscettibili di trattamenti attivi (deve essere documentata la comunicazione al paziente e al familiare che non vi è più indicazione a proseguire terapie antitumorali).
- La presa in carico da parte della rete di cure palliative potrà avvenire nei diversi setting: ambulatoriale, ricovero diurno, ricovero ordinario.

TUMORE DEL TESTICOLO

Il pz si presenta in visita urologica per massa palpabile scrotale inviato dal MMG. Durante la visita urologica viene eseguita US testicolare.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
Neoplasia testicolare fortemente sospetta	<ul style="list-style-type: none"> - Visita CAS medico/infermieristica - Crioconservazione del liquido seminale se neoplasia bilaterale (Ospedale Molinette di Torino) - Orchifunicolectomia previa esecuzione di markers tumorali (AlfaFP, LDH, BetaHCG in prericovero) 	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia - Molinette Endocrinologia SSD contatto telefonico 0116336703 con autoimpegnativa da parte dell'Urologo - Prericovero S.C. Urologia - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato (intervento chirurgico entro 7 giorni dalla diagnosi)
Stadiazione	TC encefalo-torace-addome completo con mdc	- S.C. Urologia prenotazione con autoimpegnativa tramite CAS
Pianificazione iter clinico-terapeutico post-chirurgico	Discussione GIC urologico	Prenotazione dal parte del CAS

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM 2017 e EAU 2018.

Per la classificazione patologica ci si riferisce alla Classificazione WHO 2016.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso
Seminoma stadio I	Trattamento sulla base del rischio di ripresa evolutiva Se CT Se sorveglianza Se RT	GIC urologico Prenotazione da parte dell'oncologo su cartella informatizzata netcare Prenotazione da parte dell'oncologo su cartella informatizzata netcare Prenotazione visita RT con

		<p>impegnativa CAS e inserimento in lista RT da parte del radioterapista del GIC</p> <p>Se CT o RT criopreservazione liquido seminale</p> <p>prenotazione tramite CAS -> Molinette Endocrinologia SSD con richiesta MMG ed ematochimici contatto telefonico 0116336703</p>
Non seminoma stadio I	<p>Trattamento sulla base del rischio di ripresa evolutiva</p> <p>Se CT</p> <p>Se CT o RT criopreservazione liquido seminale</p> <p>Se sorveglianza</p> <p>Se linfadenectomia</p>	<p>GIC urologico</p> <p>Prenotazione da parte dell'oncologo su cartella informatizzata netcare</p> <p>prenotazione tramite CAS -> Molinette EndocrinologiaSSD con ematochimici contatto telefonico 0116336703</p> <p>Prenotazione da parte dell'oncologo su cartella informatizzata netcare</p> <p>Contatto telefonico/mail presso centro di riferimento Urologia INT Milano</p>
Malattia avanzata e recidive	<p>Se CT</p> <p>Se indicata asportazione masse residue</p>	<p>GIC urologico</p> <p>Prenotazione da parte dell'oncologo su cartella informatizzata netcare</p> <p>Contatto telefonico/mail Urologia INT Milano da parte dell'oncologo o discussione in GIC toraco – polmonare (a seconda della sede)</p>
Malattia refrattaria		<p>GIC urologico</p> <p>In caso di non risposta rivalutazione GIC ed eventuale</p>

Ca testicolo metastatico non suscettibile di trattamento oncologico attivo	Se CT Preso in carico da parte delle Cure Palliative	invio presso centro di riferimento Urologia INT Milano da parte dell'oncologo con contatto telefonico/mail Prenotazione da parte dell'oncologo su cartella informatizzata netcare Presentazione del caso in discussione collegiale settimanale con S.C. UOCP + impegnativa interna
--	---	---

Per psico –oncologia vedi allegato.

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida AIOM versione 2017 e EAU 2018.

In caso di trattamento con radioterapia esclusiva il follow-up sarà condotto dalla S.C. Radioterapia. In tutti gli altri casi dalla S.C. Oncologia.

Seminoma stadio I Sorveglianza o chemioterapia adiuvante o radioterapia adiuvante Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	3 volte all'anno nel primo e nel secondo anno; una volta all'anno dal terzo al quinto anno	Prenotazione su da parte dell'oncologo su cartella informatizzata net care
Marcatori tumorali	3 volte all'anno nel primo e nel secondo anno; una volta all'anno dal terzo al quinto anno	- Laboratorio Analisi impegnativa MMG prenotazione CUP
Radiografia del torace	2 volte all'anno nel primo e nel secondo anno	- impegnativa MMG prenotazione CUP
TAC addome + pelvi	2 volte all'anno nel primo e nel secondo anno; a 36 e 60 mesi dal terzo al quinto anno	- impegnativa MMG prenotazione CUP

Non seminoma stadio I Sorveglianza Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	4 volte all'anno nel primo, nel secondo, nel terzo anno; una volta all'anno dal quarto al quinto anno	Ambulatorio oncologia Prenotazione su da parte dell'oncologo su cartella informatizzata net care
Marcatori tumorali	4 volte all'anno nel primo, nel secondo, nel terzo anno; una volta all'anno dal quarto al quinto anno	Laboratorio analisi impegnativa MMG prenotazione CUP
Radiografia del torace	2 volte all'anno dal primo al quinto anno	Radiologia impegnativa MMG prenotazione CUP
TAC addome + pelvi	a 3 e 12 mesi nel primo e nel secondo anno; a 24 e 36 mesi dal terzo al quinto anno	Radiologia impegnativa MMG prenotazione CUP

Non seminoma stadio I Chemioterapia adiuvante o linfadenectomia Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	4 volte all'anno nel primo, nel secondo, nel terzo anno; una volta all'anno dal quarto al decimo anno	Ambulatorio oncologia Prenotazione su da parte dell'oncologo su cartella informatizzata net care
Marcatori tumorali	4 volte all'anno nel primo, nel secondo, nel terzo anno; una volta all'anno dal quarto al decimo anno	Laboratorio analisi impegnativa MMG prenotazione CUP
Radiografia del torace	2 volte all'anno dal primo al terzo anno	Radiologia impegnativa MMG prenotazione CUP
TAC addome + pelvi	una volta all'anno fino al quinto anno	Radiologia impegnativa MMG prenotazione CUP

Malattia metastatica non seminoma e seminoma Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	4 volte all'anno nel primo, nel secondo anno; due volte all'anno dal terzo al quinto anno; poi una volta all'anno fino al decimo anno.	Ambulatorio oncologia Prenotazione su da parte dell'oncologo su cartella informatizzata net care
Marcatori tumorali	4 volte all'anno nel primo, nel secondo anno; due volte all'anno dal terzo al quinto anno; poi una volta all'anno fino al decimo anno.	Laboratorio analisi impegnativa MMG prenotazione CUP
Radiografia del torace	4 volte all'anno nel primo, nel secondo anno; due volte all'anno	Radiologia impegnativa MMG prenotazione CUP

	dal terzo al quinto anno; poi una volta all'anno fino al decimo anno.	
TAC addome + pelvi	2 volte all'anno dal primo al secondo anno; una volta all'anno dal terzo al quinto anno; poi se indicato	Radiologia impegnativa MMG prenotazione CUP

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	<i>SI</i>
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	<i>NO</i>
Consegna della programmazione del follow up	<i>NO</i>
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI contatto diretto Call center CAS</i>

Allegato. Descrizione dell'iter di psico-oncologia.

Prima visita psiconcologica per pazienti oncologici (in qualsiasi momento del percorso di cura: diagnosi, trattamento, follow-up) e loro familiari.

Modalità di Accesso e Prenotazione

Il **primo colloquio** può essere prenotato previo rilascio di impegnativa*.

1) Paziente:

Impegnativa* **Ticket:** codice dell'esenzione. L'esenzione può essere per patologia, reddito, età.

Codice Branca	Codice Catalogo	Codice SGP	Descrizione
40	94.09	P01	Primo Colloquio psicologico clinico

2) Familiare di un paziente /Colloquio con paziente oncologico e familiare (es. coniuge).

L'impegnativa è intestata al paziente.

Impegnativa*

Codice Branca	Codice Catalogo	Codice SGP	Descrizione	n. sedute
40	94.42	P03	Psicoterapia familiare	

In caso di presa in carico psicologica viene previsto un ciclo di 8 colloqui psicologici. Impegnativa:

Codice Branca	Codice Catalogo	Codice SGP	Descrizione	n. sedute
40	94.09	P05	Ciclo di 8 colloqui psicologici per patologia oncologica	8
40	94.3	P02	Ciclo di 8 colloqui psicologici di psicoterapia individuale	8

La prenotazione può essere effettuata telefonicamente dalle 9 alle 16 dal lunedì al venerdì, al n. 015.1515.7503 (Segreteria CAS) e viene registrata su SGP.

La presa in carico psicologica può essere richiesta anche per i familiari sia durante il percorso di malattia del congiunto sia per elaborazione lutto

- **Scheda di Complessità** Valutazione Psicosociale e **Scheda** Protezione Famiglie Fragili. **PPFF**

Valutazione Psicosociale presso l'ambulatorio prime visite per **Pazienti oncologici e loro familiari**

(Mercoledì dalle 9:30 alle 11:30 e Giovedì dalle 14.30 alle 16.30 presso il DH del Dipartimento di Medicina 3° Piano EST) con la seguente impegnativa:

Codice Branca	Codice Catalogo	Codice SGP	Descrizione
40	94.09	P01	<i>"Primo Colloquio psicologico clinico"</i>

2 Scheda Protezione Famiglie Fragili PPFF (psicologo e assistente sociale)

Con la seguente impegnativa:

Codice Branca	Codice Catalogo	Codice SGP	Descrizione
29	89.07		Consulto interdisciplinare definito complessivo
40	99.52		Consulenza o Valutazione psicologico-clinica multiprofessionale