

 A.S.L. CN1	PDTA GIC Tumore vescica e urotelio	Data di emissione: 12/2016 Revisione n.01 Data di revisione: 30/11/2018

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dott. Salvatore Brugaletta	
Direttore Sanitario	Dott. Giuseppe Noto	
Direttore S.C.Urologia	Dott. Pietro Coppola	
Direttore DIPSA f.f.	Dott.ssa Anna Basso	
Responsabile GIC Aziendale	Dott. Pietro Coppola	
Referente Aziendale Organizzativo CAS per la Rete Oncologica/Coordinatore dei P.O.	Dott. Mirco Grillo	
Funzione Qualità	Dr.ssa M.Teresa Giachino Amistà	

Data di approvazione	Dicembre 2018
Periodicità di revisione	Ogni qualvolta si renda necessario a seguito di variazioni dei contenuti clinico-organizzativo citati ed in ogni caso biennale
Data prossima revisione	Dicembre 2020
Modalità di diffusione interna	Intranet aziendale
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
S.C Urologia	Dott. P. Coppola Dott. P.Polledro	
Radiodiagnostica *	Dott. Alessandro Leone (sostituto dr Enrico Armano)	
Oncologia Medica *	Dott.ssa R.Dionisio (Dott.P. La Ciura)	
Anatomia Patologica *	Dott.M.Pagano Dott. G.Cera	
Radioterapia AO Cuneo *	Dott. Riccardo Vigna (Sostituto Dott.E.Russi)	
S.S. Cure Palliative *	Dott. F. Motta (Sostituto Dott. P.La Ciura)	
Infermiere enterostomiste (A)	Sig. F.Alladio Sig. F.Griffone	

GIC - regolamento

Coordinatore	Dott. Pietro Coppola
Segreteria	Sede CAS Savigliano prenotazione diretta GIC da parte medici urologia dedicati CAS
Sede dell'incontro	Sala dedicata ai GIC presso locali CAS
Periodicità dell'incontro e orario	Tutti i giovedì ore 14-17 (in caso di festivi anticipata al gg precedente) il primo e il terzo giovedì del mese in teleconferenza
Modalità di refertazione	Su scheda refertazione GIC fornita dall'Azienda
Descrizione sintetica del funzionamento	GIC monospecialistico : Il medico urologo GIC attua tale modalità nei casi previsti. GIC plurispecialistico Il medico urologo dedicato CAS ravvisata necessità di seguire tale modalità provvede ad attivare GIC e far inviare la documentazione ai componenti dello stesso
Descrizione del percorso assistenziale	Il personale infermieristico GIC riceve dal personale infermieristico CAS tutta la documentazione del paziente (medica ed infermieristica) che viene valutata in corso di GIC. Provvede nei casi in cui ne ravvisa la necessità a segnalare al personale medico eventuali difficoltà assistenziali già presenti o ipotizzabili in base alla tipologia del paziente e del / dei possibili caregiver . Al termine dell'incontro, il personale infermieristico del GIC redige consegna scritta che allega assieme al referto GIC alla documentazione del paziente che viene riconsegnata al personale infermieristico del CAS. Sarà cura di quest'ultimo provvedere a monitorare tutto il percorso delle problematiche assistenziali (psicosociali- presenza di fragilità- presenza/necessità CVC – problematiche specifiche) mediante aggiornamento della scheda infermieristica e segnalando al personale medico dedicato al CAS eventuali necessità. - Ulteriori contatti per confronto ed informazioni vengono effettuate tra le infermiere GIC e l'equipe assistenziali coinvolte.

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	ASL CN 1
Numero di abitanti del bacino di utenza	420.800
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	1 presso ASL CN 1 come da PDTA CAS
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	1 presso ASL CN 1

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia vescicale e via escretrice
Neoplasia prostatica
Neoplasia renale
Neoplasia testicolare
Neoplasia peniena

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Citologia urinaria positiva per cellule neoplastiche	Ecografia addome completo	- S.C. Radiologia - DEM rilasciata dai medici dedicati CAS - Prenotazione da parte del CAS	7-10 giorni
Citologia urinaria positiva con ecografia addome completo negativa per neoplasia vescicale	Uretrocistoscopia + biopsie vescicali	- S.C. Urologia – Day Hospital - Prenotazione informatizzata da parte dei medici Urologia dedicati CAS al momento della visita - Comunicazione telefonica al paziente della data di pre-ricovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	2-3 giorni per la cistoscopia Se mapping vescicale entro 30 gg
Diagnosi ecografica di neoplasia vescicale	TURB	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dei medici Urologia dedicati CAS al momento della visita - Comunicazione telefonica al paziente della data di pre-ricovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	o 30 gg
In caso di neoplasia vescicale > 3 cm e/o trigonale e/o multifocale e/o presenza di idronefrosi all'ecografia	TC torace + addome completo con mdc	- S.C. Radiologia ns sedi o scelta dal Pz-DEM rilasciata dai medici dedicati CAS	Savigliano 5-15 gg Mondovì 5-7 gg
Solo in caso di segni/sintomi neurologici suggestivi di metastasi	TC encefalo con m.d.c.	- S.C. Radiologia	Savigliano 5-15 gg Mondovì 5-7 gg
Solo in caso di segni/sintomi suggestivi di metastasi ossee	Scintigrafia ossea T.B.	- Medicina Nucleare AO di Cuneo- - DEM rilasciata dai medici dedicati CAS - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente	5-20 gg

Descrizione sintetica dei trattamenti

In base all'esito dell'esame istologico le neoplasie potranno risultare non-muscolo-invasive (NMIBC) o muscolo-invasive (MIBC). Inoltre i pazienti possono presentarsi con malattia metastatica già alla diagnosi.

1) I pazienti con **NMIBC** possono essere suddivisi in categorie di rischio (di recidiva e progressione) secondi i criteri riportati nella tabella sottostante

Gruppi di rischio	Caratteristiche
Tumori a basso rischio	Di primo riscontro, singolo, Ta, G1 (basso grado), < 3 cm, assenza di CIS
Tumori a rischio intermedio	Tutti i tumori non ascrivibili alle altre due categorie
Tumori ad alto rischio*	Qualunque delle seguenti caratteristiche: • T1 • G3 (alto grado) • CIS • Tumori Ta G1-G2 multifocali e recidivi e voluminosi (> 3 cm)

*Nell'ambito del gruppo ad alto rischio è possibile individuare un sottogruppo ad altissimo rischio, quando il tumore ha una delle seguenti caratteristiche: T1 G3 + CIS, T1 G3 + CIS in uretra prostatica, T1 G3 multifocali, T1 G3 > 3 cm, varianti istologiche inusuali.

Dato il rischio di persistenza di malattia dopo la prima resezione endoscopica (17-45% in generale e 33-53% nei T1), sarà indicata una re-TURB ("second look") nei seguenti casi:

- Prima resezione incompleta per numero, dimensioni o sede della/e neoplasia/e;
- Assenza di tonaca muscolare nei campioni della prima resezione (fatta eccezione per i Ta G1);
- T1;
- G3.

I pazienti con evidenza di NMIBC al momento della resezione endoscopica dovrebbero essere sottoposti ad instillazione precoce di Mitomicina C o Doxorubicina o Epirubicina entro 6 ore dalla TURB (durante il ricovero in Urologia). Il successivo iter terapeutico dipenderà dalla categoria di rischio:

a) I pazienti con **NMIBC a basso rischio** non necessiteranno di ulteriori trattamenti endovesicali oltre alla suddetta instillazione precoce.

b) I pazienti con **NMIBC a rischio intermedio**, oltre alla instillazione precoce di chemioterapico, dovranno essere sottoposti ad un trattamento chemioterapico (Mitomicina C o Epirubicina) o immunoterapico (BCG) addizionale della durata complessiva massima di 12 mesi.

c) I pazienti con **NMIBC ad alto rischio** dovranno essere sottoposti ad un trattamento immunoterapico (BCG) della durata complessiva di 36 mesi. Per i casi di NMIBC ad altissimo rischio potrà essere presa in considerazione la cistectomia radicale come trattamento di prima scelta in alternativa al trattamento endovesicale con BCG.

In caso di recidiva di NMIBC entro un anno dalla fine della chemioterapia endovesicale dovrà essere presa in considerazione una terapia con BCG. Per le recidive di NMIBC (Ta G1) più tardive si potrà ripetere la chemioterapia endovesicale.

In caso di insorgenza di NMIBC di alto grado e/o CIS durante il ciclo di BCG (refrattarietà al BCG) o entro un anno dal termine del ciclo di BCG (recidiva post-BCG) sarà indicata la cistectomia radicale. Nei casi di recidiva post-BCG si potrà, in alternativa, considerare la ripetizione del BCG stesso. Le recidive di NMIBC non di alto grado dopo BCG potranno essere anche trattate con un nuovo ciclo di immuno o chemioterapia endovesicale.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
In caso di: - resezione incompleta - assenza di tessuto muscolare nel campione (eccetto i Ta G1) - T1 - G3	Re-TURB (TURB "second look") Entro 2-6 settimane dal primo intervento	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	Entro 2-6 settimane dal primo intervento
Evidenza di NMIBC alla TURB	Instillazione precoce di chemioterapico endovesicale (Mitomicina C / Doxorubicina / Epirubicina)	- S.C. Urologia - Esecuzione durante la degenza (entro 6 ore dalla TURB)	Esecuzione durante la degenza (entro 6 ore dalla TURB)
NMIBC a basso rischio – dopo l'instillazione precoce	Solo follow up	Si veda la sezione dedicata al follow up	
NMIBC a rischio intermedio – dopo l'instillazione precoce	Chemioterapia endovesicale per 1 anno o BCG endovesicale per 1 anno	- S.C. Urologia – Ambulatorio - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico	Entro 30 gg dalla TURB
NMIBC ad alto rischio – dopo ev. instillazione precoce	BCG endovesicale per 3 anni	- S.C. Urologia – Ambulatorio - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico	Entro 30 gg dalla TURB
NMIBC ad altissimo rischio	Cistectomia radicale	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	Entro 15 gg dal GIC
	BCG endovesicale per 3 anni	- S.C. Urologia – Ambulatorio - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico	Entro 30 gg dalla TURB
NMIBC recidivo dopo chemioterapia endovesicale	Chemioterapia endovesicale (se recidiva pTa G1 dopo un anno) o BCG endovesicale (se recidiva precoce)	- S.C. Urologia – Ambulatorio - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico	Entro 30 gg dalla TURB

NMIBC alto grado / CIS recidivo in corso di BCG endovesicale (refrattarietà al BCG)	Cistectomia radicale	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	Entro 15 gg dal GIC
NMIBC alto grado / CIS recidivo entro 1 anno dal BCG endovesicale (recidiva post-BCG)	Cistectomia radicale	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	Entro 15 gg dal GIC
	BCG endovesicale per 3 anni	- S.C. Urologia – Ambulatorio - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico	Entro 30 gg dalla TURB
NMIBC basso grado dopo BCG endovesicale	Chemioterapia endovesicale o BCG endovesicale	- S.C. Urologia – Ambulatorio - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico	Entro 30 gg dalla TURB
In tutti i casi di cistectomia radicale	Visita andrologica e valutazione enterostomista : prima visita e programmazione controlli post operatori	Mediante DEM rilasciata dai medici GIC	Al momento del prericovero

2) I pazienti con **MIBC** (cT2-T4 N0 M0) dovrebbero essere prenotati per cistectomia radicale (da eseguire presso la S.C. Urologia) all'atto della visita GIC di consegna dell'esame istologico dopo discussione collegiale del caso clinico. In questi stessi pazienti, se non sussistono controindicazioni, può essere presa in considerazione una chemioterapia neoadiuvante. Nei pazienti con stadio patologico pT3-T4 e/o pN0 o N1 una chemioterapia adiuvante dopo la cistectomia può essere indicata solo se non precedentemente trattati con chemioterapia neoadiuvante. Nei pazienti con neoplasia singola cT2-T4 N0 M0 e assenza di idronefrosi, in caso di controindicazioni alla cistectomia radicale o rifiuto del paziente stesso all'intervento, può essere preso in considerazione un trattamento trimodale (TUR completa della neoplasia e radio-chemioterapia).

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
MIBC (cT2-T4 N0 M0)	Cistectomia radicale preceduta o meno da Chemioterapia neoadiuvante (se filtrato glomerulare permissivo)	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico dopo valutazione collegiale -prenotazione del Paziente dall'Enterostomista per la presa in carico preintervento e organizzazione valutazioni post dimissione e valutazione per riabilitazione piano pelvico. -Prenotazione del paziente per la valutazione andrologica preintervento organizzazione valutazioni post dimissione vedi PTDAuro001 - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	Entro 15 gg dal GIC
		Prima visita Oncologia tramite DEM rilasciata da medici GIC Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Entro 7 gg visita ed inizio trattamento
Stadio pT3-T4, N0-N+ dopo cistectomia radicale	Eventuale chemioterapi adiuvante (solo per i pazienti non sottoposti a chemioterapia neoadiuvante) (se filtrato glomerulare permissivo)	Prima visita Oncologia tramite DEM rilasciata da medici GIC Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Entro 7 gg visita ed entro 15 gg inizio trattamento
MIBC (cT2-T4 N0 M0, neoplasia singola, assenza di idronefrosi) in caso di controindicazioni alla cistectomia o rifiuto da parte del paziente	Terapia trimodale (TURB massimale, radio-chemioterapia) (se filtrato glomerulare permissivo) o RT palliativa (emostatica) in pazienti non adatti alla terapia trimodale	TURB: - S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	TURB entro 15 gg dal GIC Visita RT 10-20 gg
		Radioterapia: - Ambulatorio di Radioterapia AO Cuneo - Prenotazione da parte del Radioterapista al momento della visita GIC dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	
		Prima visita Oncologia tramite DEM rilasciata da medici GIC Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Entro 7 gg visita ed entro 15 gg inizio trattamento

3) I pazienti con **malattia metastatica** (stadio IV) alla diagnosi dovranno essere trattati in prima istanza con schemi di combinazione a base di cisplatino (MVAC, CG, HD-MVAC), mentre per quelli considerati "unfit" per il cisplatino potranno essere prese in considerazione schemi a base di carboplatino. Pazienti selezionati con malattia estesa ai soli linfonodi addominali con risposta completa o parziale dopo chemioterapia possono essere considerati per un trattamento chirurgico sulla malattia residua. Nei pazienti con progressione di malattia dopo chemioterapia a base di sali di platino, potrà essere preso in considerazione un trattamento di seconda linea con Vinflunina.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Malattia metastatica (stadio IV)	Chemioterapia (se filtrato glomerulare permissivo)	- D.H. Oncologia - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Visita entro 7 gg inizio trattamento entro 20 gg
Pazienti cN+ ai soli linfonodi addominali con risposta parziale o completa alla chemioterapia	Eventuale cistectomia	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte del medico GIC al momento della visita GIC dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di precovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a precovero completato	Entro 15 gg CIC
Malattia metastatica in progressione dopo chemioterapia a base di platino	Eventuale seconda linea farmacologica(se filtrato glomerulare permissivo)	- D.H. Oncologia - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Visita entro 7 gg inizio trattamento entro 20 gg
Pz con necessità cure palliative o presa precoce in carico	Contatto telefonico con SC Cure palliative	Ambulatoriale mediante DEM rilasciate dai medici GIC e con esami prenotati tramite CAS	Entro 48 ore

Follow up

1) NMIBC

In considerazione del rischio di recidiva e di progressione di malattia nei pazienti con carcinoma uroteliale Ta-T1, il follow up va eseguito con una frequenza commisurata al grado di rischio, tenendo presente che è fondamentale la rilevazione precoce di una malattia infiltrante. Un fattore prognostico molto importante, inoltre, è il risultato della prima cistoscopia a 3 mesi.

Le linee guida (AIOM 2018 ed EAU), basandosi su studi retrospettivi, propongono il seguente schema:

- **NMIBC a basso rischio:** una prima cistoscopia a 3 mesi e, se negativa, una successiva dopo 9 mesi, quindi ogni anno per i successivi 5 anni
- **NMIBC ad alto rischio:** una prima cistoscopia a 3 mesi dalla TURB. Se negativa, la cistoscopia dovrebbe essere ripetuta ogni 3 mesi per i primi 2 anni, poi ogni 6 mesi fino al quinto anno e successivamente con cadenza annuale. E' consigliabile, inoltre, eseguire l'esame citologico sulle urine prima di ogni cistoscopia ed una TC addome completo con mezzo di contrasto annuale (per lo studio dell'alto apparato urinario)
- **NMIBC a rischio intermedio:** in questi pazienti il follow up va adattato in maniera intermedia fra i 2 precedenti sulla base dei fattori di rischio. Verrà, in ogni caso, eseguita una prima cistoscopia a 3 mesi e, successivamente, ogni 3-6 mesi fino al 5° anno.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Cistoscopia flessibile ambulatoriale	1) NMIBC a basso rischio: cistoscopia a 3 mesi dalla TURB. Se negativa, cistoscopia dopo 9 mesi, quindi ogni anno per i successivi 5 anni 2) NMIBC ad alto rischio: cistoscopia a 3 mesi dalla TURB. Se negativa, cistoscopia ogni 3 mesi per i primi 2 anni, poi ogni 6 mesi fino al quinto anno e successivamente con cadenza annuale. 3) NMIBC a rischio intermedio: follow up intermedio fra i 2 precedenti. Prima cistoscopia a 3 mesi e, successivamente, ogni 3-6 mesi fino al 5° anno.	- S.C. Urologia – Sala Endoscopica - Prenotazione informatizzata al CUP tramite DEM rilasciata dall'Urologo
Esame citologico urinario	Precede le cistoscopie nei pazienti in follow up per NMIBC a rischio intermedio ed alto	- Laboratorio Analisi - Prenotazione informatizzata al CUP tramite DEM rilasciata dall'Urologo - Prenotazione al CUP
TC addome completo con mezzo di contrasto	Ogni anno nei pazienti con NMIBC ad alto rischio	- S.C. Radiologia - Prenotazione informatizzata al CUP tramite DEM rilasciata dall'Urologo - Prenotazione al CUP

2) MIBC e malattia metastatica

Il follow up per i pazienti con malattia infiltrante è basato su tempo, probabilità e sede di eventuali recidive, sulle possibili terapie in caso di ripresa di malattia e sul monitoraggio funzionale dopo derivazione urinaria.

Dopo cistectomia vi è una probabilità di recidive pelviche del 5-15%, la maggior parte entro 24 mesi, ma con possibilità di insorgenza fino a 5 anni. Le metastasi a distanza (linfonodi, polmoni, fegato e ossa) coinvolgono fino a 50% dei pazienti dopo cistectomia: sono più frequenti nei casi di malattia localmente avanzata (pT3-T4 – 32-62%) e nei pazienti con linfonodi positivi (52-70%). Il 90% delle metastasi a distanza si manifestano entro 2-3 anni dall'intervento, ma si possono verificare casi tardivi anche oltre i 10 anni. Nonostante gli esami periodici di follow-up, più del 50% delle metastasi sono diagnosticate in seguito alla comparsa di sintomi. Il reale valore della diagnosi di metastasi asintomatiche e il suo effettivo impatto sulla sopravvivenza sono peraltro controversi.

I pazienti sottoposti a cistectomia e, conseguentemente, portatori di derivazione urinaria orto o eterotopica necessitano inoltre di monitoraggio funzionale: le complicanze legate alle derivazioni urinarie coinvolgono il 45% dei pazienti entro 5 anni e il 54% a 15 anni.

In base allo stadio patologico, le linee guida (AIOM 2018) consigliano il seguente follow-up radiologico:

- Stadio pT2 N0: TC toraco-addominale con mezzo di contrasto ogni 6 mesi nei primi 2 anni e poi annuale per i successivi 3 anni;
- Stadio pT3-T4 e/o N+: TC toraco-addominale con mezzo di contrasto ogni 4 mesi nei primi 2 anni, poi ogni 6 mesi per i successivi 3 anni.

Dal punto di vista funzionale viene consigliato il monitoraggio di creatinina, elettroliti, funzionalità epatica, acidosi metabolica ogni 4-6 mesi fino al quinto anno.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica	1) Stadio pT2 N0 : ogni 6 mesi nei primi 2 anni, annuale nei successivi 3 anni 2) Stadio pT3-T4 e/o N+ : ogni 4 mesi nei primi 2 anni, poi ogni 6 mesi fino al quinto anno	- S.C. Urologia – Ambulatorio - Prenotazione informatizzata al CUP tramite DEM rilasciata dall'Urologo - Prenotazione al CUP - S.C. Oncologia – Ambulatorio (per i pazienti chemiotrattati) - Prenotazione informatizzata al CUP tramite DEM rilasciata dall'Urologo/Oncologo - Prenotazione al CUP
TC torace + addome completo con mezzo di contrasto	1) Stadio pT2 N0 : ogni 6 mesi nei primi 2 anni, annuale nei successivi 3 anni 2) Stadio pT3-T4 e/o N+ : ogni 4 mesi nei primi 2 anni, poi ogni 6 mesi fino al quinto anno	- S.C. Radiologia ns sede o scelta dal pz Prenotazione informatizzata al CUP tramite DEM rilasciata dall'Urologo/Oncologo - Prenotazione al CUP
Esami ematochimici (funzionalità renale ed epatica)	Ogni 4-6 mesi fino al quinto anno	- Laboratorio Analisi - Prenotazione informatizzata al CUP tramite DEM rilasciata dall'Urologo/Oncologo - Prenotazione al CUP

NEOPLASIA UROTELIO

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Paziente con indicazione a nefroureterectomia con approccio VLP e asportazione uretere terminale e pastiglia vescicale con approccio open	Colloquio con il paziente per consegna esito GIC preoperatorio e programmazione intervento da parte medici GIC	Ricovero ordinario	Entro 20 gg dall'inserimento in lista se non controindicazioni anestesologiche al prericovero
Paziente sottoposto a nefroureterectomia con approccio VLP e asportazione uretere terminale e pastiglia vescicale con approccio open	Consegna istologico definitivo dopo GIC post operatorio	Ambulatoriale mediante DEM rilasciate dai medici GIC	Entro 5 gg dal GIC postoperatorio.
Paziente con indicazione ad approccio conservativo endoscopico	Colloquio con il paziente per consegna esito GIC preoperatorio e programmazione intervento diagnostico con ureteroscopia, citologia selettiva e biopsia lesione da	Ricovero in Day surgery	Entro 20 gg dall'inserimento in lista se non controindicazioni anestesologiche al prericovero

	parte medici GIC		
Paziente con indicazione ad approccio conservativo endoscopico: lesione a basso grado con diametro inferiore sino a 15 mm	Colloquio con il paziente per consegna esito GIC postoperatorio e programmazione intervento da parte medici GIC	Ricovero in Day surgery	Entro 20 gg dall'inserimento in lista se non controindicazioni anestesologiche al prericovero
Paziente con indicazione ad approccio conservativo endoscopico : nei pazienti mono-rene	Colloquio con il paziente per consegna esito GIC preoperatorio e programmazione intervento da parte medici GIC	Ricovero in Day surgery	Entro 20 gg dall'inserimento in lista se non controindicazioni anestesologiche al prericovero
Paziente sottoposto ad intervento conservativo endoscopico	Consegna istologico definitivo dopo GIC post operatorio	Ambulatoriale mediante DEM rilasciate dai medici GIC	Entro 5 gg dal GIC postoperatorio

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI vedi scheda dimissione dopo valutazione GIC
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI vedi scheda dimissione dopo valutazione GIC
Consegna della programmazione del follow up	SI vedi scheda dimissione dopo valutazione GIC
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI . I medici SC Urologia sono rintracciabili telefonicamente tutti i giorni feriali dalle ore 17 alle ore 18 al n° 0172719418 esiste numero di telefonia mobile dedicato fornito al personale CAS in caso di necessità di contatti immediati.