## Responsabilità

| Qualifica | Nome | Firma |
|---|---|---|
| Direttore Generale | Dott. Angelo Penna | |
| Direttore Sanitario | Dott.ssa Emma Maria Zelaschi | |
| Responsabile qualità | Dott.ssa Margherita Bianchi | |
| Coordinatore GIC Aziendale | Dott. Danilo Centrella | |
| Dirigente SITRA | Dott. Marcello Senestrato | |
| Referente Aziendale per la Rete Oncologica | Dott.ssa Margherita Bianchi | |
| Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta | Dott. Oscar Bertetto | |

| | |
|---|---|
| **Data di approvazione** | 30/11/18 |
| **Periodicità di revisione** | Biennale |
| **Data prossima revisione** | 2020 |
| Modalità di diffusione interna | Intranet Aziendale ASLVCO – e-mail aziendale – materiale cartaceo |
| Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta | |

## Composizione GIC

| Strutture | Referente | Firma |
|---|---|---|
| *Urologia* | Dott. Danilo Centrella *(referente GIC urologico)* | *Firmato in originale* |
| *Urologia* | Dott.ssa Gloria Maso | *Firmato in originale* |
| *Specialistica ambulatoriale* | Dott.ssa Sara Baietto | *Firmato in originale* |
| *Radioterapia* | Dott. Andrea Ballarè | *Firmato in originale* |
| *Oncologia* | Dott. Mario Franchini | *Firmato in originale* |
| *Oncologia* | Dott. Casagrande William | *Firmato in originale* |
| *Anatomia Patologica* | Dott.ssa Rosaria Bagnato | *Firmato in originale* |
| *Cure Palliative* | Dott.ssa Angela Filomeno | *Firmato in originale* |
| *Infermiere* | I.P. Enrica Savaglio | *Firmato in originale* |

## GIC - regolamento

| | |
|---|---|
| Coordinatore | *Dott. Danilo Centrella – SOC Urologia – 0324-491339 danilo.centrella@aslvco.it* |
| Segreteria | *CAS e CUP ASL VCO* |
| Sede dell'incontro | *Ospedale Castelli Verbania – Servizio di Radioterapia, piano terra* |
| Periodicità dell'incontro e orario | Ogni 2 settimane, giovedì, ore 14,00 |
| Modalità di refertazione | Verbale cartaceo inserito in cartella clinica urologica o archiviato presso Ambulatorio di Urologia.<br>Per ogni incontro viene predisposto un verbale contente l'elenco dei casi trattati dal GIC nella specifica seduta, archiviato in versione cartacea e firmato dai referenti. |
| Descrizione sintetica del funzionamento | Le riunioni sono convocate dal referente GIC o da suo delegato con supporto amministrativo del CAS.<br>I singoli casi vengono discussi durante l'incontro.<br>Al termine della seduta è predisposto il verbale riportante i casi discussi e le sintesi delle decisioni terapeutiche. Tale verbale è sottoscritto dai referenti del GIC. Allo stesso tempo sono predisposti referti, condivisi e firmati da tutti i referenti presenti alla seduta, e vengono consegnati ai singoli pazienti dall'urologo referente del caso in occasione della visita. |
| Descrizione del percorso assistenziale | L'infermiere che partecipa al GIC svolge la propria attività presso le Strutture Ospedaliere (Degenza, *Day Hospital*, Servizi Ambulatoriali di ambito chirurgo e medico) e Territoriali, dove afferiscono pazienti oncologici.<br><br>Ruolo dell'Infermiere referente prima della discussione GIC:<br>- Riceve dal CAS l'elenco dei nominativi dei pazienti i cui casi clinici vengono portati in discussione GIC<br>- Raccoglie informazioni clinico-assistenziali valutando il paziente nella sua globalità<br>- Condivide e analizza con l'Infermiere del Cas le schede sintetiche di Rete Oncologica per eventuali interventi psico/sociali e assistenziali:<br>- Scheda di valutazione del dolore<br>- Scheda valutazione geriatrica<br>- Scheda di individuazione delle fragilità<br>- Scheda valutazione patrimonio venoso<br>- Scheda di valutazione per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale<br><br>Ruolo dell'Infermiere referente dopo discussione GIC:<br>- Collabora con il CAS per espletare le decisioni, così come definito in sede di GIC, assicurandosi che i pazienti inizino/proseguano correttamente il loro percorso di malattia.<br>- Collabora con l'Infermiere del CAS per assicurarsi che la persona abbia compreso finalità e modalità di esecuzione degli esami richiesti.<br>- Raccoglie le informazioni utili al monitoraggio del percorso assistenziale del paziente per tutto il periodo di sua competenza.<br>- Rivaluta la persona qualora si evidenziassero cambiamenti bio- |

| | |
|---|---|
| | psico-sociali, con la compilazione delle schede sintetiche oncologiche.<br><br>Contatti tra Infermiere GIC e le diverse equipe assistenziali coinvolte<br>- I contatti tra Infermiere GIC e Infermiere CAS avvengono attraverso comunicazione verbale (frontale e telefonica) e cartacea (scheda GIC, schede sintetiche oncologiche, cartella clinica informatizzata).<br>- I contatti tra Infermieri GIC e CAS con le diverse Equipe assistenziali avvengono attraverso materiale cartaceo (schede sintetiche), cartella infermieristica informatizzata e attraverso confronti frontali (con psico oncologa e assistente sanitaria). |

## Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

| | |
|---|---|
| Descrizione del bacino di utenza | ASL VCO: Azienda Sanitaria Locale opera su un Territorio di circa 2300 Kmq, per il 95% circa montani e con una densità abitativa media di 74 abitanti/Kmq. |
| Numero di abitanti del bacino di utenza | ASL VCO che comprende 84 Comuni per oltre 171.00 Abitanti. Comprende un Distretto Sanitario e tre Presidi Ospedalieri di cui a gestione mista pubblico-privato. |
| Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza | Presso le sedi della SOC Oncologia dell'Ospedale Castelli di Verbania, Ospedale San Biagio di Domodossola. |
| Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento) | Ospedale Castelli di Verbania presso Oncologia /in videoconferenza. |

## Neoplasie di pertinenza del GIC

| |
|---|
| **Neoplasia vescica e via escretrice** |
| **Neoplasia prostata** |
| **Neoplasia rene** |
| **Neoplasia testicolo** |
| **Neoplasia pene** |

## Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

*Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017, EAU 2017.*

SINTOMI

Non esiste una sintomatologia tipica del carcinoma prostatico; nella maggior parte dei casi l'esordio è asintomatico. In rari casi di malattia avanzata all'esordio i sintomi sono causati da metastasi ossee: dolore alla zona lombare, dolore osseo (soprattutto costale e vertebrale).

La diagnosi di carcinoma prostatico si basa essenzialmente sulle seguenti indagini:

- dosaggio dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA)
- esplorazione digito-rettale (DRE)

La richiesta del PSA come test di screening in assenza di un sospetto clinico, anche se su espressa richiesta del paziente, deve essere accompagnata da parte del medico richiedente da adeguata informazione, sia delle evidenze di efficacia di uno screening, sia dei rischi connessi all'iter diagnostico e terapeutico.

**Viene posta indicazione a BIOPSIA PROSTATICA in caso di esplorazione rettale clinicamente sospetta o di valori di PSA alterati** *(NB: In caso di riscontro di valori alterati di PSA, in particolare per valori inferiori a 10 ng/ml, è opportuno in primo luogo verificare se possano esserci altre possibili spiegazioni; anche in ragione dell'elevata variabilità biologica, in soggetti senza alcun sospetto clinico è opportuno ripetere la misurazione dello stesso prima di procedere ad ulteriori test diagnostici più invasivi).*

| Condizione | Procedure | Modalità di accesso | Tempi previsti di accesso |
|---|---|---|---|
| Sospetto di tumore | Visita urologia (I visita, cod. 89.7)<br>- anamnesi, esame obiettivo;<br>- presa visione di eventuali accertamenti diagnostici già in possesso del paziente;<br>- prescrizione accertamenti diagnostici1 (PSA reflex, Biopsia prostatica transrettale) (DEMA;<br>- prescrizione visita urologia di controllo (cod. 89.01) | Paziente inviato con impegnativa per I visita urologica da:<br>- MMG<br>- DEA<br>- specialisti convenzionati<br>- specialisti privati (tramite prescrizione MMG)<br>- CAS | 10-30 giorni secondo priorità |
| | Esecuzione accertamenti richiesti dallo specialista (biopsia prostatica) | Accesso alle prestazioni con prescrizione DEMA degli accertamenti effettuata dallo specialista urologo | 10-30 giorni secondo priorità |
| | Esecuzione biopsia prostatica di saturazione (in caso di riscontro ASAP o persistenza dubbio diagnostico) | Accesso alle prestazioni con prescrizione DEMA degli accertamenti effettuata dallo specialista urologo | 10-30 giorni secondo priorità |
| | RMN prostatica multiparametrica | Prenotazione con DEMA dell'urologo attraverso CAS presso SCDU Radiodiagnostica Novara | 60 giorni |
| Tumore confermato alla biopsia | | | |
| **Carcinoma prostatico a basso rischio** | Nessuna stadiazione | | |
| **Carcinoma prostatico a rischio intermedio o elevato** | TC addome stadiazione linfonodale | Radiologia ASL VCO prenotazione informatica | 15 gg |
| | Opzionale R.M. prostata (stadiazione locale ) | Prenotazione con DEMA dell'urologo attraverso CAS presso SCDU Radiodiagnostica Novara | 30 gg |
| **Stadiazione di Pz con Ca prostatico: -stadio T1 e PSA >20ng/ml -stadio T2 e PSA> a 10ng/ml oppure score** | Scintigrafia ossea total body | Prenotazione con DEMA dell'urologo attraverso CAS presso Medicina Nucleare Istituto Maugeri di Veruno | 15 gg |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gleason≥ 8 -stadi T3 o T4** | | | |
| **Recidiva di malattia** | PET colina (eventualmente PET PSMA oppure SOTB) | Prenotazione con DEMA dell'urologo attraverso CAS presso SCDO Medicina Nucleare Novara | 30 gg |

## Descrizione sintetica dei trattamenti

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

| Condizione | Procedure | Modalità di accesso | Tempi previsti di accesso |
|---|---|---|---|
| **CaP basso rischio PSA ≥ 10ng/ml e/o ≤ 6 e/o stadio clinico T1-2a** | a) Watchful-waiting | Ambulatorio di Urologia alla consegna dell'esame istologico e del referto GIC | **30 gg** |
| | b) Sorveglianza attiva (eventuale protocollo START) | Ambulatorio di Urologia alla consegna dell'esame istologico e del referto GIC (visita programma alla biopsia) | **30 gg** |
| | c) prostatectomia radicale laparoscopia/open se controindicazioni a VLPS | Presso SOC Urologia - compilazione di scheda cartacea di pre-ricovero - comunicazione telefonica al Paziente da parte del pre-ricovero delle date degli accertamenti preoperatori e della data del ricovero | **30 gg** |
| | d) Radioterapia | **Prenotazione visita radioterapica attraverso CAS con DEMA dell'urologo** | **10 gg** |
| **CaP Rischio intermedio PSA compreso tra 10 e 20ng/ml e/o GLS 7 e/o stadio clinico T2b** | c) prostatectomia radicale laparoscopia + linfoadenectomia pelvica/open se controindicazioni a VLPS | Presso SOC Urologia - compilazione di scheda cartacea di pre-ricovero - comunicazione telefonica al Paziente da parte del pre-ricovero delle date degli accertamenti preoperatori e della data del ricovero | 30 gg |
| | B) Radioterapia + ormonoterapia | Prenotazione visita radioterapica attraverso CAS con DEMA dell'urologo | 10 gg |
| | c)Ormonoterapia | Ambulatorio di Urologia alla consegna dell'esame istologico e del referto GIC (visita programma alla biopsia) | 30 gg |
| **CaP alto rischio PSA >20ng/ml e/o GLS ≥ 8 e/o stadio clinico T2c-T3** | c) prostatectomia radicale laparoscopia + linfoadenectomia pelvica/open se controindicazioni a VLPS +/- RT adiuvante secondo schema multimodale | Presso SOC Urologia - compilazione di scheda cartacea di pre-ricovero - comunicazione telefonica al Paziente da parte del pre-ricovero delle date degli accertamenti preoperatori e della data del ricovero +/- visita radioterapia prenotata attraverso CAS | 30 gg |
| | B) Radioterapia + ormonoterapia | Prenotazione visita radioterapica attraverso CAS con DEMA dell'urologo | 10 gg |
| | c)Ormonoterapia | Ambulatorio di Urologia alla consegna dell'esame istologico e del referto GIC (visita programma alla biopsia) | 30 gg |
| **Fattori avversi dopo RRP estensione extracapsulare, margini positivi infiltrazione vescicola seminale** | RT adiuvante associata o meno a deprivazione androgenica | Prenotazione visita radioterapica attraverso CAS con DEMA dell'urologo | 10 gg |
| **Recidiva loco regionale** | RT di salvataggio | Prenotazione visita radioterapi- | 10 gg |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **dopo prostatectomia** | | ca attraverso CAS con DEMA dell'urologo | |
| **Progressione dopo RT (PSA nadir +2)** | a) Deprivazione androgenica | Ambulatorio di Urologia | 30 gg |
| | b) prostatectomia radicale di salvataggio | Presso SOC Urologia - compilazione di scheda cartacea di pre-ricovero - comunicazione telefonica al Paziente da parte del pre-ricovero delle date degli accertamenti preoperatori e della data del ricovero | 30 gg |
| **Ca prostata avanzato e/o metastatico con sintomi non controllati o avviato a trattamenti chemioterapici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo** | Cure Palliative | Cure Palliative ASL VCO Prenotazione diretta da Medico Cure Palliative convocato al GIC | 30 gg |
| **Ca prostata naive ad ormonoterapia e prognosi favorevole** | Ormonoterapia | Ambulatorio di Urologia | 10 gg |
| **Ca prostata naive ad ormonoterapia e prognosi sfavorevole o malattia "bulky** | Ormonoterapia (solo analogo LHRH ) + CT (docetaxel x 6 cicli) | Ambulatorio Oncologia ASL VCO – prenotazione attraverso CAS con DEMA dell'urologo | 7 gg |
| **Ca prostata metastatico e " Castration resistant " (malattia a lenta evoluzione )** | manipolazioni ormonali previste dalle linee guida ( terapia ormonale di I linea ) | Urologia Domodossola Piano terapeutico redatto da Urologo | 7 gg |
| **Ca prostata metastatico e "Castration resistant" ad esclusivo interessamento osseo e paziente sintomatico** | Radium 223 | Invio a centro di riferimento per tale trattamento | 30 gg |
| **Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in paziente FIT e sintomatico** | Chemioterapia ± bifosfonati o denosumab con mantenimento castrazione | Oncologia ASLVCO Prenotazione diretta Oncologo –c/o Reparto | 7 gg |
| **Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in paziente pauci o sintomatico** | Ormonoterapia di II generazione ± bifosfonati o denosumab con mantenimento castrazione | Oncologia ASLVCO Prenotazione diretta Oncologo –c/o Reparto | 7 gg |
| **Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in progressione dopo CT di I linea ( malattia a lenta evoluzione non viscerale )** | Ormonoterapia di II generazione | Oncologia ASLVCO Prenotazione diretta Oncologo –c/o Reparto | 7 gg |
| **Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in progressione dopo CT di I linea ( malattia a rapida evoluzione e/o viscerale )** | Chemioterapia di II linea | Oncologia ASLVCO Prenotazione diretta Oncologo –c/o Reparto | 7 gg |
| **Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in progressione dopo CT/ ormonoterapia di I linea ad esclusivo interessamento osseo e paziente sintomatico** | Radium 223 | Invio a centro di riferimento per tale trattamento | 30 gg |
| **Malattia oligometastatica:** | IMRT (Intensity-modulated radiotherapy) nel trattamen- | Prenotazione visita radioterapica attraverso CAS con DEMA | 10 gg |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pazienti selezionati con malattia metastatica ancora suscettibile di trattamento locale, per numero limitato di localizzazioni linfonodali (solitamente da 1 a 3). | to delle catene linfonodali pelviche con boost simultaneo integrato (Simultaneous Integrated Boost - SIB), trattamento stereotassico (SBRT) per irradiazione di lesioni di piccole dimensioni, con dosi ablative<br><br>In caso di pregressa radioterapia, è possibile trattare recidive linfonodi adiacenti ai pregressi campi di trattamento con tecnica stereotassica. | dell'urologo/oncologo/radioterapia dopo discussione collegiale GIC | |
| **Ca prostata metastatico in paziente unfit e dopo fallimento dei presidi** | Cure Palliative | Cure Palliative ASL VCO Prenotazione diretta da Medico Cure Palliative convocato al GIC | 7 gg |

## *Follow up*

*Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2017 e EAU 2017.*

### 1) *FOLLOW UP* NELLA SORVEGLIANZA ATTIVA

Il paziente cui viene proposta la sorveglianza attiva per il CaP viene seguito secondo i protocolli della rete oncologica Piemontese, eventualmente arruolato nel progetto START.
Pertanto si rimanda ai vari Protocolli in cui il paziente è stato inserito.

### 2) FOLLOW UP DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

I pazienti sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale, compresi quelli che hanno eseguito trattamento di deprivazione androgenica neoadiuvante dovranno sottoporsi al seguente follow up :
- Dosaggio del PSA e visita Urologica dopo 1 mese dall'intervento
- Dosaggio del PSA trimestrale e e visita Urologica semestrale per il primo anno
- Dosaggio del PSA ogni 6 mesi fino al 5° anno post operatorio e visita semestrale o annuale secondo classi di rischio
- Dosaggio del PSA e visita Urologica annuale
- Ecografia addome superiore ed inferiore a 6 mesi (valutazione ev idronefrosi o residuo postminzionale aumentato per stenosi anastomosi vescica-uretrale).

I pz sottoposti a prostatectomia radicale di salvataggio per ripresa di malattia dopo radioterapia dovranno sottoporsi allo stesso tipo di follow up con aggiunta di visita radioterapica semestrale.

### 3) FOLLOW UP DOPO RADIOTERAPIA A) RADIOTERAPIA ESCLUSIVA

Il paziente sottoposto a trattamento di RT esclusiva per CaP dovrà essere sottoposto al seguente follow up:
- prima visita radioterapica a 3 mesi con PSA ed esplorazione rettale (valutare andamento PSA e tossicità acuta)
- PSA ogni 3 mesi per il primo anno e visita Urologica e radioterapica alternate
- PSA ogni 6 mesi e visita Urologica e radioterapica alternate per 5 anni
  - PSA e visita radioterapica e Urologica annuale dopo il 5° anno fino al 10° anno
  -

### 4) 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 2-3 anni deve essere sottoposto al seguente follow up:
- PSA e 1°visita radioterapica a 3 mesi
- PSA e visita di controllo ogni 6 mesi (radioterapica e urologica alternate)
- Transaminasi e glicemia annuali - 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: format lettera Ambulatoriale/lettera di dimissione attraverso programma di refertazione aziendale PHI* |
| **Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico** | *Si: format lettera Ambulatoriale attraverso programma di refertazione aziendale PHI* |
| **Consegna della programmazione del follow up** | *Si: format lettera Ambulatoriale attraverso programma di refertazione aziendale PHI) Programmazione della visita di controllo attraverso agenda interna dedicata follow up oncologico e compilazione DEMA* |
| **Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico** | *SI: telefonica e /o con richiesta di visita urgente da parte del MMG – Urologo-Oncologo con espletamento entro 24 ore* |