

**Percorso
diagnostico-terapeutico-assistenziale
dei
TUMORI UROLOGICI**

**ASL TO 4
(Ciriè, Chivasso, Ivrea)**

1 gennaio 2019

Revisione periodica biennale

2019 - 2020

P.D.T.A. Centro Accoglienza Servizi (C.A.S.)

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dott. Lorenzo Ardisson	
Direttore Sanitario Aziendale	Dott.ssa Sara Marchisio	
Dirigente Servizi Infermieristici	Dott.ssa Clara Occhiena	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dott. Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dott. Giorgio Vellani	
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani	
Referente Infermieristico	C.P.S.E. Gianna Regis	
Referente Amministrativo	Michele Versace	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dott. Lodovico Rosato	
Responsabile S.S. Qualità	Dott. Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dott. Oscar Bertetto	

Responsabilità CAS Aziendale - ASL TO4

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani Direttore S.C. Oncologia dell'ASL TO4 - Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo ASL TO4	

Il CAS Aziendale dell'ASL TO4 si articola su tre sedi di cui si riporta l'organizzazione:

Responsabilità CAS – sede di Ivrea/Cuornè

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Sebastiano Bombaci Responsabile S.S.D. DH di Oncologia Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Ivrea	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Cuornè	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuornè	

Responsabilità CAS – sede di Chivasso

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Enrica Manzin Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Chivasso	
Referente Infermieristico	Katia Barberis C.P.S.I. DH Oncologia dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS – sede di Ciriè / Lanzo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Lucia Grassi Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Ciriè/Lanzo	
Referente Infermieristico	Gianna Rocchia C.P.S.E. DH Oncologia dell'Ospedale di Ciriè	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Colon-Retto / Stomaco

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Luca Panier Suffat S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Ematologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Roberto Freilone S.S.D. Oncoematologia Chivasso-Ciriè-Ivrea	
Referente Infermieristico	Luca basso della Concordia C.P.S.E. D.H. Oncoematologico dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Mammella

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Guido Mondini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Chiara Perri C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea Donatella Salvetti C.P.S.I. Screening Mammografico – SSD Senologia di Strambino	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea Maria Grosso Assistente Amministrativo – Screening mammografico – SSD Senologia di Strambino	

Responsabilità CAS liquido Tumori Pelle

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Franca Garetto S.C. Chirurgia Ivrea / Cuorgnè	
Referente Infermieristico	Loretta Vernetti C.P.S.I. DS chirurgico dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuorgnè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Testa/Collo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Libero Tubino S.C. ORL ospedale di Chivasso/Ivrea	
Referente Infermieristico	Patrizia Iannarone C.P.S.I. Coordinatrice Dipartimento Chirurgico ASL TO4	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS liquido Tumori Tiroide

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Ivan Iettini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Urologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Carlo Baima S.C. Urologia Ciriè / Ivrea / Chivasso	
Referente Infermieristico	Gianfranco Coppa Boli C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Sito Internet del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle D' Aosta: www.reteoncologica.it > area cittadini > Centro Accoglienza e Servizi (CAS) > Torino Nord > ASL TO4 Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ivrea/Cuornè

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Cristina Bosco
Direzione Distretto Ivrea	Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, Ivrea	Dr.ssa Paolina Di Bari
Direzione Distretto Cuornè	Piazza G. Viano "Bellandy" 1, Cuornè	Dr.ssa Lavinia Mortoni
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ivrea	Dr Bruno Scapino
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Ivrea / Cuornè	Dr Lodovico Rosato
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Ivrea / Hospice Salerano	Dr Fabrizio Bogliatto
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Ivrea	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ivrea	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ivrea	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ivrea	Dr. Massimo Brusati
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ivrea	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuornè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia Medica	Ospedale Ivrea	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ivrea	Dr Alessandro Vigo
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Lionella Lovato
Radioterapia	Ospedale di Ivrea.	Dott.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ivrea / Ciriè	Dr Carlo Bono
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio
Terapia antalgica	Ospedale di Ivrea	Dr Massimo Vallerio
Urologia	Ospedale di Ivrea	Dr Luca Bellei

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Chivasso

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Chivasso	Dr Alessandro Girardi
Direzione Distretto Chivasso / San Mauro	Chivasso: Via Po 11 San Mauro Torinese: Via Speranza 31	Dr Mauro Trioni
Direzione Distretto Settimo Torinese	Via Leini 70, Settimo Torinese	Dr Giovanni Caruso
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Chivasso	Dr Enzo Castenetto
Breast Unit	Ospedale di Ivrea / Ospedale di Chivasso	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Adriana Ginardi
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Chivasso / Hospice Foglizzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Chivasso	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Luciano Leidi
Laboratorio Analisi	Ospedale di Chivasso	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr. Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Chivasso/Ivrea	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Chivasso	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Chivasso	Dr Fabio Stefano Timeus
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Bisanti
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Chivasso – Settimo – San Mauro	Dr.ssa Carla Bena
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Stefania Spinardi
Terapia antalgica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Paola Bagnasacco
Urologia	Ospedale di Chivasso	Dr Salvatore Treffiletti

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ciriè / Lanzo

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ciriè	Dr Angelo Scarcello
Direzione Distretto Ciriè	Via G. Mazzini 13, Ciriè	Dr.ssa Marisa Spaccapietra
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia generale	Ospedale di Ciriè	Dr Eraldo Personnettaz
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Lanzo / Hospice Lanzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	Ospedale di Ciriè	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ciriè	Dr Mario Gallo
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ciriè	Dr Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale di Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ciriè	Dr Diego M. Papurello
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Ciriè	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ciriè	Dr Adalberto Brach
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ciriè	Dr Aldo Cataldi
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ciriè - Lanzo	Dr Ferdinando Di Maso
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ciriè / Lanzo	Dr.ssa Rossana Bazzano
Terapia antalgica	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Urologia	Ospedale di Ciriè	Dr Daniele Griffa

Contesto epidemiologico

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Organizzazione ospedaliera e territoriale	5 Ospedali: • Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris 3, tel. 011 9176666 • Ospedale di Ciriè, Via Battitore 7/9, tel. 011 92171 • Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza 2, tel. 0125 4141 • Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti 5, tel. 0124 654111 • Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca 30, tel. 0123 300611 5 sedi principali di Distretto: • Distretto Ciriè, Via G. Mazzini 13, tel. 011 9217530-532 • Distretto Chivasso – San Mauro – Chivasso, Via Po 11, tel. 011 9176526 – San Mauro Torinese, Via Speranza 31, tel. 011 8212403 • Distretto Settimo Torinese, Via Leini 70, tel. 011 8212226 • Distretto Ivrea, Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, tel. 0125 414449/537 • Distretto Cuorgnè, piazza G. Viano "Bellandy" 1, tel. 0124 654125
Numero di nuovi casi/anno con tumore afferente all'azienda (potenziale utenza CAS)	Nell'ASL TO4, su una popolazione di circa 520.000 residenti, la potenziale utenza per le tre principali neoplasie è di: – 510 nuovi casi di tumore del colon retto, – 500 nuovi casi per tumore della mammella, – 415 nuovi casi di tumore del polmone. Il sistema informatico aziendale (Trakcare) consente di valutare l'incidenza per gruppi di patologie neoplastiche che afferiscono all'ASL TO4

Centro Accoglienza Servizi: modalità di accesso e di funzionamento

SEDE	– Ivrea/Cuorgnè, – Chivasso, – Ciriè-Lanzo Centri HUB per patologia oncologica: Urologica (SC Urologia Ciriè, Ivrea); Colon Retto / Stomaco, Tiroide, Mammella e Cute (SC Chirurgia Ivrea/Cuorgnè); Testa Collo (SC ORL Chivasso); Oncoematologia (SSD Ematologia Ciriè, Ivrea, Chivasso)
Descrizione del CAS di CHIVASSO Sede: Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris n° 3	Referente Clinico: Dr.ssa Enrica Manzin Referente Infermieristico: CPSI Katia Barberis Referente Amministrativo: Sig.ra Lidia Nigro Psiconcologo: Dr.ssa Amanda Panebianco Assistente Sociale: Dr.ssa Spinardi Stefania Contatti: CAS Chivasso: ricevimento, piano terra Edificio Monumentale Ospedale di Chivasso, da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30; Tel. 0119176 481/137; e-mail: cas.chivasso@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Testa-Collo: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Otorinolaringoiatria (Direttore: Dr Libero Tubino); accesso diretto dall'ambulatorio di ORL – tel. 0119176444. C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o S.S. di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia: da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30 / tel. 0119176 481/137; e-mail: oncologia.chivasso@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di CIRIE' / LANZO Sede: Ospedale di Ciriè, Via Battitore n°7/9 - 10073 Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca n° 30 - 10074	Referente Clinico: Dr.ssa Lucia Grassi Referente Infermieristico: CPSE Gianna Rocchia Referente Amministrativo: Sig. Michele Versace Psiconcologo: Dr.ssa Barbara Salvino Assistente Sociale: Dr.ssa Rossana Bazzano Contatti: CAS Ciriè: ricevimento, III piano ospedale di Ciriè, da lunedì a venerdì 8.30 – 12.30; Tel. 0119217943 (dalle 11.30 alle 13.30); e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it CAS Lanzo: ricevimento, II piano ospedale di Lanzo, il martedì e mercoledì 8.30 – 12.30. Tel 0123300658; e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/ Ivrea; Referenti Dr Carlo Baima e Dr Daniele Griffa; accesso diretto dall'ambulatorio di Urologia – tel. 0119217463; cbaima@aslto4.piemonte.it, dgriffa@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia; da lunedì a venerdì 9.30–13.00; tel. 0123300675; cas.cirie@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di IVREA / CUORGNE' Sede: Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza n° 2 - 10015 Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti n° 5 - 10082	Referente clinico: Dr Sebastiano Bombaci Referente Infermieristico: CPSE Gianna Regis Referente Amministrativo: Sig.ra Rosaria Mione Psiconcologo: Dr.ssa Daniela Bardelli Assistente Sociale: Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio Contatti: CAS Ivrea: ricevimento, I piano sotto ospedale di Ivrea blocco G, da lunedì a venerdì 9.00–12.30/14.30-16.00; telefono: 0125414229; e-mail: cas.ivrea@aslto4.piemonte.it CAS sede Cuorgnè: ricevimento, III piano ospedale di Cuorgnè, martedì, mercoledì e giovedì 9.00–13.00; telefono: 0124654221; e-mail: dhmultispecialistico.cuorgne@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Colon-retto / Stomaco: Centro di riferimento (HUB) c/o SC Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Lodovico Rosato, lrosato@aslto4.piemonte.it / Referente: Dr Luca Panier Suffat, lpannersuffat@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Endoscopia,

	Ambulatorio di Chirurgia, Coloproctologia, Gastroenterologia, Oncologia- tel 0125414328/243/292; CAS Tumori Mammella (breast unit): Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Ludovico Rosato / Coordinatore Breast Unit Dr Guido Mondini, gmondini@aslto4.piemonte.it / Responsabile SSD Screening: Dr Sebastiano Patania, spatania@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Screening Mammografico sede di Strambino - Ambulatorio di Chirurgia Senologica, 0125414328/243/292/605, Oncologia tel 0125414229 CAS Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile Dr Roberto Freilone) con accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia. Telefono: 0125414229 C.A.S Tumori Tiroide: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr Ivan Lettini, ilettini@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, ambulatorio di Endocrinochirurgia e Endocrinologia – tel. Tel 0125 414328/243/292 C.A.S. Tumori della Pelle: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr.ssa Franca Garetto, fgaretto@aslto4.piemonte.it). SEDE: Ospedale di Cuorgnè, con accesso diretto da CUP, ambulatorio di Chirurgia, Dermatocirurgia e Dermatologia – tel. 0124654277/216/284/283 C.A.S Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/Ivrea, Referenti: Dr Luca Bellei, lbellei@aslto4.piemonte.it, Dr Massimo Ollino, mollino@aslto4.piemonte.it); accesso diretto dall'ambulatorio di urologia tel. 0125/414922
Prenotazione visita CAS	Prenotazione visita diretta presso i CAS
Chi può prenotare Visita e con quali modalità	- Medico di Medicina Generale (MMG) tramite impegnativa intestata al paziente, - Specialista / medico che effettua la diagnosi / Componente del GIC / Screening tramite impegnativa intestata al paziente, - Altra S.C. (paziente ricoverato), tramite richiesta interna intestata al paziente, - Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.), tramite richiesta interna intestata al paziente,
Modalità di erogazione 0.48	Presso i tre principali punti CAS di Ivrea/Cuorgnè, Ciriè/Lanzo, Chivasso e il Centro Screening di Strambino è presente un operatore amministrativo abilitato al rilascio dell'esenzione ticket 0.48 per patologia oncologica. Questa deve essere prescritta dal Medico che effettua la visita CAS ed è opportuno che la richiesta venga annotata anche sul referto della visita CAS (... in data odierna, si rilascia contestuale esenzione 048"), L'operatore amministrativo, ricevuta la richiesta redatta dal medico CAS, inserisce i dati nel sistema e, contestualmente, rilascia la relativa certificazione dell'esenzione, che è immediatamente valida.
Registro degli accessi CAS	Tutte le prestazioni CAS vengono registrate e refertate con Trakcare® con firma digitale del medico CAS. Al paziente vengono rilasciate tre copie: una da portare al proprio Medico di Medicina Generale, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente
Archivio esami istologici	Tutti gli esami istologici vengono archiviati nelle schede oncologiche, visualizzabili sul sistema informatico Trakcare e disponibili, inoltre, presso l'archivio della S.C. Anatomia Patologica.
Compilazione scheda complessità	A cura dell'infermiere durante la prima visita CAS, se il paziente è disponibile a compilarla in quel momento
Compilazione scheda G8 per i pazienti anziani	non effettuata perché presso l'ASL TO4 è assente il servizio di oncogeriatría

Nell'ambito della visita CAS le tre figure (medico, infermiere, amministrativo) che vi partecipano assolvono ai seguenti compiti:

○ **Valutazione medica**

Lo specialista che visita il paziente effettua:

- Inquadramento clinico e diagnostico in applicazione del PDTA specifico di patologia.
- Redige il referto della visita CAS (codice 89.05) che viene consegnato al paziente in tre copie: una da portare al MMG che lo ha in cura, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente.
- Attribuzione del codice di esenzione 0.48 in caso di patologia oncologica accertata o fortemente sospetta.
- Indirizza il caso al GIC di riferimento appena è completato il percorso diagnostico e sono disponibili le informazioni sufficienti per impostare il programma terapeutico secondo il PDTA in uso.
- Procede alla compilazione diretta delle richieste, se sono indicate prestazioni in regime ambulatoriale.
- Informa e indirizza il paziente, nel rispetto delle sue decisioni, presso i Centri di Riferimento (Hub) Aziendali (Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Qualora le cure non possano essere garantite nell'ambito del Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4, indirizza il paziente presso i Centri di Riferimento della Rete Oncologica Regionale prendendo i necessari contatti.
- Si accerta che il percorso di cura proposto, accettato e condiviso dal paziente, sia coordinato, appropriato e tempestivo,
- Affida il paziente al Servizio di Cure Palliative, qualora le condizioni cliniche riscontrate non consentano di proseguire il percorso diagnostico-terapeutico.

○ **Valutazione infermieristica**

L'infermiere che partecipa attivamente alla visita CAS¹ si cura di:

- Compilare, durante il colloquio a cui è presente sempre anche il Medico, la scheda di valutazione bio-psico-sociale e quella di fragilità familiare. Questa attività deve essere svolta con il consenso del paziente, il quale deve esser disponibile a collaborare in questo contesto.
- Contattare direttamente l'Assistente Sociale di riferimento, se dal colloquio emergessero criticità in ambito sociale; ovvero la Psicologa, se, invece, si evidenziassero problematiche di tipo psicologico. Nell'ASL TO4 è attivo in modo uniforme su tutto il territorio il Progetto Protezione Famiglia. Se dalla compilazione dell'apposita scheda emergono delle fragilità familiari, viene contattato il Referente che valuta la strategia migliore per la presa in carico.
- Compilare la scheda di valutazione del patrimonio venoso che viene predisposta all'inizio del percorso o, più specificatamente, quando si prospetta un utilizzo importante e prolungato della terapia infusionale. In questo caso, attiva le procedure per il posizionamento di un catetere venoso centrale.

○ **Valutazione amministrativa**

L'operatore amministrativo è parte attiva nell'ambito della visita CAS. Egli svolge le seguenti funzioni garantendo che il percorso avvenga in modo rapido e senza interruzioni:

- Inserimento dei dati del paziente sulla scheda di Trakcare
- Rilascio dell'Esenzione Ticket 0.48
- Prenotazione delle prestazioni previste
- Prenotazione della visita successiva
- Registrazione delle procedure pendenti e avviso al paziente
- Riferimento per eventuali ulteriori richieste telefoniche o dirette da parte dell'utenza, secondo gli orari e le modalità stabilite.

¹ La Rete Oncologica ha predisposto un documento consultabile nel sito: <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/infermieri/linee-di-indirizzo-e-documenti/2332-scheda-profilo-competenze-infermiere-del-centro-accoglienza-servizi-cas>

Modalità di programmazione di esami e procedure

Procedure	Sede e denominazione del Servizio	Modalità di accesso e prenotazione
Esami di Laboratorio	Laboratorio Analisi ASL TO 4 Sede: Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè Cuorgnè, Rivarolo, Castellamonte, Caluso, Settimo, Caselle	Accesso diretto. Il paziente si reca presso Centri Prelievi con impegnativa prescritta durante la visita CAS, senza prenotazione
Radiologia Tradizionale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ivrea Ospedale e Poliambulatorio, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Castellamonte, – Ospedale Cuorgnè, – Poliambulatorio Caluso, – Ospedale Settimo	Rx torace: previsti giorni predefiniti senza prenotazione. Altre Rx tradizionali: vengono prenotate direttamente dal personale amministrativo del CAS
Attività agobiottica microinterventistica	S.C. Anatomia Patologica ASL TO4 Servizio di Radiologia ASL TO4 Sedi Ivrea, Chivasso e Ciriè	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Ecografia	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Cuorgnè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
TC	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ciriè, – Ospedale di Cuorgnè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. La richiesta è un'impegnativa che contiene le indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
RMN	Servizio di Radiologia ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Alla richiesta è associata impegnativa con indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico. Tale richiesta prevede anche un questionario dicotomico, riservato a diversi quesiti (presenza di pacemaker e di dispositivi metallici, claustrofobia), compilato e firmato dal paziente. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Radiodiologia interventistica	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4 / TO2 / Città della Salute: – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea, – San Giovanni Bosco di Torino – Ospedale Molinette di Torino	Tali esami sono valutati congiuntamente con il Radiologo che valuta la fattibilità delle procedure. Se confermata l'indicazione, si effettua la prenotazione da parte del medico del CAS tramite ricetta elettronica.
PET/TC con FDG e Colina, Gallio	ASL VDA, Città della Salute, Istituti privati convenzionati	Esame direttamente prenotato dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora e le modalità di preparazione.
Scintigrafia ossea	Servizio di Medicina Nucleare ASL TO4, presso l'Ospedale di Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
ECG	Cardiologia ASL TO 4: Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè, Cuorgnè	Esame effettuato con accesso diretto, senza prenotazione con ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Ecocardiogramma	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.

Endoscopia digestiva	Servizio di Gastroenterologia ASL TO4, Ivrea, Cuorgnè, Chivasso, Ciriè e Endoscopia Chirurgica Ivrea ERCP c/o l'ospedale di Ivrea e, in casi particolari, c/o Ospedale "G. Bosco"	Esami prenotati direttamente dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici. Vi sono dei posti dedicati.
Colonscopia virtuale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea.	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico Radiologo. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Broncoscopia	Servizio Pneumologia sede di Lanzo Servizio Endoscopia Chirurgica di Ivrea Per esami di secondo livello: Broncologia/Pneumologia dell'Ospedale San Luigi di Orbassano e San G. Bosco di Torino	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico endoscopista. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Spirometria	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Posizionamento di catetere venoso centrale / PICC	Servizio anestesia: – Ospedale Chivasso – Ospedale Ciriè/Lanzo – ospedale Ivrea/Cuorgnè	La procedura è richiesta dal medico del CAS e prenotata dall'infermiere previa ricetta elettronica. Il paziente, ricevute le informazioni relative a procedura, indicazioni cliniche e possibili rischi, esprime il suo consenso o il diniego. Devono essere raccolte alcune note anamnestiche: allergie, comorbidità, terapie assunte, valore della coagulazione, Rx o TC torace). Nella sede di Ivrea il posizionamento del CVC PORT è preceduto da una visita anestesiológica. Il PICC è posizionato solo a Chivasso e a Ivrea. Al paziente viene comunicato l'appuntamento.
Visita Chirurgica	S.C. di Chirurgia: – Ospedale di Chivasso – Ospedale di Ciriè – Ospedale di Ivrea – Ospedale di Cuorgnè – Poliambulatorio di Caluso – Poliambulatorio di Rivarolo	Visita urgente con accesso diretto. Visite differibili prenotate dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Dermatocirurgica	S.C. di Chirurgia: – Ospedale di Ivrea – ospedale di Cuorgnè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Senologia Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Endocrino Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Oncologica	S.C. di Oncologia: Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuorgnè, Lanzo/Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS..
Visita Radioterapica	Radioterapia ASL TO4 sede di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita dietologica	Servizio Dietologia ASL TO4 Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuorgnè, Lanzo/Ciriè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita terapia antalgica	Servizio anestesia: Ospedale Chivasso Ospedale Ciriè/Lanzo Ospedale Ivrea/Cuorgnè	Visita urgente con accesso diretto. Visita programmata, prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Cardiologica	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Esami prenotati dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Vi sono dei posti dedicati.
Visita Diabetologica	Diabetologia ASL TO4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.

Visita Pneumologica	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Ematologica	S.S. Ematologia Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ORL	S.C. ORL sede Chivasso	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ginecologica	S.C. Ginecologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Urologica	S.C. Urologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Altre procedure	Presso varie sedi ASL	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente

Modalità di accesso ai GIC

GIC	SEDE	Modalità Prenotazione
Mammella	Ivrea: venerdì dalle 14.30 presso CAS Oncologico: Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese al mese dalle ore 14.30	Prenotati dalle sedi CAS: Screening mammografico di Strambino, Diagnostica mammografica di Ivrea, Oncologia Ivrea – Ciriè - Chivasso, Chirurgia Ivrea - Chivasso.
Stomaco/Colon Retto	Incontro settimanale, il mercoledì, c/o studio medici Radioterapia, Ivrea GIC plenario, ogni primo martedì del mese per discussione di casi di particolare rilevanza clinica e per aspetti organizzativi, c/o studio medici reparto di Chirurgia di Ivrea. Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30 Chivasso: quindicinale, giovedì dalle 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea o CAS Oncologico sede di Chivasso, Ciriè
Gastrointestinali (esofago, Epatocarcinomi, Pancreas)	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati c/o CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Toraco-Polmonare	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico di Chivasso e di Ciriè
Urologici	Ivrea: giovedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 1° e 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso Prenotati al CAS Oncologico sede di Ciriè
Ginecologico	Torino presso Ospedale Gradenigo come GIC Interaziendale due martedì alterni al mese alle ore 14,30 Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati presso la Ginecologia di Ivrea Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Testa-collo	Ivrea: martedì dalle 14.30 Chivasso: a giovedì alterno (preferibilmente 1° e 3° giovedì del mese) dalle 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso
Tumori cutanei	Ivrea: il 1° e 3° mercoledì dalla 12.00 in Dermatologia Cuorgnè: 2° e 4° giovedì del mese dalle 14.00	Prenotati al CAS di Ivrea e Cuorgnè
Tiroide	Ivrea: l'ultimo venerdì di ogni mese	Prenotati al CAS Tiroide
Ematologici	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: giovedì dalle 14.30 Ciriè: lunedì dalle 14.30	Prenotati c/o CAS ematologico di Ivrea, Chivasso e Ciriè
Sarcomi, Neuroendocrini, Tumori rari	Ivrea: il mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/Cas oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
GIC Neuro-oncologici	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Cure Palliative	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè

Invio presso i Servizi Sociali

Criteri	Segnalazione diretta all'Assistente Sociale Ospedaliera o, attraverso la mini équipe, segnalazione al Progetto Protezione Famiglia.
Modalità invio	Tutte le figure operanti all'interno del CAS (medico, infermiere, amministrativo), possono, qualora se ne ravvisi la necessità sulla base dell'apposita scheda compilata dall'infermiere, informare il paziente sulla possibilità di accesso al Servizio Sociale Ospedaliero (SSO). Il SSO, acquisita la segnalazione, provvederà alla presa in carico in sede di mini équipe. Qualora necessario, in collaborazione con l'associazione FARO, per il Distretto Ciriè/Lanzo, con l'associazione SAMCO, per il Distretto di Chivasso/Settimo, e con l'Associazione Orizzonte, per il Distretto Ivrea/Cuornè, si attiverà il Progetto Protezione Famiglia. Se non attivabile il Progetto Protezione Famiglia, il paziente viene inviato esclusivamente al Servizio Sociale Ospedaliero
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	In caso di consenso positivo, la persona da assistere viene segnalata attraverso l'apposito modulo di richiesta. La presa in carico deve essere segnalata anche ai Servizi Sociali e alle Strutture Semplici Cure Domiciliari territorialmente competenti e al Medico di Medicina Generale a cura del CAS.

Invio presso il Servizio Psicologia della Salute degli Adulti – Ambulatorio di Psiconcologia

Criteri	– Invio da parte degli operatori sanitari – Libero accesso Somministrazione della scheda di complessità che indica la priorità di presa in carico
Modalità invio	– Libero accesso: contatto diretto con l'ambulatorio da parte dell'utente – Invio effettuato da operatore: Se la persona da assistere concorda con la necessità di presa in carico psicologica, contattare l'ambulatorio di Psicologia Oncologica oppure fornire al paziente il riferimento telefonico affinché possa prendere contatto direttamente
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	L'intervento viene registrato nel percorso del sistema informatico aziendale a cui è abbinata una cartella elettronica del servizio dove vengono registrati i dati specifici del colloquio. Si effettuano prese in carico sia dei pazienti sia dei <i>caregivers</i> con format adeguato secondo le esigenze. In presenza di progetti attivi vengono proposti anche interventi di gruppo

Invio presso il servizio di Cure Palliative

Criteri	L'Unità di Cure Palliative viene ordinariamente attivata alla fine del percorso di trattamento attivo (chemio e/o radioterapico, chirurgico). Può, tuttavia, essere interessata alla gestione del caso clinico qualora la neoplasia sia in stadio avanzato già alla diagnosi (MTS viscerali e ossee) o qualora siano presenti sintomi di difficile gestione o si ritenga necessaria l'assistenza domiciliare per la gestione degli stessi
Modalità invio	L'attivazione dell'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) avviene tramite: – richiesta di consulenza di Cure Palliative, se il paziente è ricoverato presso uno dei Presidi Ospedalieri dell'ASL TO4; – partecipazione alla seduta GIC da parte del palliativista, avvisato, anche telefonicamente, per tempo; – invio del paziente a visita ambulatoriale di Cure Palliative, se il paziente ha ancora autonomia sufficiente.
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	Il palliativista registrerà il proprio intervento tramite: – referto su Trakcare, se il paziente è visitato in ambito ambulatoriale o di degenza ospedaliera; – referto su cartella ADI, se il paziente è visitato a domicilio.

Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.) Tumori Urologici

Responsabilità Aziendale

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr Lorenzo Ardisson	
Direttore Sanitario Aziendale	Dr.ssa Sara Marchisio	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dr Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dr Lodovico Rosato	
Dirigente SITRA	Dr.ssa Clara Occhiena	
Responsabile Qualità	Dr Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr Lodovico Rosato	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dr Oscar Bertetto	

Data di approvazione	31/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione GIC

Strutture	Referente	Firma
Coordinazione GIC	Dr Carlo Baima cbaima@aslto4.piemonte.it	
Anatomia Patologica*	Dr Renzo Orlassino (<i>referente</i>) rorlassino@aslto4.piemonte.it Dr Valter Pezzuto vpezzuto@aslto4.piemonte.it	
Urologia	Dr. Carlo Baima (<i>referente</i>) carlobaima@libero.it Dr. Daniele Griffa (Ciriè) dgriffa@aslto4.piemonte.it Dr. Luca Bellei (Ivrea) belleiluca@yahoo.it Dr. Salvatore Treffiletti (Chivasso) treffiletti@libero.it	
Coordinatore infermieristico	Lina Elia (Oncologia Ivrea) (<i>referente</i>) lina.elia1961@gmail.com Emanuela Marangon (Oncologia Ciriè/Lanzo) manumaran1973@libero.it	
Cure Palliative*	Dr Giovanni Bersano gbersano@aslto4.piemonte.it	
Dietologia*	Dr.ssa Francesca Lorenzin florenzin@aslto4.piemonte.it	
Oncologia	Dr. Roberto Vormola (Ciriè/Lanzo) (<i>referente</i>) rvormola@aslto4.piemonte.it Dr Sebastiano Bombaci (Ivrea) sbombaci@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Enrica Manzin (Chivasso) emanzin@aslto4.piemonte.it Dr. Giorgio Vellani – Direttore gvellani@aslto4.piemonte.it	
Psiconcologia*	Dr.ssa Daniela Bardelli (<i>referente</i>) dbardelli@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Salvino Barbara (Ciriè) bsalvino@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Amanda Panebianco (Chivasso) apanebianco@aslto4.piemonte.it	
Radiologia*	Dr Francesca Bisanti (<i>referente</i>) fbisanti@aslto4.piemonte.it Dr Aldo Cataldi acataldi@aslto4.piemonte.it Dr. Roberto Gallo (Ivrea) rgallo@aslto4.piemonte.it Dr Antonio Parisi (Ivrea) aparis@aslto4.piemonte.it	
Radioterapia	Dr Domenico Cante (<i>referente</i>) dcante@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Maria Rosa La Porta mlaporta@aslto4.piemonte.it	
Stomaterapisti*	CPSI Gianfranco Coppa Boli (<i>referente</i>) gianboli@virgilio.it CPSI Mariagrazia Griglione (Ciriè) estriubi72@libero.it CPSI Patrizia Portalupi (Chivasso) portalupipatrizia@yahoo.it	
Terapia Antalgica*	Dr Massimo Vallero mvallero@aslto4.piemonte.it	

* Discipline che intervengono al GIC a chiamata e non in modo sistematico

GIC – regolamento

Coordinatore	Dr Carlo Baima / tel. 011-9217463 / cbaima@aslto4.piemonte.it
Segreteria	– CAS Oncologia Ospedale Ciriè - Lanzo T.se 011 9217943 - 0123 300675 – CAS Oncologia Ospedale di Chivasso 011 9176137 – CAS Oncologia Ospedale di Ivrea 0125 414246
Sede, periodicità e orario dell'incontro	– Incontro settimanale, il giovedì, c/o studio medici Radioterapia, Ivrea, dalle 14,30

	– Visite GIC a Ciriè: quindicinale, martedì dalle ore 14,30 – Visite GIC a Chivasso: quindicinale, giovedì dalle 14,30
Modalità di refertazione	Refertazione scritta su Trackcare, con modalità indicata dalla Rete Oncologica, e copia stampata e firmata dai presenti Il referto è stampato in tre copie: una è destinata al Medico di Medicina Generale, una personale per il paziente e una allegata alla cartella clinica
Descrizione sintetica del funzionamento	Riunione a periodicità programmata con i referenti delle varie SS.CC. inserite nel GIC sui casi clinici complessi per i quali è necessaria una valutazione collegiale su iter terapeutico e/o follow-up; valutazione monospecialistica sulla base del PDTA per i casi non complessi. Il paziente viene visitato presso le sedi sopra citate in presenza di uno o più parenti accompagnatori. Viene informato sulla patologia e sull'iter diagnostico-terapeutico adeguato proposto e vengono indicati le sedi e le modalità dei successivi controlli/ accertamenti/trattamenti.
Descrizione del percorso assistenziale	Il percorso assistenziale in ambito GIC è curato particolarmente dalla figura dell'infermiere che partecipa attivamente al percorso di cura del paziente. Questi, dopo la valutazione effettuata dal CAS e sulla scorta anche di quelle informazioni, viene accompagnato nel suo percorso di cura, in collaborazione con il personale infermieristico dei Servizi e dei Reparti di degenza. L'infermiere del GIC è, nel nostro caso, anche componente di équipe di reparti di degenza a grosso impatto assistenziale: urologia e oncologica. L'infermiere valuta le necessità assistenziali anche al momento della dimissione affinché il periodo di convalescenza venga svolto a domicilio del paziente con la dovuta assistenza di supporto o presso una RSA, se presenti problematiche o fragilità familiari. Qualora il paziente sia portatore di stomia, l'infermiere enterostomista rilascia alla dimissione accurata relazione sulla gestione della stomia, effettua la prescrizione dei presidi appropriati, indica gli appuntamenti presso la sede ambulatoriale per il follow-up della stomia.
Medico Medicina Generale	Il Medico di Medicina Generale che assiste il paziente è parte attiva del GIC. Egli può partecipare su richiesta del paziente o sua personale ad ogni fase di elaborazione del gruppo di lavoro del GIC
Associazioni di Volontariato	Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nel gruppo di lavoro del GIC anche rappresentanti di Associazioni di Volontariato
Verifiche, audit e piani di miglioramento	Con scadenza semestrale il Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4 convoca i componenti dei GIC al fine di verificare i risultati in base agli indicatori dati, la corretta applicazione dei PDTA e delle linee guida. Viene predisposto, altresì, un piano di miglioramento per assolvere alle limitazioni evidenziate. Di questi incontri viene redatto apposito verbale. Tra i Componenti del GIC si svolgono audit per monitorare e valutare gli indicatori o specifiche criticità

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero di abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS unico con 3 sedi: Ospedale Ciriè-Lanzo, Ospedale di Chivasso, Ospedale di Ivrea/Cuorgnè CAS colon Retto presso Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea – Centro Hub
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza	GIC riferimento Ciriè e Ivrea; in casi selezionati Chivasso

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasie del rene
Neoplasie della prostata
Neoplasie della vescica
neoplasie del testicolo

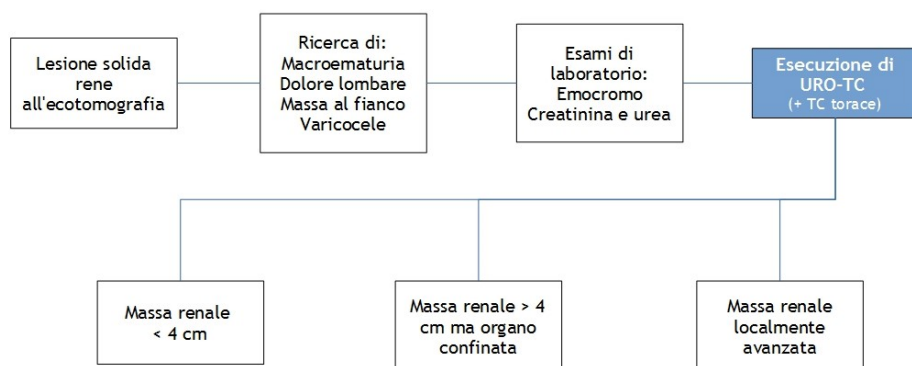
Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.) Tumore Renale

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Il PDTA è stato redatto sulla base delle Linee Guida AIOM 2017, EAU 2017 (con update 2018), NCCN 2018. Il carcinoma renale si presenta alla diagnosi come confinato al rene nel 55% dei casi, localmente avanzato nel 19% dei casi oppure con metastasi sincrone nel 25-30% dei casi. Il 60% circa delle neoplasie renali sono diagnosticate casualmente, come diretta conseguenza dell'impiego, sempre più estensivo, della diagnostica per immagini in pazienti non sospetti in senso oncologico. Per tale motivo, la classica triade composta da ematuria, dolore lombare e presenza di massa palpabile appare assai meno frequente che nel recente passato. Il carcinoma renale può essere associato a tutta una serie di sindromi paraneoplastiche usualmente aspecifiche quali ipertensione, poliglobulia, anoressia/cachessia e sindrome di Stauffer (caratterizzata da alterazioni epatiche in assenza di metastasi a carico del fegato, febbre, dolore addominale, epatosplenomegalia e perdita di peso, alterazioni laboratoristiche quali l'aumento di: transaminasi, fosfatasi alcalina, GT, attività protrombinica, gammaglobuline e bilirubina). Ad oggi, non esistono *markers* tumorali di una qualsivoglia utilità per il carcinoma renale. In caso di sospetto clinico di carcinoma renale (in genere ETG), il paziente va inviato a visita urologica urgente.

L'obiettivo della prima visita (visita CAS) è quello di ottenere nel più breve tempo possibile (indicativamente: entro due settimane) una conferma della diagnosi, attivando nel contempo tutte le procedure atte ad instaurare tempestivamente la terapia se la diagnosi viene confermata. L'esame gold-standard per la diagnosi e la stadiazione è la TC torace + addome completo con mdc. La RM addominale è da considerare solo in caso di controindicazioni alla TC oppure come indagine di II livello qualora la TC non risultasse dirimente (ad esempio in caso di lesioni cistiche dubbie). Esami di laboratorio complementari (eccetto per indici di funzionalità renale necessari prima dell'esecuzione dell'*imaging* radiologico) o ulteriori approfondimenti diagnostici alla ricerca di altre sedi metastatiche oltre addome e polmone sono guidati dalla clinica e non sono eseguiti in maniera standardizzata su tutti i pazienti.

In caso di lesioni renali piccole (<4 cm) in pazienti non candidabili ad intervento chirurgico si valuterà la possibilità di eseguire una biopsia renale ETG o TC guidata al fine di ottenere una diagnosi istopatologica e avviare il paziente a terapia minimamente invasiva oppure a sorveglianza attiva.



Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi di accesso
Indipendentemente dalla stadiazione	TC addome + torace con mdc	- S.C. Radiologia (tutte le sedi ASL) - ricetta dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente	15gg
In caso di contro-indicazioni alla TC addome o in caso in cui la TC non sia dirimente (es. lesioni cistiche complesse)	RMN addome con mdc	- S.C. Radiologia Chivasso - ricetta dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente	20 gg
Solo in caso di segni/sintomi neurologici suggestivi di MTS	TC encefalo con m.d.c. (o RM)	- S.C. Radiologia (tutte le sedi ASL) - ricetta dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente	7-10 gg
Solo in caso di segni/sintomi suggestivi di MTS ossee	Scintigrafia ossea T.B.	- Medicina Nucleare Ospedale di Ivrea - ricetta dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente	5-15 gg
Masse renali piccole e/o non passibili di trattamento chirurgico	Biopsia renale ETG/TC guidata	- S.C. Radiologia Ospedali di Ciriè e Chivasso - ricetta dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione via telefono al paziente	7-10 gg

Descrizione sintetica dei trattamenti

L'approccio chirurgico rappresenta l'unico trattamento curativo disponibile nella malattia localizzata.

Il termine "nephrectomia radicale" (NR) indica classicamente l'asportazione del rene, della fascia adiposa perirenale, dopo legatura all'origine aortica dell'arteria renale e alla confluenza in vena cava inferiore della vena renale, e l'asportazione dei linfonodi regionali.

La conservazione d'organo, obiettivo della chirurgia attuale al fine di ridurre la morbidità correlata all'intervento radicale, può essere ottenuta con metodiche *nephron-sparing* (NP: nefrectomia parziale; NSS: *nephron-sparing surgery*) e con la limitazione dell'accesso chirurgico (chirurgia laparoscopica classica o robot-assistita). Tali tecniche chirurgiche prevedono l'asportazione della sola lesione tumorale con una rima di parenchima sano circostante. A tutt'oggi è oggetto di discussione lo spessore di parenchima peritumorale da asportare al fine di garantire la negatività dei margini chirurgici. Non esiste al momento uno spessore identificato come sicuro tanto che anche le linee guida europee identificano con un termine aspecifico "una minima quantità di tessuto parenchimale sufficiente ad evitare il rischio di recidiva locale".

L'enucleazione semplice, dove l'asportazione della lesione per definizione è senza tessuto sano circostante, garantendo margini chirurgici e risultati oncologici sovrapponibili alle altre procedure, costituisce l'esempio limite dove i margini chirurgici sono negativi seppur in assenza di una rima di tessuto sano peritumorale volontariamente rimosso.

Indicazioni all'intervento di NSS:

- indicazioni di necessità: monorene chirurgico o funzionale;
- indicazioni di necessità relative: rene controlaterale funzionante ma affetto da una patologia che potrebbe compromettere in futuro la sua funzionalità o far sviluppare una neoplasia;
- indicazioni di elezione: RCC monolaterale localizzato in presenza di un rene controlaterale sano.

Controindicazioni all'intervento di chirurgia NSS:

- tumore localmente avanzato;
- impossibilità tecnica alla stessa;
- importanti comorbidità del paziente.

La surrenectomia omolaterale contestuale alla chirurgia radicale o parziale del rene per tumore renale, non è eseguita a meno di anomalie della ghiandola evidenziate all'*imaging* preoperatorio (TC, RM).

In assenza di evidenze cliniche all'imaging pre-operatorio la linfadenectomia non è eseguita. In caso di evidenze di linfonodi ingrossati può essere presa in considerazione la linfadenectomia, quando tecnicamente fattibile, con il solo scopo stadiante, tenendo presente che solo il 20% dei linfonodi clinicamente sospetti risultano positivi per ripetizione all'analisi istopatologica.

Nei pazienti affetti da neoplasia renale metastatica, candidati a terapia sistemica e suscettibili di trattamento chirurgico la nefrectomia citoriduttiva può essere eseguita prima o dopo il trattamento medico. La nefrectomia citoriduttiva nel paziente anziano, pur essendo associata ad una maggior morbidità e mortalità, sembra essere comunque in grado di determinare un vantaggio in termini di sopravvivenza globale simile a quanto osservato nella popolazione generale. La nefrectomia radicale va sempre perseguita nei pazienti con buon PS, assenza di comorbidità di rilievo e neoplasia renale di diametro superiore ai 4.0 cm; nello stesso gruppo di pazienti, ma con neoplasia di piccole dimensioni (< 4.0 cm) la *nephron sparing surgery* sembra un approccio praticabile. I pazienti anziani e/o i pazienti con importanti comorbidità, piccole masse renali (<4 cm) e non candidabili a trattamento chirurgico possono essere avviati alla terapia focale (crioterapia / radiofrequenze / microonde, etc) percutanea quando tecnicamente fattibile (in base a dimensione della malattia e alla posizione della massa in relazione alle strutture vascolari e alle vie escrettrici). In alternativa è proponibile un programma di *active surveillance*. L'invasione del tumore della vena renale rappresenta un fattore prognostico negativo e come la trombosi cavale se tecnicamente fattibile va asportata. La chirurgia aggressiva di tali tumori localmente avanzati rappresenta un cardine della terapia chirurgica, così come la nefrectomia a scopo citoriduttivo nei pazienti metastatici. La rimozione completa delle lesioni secondarie contribuisce a migliorare la prognosi dei pazienti con carcinoma renale metastatico. Non vi sono conclusioni definitive sull'indicazione alla metastasectomia sebbene sia utile quando le lesioni siano resecabili. Per le metastasi ossee e cerebrali un'alternativa è fornita dalla radioterapia. La metastasectomia ossea e/o la stabilizzazione anche con tecniche mini-invasive va riservata ad eventuali fratture patologiche o lesioni invalidanti e sintomatiche se tecnicamente fattibile.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi di accesso
T1a	Nefrectomia parziale open / LPS (Enucleoresezione / Nefrectomia parziale - NSS)	- S.C. Urologia (Sedi Ciriè e Ivrea) - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero, e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato	30 gg
T1b	Nefrectomia parziale open (NSS) se tecnicamente fattibile	- S.C. Urologia (Sedi Ciriè e Ivrea) - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero, e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato	30 gg
T1b	Nefrectomia radicale open/LPS (se non tecnicamente fattibile NSS)	- S.C. Urologia (Sedi Ciriè e Ivrea) - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero, e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato	30 gg
T2-T3a	Nefrectomia radicale open/LPS	- S.C. Urologia (Sedi Ciriè e Ivrea) - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero, e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato	30 gg
T3b-T4	Nefrectomia radicale open +/- surrenalectomia	- S.C. Urologia (Sedi Ciriè e Ivrea) - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione via telefono al paziente della data di prericovero, e successivamente della data dell'intervento a prericovero completato	30 gg
T1a	Radiofrequenze percutanea ETG/TC guidata (c/o Ospedale G. Bosco)	- S.C. Urologia Ospedale G. Bosco - Prenotazione telefonica da CAS - Comunicazione via telefono al paziente della data di 1° accesso al G. Bosco	Da concordare con il Centro di riferimento

Trattamento medico della malattia metastatica

Condizione		Procedure		Modalità di accesso	Tempi di accesso
		Prima opzione	Seconda opzione		
Non pretrattati (I linea in malattia metastatica)	Rischio prognostico Favorevole/intermedio	Sunitinib Pazopanib Bevacizumab + INF-alfa	Osservazione IL-2 alte dosi Sorafenib	Sede: S.C. Oncologia (Ciriè – Chivasso – Ivrea) Accesso da: - Visita CAS - Visita GIC - Invio da altro Centro Prenotazione: - diretta, interna - telefonica per pazienti provenienti da altro Centro	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 5 giorni)
	Rischio prognostico poor	Temsirolimus Sunitinib Pazopanib	Trial clinici		
Pretrattati (II o linee successive in malattia metastatica dopo terapia con anti VEGF)		Nivolumab Cabozantinib Cabozantinib Axitinib	Sorafenib Everolimus	Sede: S.C. Oncologia (Ciriè – Chivasso – Ivrea) Accesso da: - Paziente già in carico al Centro - Invio da altro Centro Prenotazione: (vedi sopra)	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 5 giorni)

Nei pazienti con malattia metastatica lungo-sopravviventi, pretrattati con citochine, possibilità terapeutiche di II linea: Axitinib o Pazopanib (opzioni di prima scelta), Sorafenib o Sunitinib (opzioni di seconda scelta).

In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso *setting* di pazienti, la scelta del farmaco dovrà essere effettuata in base alle caratteristiche del singolo paziente (es. profilo di tossicità migliore in base alle comorbidità).

In presenza di più opzioni terapeutiche di simile efficacia per lo stesso *setting* di pazienti, nella scelta del farmaco si dovrà fare riferimento ai principi di GIUSTIZIA e SOSTENIBILITA'.

Linee successive alla seconda vanno attentamente valutate, non essendo disponibili in letteratura dati solidi a supporto.

In valutazione autorizzazione AIFA (nei pazienti pretratti con farmaci anti VEGF/VEGFR): Lenvatinib + Everolimus.

Follow up

Il follow-up del carcinoma del rene sottoposto a chirurgia radicale ha come obiettivi monitorare o identificare:

- complicanze post-operatorie;
- funzionalità renale;
- recidive loco-regionali;
- recidive/nuove lesioni nel rene controlaterale;
- sviluppo di metastasi.

L'importanza del follow-up dopo chirurgia radicale è determinata dal fatto che circa il 50% dei pazienti va incontro ad una ricaduta di malattia (due terzi dei pazienti entro il primo anno dalla diagnosi).

La ricomparsa della malattia deve essere identificata precocemente per la possibilità progressivamente ridotta con il tempo di poter procedere a resezione chirurgica della recidiva o della/e metastasi (specie nel caso di recidiva in un'unica sede).

Per quanto riguarda il monitoraggio della funzionalità renale a lungo termine (2-3 anni), questo è indicato nei pazienti con insufficienza renale già presente al momento dell'intervento chirurgico ed in coloro che nel post-intervento hanno manifestato un aumento dei valori serici di creatinina. In questi ultimi è utile una determinazione dei valori di creatinina già a 4-6 settimane dall'intervento chirurgico.

Non ci sono *trial* prospettici randomizzati in letteratura che indichino con precisione il *timing* dei controlli da eseguire e il *setting* di pazienti candidati.

Viene, quindi, utilizzato un approccio *risk-adapted* secondo diversi protocolli attualmente non validati da studi clinici con elevati livelli di evidenza e decisi a discrezione dello specialista di riferimento.

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

Per i pazienti sottoposti a chirurgia *nephron-sparing* il follow-up previsto è lo stesso adottato nel caso di nefrectomia radicale poiché gli *outcome* delle due metodiche chirurgiche sono sovrapponibili. Per quanto concerne le metodiche mini-invasive i dati sono pochi ed i pareri controversi.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica	• Ogni 6 mesi nei pazienti a rischio intermedio/elevato per i primi 5 anni • Annualmente nei pazienti a rischio basso per i primi 5 anni • Annualmente nei pazienti sottoposti a terapia focale	• Ambulatorio Urologia/ Oncologia per T1-T3 N0 M0 per i primi 5 anni quindi MMG • Ambulatorio Oncologia per T4 e/o N+ e/o M+ per sempre
TC torace + addome con mdc	• Ogni 6 mesi nei pazienti a rischio intermedio ed alto (nei primi 3 anni) • Ogni 2 anni nei pazienti a basso rischio	S.C. Radiologia
ETG addome completo + Rx Torace	Ogni anno nei pazienti a basso rischio (alternati alla ev TC)	S.C. Radiologia
Indici di funzionalità renale	A discrezione del nefrologo in caso di I.R. già presente o comparsa dopo intervento	Laboratorio Analisi

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:</i> - se già in carico dal CAS: attraverso prenotazione diretta da parte del CAS stesso e comunicazione telefonica al paziente - se prima diagnosi: a Ciriè attraverso visite in accesso diretto (registrazione c/o Amb. Urologia Osp. Ciriè II piano: lunedì e mercoledì dalle 8.30 alle 10.00 -> le visite vengono effettuate nella stessa giornata della registrazione) o visita Urgente (Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle 8.30 alle 10). A Ivrea dal lunedì al venerdì c/o Amb. Urologia Ospedale, piano 0 con visita urgente. L'assistito deve essere munito solo d'impegnativa medica, ove sia riportato il codice di priorità U, e può accedere direttamente senza prenotazione CUP.

Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.) Tumore Prostata

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Il PDTA è stato redatto sulla base delle Linee Guida AIOM 2017, EAU 2017 (con update 2018) e NCCN versione 4.2018

Classi di rischio	Caratteristiche
Bassissimo	T1c; Gleason score ≤ 6 ; PSA < 10 ng/ml; < 3 frustoli biotipici positivi con $\leq 50\%$ di neoplasia in ogni frustolo
Basso	T1-T2a; Gleason score ≤ 6 ; PSA < 10 ng/ml
Intermedio	T2b - T2c oppure Gleason score 7 oppure PSA tra 10 e 20 ng/ml
Alto	T3a oppure Gleason score ≥ 8 oppure PSA > 20 ng/ml
Altissimo	T3b - T4 oppure Gleason primario 5 oppure > 4 biopsie con Gleason score ≥ 8

da Linee Guida Ca prostata AIOM 2017, modificato

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi di accesso
Carcinoma prostatico a bassissimo e basso rischio	Nessuna procedura diagnostica		
Pazienti a rischio $\geq$ intermedio	Risonanza Magnetica prostata (stadiazione locale) TC addome (stadiazione linfonodale)	Prenotazione diretta telefonica da CAS. - RM c/o Osp. Chivasso. - TC tutte le sedi aziendali	30 gg 15 gg
Stadiazione di ca prostata in pazienti con: - rischio intermedio, alto o altissimo - sintomi legati alla neoplasia	Scintigrafia ossea total body	Prenotazione diretta telefonica da CAS. Medicina Nucleare Ospedale di Ivrea	5 – 15 gg
Recidiva di malattia Cinetica del PSA (anche se < 1)	PET-PSMA (PROCEDURA IN CORSO DI VALUTAZIONE)	Prenotazione telefonica (Medicina Nucleare Osp. Aosta) da CAS dopo rivalutazione GIC in casi selezionati come da protocollo	10 gg
Recidiva di malattia PSA > 1	PET colina	Prenotazione telefonica (presso IRMET, Torino oppure Med. Nucleare Osp. Aosta o dell'IRCC Candiolo) da CAS dopo rivalutazione GIC	15 – 30 gg
Recidiva di malattia (qualunque trattamento) con PSA > 10 o pz. sintomatico	Scintigrafia ossea total body	Prenotazione diretta (Med. Nucleare Ivrea) da CAS dopo rivalutazione GIC	5 – 15 gg

Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi di accesso
CaP a bassissimo e basso rischio	Possibili alternative: a) Watchful waiting b) Sorveglianza attiva c) Prostatectomia radicale d) Radioterapia	a) b) ambulatori Urologia (in casi selezionati Oncologia) con prenotazione diretta dal del GIC c) reparti di Urologia Ciriè e Ivrea (prenotazione su Trakcare) da GIC d) Radioterapia di Ivrea con prenotazione diretta del radioterapista del GIC	a) b) 5 gg c) 30 gg d) 30 gg
CaP a rischio intermedio	Possibili alternative: a) Prostatectomia radicale + linfadenectomia pelvica b) Radioterapia fasci esterni ± ormonoterapia short course c) Deprivazione androgenica	a) Reparti di Urologia Ciriè e Ivrea (prenotazione su Trakcare) da GIC b) Radioterapia di Ivrea con prenotazione diretta del Radioterapista del GIC e contestuale prescrizione farmacologica con piano terapeutico c) piano terapeutico redatto da Urologo/ Oncologo	a) 30 gg b) 30 gg c) immediato
CaP alto e altissimo rischio	Possibili alternative: a) Prostatectomia radicale + linfadenectomia estesa (RT adiuvante T3b o sup.e/o deprivazione ormonale) b) Radioterapia fasci esterni + deprivazione ormonale long course (2 anni) c) Deprivazione androgenica	Come sopra In caso di RT adiuvante prenotazione diretta del Radioterapista dopo rivalutazione GIC del Pz. con esame istologico	a) 30 gg b) 30 gg c) immediato
Fattori avversi dopo RRP: estensione extracapsulare, margini positivi, infiltrazione vescicola seminale	RT adiuvante associata o meno a deprivazione androgenica	Radioterapia di Ivrea Prenotazione diretta da Radioterapista del GIC	30 - 60 gg
Recidiva loco regionale dopo RRP (PSA > 0.2 o cinetica del PSA anche	RT di salvataggio	Come sopra	30 gg

per valori <0.2)			
Progressione dopo RT (PSA nadir +2)	a) Deprivazione androgenica b) Prostatectomia radicale di salvataggio c) Reirradiazione	Valutazione GIC a) prenotazione diretta per Ambulatorio Urologia/Oncologia b) prenotazione su Trakcare per ricovero Reparto Urologia	a) immediato b) 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	Prenotazione telefonica da GIC o prenotazione diretta da Medico Cure Palliative durante GIC	3 gg
Ca prostata naïve ad ormonoterapia e prognosi favorevole	Ormonoterapia (solo analogo LHRH) o antiandrogeno in monoterapia	piano terapeutico redatto da Urologo/Oncologo (a Ivrea anche somministrazione c/o Ambulatorio di Urologia)	Immediato
Ca prostata naïve ad ormonoterapia e prognosi sfavorevole o malattia "bulky"	Ormonoterapia (solo analogo LHRH) + CT (docetaxel x 6 cicli in pazienti fit, protocollo Chaarted)	Reparto di Oncologia Prenotazione diretta dell'Oncologo	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 gg)
Ca prostata metastatico e "Castration resistant" (malattia a lenta evoluzione)	Manipolazioni ormonali previste dalle linee guida (terapia ormonale di I linea)	piano terapeutico redatto da Urologo/Oncologo (a Ivrea anche somministrazione c/o Ambulatorio di Urologia)	Immediato
Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in paziente FIT e sintomatico	Chemioterapia ± bisfosfonati con mantenimento castrazione	Reparto di Oncologia Prenotazione diretta dell'Oncologo	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 gg)
Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in paziente pauci o asintomatico e in I/II linea di trattamento	Ormonoterapia di II generazione ± bisfosfonati con mantenimento castrazione	idem	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 gg)
Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in progressione dopo CT di I linea o ormonoterapia di II generazione (malattia a lenta evoluzione non viscerale)	Ormonoterapia di II generazione o chemioterapia di II linea	idem	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 gg)
Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in progressione dopo CT di I linea o ormonoterapia di II generazione (malattia a rapida evoluzione e/o viscerale)	Chemioterapia di II linea	idem	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni)
Ca prostata metastatico e "Castration resistant" in progressione dopo CT/ormonoterapia di I linea ad esclusivo interessamento osseo e paziente sintomatico	Radium 223	Ospedale di Orbassano, Med. Nucleare/DH ONcol., Prenotazione telefonica da GIC, con esami di ri-stadiazione recenti	- visita 7-10 gg - inizio trattamento 15-30 gg
Ca prostata metastatico in paziente unfit e dopo fallimento dei presidi terapeutici precedenti	Presa in carico da Cure Palliative	Prenotazione diretta medico Palliativista presente al GIC	3 gg

Pazienti fit non responder ai trattamenti oncologici standard	protocollo clinico sperimentale attivo nell'ASLTO4 o Centro II livello	Reparto di Oncologia o contatto telefonico con Centro II livello	Secondo prenotazione telefonica centro II livello
---	--	--	---

Follow up

1) FOLLOW UP NELLA SORVEGLIANZA ATTIVA

Il paziente cui viene proposta la sorveglianza attiva per il carcinoma prostatico deve essere necessariamente inserito in uno dei Protocolli formalizzati, dove oltre ai criteri di inclusione, sono previsti i tipi di controllo con le relative tempistiche. Il GIC Tumori urologici dell'ASL TO4 aderisce allo Studio START, attivato dalla rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Pertanto si rimanda a quel Protocollo di follow up.

2) FOLLOW UP DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

Il 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 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 successivamente
- 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 con aggiunta di visita radioterapica annuale.

Si considera ripresa di malattia un valore di PSA >0.2 ng/ml ricontrollato dopo 1 mese

In caso di ripresa di malattia il paziente verrà rivalutato dal GIC.

3) FOLLOW UP DOPO RADIOTERAPIA

A) RADIOTERAPIA ESCLUSIVA

Il paziente sottoposto a 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 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

B) 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
- 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.

C) RADIOTERAPIA ADIUVANTE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

Il paziente sottoposto a radioterapia dopo prostatectomia radicale deve essere sottoposto al seguente follow up:

- Ecografia apparato urinario a 3 mesi (valutazione idronefrosi e residuo p.m. per eventuale stenosi anastomotica)

- PSA, visita radioterapica e urologica a 3 mesi poi alternate ogni 6 mesi per 5 anni poi annuali

D) RADIOTERAPIA DI SALVATAGGIO

- Controllo a tre mesi con PSA, valutare tossicità acuta
- Successivi controlli ogni sei mesi alternati tra radioterapista e urologo

Sia per la radioterapia dopo prostatectomia radicale sia per quella di salvataggio si considera ripresa di malattia un aumento del PSA da valore indosabile ricontrollato.

In caso di ripresa di malattia il paziente verrà rivalutato dal GIC.

4) FOLLOW UP DOPO BRACHITERAPIA (eventualmente praticata in altra sede da una persona assistita ASL TO4)

Dopo BT il PSA si abbassa lentamente e raggiunge un valore di nadir dopo un periodo mediano intorno ai 24-36 mesi. In questo periodo il livello di PSA non è stabile e possono esserci degli innalzamenti (bounces) che simulano una recidiva biochimica. Per questo motivo non vi è un accordo definitivo sulla definizione di recidiva biochimica dopo BT. La definizione "nadir + 2 ng/ml" (criterio di Phoenix) si è mostrata più sensibile e specifica della definizione ASTRO (3 innalzamenti consecutivi dopo il nadir); una definizione di tipo chirurgico (PSA sopra un valore di 0.5 ng/ml) può essere utilizzata solo dopo un follow-up ≥ 6 anni.

Pertanto si consiglia il seguente follow up:

- PSA, visita urologica e valutazione del residuo post minzionale dopo 1 mese
- 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

5) FOLLOW UP DEL PAZIENTE IN BLOCCO ORMONALE E IN CHEMIOTERAPIA O IN TRATTAMENTO CON FARMACI ORMONALI DI II GENERAZIONE

Come già detto nell'introduzione il follow up di un paziente in terapia ormonosoppressiva o in chemioterapia è teso al monitoraggio della risposta alle terapie e alla valutazione degli effetti collaterali. Gli esami sono da modulare in base al valore del PSA e alla comparsa/peggioramento dei sintomi.

A) FOLLOW UP DEL CA PROSTATICO AVANZATO IN TERAPIA ORMONALE DI PRIMA LINEA

- PSA e visita (oncologica o urologica) ogni 3 mesi;
- Nei pazienti che iniziano BAT, dosaggio testosterone a 1 mese e poi a 6 mesi. La testosteronemia va eseguita sempre quando compare sospetto di resistenza alla castrazione;
- Nei pazienti M0 a buona prognosi e con buon P.S.: dosaggio del PSA e visita a 3-6 mesi
- Valutare sindrome metabolica (monitoraggio della PA, dosaggi annuali di colesterolo, trigliceridi, glicemia) durante le visite di follow up;
- Monitoraggio ogni 8-12 mesi del metabolismo osseo (anche considerando di impiegare calcio e vitamina D e di eseguire MOC-DEXA).

ELEMENTI PER CONSIDERARE PROGRESSIONE DI MALATTIA: rialzo del PSA confermato da una nuova determinazione a distanza di 4 settimane

B) FOLLOW UP DEL CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO IN CHEMIOTERAPIA (Docetaxel, Cabazitaxel) / o ORMONOTERAPIA DI II GENERAZIONE (abiraterone / enzalutamide)

Come da scheda tecnica i pazienti vengono monitorati per la tolleranza e gli effetti collaterali a cadenza mensile in DH. Gli esami ematochimici sono eseguiti a cadenza mensile, mentre per quanto riguarda le tempistiche per il dosaggio del PSA e le indagini strumentali vengono seguite le indicazioni da scheda tecnica.

6) FOLLOW UP DOPO CRIOTERAPIA (eventualmente praticata in altra sede da una persona assistita ASL TO4)

Il paziente sottoposto a crioterapia, sia essa stata singola terapia con intento radicale o successiva a radioterapia dovrà sottoporsi dopo 1 mese a visita urologica con l'esito del PSA. In tale occasione si consiglia esecuzione del residuo post-minzionale. Successivamente, ogni 3 mesi per il primo anno, ogni 6 mesi dal secondo fino al decimo anno e poi ogni 12 mesi, dovrà sottoporsi a dosaggio del PSA, uroflussometria e visita urologica.

Si considera sospetto di ripresa di malattia un valore di PSA maggiore o uguale a 0.5 ng/ml per i trattamenti con intento radicale e maggiore o uguale a 1 per i trattamenti eseguiti come procedura di salvataggio. La biopsia deve essere considerata in caso di sospetto biochimico di ripresa di malattia.

7) FOLLOW UP DOPO HIFU (eventualmente praticata in altra sede da una persona assistita ASL TO4)

Il paziente sottoposto a trattamenti HIFU per neoplasia prostatica, sia esso eseguito con intento radicale, sia focale, sia per ripresa di malattia dopo radioterapia dovrà sottoporsi a dosaggio del PSA e visita urologica dopo 1 mese. In seguito i controlli (PSA e visita urologica) saranno eseguiti ogni 3 mesi per il primo anno, poi semestrali dal 2° al 10° anno e poi annuali.

Anche per questo tipo di trattamento il cut off di risposta non è univoco: si considera che il nadir del PSA sia raggiunto in 50-60 giorni. Il valore limite del PSA è fissato ad 1,5 ng/ml e la biopsia deve essere considerata in caso di sospetto biochimico di ripresa di malattia.

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il Curante con le indicazioni sulle procedure indicate	<i>Sl: allegato1</i>
Consegna lettera informativa per il Paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	<i>Sl: allegato2</i>
Consegna della programmazione del follow up	<i>Sl: vedi allegato 1</i>
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>Sl: telefonica e/o con richiesta di visita urgente (urologica o oncologica) da parte del MMG ed espletamento entro 48 ore</i>

Allegato 1

Illustre Collega,

la stadiazione clinica / patologica della neoplasia prostatica è risultata:

Pertanto, ringraziandoti per la collaborazione ti inviamo il follow up relativo al trattamento terapeutico ricevuto dal Tuo assistito Sig.

Il paziente è stato informato della necessità di seguire questo programma di controlli.

Come potrai notare, alla fine del follow up sono riportati anche i criteri per sospettare una ripresa di malattia. Nel caso il paziente dovrà essere rivalutato dal GIC per la definizione di eventuali ulteriori esami e/o terapie del caso.

Siamo comunque a disposizione per ogni eventuale problema.

(allegato il capitolo di follow up relativo al caso specifico)

Allegato2

Gentile Signore,

il trattamento a cui è stato sottoposto era finalizzato a curare la patologia neoplastica della prostata.

Com'è noto, tuttavia, rimane nel tempo un rischio che la neoplasia si ripresenti e pertanto è indispensabile eseguire dei controlli periodici che riportiamo qui di seguito e che sono ritagliati appositamente per il tipo di trattamento da Lei ricevuto. Questi controlli sono anche finalizzati al monitoraggio di possibili conseguenze, non tumorali, legate al trattamento, di cui era stato comunque informato preventivamente al momento della scelta terapeutica.

Abbiamo predisposto una lettera anche per il Suo Medico Curante, dov'è riportato lo stesso programma di esami e visite di controllo, per una completa condivisione. Tuttavia, in caso di comparsa di sintomi o segni che possano destare sospetti, al di là di questo programma di controlli, non esiti a contattarlo. Questo gli consentirà di valutare l'opportunità di richiedere esami o contattarci per una visita specialistica.

(allegato il capitolo di follow up relativo al caso specifico)

Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.) Neoplasia della vescica

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Il carcinoma vescicale si presenta come malattia confinata alla mucosa (Ta o CIS) o alla sottomucosa (T1) nel 75% dei casi, mentre ha carattere muscolo-invasivo e/o metastatico nel 25% dei pazienti.

Il sintomo di presentazione più comune del carcinoma vescicale è l'ematuria. Si può inoltre sospettare la presenza di neoplasia vescicale (soprattutto il CIS) in Pazienti con sintomatologia minzionale irritativa refrattaria alle terapie e/o con esame citologico urinario positivo. La neoplasia vescicale può, infine, essere diagnosticata in modo occasionale mediante un esame ecografico addominale.

I pazienti con diagnosi accertata (ecografica) o sospetta (citologia urinaria positiva) di neoplasia vescicale devono essere inviati a visita urologica (visita CAS):

1) I pazienti con diagnosi ecografica di neoplasia vescicale saranno prenotati per intervento di TURB (che verrà eseguito presso la SC Urologia previa procedura di pre-ricovero). Una TC toraco-addominale con mezzo di contrasto dovrebbe essere eseguita durante la procedura di pre-ricovero nei pazienti con neoplasie trigonali e/o multiple e/o voluminose (> 3 cm) e/o con evidenza di idroureteronefrosi all'ecografia. Per i pazienti con sintomi neurologici suggestivi per metastasi dovrebbe essere eseguita una TC encefalica con mezzo di contrasto. I pazienti con sintomi suggestivi per metastasi ossee dovrebbero essere sottoposti a scintigrafia ossea.

2) I pazienti con citologia urinaria positiva saranno prenotati per ecografia addome completo, con successiva rivalutazione urologica: se l'ecografia risulterà positiva si procederà a TURB (previo pre-ricovero), se negativa il paziente verrà prenotato per uretrocistoscopia + mapping vescicale (previo pre-ricovero).

Dopo l'intervento (TURB o mapping vescicale), all'atto della dimissione il Paziente verrà programmato per la visita GIC per il ritiro dell'esame istologico e la definizione del successivo iter terapeutico presso l'Ambulatorio di Urologia.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Citologia urinaria positiva per cellule neoplastiche	Ecografia addome completo	- S.C. Radiologia - Mediante ricetta dematerializzata o del Curante - Prenotazione da parte del CAS	- 15 gg - 15 gg
Citologia urinaria positiva con ecografia addome completo negativa per neoplasia vescicale	Uretrocistoscopia + biopsie vescicali	- Prenotazione elettronica del Prericovero su Trakcare da parte dell'Urologo al momento della visita ambulatoriale o in visita GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero	- 30 gg

		completato	
Diagnosi ecografica di neoplasia vescicale	TURB	- Prenotazione elettronica del Prericovero su Trakcare da parte dell'Urologo al momento della visita ambulatoriale o in visita GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	- 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 - Eseguita mediante ricetta dematerializzata dell'Urologo o in corso di pre-ricovero per TURB - prenotabile tramite CAS	- 15 gg
Solo in caso di segni/sintomi neurologici suggestivi di metastasi	TC encefalo con m.d.c.	- S.C. Radiologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento del pre-ricovero - prenotabile tramite CAS	- 7 – 10 gg
Solo in caso di segni/sintomi suggestivi di metastasi ossee	Scintigrafia ossea total body	- Medicina Nucleare Osp. Ivrea (prenotabile tramite fax dall'Urologo o dal CAS) - Impegnativa del Curante	- 5 – 15 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) secondo 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 (compatibilmente con condizioni cliniche e/o logistico-organizzative) essere sottoposti ad instillazione precoce di Epirubicina o Mitomicina C 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) aggiuntivo 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 12 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 della durata di 24 mesi.

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	- Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato	15 – 45 gg
Evidenza di NMIBC alla TURB	Instillazione precoce di chemioterapico endovesicale (Epirubicina/Mitomicina C)	- Esecuzione dopo TURB durante la degenza previo invio richiesta fax del farmaco al Laboratorio Galenica - Farmacia Ospedaliera Ivrea Tel. 72982 (0125 414982)	immediata
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 endovescicale per 1 anno o BCG endovescicale per 1 anno	-Ambulatori Urologici ASLTO4 di Lanzo, Ivrea, Chivasso - prenotazione con ricetta dematerializzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico o Impegnativa del Curante	A 30 gg dalla TURB
NMIBC ad alto rischio – dopo ev. instillazione precoce	BCG endovescicale per 1 anno	- Ambulatori Urologici ASLTO4 di Lanzo, Ivrea, Chivasso - prenotazione con ricetta dematerializzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico o impegnativa del Curante	A 30 gg dalla TURB
NMIBC ad altissimo rischio	Cistectomia radicale	- S.C./S.S. Urologia di Ciriè e Ivrea - Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato	Cistectomia entro 45 giorni dalla TURB
	o BCG endovescicale per 2 anni	- Ambulatori ASLTO4 di Lanzo, Ivrea, Chivasso - prenotazione con ricetta dematerializzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico o impegnativa del Curante	Prima instillazione a 30 gg dalla TURB
NMIBC recidivo dopo chemioterapia endovescicale	Chemioterapia endovescicale (se recidiva pTa G1 dopo un anno) o BCG endovescicale (se recidiva precoce)	- Ambulatori ASLTO4 di Lanzo, Ivrea e Chivasso - prenotazione con ricetta dematerializzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico o impegnativa del Curante	A 30 gg dalla TURB
NMIBC alto grado / CIS recidivo in corso di BCG endovescicale (refrattarietà al BCG)	Cistectomia radicale	- S.C./S.S. Urologia di Ciriè e Ivrea - Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato	Entro 45 gg dalla TURB
NMIBC alto grado / CIS recidivo entro 1 anno dal BCG endovescicale (recidiva post-BCG)	Cistectomia radicale	- S.C. Urologia, sedi di Ciriè e Ivrea - Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato	Cistectomia entro 45 giorni dalla TURB
	o BCG endovescicale per 3 anni	- Ambulatori ASLTO4 di Lanzo, Ivrea e Chivasso - prenotazione con ricetta dematerializzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico o impegnativa del Curante	Prima instillazione a 30 gg dalla TURB
NMIBC basso grado dopo BCG endovescicale	Chemioterapia endovescicale o BCG endovescicale	- Ambulatori ASLTO4 di Lanzo, Ivrea e Chivasso - prenotazione con ricetta dematerializzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico o impegnativa del Curante	A 30 gg dalla TURB

2) I pazienti con **MIBC** (cT2-T4 N0 M0) vengono prenotati per cistectomia radicale (da eseguire presso la S.C. Urologia, sedi di Ciriè e Ivrea) 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	- S.C. Urologia, sedi di Ciriè e Ivrea - Prenotazione informatizzata su Traccare da parte dell'Urologo al momento della visita GIC alla consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato	Se sola cistectomia entro 45 gg dalla TURB; se preceduta da CT tempistica da concordare con Oncologi
	preceduta o meno da Chemioterapia neoadiuvante	- D.H. Oncologia - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni)
Stadio pT3-T4, N0-N+ dopo cistectomia radicale	Eventuale chemioterapia adiuvante (solo per i pazienti non sottoposti pre-operatoriamente a chemioterapia neoadiuvante)	- D.H. Oncologia - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni)
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) 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 alla consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato	Entro 45 gg dalla prima TURB
		Radioterapia: - Radioterapia Ospedale di Ivrea - Prenotazione da parte del Radioterapista al momento della visita GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Tempistiche da concordare in funzione delle condizioni del Paziente
		Chemioterapia: - D.H. Oncologia tutte le Sedi ASLTO4 - Prenotazione da parte dell'Oncologo durante visita GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni)

3) I pazienti con **malattia metastatica** (stadio IV) alla diagnosi dovranno essere trattati in prima istanza con schemi di chemioterapia a base di sali di platino; ad ulteriore progressione, potrà essere preso in considerazione un trattamento di seconda linea.

Al momento della stesura del documento si è in attesa della determinazione AIFA per la rimborsabilità di un farmaco innovativo immunoterapico, indicato nel trattamento di prima linea dei pazienti ritenuti non idonei ("unfit") al trattamento con platino (in questo caso necessaria determinazione dell'espressione di PD-L1 maggiore o uguale al 5%), oppure nel trattamento di seconda linea (pazienti in progressione dopo trattamento chemioterapico a base di platino). Pazienti con malattia estesa ai soli linfonodi addominali, con risposta completa o parziale dopo chemioterapia, possono essere considerati in modo selezionato per un trattamento chirurgico sulla malattia residua.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Malattia metastatica (stadio IV)	Chemioterapia (schemi a base di platino o taxani/ in attesa di determinazione AIFA per atezolizumab (pazienti unfit per cisplatino e con PD-L1>5%))	- D.H. Oncologia - Prenotazione da parte dell'Oncologo durante visita GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni)
Pazienti cN+ ai soli linfonodi addominali con risposta parziale o completa alla chemioterapia	Eventuale cistectomia	- S.C. Urologia, sedi di Ciriè e Ivrea - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato	Tempistiche da concordare in funzione delle condizioni del Paziente
Malattia metastatica in progressione dopo chemioterapia a base di platino	Eventuale seconda linea di chemioterapia (In attesa di determinazione AIFA per atezolizumab)	- D.H. Oncologia - Prenotazione da parte dell'Oncologo durante visita GIC - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni)
Pazienti fit non responder ai trattamenti oncologici standard	protocollo clinico sperimentale attivo nell'ASLTO4 o Centro II livello	Reparto di Oncologia o contatto telefonico con Centro II livello	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni)

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 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.	- Ambulatori Urologia ASLTO4 (tutte le Sedi) - Prenotazione informatizzata diretta durante visita ambulatoriale o al CUP con impegnativa dematerializzata dell'Urologo o del Curante
Esame citologico urinario	Precede le cistoscopie nei pazienti in follow up per NMIBC a rischio alto	- Prenotazione presso Laboratorio Analisi con Ricetta dematerializzata o impegnativa del Curante
TC addome completo con mezzo di contrasto	Ogni anno nei pazienti con NMIBC ad alto rischio	- S.C. Radiologia - Impegnativa del Curante e/o ricetta dematerializzata dell'Urologo - Prenotabile presso Segreterie di Radiologia e CUP ASLTO4 (tutte le Sedi)

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) 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.

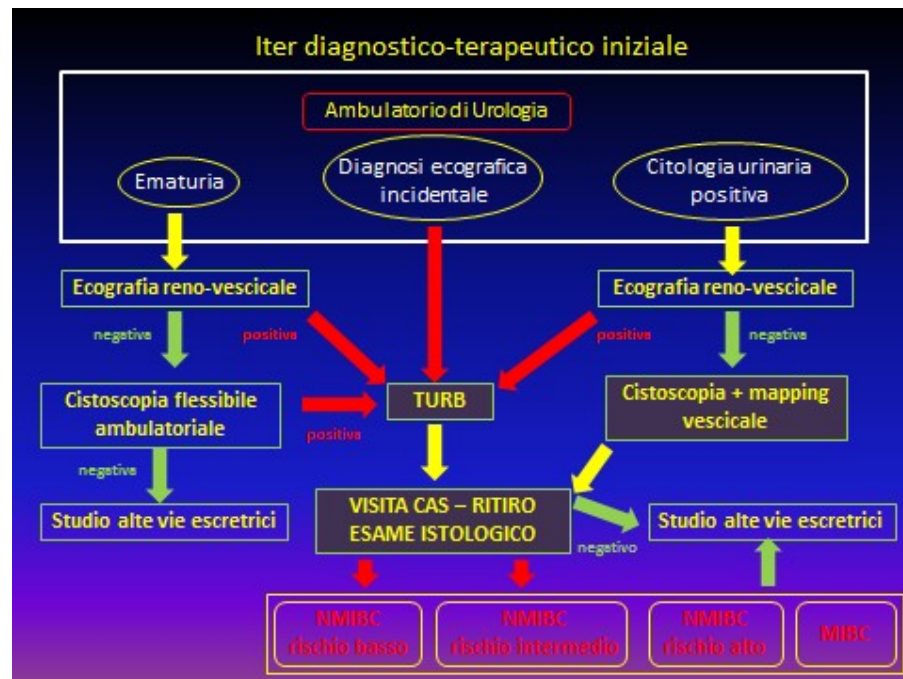
Dal punto di vista funzionale viene consigliato il monitoraggio di creatinina, elettroliti, funzionalità epatica, EGA, ogni 4-6 mesi fino al quinto anno.

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 – Ambulatori di Urologia ASLTO4, tutte le Sedi - Impegnativa del Curante - Prenotazione al CUP o direttamente durante visita urologica - S.C. Oncologia – Ambulatori di Oncologia ASLTO4, tutte le Sedi (per i pazienti chemioteratati) - Impegnativa del Curante - Prenotazione al CUP o direttamente durante visita Oncologica
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 ASLTO4 - Impegnativa del Curante o Ricetta dematerializzata durante visita Urologica o Oncologica - Prenotazione alla Segreteria Radiologia o CUP
Esami ematochimici (funzionalità renale ed epatica)	Ogni 4-6 mesi fino al quinto anno	- Laboratorio Analisi - Impegnativa del Curante - Prenotazione al CUP

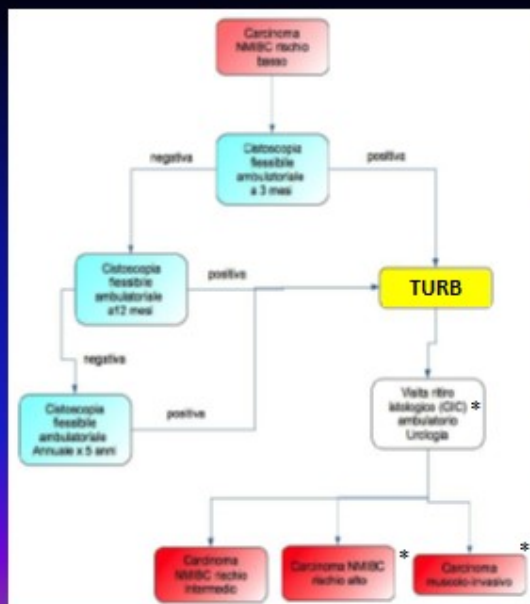
Altre procedure correlate al follow up

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: – se già in carico dal CAS: attraverso prenotazione diretta da parte del CAS stesso e comunicazione telefonica al paziente – se prima diagnosi: a Ciriè attraverso visite in accesso diretto (registrazione c/o Amb. Urologia Osp. Ciriè II piano: lunedì e mercoledì dalle 8.30 alle 10.00 -> le visite vengono effettuate nella stessa giornata della registrazione) o visita Urgente (Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle 8.30 alle 10). A Ivrea dal lunedì al venerdì c/o Amb. Urologia Ospedale, piano 0 con visita urgente. L'assistito deve essere munito solo d'impegnativa medica, ove sia riportato il codice di priorità U, e può accedere direttamente senza prenotazione CUP.

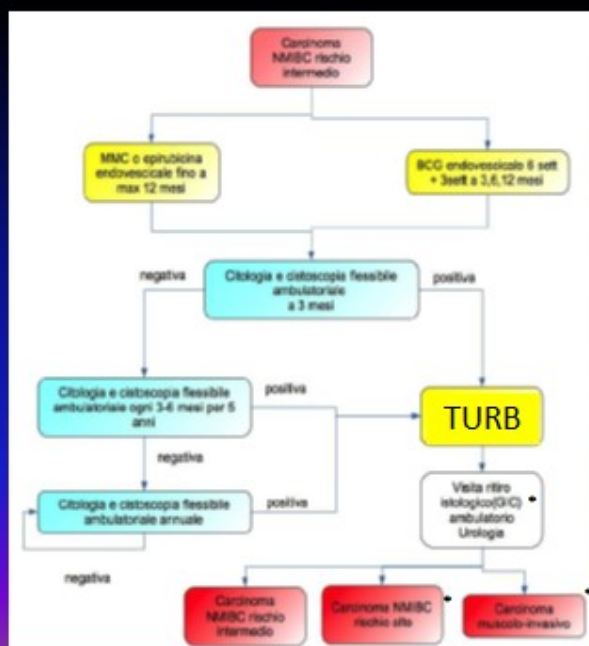
Flow-chart



NMIBC a basso rischio



NMIBC a rischio intermedio



Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.) NEOPLASIE DEL TESTICOLO

Il presente PDTA è stato rivisto alla luce delle linee guida AIOM (2017), EAU (2017 con update 2018), ESMO 2018 e NCCN (version I-2019 del 22.10.2018)

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Sospetto ca testicolo inviato MMG, DEA, altro reparto ospedaliero	Visita Ambulatoriale	In tutte le sedi con invio da MMG con visita U, a Ciriè anche con accesso diretto; impegnativa interna se da DEA o altro reparto ospedaliero	0 – 48 ore
Conferma sospetto	Ecografia testicolare	S.C. Radiologia o S.C. Urologia in tutte le sedi con ricetta dematerializzata	0 – 48 ore
Conferma sospetto	Markers Alfa Feto-proteina, beta- HCG, LDH	Laboratorio in tutte le sedi con ricetta dematerializzata (o in pre-ricovero)	24 – 48 ore
Diagnosi di certezza	Intervento chirurgico di esplorazione scrotale/funicolo-orchietomia	Prenotazione da Urologo in One Day Surgery su supporto Trakcare	3 – 7 gg
Consegna esame istologico	Visita CAS, rilascio esenzione 048, programmazione TC torace + addome completo e successiva visita GIC	Ricetta dematerializzata	Quando disponibile esame ist.
Stadiazione	TC torace + addome completo	Ricetta dematerializzata	15 gg
Definizione iter	Attivazione GIC	Ricetta dematerializzata	15 gg

Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Seminoma stadio I	Trattamento sulla base del rischio di ripresa evolutiva	GIC urologico	Accesso diretto secondo percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni) Immediato Radioterapia di I/vrea con prenotazione diretta del radioterapista del GIC
	Se CT previa criopreservazione liquido seminale (se richiesta dal Paziente e non già eseguita pre-funicolo-orchietomia)	Prenotazione su agenda dedicata da parte dell'oncologo e prenotazione criopreservazione del seme presso Centro FIVER Ospedale S.Anna (To) o presso SCU Endocrinologia Molinette ed esami ematochimici	
	Se sorveglianza	Prenotazione su agenda dedicata da parte dell'oncologo, previa esecuzione ematochimici ed esami di ristadiatione	
Non seminoma stadio I	Se RT previa criopreservazione liquido seminale (se richiesta dal Paziente e non già eseguita pre-funicolo-orchietomia)	Prenotazione lista attesa RT da parte del radioterapista del GIC e prenotazione criopreservazione del seme presso Centro FIVER Ospedale S.Anna (To) o presso SCU Endocrinologia Molinette ed esami ematochimici	Accesso diretto secondo
	Trattamento sulla base del rischio di ripresa evolutiva	GIC urologico	
	Se CT previa criopreservazione	Prenotazione su agenda dedicata da parte dell'oncologo	

	liquido seminale (se richiesta dal Paziente e non già eseguita pre-funicolo-orchietomia) Se sorveglianza Se linfadenectomia	e prenotazione criopreservazione del seme presso Centro FIVER Ospedale S. Anna (To) o presso SCU Endocrinologia Molinette ed esami ematochimici Prenotazione su agenda dedicata da parte dell'oncologo, previa esecuzione ematochimici ed esami di ristadiatione Prenotazione diretta da parte dell' urologo su Trakcare	percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni) Immediato 30 gg
Malattia avanzata e recidive	Se CT previa criopreservazione liquido seminale (se richiesta dal Paziente e non già eseguita pre-funicolo-orchietomia) Se RT previa criopreservazione liquido seminale (se richiesta dal Paziente e non già eseguita pre-funicolo-orchietomia) Se indicata asportazione masse residue	GIC urologico Prenotazione su agenda dedicata da parte dell'oncologo e prenotazione criopreservazione del seme presso Centro FIVER Ospedale S. Anna (To) o presso SCU Endocrinologia Molinette ed esami ematochimici Prenotazione lista attesa RT da parte del radioterapista del GIC e prenotazione criopreservazione del seme presso Centro FIVER Ospedale S. Anna (To) o presso SCU Endocrinologia Molinette ed esami ematochimici Prenotazione diretta da parte dell' urologo presso Centro di II livello (Urologia G. Bosco)	Accesso diretto sec. percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni) Radioterapia di lvrea con prenotazione diretta del radioterapista del GIC Da concordare
Malattia refrattaria o pazienti fit non responder ai trattamenti oncologici standard	protocollo clinico sperimentale attivo nell'ASLTO4 o Centro II livello	GIC urologico Prenotazione su agenda dedicata da parte dell'oncologo o contatto telefonico con Centro II livello	Accesso diretto sec. percorso CAS/GIC e agenda oncologica (stima 7 giorni) o secondo prenotazione telefonica centro II livello
Ca testicolo metastatico non suscettibile di trattamento oncologico attivo	Presa in carico da parte delle Cure Palliative Territoriali (ADI-ADI/CP-Hospice)	Prenotazione da parte dell'oncologo che ha in carico il paziente o dal Palliativista invitato al GIC	3 gg

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità sono quelle delle linee guida ESMO 2018

Seminoma stadio I Sorveglianza o chemioterapia adiuvante o radioterapia adiuvante Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	2 volte all'anno nel primo, secondo e terzo anno; una volta all'anno nel quarto e quinto anno	Prenotazione su agenda dedicata con DEMA
Marcatori tumorali	2 volte all'anno nel primo, secondo e terzo anno; una volta all'anno nel quarto e quinto anno	- Laboratorio Analisi senza prenotazione
TAC addome + pelvi	2 volte all'anno nel primo e nel secondo anno; a 36 e 60 mesi dalla diagnosi	- Radiologia nelle 3 sedi

Non seminoma stadio I Sorveglianza Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	4 volte all'anno nel primo e nel secondo, due volte nel terzo anno; una-due volte all'anno dal quarto al quinto anno	Prenotazione su agenda dedicata con DEMA
Marcatori tumorali	4 volte all'anno nel primo e nel secondo, due volte nel terzo anno; una-due volte all'anno dal	- Laboratorio Analisi senza prenotazione

	quarto al quinto anno	
Radiografia del torace	2 volte all'anno nel primo e secondo anno; nei pazienti ad alto rischio una volta il terzo anno e a 60 mesi dalla diagnosi	- Radiologia nelle 3 sedi
TAC addome + pelvi	2 volte l'anno nel primo anno, a 24 36 e 60 mesi dalla diagnosi	- Radiologia nelle 3 sedi

Non seminoma stadio I Chemioterapia adiuvante o linfadenectomia Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	4 volte all'anno nel primo e nel secondo, due volte dal terzo al quinto anno	Prenotazione su agenda dedicata con DEMA
Marcatori tumorali	4 volte all'anno nel primo e nel secondo, due volte dal terzo al quinto anno	- Laboratorio Analisi senza prenotazione
Radiografia del torace	2 volte nel primo anno, una volta l'anno dal secondo al quinto anno	- Prenotazione CUP o presso altri centri convenzionati
TAC addome + pelvi	1-2 volte nel primo anno, a 24 36 e 60 mesi dalla diagnosi	- Prenotazione CUP o presso altri centri convenzionati

Malattia metastatica in remissione complessa non seminoma e seminoma Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Esame clinico	4 volte all'anno nel primo e nel secondo, due volte dal terzo al quinto anno	Prenotazione su agenda dedicata con DEMA
Marcatori tumorali	4 volte all'anno nel primo e nel secondo, due volte dal terzo al quinto anno	- Laboratorio Analisi senza prenotazione
Radiografia del torace	2 volte nel primo anno, una volta l'anno dal secondo al quinto anno	- Radiologia nelle 3 sedi
TAC addome + pelvi	1-2 volte nel primo anno, a 24 36 e 60 mesi dalla diagnosi	- Radiologia nelle 3 sedi

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>SI</i>
Consegna della programmazione del follow up	<i>SI</i>
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI contatto diretto al CAS in una delle sedi Ospedaliere dell'ASL TO4</i>

Addendum 1: Simultaneous care e cure palliative

La Simultaneous care, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia ottimizza la qualità della vita in ogni fase della malattia. Garantisce la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione.

Per esempio un sintomo come il dolore può essere già presente nel 30-50% dei pazienti con cancro prostatico e può raggiungere il 90% nei pazienti in fase terminale di malattia. Un approccio globale alla cura del dolore fin dalle fasi più precoci della malattia può permettere, oltre ad un miglioramento della qualità di vita, anche una migliore compliance alle cure causali/attive.

Nel caso del sintomo dolore può esserci una quota (minima) di pazienti che oltre alle terapie mediche previste dalla scala analgesica dell'OMS necessiti di strategie invasive, come la somministrazione di farmaci analgesici per via spinale o blocchi neuro litici, per i quali è necessario attivare la collaborazione con la Terapia Antalgica.

La simultaneous care in cure palliative facilita il passaggio dalle cure per il controllo della evoluzione della patologia alle cure esclusivamente di supporto, evitando il senso di abbandono da parte del paziente e famiglia quando giunge nella fase avanzata-terminale.

La presa in carico da parte della rete di cure palliative potrà avvenire nei diversi setting: ambulatoriale, residenziale (Hospice), in assistenza domiciliare (ADI-UOCP). Possono essere inoltre effettuate delle consulenze per pazienti assistiti in Strutture Socio-sanitarie territoriali. Per ogni paziente verrà predisposto un progetto di cura che prevedrà tutti i setting su esposti in base alla situazione assistenziale familiare e clinica. Tali valutazioni verranno effettuate dai palliativisti in accordo con paziente e familiari dando garanzia, nei limiti previsti dalle disponibilità di posti letto Hospice, di passaggio da setting ad altro con criteri di priorità rispetto a lista d'attesa. Va ricordato che l'Hospice può essere struttura per periodi di ricovero di sollievo limitati con possibilità di rientro al domicilio.

Addendum 2: Percorso psicologico nelle diverse fasi della neoplasia urologica

Il distress psicologico derivante da una diagnosi oncologica è determinato sia dal confronto con una malattia che rappresenta una minaccia per la vita sia dagli esiti dei trattamenti chirurgici ed oncologici che, a breve e a lungo termine, possono mettere in discussione la qualità di vita della persona assistita e la sua identità. E' da considerare che, nel caso del cancro della prostata (e talora in quello della vescica) questa problematica investe in maniera significativa anche l'ambito della sessualità.

"L'intervento psicologico è mirato a favorire il processo di accettazione e adattamento alla patologia, facilitando la relazione terapeutica con l'equipe curante, sostenendo il paziente sul piano emotivo, promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale nel processo decisionale, ma contemporaneamente, sostenendo l'assunzione delle responsabilità di cura da parte dell'equipe. Solo in tal modo si può ottenere una relazione buona, ove esista uno scambio autentico, una reale condivisione delle scelte terapeutiche, pur mantenendo ruoli chiari e definiti: medico, infermiere, paziente. Lo psicologo contribuisce, dunque, alla realizzazione di un modello di cura che comprenda l'ascolto, maggiore attenzione alle esigenze personali e alla sofferenza emotiva del paziente, rendendolo più partecipe al proprio percorso terapeutico. (PDTA in Psicologia Oncologica - ARESS, Regione Piemonte - 2009)

Ugualmente elevato si manifesta il fenomeno del distress nei familiari e nei care-givers dei pazienti.

Il supporto psicologico è un'indicazione del Piano Oncologico Nazionale 2011-2013 e del PDTA in Psicologia Oncologica (ARESS, Regione Piemonte, 2009)

Il supporto psicologico ai pazienti con neoplasia urologica è mirato a favorire la compliance e l'aderenza alle terapie, ad un miglioramento della qualità di vita e ad un reinvestimento nella progettualità a lungo termine.

L'accesso ai percorsi di supporto psicologico da parte dei pazienti, e dei loro familiari, può avvenire in maniera diretta o su invito da parte dell'equipe di cura.

La presa in carico del paziente presso il CAS prevede l'utilizzo della scheda di complessità del PDTA:

"E' opinione fortemente condivisa che ogni paziente oncologico possa avere benefici da un sostegno psicologico. Tuttavia, in relazione alla realtà attuale e, in particolare, rispetto al numero disponibile nelle ASR piemontesi di specialisti psicologi che possano contribuire al processo di cura del paziente oncologico, non si ritiene sostenibile che tutti i soggetti affetti da patologia neoplastica si possano avvalere di un intervento psiconcologico, tuttavia si ritiene fondamentale e irrinunciabile l'intervento dello Psiconcologo in tutti i casi definibili come "complessi". (PDTA in Psicologia Oncologica - ARESS, REGIONE PIEMONTE - 2009)

Il percorso psicologico ai pazienti con neoplasia urologica nelle diverse fasi di malattia prevede:

- la presenza di uno psicologo adeguatamente formato in psicologia oncologica tra i componenti del GIC
- la rilevazione precoce del distress psicologico del paziente (o del care-giver) in tutte le diverse fasi della malattia (primo accesso presso la struttura, fase pre e postoperatoria, fase dei trattamenti medici, fase di follow-up, fase terminale) ed ad ogni cambiamento nello stato di malattia (remissione, ripresa, progressione). La rilevazione viene effettuata attraverso la scheda di complessità del PDTA
- invio allo psico-oncologo delle pazienti con evidenza di complessità.

Lo psiconcologo proporrà un percorso di sostegno psicologico con livelli di intervento differenziati sulla base delle complessità evidenziate (supporto psicologico o psicoterapeutico individuale, di gruppo, di coppia, familiare) durante tutte le fasi della malattia.

In casi specifici (cancro della prostata), il percorso psicologico prevederà la presa in carico del paziente anche riguardo la sfera della sessualità.

- formazione agli operatori al fine di migliorarne le abilità comunicative.

Addendum 3: Coinvolgimento del Personale Infermieristico – A

In ciascuno dei Presidi ospedalieri principali (Ciriè, Chivasso, Ivrea) esiste un/a CPSI di riferimento del GIC urologico. L'infermiera/e partecipa attivamente al percorso di cura del paziente con neoplasia urologica partecipando insieme al medico alla visita CAS, durante la quale viene eseguita un'attenta valutazione clinico-assistenziale del malato stesso per un'appropriata presa in carico nell'ambito del PDTA.

In particolare durante la visita CAS l'infermiera/e presente valuta i seguenti aspetti del percorso di cura (secondo le linee di indirizzo approvate dalla Rete Oncologica):

- bio-psico-sociale: strumento proposto è la scheda infermieristica di valutazione bio-psico-sociale prodotta in base alle raccomandazioni del "Percorso Diagnostico terapeutico in Psicologia Oncologica- 2009 ARESS"
- fragilità familiare: strumento proposto è la Scheda di individuazione delle fragilità (Progetto "Protezione Famiglia")
- dolore: lo strumento proposto è la scheda infermieristica di valutazione del dolore approvata dalla Direzione Sanitaria ASLTO4 in base alle indicazioni del "Comitato senza dolore"
- accesso venoso: strumento proposto è la Scheda di Valutazione del patrimonio venoso prodotta dal gruppo infermieristico della rete oncologica

La rivalutazione infermieristica del percorso di cura viene inoltre ripetuta in caso di recidiva o ogni qualvolta ci siano delle variazioni del medesimo.

Ambulatori Stomizzati - A

Nei 3 Presidi Ospedalieri sono a disposizione dei pazienti gli Ambulatori Stomizzati, ciascuno di essi gestito dal CPSI di riferimento, dove i pazienti ricevono le istruzioni, le certificazioni e l'assistenza necessaria per la gestione quotidiana delle urostomie e per la soluzione di eventuali problematiche stomali.

Ambulatori di riabilitazione perineale – A

Presso l'Ospedale di Ivrea esiste un Ambulatorio di riabilitazione perineale, per il trattamento dell'incontinenza urinaria dopo prostatectomia radicale (o confezionamento di neo-vescica ortotopica). Vengono praticate la FKterapia perineale, la stimolazione elettrica funzionale ed il bio-feedback.

Deve tuttavia essere segnalato che al momento tale attività è posta a carico dei CPSI di riferimento urologici (nelle realtà di Ivrea e Chivasso in condivisione con i GIC di pertinenza chirurgico generale), gravati quindi da molte e diversificate competenze. Ciò è reso necessario dal fatto che nella nostra ASL le risorse umane fisiatriche e fisiokinesiterapiche, pur eccellenti, sono numericamente assai esigue e quindi non possono farsi carico delle citate problematiche.

Anche per la riabilitazione perineale sono disponibili materiali informativi dedicati ai pazienti.

Addendum 4: Ambulatori di riabilitazione andrologica

Presso gli Ospedali di Ciriè e di Ivrea sono disponibili ambulatori volti al trattamento della disfunzione erettile, con opzioni terapeutiche farmacologiche orali o intracavernose/topiche (e istruzione alla farmacoerezione con PGE1). Sono disponibili materiali illustrativi relativi alla farmaco-erezione e all'utilizzo della vacuum pump.

Addendum 5: Studi clinici cui partecipa il GIC Tumori Urologici ASL TO4

1. Studio START (Sorveglianza attiva vs. Prostatectomia radicale vs. Radioterapia) organizzato dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
2. Studio osservazionale prospettico multicentrico della tossicità intestinale ed ematologica da irradiazione dell'area linfonodale pelvica nel tumore della prostata
3. Studio osservazionale multicentrico DUE-01: Disfunzione urinaria ed erettile dopo RT radicale a fasci esterni nel carcinoma prostatico localizzato
4. Valutazione del ruolo del microRNA nella risposta alla radioterapia nel carcinoma prostatico
5. Studio Radioterapia + Abiraterone
6. Moderate hypofractionated simultaneous integrated boost radiotherapy in prostate cancer: results of a study comparing conventional and hypofractionated treatment

Testo redatto dal Dr Scipio Annoscia, Referente GIC dell'ASL TO4, dal Dr Rosato Lodovico, Direttore Dipartimento Oncologico ASL TO4 e dal Dr Giorgio Vellani, Referente CAS Aziendale ASL TO4, in collaborazione con tutti i componenti del GIC