

NEOPLASIA VESICALE

Responsabilità

Nel caso di PDTA di area saranno indicate le Direzioni di tutte le Aziende coinvolte nel percorso

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dott. Giovanni CARUSO	
Direttore Sanitario	Dott. Antonino TRIMARCHI	
Responsabile Qualità	Dott.ssa Margherita Bianchi	
Coordinatore GIC aziendale	Dott. Antonio Rosa	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dott.ssa Margherita Bianchi	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta	Dott. Oscar BERETTO	

Data di approvazione	
Periodicità di revisione	Biennale
Data prossima revisione	2018
Modalità di diffusione interna	<i>intranet aziendale, a mail aziendale, invio cartaceo,</i>
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

Composizione GIC

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

Strutture	Referente	Firma
<i>Urologia</i>	Dott. Antonio ROSA	
<i>Radioterapia</i>	Dott. Andrea BALLARE'	
<i>Oncologia</i>	Dott.ssa Paola FEDELI	
<i>Anatomia Patologica</i>	Dott.ssa A. Maria FOSCOLO	
<i>Cure palliative/antalgiche*</i>	Dott. Marco TAPPA	
<i>Stomista*</i>	IP Raffaella CAVALLAZZI	
<i>Infermiere</i>	IP. Enrica SAVALIO	

GIC - regolamento

Coordinatore	Dott. Antonio ROSA Urologia, tel. 0324/491357-491339 antonio.rosa@aslvc0.it
Segreteria	CAS e CUP ASL VCO
Sede dell'incontro	Reparto Oncologia 3° piano Verbania - sala GIC
Periodicità dell'incontro e orario	Ogni 2 settimane h.14,00
Modalità di refertazione	Verbale cartaceo inserito in cartella clinica di Urologia ed Oncologia
Descrizione sintetica del funzionamento	Casi di neoplasia vescicale portati in discussione dall'Anatomia Patologica e/o dagli specialisti GIC comunicati al CAS in fase pre e post chirurgica. Compilazione del modulo di discussione collegiale con allegato il referto dell'esame cito/istologico. Discussione del caso con inquadramento patologico, definizione dell'iter diagnostico/stadiativo e terapeutico. Indicazioni circa il follow up secondo indicazioni AIOM 2015.
Descrizione del percorso assistenziale	L'infermiere che partecipa al GIC svolge la propria attività presso le Strutture Ospedaliere (Degenza, Day Hospital, Servizi Ambulatoriali di ambito chirurgo e medico) e Territoriali, dove afferiscono pazienti oncologici.
	<p><u>Ruolo dell'Infermiere referente prima della discussione GIC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riceve dal CAS l'elenco dei nominativi dei pazienti i cui casi clinici vengono portati in discussione GIC • Raccoglie informazioni clinico-assistenziali valutando il paziente nella sua globalità • Condivide e analizza con l'Infermiere del Cas le schede sintetiche di Rete Oncologica per eventuali interventi psico/sociali e assistenziali: <ul style="list-style-type: none"> • Scheda di valutazione del dolore • Scheda valutazione geriatrica • Scheda di individuazione delle fragilità • Scheda valutazione patrimonio venoso • Scheda di valutazione per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale <p><u>Ruolo dell'Infermiere referente dopo discussione GIC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Collabora con il CAS per espletare le decisioni, così come definito in sede di GIC, assicurandosi che i pazienti inizino/proseguano correttamente il loro percorso di malattia • Collabora con l'Infermiere del CAS per assicurarsi che la persona abbia compreso finalità e modalità di esecuzione degli esami richiesti • Raccoglie le informazioni utili al monitoraggio del percorso assistenziale del paziente per tutto il periodo di sua competenza

NEOPLASIA VESCALE

- Rivaluta la persona qualora si evidenziassero cambiamenti bio-psico-sociali, con la compilazione delle schede sintetiche oncologiche

Contatti tra Infermiere GIC e le diverse equipe assistenziali coinvolte

I contatti tra Infermiere GIC e Infermiere CAS avvengono attraverso comunicazione verbale (frontale e telefonica)

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	ASL VCO: Azienda Sanitaria locale pubblica di Servizi sanitari che opera su un Territorio di circa 2300 Kmq, per il 95% circa montani e con una densità abitativa media di 74 abitanti/Kmq.
Numero di abitanti del bacino di utenza	L'ASL VCO comprende 84 Comuni per oltre 171.00 Abitanti. Comprende un Distretto Sanitario
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	Ospedale di Verbania presso Oncologia Ospedale di Domodossola presso Oncologia
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	Presso Ospedale di Verbania

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia RENE	
Neoplasia PROSTATA	
Neoplasia VESCICA e VIA ESCRETRICE	
Neoplasia TESTICOLO	
Neoplasia PENE	

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.

Segnalare con A (assistenziale) nelle diverse descrizioni sintetiche, eventuali specificità assistenziali (per es presenza enterostomista, dietista, logopedista, ecc...)

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Citologia urinaria positiva Per cellule neoplasitche	Ecografia Reni – Vescica Addome completo	- SC Urologia - S.C. Radiologia Domodossola –Verbania – Omegna - Impegnativa interna o del Curante - Prenotazione da parte del CAS	7gg
Citologia urinaria positiva con ecografia addome completo	Uretrocistoscopia biopsie vescicali	+ S.C. Urologia – Day Hospital - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento	30-40gg

NEOPLASIA VESCICALE

negativa per neoplasia vescicale		della visita - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	
Diagnosi ecografica di neoplasia vescicale	TURB	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	30-40gg
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 Domodossola – Verbania – Omegna - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento del pre-ricovero	7-10 gg
Solo in caso di segni/sintomi neurologici suggestivi di metastasi	TC encefalo con m.d.c.	- S.C. Radiologia Domodossola – Verbania – Omegna - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento del pre-ricovero	7-10 gg
Solo in caso di segni/sintomi suggestivi di metastasi ossee	Scintigrafia ossea T.B.	- Medicina Nucleare Veruno (tel 0322 884761 - Impegnativa del Curante - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente	7-10 gg

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015..

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

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

Gruppi di rischio	Caratteristiche
Tumori a basso rischio	Di primo riscontro, singolo, Ta, G1 (basso grado), <3 cm, assenza di CIS
Tumori a rischio intermedio	Tutti i tumori non ascrivibili alle altre due categorie
Tumori ad alto rischio*	<p>Qualunque delle seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • T1 • G3 (alto grado) • CIS • Tumori Ta G1-G2 multifocali e recidivi e voluminosi (>3 cm) • Tumori Ta G1-G2 multifocali e recidivi e voluminosi (>3 cm) • Tumori Ta G1-G2 multifocali e recidivi e voluminosi (>3 cm)

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

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

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

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

Il successivo iter terapeutico dipenderà dalla categoria di rischio:

- a) I pazienti con **NMIBC a basso rischio** non necessiteranno di ulteriori trattamenti endovescicali oltre alla suddetta instillazione precoce.
- b) I pazienti con **NMIBC a rischio intermedio**, oltre alla instillazione precoce di chemioterapico, dovranno essere sottoposti ad un trattamento chemioterapico (Mitomicina C o Epirubicina) o immunoterapico (BCG) addizionale della durata complessiva massima di 12 mesi.
- c) I pazienti con **NMIBC ad alto rischio** dovranno essere sottoposti ad un trattamento immunoterapico (BCG) della durata complessiva di 36 mesi. Per i casi di NMIBC ad altissimo rischio potrà essere presa in considerazione la cistectomia radicale come trattamento di prima scelta in alternativa al trattamento endovescicale con BCG.

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

NEOPLASIA VESCALE

si potrà ripetere la chemioterapia endovescicale.

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 endovescicale.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
In caso di: - resezione incompleta - assenza di tessuto muscolare nel campione (eccetto i Ta G1) - T1 - G3	Re-TURB (TURB “second look”) Entro 2-6 settimane dal primo intervento	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	14-40gg
Evidenza di NMIBC alla TURB	Instillazione precoce di chemioterapico endovescicale: Mitomicina C / Doxorubicina / Epirubicina)	- S.C. Urologia - Esecuzione durante la degenza	Entro 6 ore dalla TURB
NMIBC a basso rischio – dopo l'instillazione precoce	Solo follow up	Si veda la sezione dedicata al follow up	
NMIBC a rischio intermedio – dopo l'instillazione precoce	Chemioterapia endovescicale per 1 anno o BCG endovescicale per 1 anno	- S.C. Urologia Ambulatorio Urologia Domodossola - Impegnativa del Curante - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es. istologico	15-30gg
NMIBC ad alto rischio – dopo ev instillazione precoce	BCG endovescicale per 3 anni	- S.C. Urologia Ambulatorio Urologia Domodossola - Impegnativa del Curante - Prenotazione da parte	15-30gg

		dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es. istologico	
NMIBC ad altissimo rischio	Cistectomia radicale o	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es. istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato 	15-30gg
	BCG endovescicale per 3 anni	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia Ambulatorio Urologia Domodossola - Impegnativa del Curante - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es. istologico 	15-30gg
NMIBC recidivo dopo chemioterapia endovescicale	Chemioterapia endovescicale (se recidiva pTa G1 dopo un anno) o BCG endovescicale (se recidiva precoce)	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia Ambulatorio Urologia Domodossola - Impegnativa del Curante - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico 	15-30gg
NMIBC alto grado / CIS recidivo in corso di BCG endovescicale (refrattarietà al BCG)	Cistectomia radicale	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione 	15-30gg

		telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	
NMIBC alto grado / CIS recidivo entro 1 anno dal BCG endovescicale (recidiva post-BCG)	Cistectomia radicale o	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato 	15-30gg
	BCG endovescicale per 3 anni	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia Ambulatorio Urologia Domodossola - Impegnativa del Curante - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico 	15-30gg
NMIBC basso grado dopo BCG endovescicale	Chemioterapia endovescicale o BCG endovescicale	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia Ambulatorio Urologia Domodossola - Impegnativa del Curante - Prenotazione da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es.istologico 	15-30gg

2) I pazienti con **MIBC** (cT2-T4 N0 M0) dovrebbero essere prenotati per cistectomia radicale (da eseguire presso la S.C. Urologia) all'atto della visita GIC di consegna dell'esame istologico dopo discussione collegiale del caso clinico. In questi stessi pazienti, se non sussistono controindicazioni, può essere presa in considerazione una chemioterapia neoadiuvante.

Nei pazienti con stadio patologico pT3-T4 e/o pN0 o N1 una chemioterapia adiuvante dopo la cistectomia può essere indicata solo se non precedentemente trattati con chemioterapia neoadiuvante.

Nei pazienti con neoplasia singola cT2-T4 N0 M0 e assenza di idronefrosi, in caso di controindicazioni alla cistectomia radicale o rifiuto del paziente stesso all'intervento, può essere preso in considerazione un trattamento trimodale (TUR completa della neoplasia e radio-chemioterapia).

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
MIBC (cT2-T4 N0 M0)	Cistectomia radicale preceduta o meno da	- S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC di consegna dell'es. istologico dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	15-30gg
	Chemioterapia neoadiuvante	Oncologia ASL VCO - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	5gg
Stadio pT3-T4, N0-N+ dopo cistectomia radicale	Eventuale chemioterapia adiuvante (solo per i pazienti non sottoposti a chemioterapia neoadiuvante)	Oncologia ASL VCO Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	5-7gg
MIBC (cT2-T4 N0 M0, neoplasia singola, assenza di idronefrosi) in caso di controindicazioni alla cistectomia o rifiuto da parte	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 di consegna dell'es. istologico dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento	15-30gg

del paziente	<ul style="list-style-type: none"> a prericovero completato 	
	<ul style="list-style-type: none"> Radioterapia: Ambulatorio Radioterapia Verbania - Prenotazione da parte del Radioterapista al momento della visita GIC dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura 	
	<ul style="list-style-type: none"> Chemioterapia: Oncologia ASL VCO - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura 	

3) I pazienti con **malattia metastatica** (stadio IV) alla diagnosi dovranno essere trattati in prima istanza con schemi di combinazione a base di cisplatino (MVAC, CG, HD-MVAC), mentre per quelli considerati "unfit" per il cisplatino potranno essere prese in considerazione schemi a base di carboplatino.

Pazienti selezionati con malattia estesa ai soli linfonodi addominali con risposta completa o parziale dopo chemioterapia possono essere considerati per un trattamento chirurgico sulla malattia residua. Nei pazienti con progressione di malattia dopo chemioterapia a base di sali di platino, potrà essere preso in considerazione un trattamento di seconda linea con Vinflunina.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Malattia metastatica (stadio IV)	Chemioterapia (schemi a base di cisplatino / schemi a base di carboplatino solo per pazienti "unfit" per cisplatino)	<ul style="list-style-type: none"> Oncologia ASL VCO - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura 	5-7gg
Pazienti cN+ ai soli linfonodi addominali con risposta parziale	Eventuale cistectomia	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'Urologo al momento della visita GIC dopo valutazione collegiale 	15-30gg

o completa alla chemioterapia		- Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato	
Malattia metastatica in progressione dopo chemioterapia a base di platino	Eventuale seconda linea di chemioterapia con Vinflunina	Oncologia ASL VCO - Prenotazione da parte dell'Oncologo dopo valutazione collegiale - Comunicazione telefonica al paziente della data di inizio procedura	5-7 gg

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

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	<p>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</p> <p>2) NMIBC ad alto rischio: cistoscopia a 3 mesi dalla TURB. Se negativa, cistoscopia ogni 3 mesi per i</p>	<p>- S.C. Urologia Ambulatorio endoscopico Domodossola e/o Verbania</p> <p>- Impegnativa del Curante e/o Urologo - Prenotazione informatizzata al CUP su indicazione dell'Urologo</p>

NEOPLASIA VESCALE

	<p>primi 2 anni, poi ogni 6 mesi fino al quinto anno e successivamente con cadenza annuale.</p> <p>3) NMIBC a rischio</p> <p>intermedio: follow up intermedio fra i 2 precedenti. Prima cistoscopia a 3 mesi e, successivamente, ogni 3-6 mesi fino al 5° anno.</p>	
Esame citologico urinario	Precede le cistoscopie nei pazienti in follow up per NMIBC a rischio intermedio ed alto	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio Analisi - Impegnativa del Curante e/o Urologo - Prenotazione al CUP
TC addome completo con mezzo di contrasto	Ogni anno nei pazienti con NMIBC ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Radiologia Domodossola- Verbania – Omegna - Impegnativa del Curante e/o Urologo - Prenotazione al CUP

2) MIBC e malattia metastatica

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

Dopo cistectomia vi è una probabilità di recidive pelviche del 5-15%, la maggior parte entro 24 mesi, ma con possibilità di insorgenza fino a 5 anni.

Le metastasi a distanza (linfonodi, polmoni, fegato e ossa) coinvolgono fino a 50% dei pazienti dopo cistectomia: sono più frequenti nei casi di malattia localmente avanzata (pT3-T4 – 32-62%) e nei pazienti con linfonodi positivi (52-70%).

Il 90% delle metastasi a distanza si manifestano entro 2-3 anni dall'intervento, ma si possono verificare casi tardivi anche oltre i 10 anni.

Nonostante gli esami periodici di follow-up, più del 50% delle metastasi sono diagnosticate in seguito alla comparsa di sintomi. Il reale valore della diagnosi di metastasi asintomatiche e il suo effettivo impatto sulla sopravvivenza sono peraltro controversi.

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

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

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

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

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
	<p>1) Stadio pT2 N0: ogni 6 mesi nei primi 2 anni,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Urologia Ambulatorio Domodossola e/o Verbania

Visita clinica	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	<ul style="list-style-type: none"> - Impegnativa del Curante - Prenotazione al CUP - S.C. Oncologia – Ambulatorio (per i pazienti chemiotrattatati Verbania e/o Domodossola) - Impegnativa del Curante - Prenotazione al CUP
TC torace + addome completo con mezzo di contratto	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	<ul style="list-style-type: none"> - S.C. Radiologia Domodossola-Verbania- Omegna - Impegnativa del Curante - Prenotazione al CUP
Esami ematochimici (funzionalità renale ed epatica)	Ogni 4-6 mesi fino al quinto anno	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio Analisi Domosossola e/o Verbania e/o Omegna - 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/ format lettera Ambulatoriale / lettera di dimissione con programma di refertazione aziendale PHI
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI/ format lettera Ambulatoriale / lettera di dimissione con programma di refertazione aziendale PHI
Consegna della programmazione del follow up	SI/ format lettera Ambulatoriale / lettera di dimissione con programma di refertazione aziendale PHI
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<p>SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se già in carico dal CAS attraverso prenotazione diretta da parte del CAS stesso e comunicazione telefonica al paziente - se prima diagnosi attraverso accesso diretto all'ambulatorio con impegnativa del MMG recante l'indicazione Classe I

Indicatori

Gli indicatori sono stabiliti dai singoli gruppi di patologia

	Monitoraggio centrale	Monitoraggio periferico
Numero di pazienti con una visita CAS/numero totale di pazienti	#	
Numero di pazienti con visita GIC/numero totale di pazienti	#	-
Tempo in giorni tra data della visita CAS e data del primo trattamento		#
Altri		