SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 001273 **DEL** 10 LUG. 2025

STRUTTURA PROPONENTE: UOSD Coordinamento PDTA

Oggetto: Adozione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Neoplasia Prostatica

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO — Dott. Filippo Coiro

☒ Favorevole — ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data, 10 LUG. 2025

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO FF — Dott. Franco Cortellessa

☒ Favorevole — ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data, 10 LUG. 2025

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

☐ Senza osservazioni ☐ Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____ data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: ✓

Registrazione n. ✓ del 08.07.2025

Il Dirigente sostituto del Direttore UOC Bilancio e Contabilità

(Dott.ssa Anna Petti)

Il Dirigente della UOSD proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile UOSD Coordinamento PDTA — Dott.ssa Brunella Iannone

La presente deliberazione è costituita da n. 2 pagine e da n. 1 allegato composto da un totale di pagine 37

Il Responsabile UOSD Coordinamento PDTA Dott.ssa Brunella Iannone relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n.790 del 01/08/2024, parzialmente modificata con Delibera n.628 del 09/04/2025, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n.38 del 13/05/2025

PREMESSO che la Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00474 del 7.10.2015 ha definito le "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo";

Visti:

- Determinazione Regione Lazio n. G12631 del 29/10/2020, "Regolamento per l'attività dei gruppi di lavoro Area Rete Ospedaliera e Specialistica";
- Determinazione Regione Lazio n. G15691 del 18/12/2020, "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali-PDTA nella cronicità";
- Adozione del documento tecnico inerente la rete oncologica per "La gestione del tumore della prostata nel Lazio", ai sensi del DCA U00052/2017;
- Determinazione Regione Lazio n. G0189 del 14/02/2023 'Approvazione del documento denominato "Linee di Indirizzo Organizzative per la Rete Oncologica Regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n"59/CRS del 17 aprile 2019""
- Deliberazione Giunta Regionale Lazio n.694 del 06/11/2023 "Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027"
- Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G15596 del 22/11/2023 "Linee strategiche regionali Rete Oncologica 2023-2027" in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 8 novembre 2023 "Fondo per l'implementazione del Piano nazionale 2023-2027 PON"
- Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G03356 del 26/03/2024" Approvazione del programma quinquennale di implementazione delle linee strategiche del piano Oncologico Nazionale (2023-2027)

Considerato:

- che il documento tecnico inerente la rete oncologica per "La gestione del tumore della prostata nel Lazio "DCA n. U00052/2017", prevede un modello organizzativo incentrato sullo sviluppo di una rete articolata per competenze esclusivamente diagnostiche e diagnostico/terapeutiche e individua un Centro di Diagnosi e un Centro di Trattamento
- che per il trattamento Radioterapico sono in essere accordi di collaborazione della Asl Roma 5 sia con la Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, che con la Fondazione PTV (accordo quadro Prot. N. 10520 del 10/05/2023)
- che con Deliberazione del Direttore Generale n°0001125 del 29/11/2023, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I–Sapienza Università di Roma ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Tumore della Prostata ottenendo in data 06/05/2024 la Certificazione Europea CSQA n° 83854.
- che il presente PDTA, stilato ad uso della ASL RM5 dal gruppo di lavoro integrato rappresentato dai Responsabili delle Strutture e risorse attive nel PDTA, prevede un collegamento funzionale con l'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I-Sapienza Università di Roma, individuata quale centro di riferimento per la gestione integrata della neoplasia prostatica

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente qui riportate, di:

1 Adottare il "**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Neoplasia Prostatica",** le cui specificità aziendali sono descritte nel documento omonimo, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

2 Di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'albo pretorio on line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69;

Attesta, altresì, che la presente proposta a seguito dell'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Responsabile UOSD Coordinamento PDTA
Dott.ssa Brunella Iannone

IL DIRETTORE GENERALE

Con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00004 del 10/01/2025,

Vista superiore proposta di deliberazione formulata dal Responsabile UOSD Coordinamento PDTA Dott.ssa Brunella Iannone che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario f.f

DELIBERA

- di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Responsabile UOSD Coordinamento PDTA Dott.ssa Brunella Iannone;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Cairo

Il Direttore Sanitario ff
Dott. Franco Cortellessa

Il Direttore Generale
Dott.ssa Silvia Cavalli

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: 10 LUG. 2025

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

L'addetto alla Pubblicazione

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

Tivoli, _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 5

REGIONE
LAZIO

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
NEOPLASIA PROSTATICA

PERCORSO INTEGRATO INTERAZIENDALE PER LA GESTIONE DELLA NEOPLASIA PROSTATICA

UOSD COORDINAMENTO PDTA
COORD.H.TER_PR_003_2025_REV_00

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

INDICE:

1. PREMESSA *(pag 2)*
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE *(pag 2-7)*
3. RIFERIMENTI NORMATIVI *(pag 7)*
4. EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO *(pag 7-9)*
5. RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA *(pag 10-12)*
6. MODALITA' OPERATIVE DEL PDTA *(pag 13-34)*
7. MONITORAGGIO DEL PDTA: GLI INDICATORI *(pag 35-36)*
8. COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI ED INTERAZIENDALI *(pag 37)*

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Interaziendale per la Gestione della Neoplasia Prostatica

1.PREMESSA

In Italia, attualmente, il carcinoma della prostata rappresenta la neoplasia più frequente tra gli uomini. Nel 2024 sono stimate circa 40.192 nuove diagnosi, circa il 19,8% di tutti i tumori maschili. La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è del 91% con una probabilità del 94% di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi. Nel 2022 sono stimati 8.200 decessi per tumore della prostata

Il carcinoma prostatico, inoltre, è risultato essere il tumore a più alta prevalenza e attualmente sono 485.000 gli uomini che in Italia convivono con una precedente diagnosi di tumore della prostata.

Secondo i dati OPEN Salute Lazio, nel 2023, l'incidenza nella regione Lazio di cancro della prostata è stata pari a 2874 nuovi casi (9.4% sul totale delle neoplasie)
Nella Asl Roma 5 sono stati registrati, sempre nel 2023, 240 nuovi casi pari all'9% delle neoplasie.

L'eziologia del carcinoma prostatico è multifattoriale ed è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici di suscettibilità ed ambientali.

Fattori di rischio: età, razza, storia familiare di carcinoma prostatico, fattori genetici, sindrome metabolica, obesità, stile di vita e dieta, fumo, consumo di alcolici.

La familiarità è un fattore di rischio noto per il carcinoma della prostata. Circa il 10% di pazienti affetti da carcinoma della prostata sviluppa una malattia su base ereditaria e il 12% circa dei pazienti affetti da carcinoma prostatico in fase metastatica è portatore di mutazioni germinali a carico di almeno uno dei 16 geni coinvolti nel riparo del DNA, più frequentemente a livello del gene BRCA2

2.SCOPO e CAMPO di APPLICAZIONE

Il **PDTA** è finalizzato alla **presa in carico globale del paziente affetto da neoplasia prostatica in ogni fase della malattia secondo un approccio multi professionale e multidisciplinare che tenga conto dei bisogni del singolo paziente e delle caratteristiche biologiche della neoplasia**.

Il **PDTA è strutturato** per garantire ai pazienti della Asl Roma 5:

- ***una diagnosi precoce e accurata attraverso strumenti all'avanguardia e un team di specialisti dedicati;***
- ***equità di accesso alle cure***
- ***trattamenti personalizzati in base alla specificità di ogni caso***
- ***supporto continuativo al paziente e alla famiglia lungo tutto il percorso***
- ***riduzione dei tempi di attesa e ottimizzazione dell'intero iter clinico, grazie a un flusso strutturato e semplificato.***

Il documento tecnico inerente la rete oncologica per **"La gestione del tumore della prostata nel Lazio "DCA n. U00052/2017"**, prevede un modello organizzativo incentrato sullo **sviluppo di una rete articolata per competenze esclusivamente diagnostiche e diagnostico/terapeutiche e individua un Centro di Diagnosi e un Centro di Trattamento**

Quest'ultimo deve essere in grado di eseguire almeno 25 interventi di prostatectomia radicale e considerando un'implementazione graduale della Rete, si prevede una rivalutazione della soglia minima di interventi chirurgici /anno pari a 50.

Le Linee di indirizzo organizzative per la Rete Oncologica Regionale approvate con Determinazione n° G01829 del 14 febbraio 2023, assicurano la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi, nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinico/organizzativa. Il Network individua i Centri di Riferimento e prevede, attraverso il PACO, un collegamento tra i nodi della Rete e tra Ospedale e Territorio.

Per il **trattamento Radioterapico** sono in essere **accordi di collaborazione della Asl Roma 5** sia con la **Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, che con la Fondazione PTV (accordo quadro Prot. N. 10520 del 10/05/2023)**

Con **Deliberazione del Direttore Generale n°0001125 del 29/11/2023, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I–Sapienza Università di Roma** ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Tumore della Prostata ottenendo in data 06/05/2024 la **Certificazione Europea CSQA n° 83854.**
Il presente PDTA, stilato ad uso della ASL RM5, prevede un **collegamento funzionale con l'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I-Sapienza Università di Roma**, individuata quale centro di riferimento per la gestione integrata della neoplasia prostatica per quanto concerne le terapie oncologiche di ultima generazione, la formulazione di protocolli di ricerca al cui interno saranno inseriti gli specialisti della ASL RM5 e la partecipazione di questi ultimi ai Meeting Multidisciplinari che avranno cadenza settimanale e si svolgeranno in presenza ovvero da remoto.
Ciò garantirà, l'accessibilità a risposte con contenuti clinici avanzati anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione, promuovendo al contempo il concetto di prossimità e assicurando un servizio sempre più rivolto alla soddisfazione dei LEA e al miglioramento della qualità di vita.

STRUTTURE E RISORSE ATTIVE NEL PDTA NEOPLASIA PROSTATICA

Unità Operativa/ Dipartimento	Direttore/Responsabile	Sede	Contatti	Personale
UOC Oncologia Medica	Dott.ssa Rosa Saltarelli (ff)	PO Tivoli	0774/3164353-4553 dhoncologico.tivoli@aslroma5.it	Medici 6 Infermieri 7 OSS 2 Coordinatore Cinzia Mosticchio
UOC Oncologia Medica	Dott.ssa Robert Gareri (ff)	PO Colleferro	06/9722-3279 /3366 / 3365 / 3228 / 3369 / 3357	Medici 4 Infermieri 6 + 1 Coordinatore Dr.ssa Luisa D'Angelo OSS 1
UOSD Anatomia Patologica	Dott.ssa Paola Bernucci	PO Tivoli + PO Colleferro	0774-3164440-39-34 06-97223498.3281	Medici 3 TSLB 4 Medici 2

				TSLB 4
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini	Dott .Aldo Di Blasi	PO Tivoli	radiologia.tivoli@aslroma5.it	
UOC Radioterapia Oncologica	Prof. ssa Sara Ramella	Fondazione Policlinico Campus Biomedico	06 2254118011 rtprimevisitelongoni@policlinicocampus.it rtprimevisitetrig@policlinicocampus.it	Medici 25 Inf. 4 Tecnici rad 23 Tecnici di fisica 3 Fisici 8
UOC Radioterapia PTV	Prof. Rolando D'Angelillo	Fondazione Policlinico Tor Vergata	0620904300 E mail: radioterapia@ptvonline.it	Medici 8 Fisici 4 Tecnici rad 10 Inf. 1
UOC Urologia	Dott. Flavio Forte	PO Tivoli	07743164530 E mail: flavio.forte@aslroma5.it	Medici 8 Inf. 3 OSS 1 Coordinatrice infermieristica: Roberta Salvati
UOC Urologia	Dott. Lorenzo Nesci	PO Colleferro	0697223280 E mail Lorenzo.nesci@aslroma5.it	Medici 3 Inf. 17 OSS 2 Coordinatore Infermieristico Ferraro Claudio
UOC Urologia, Cattedra e Scuola di Specializzazione in Urologia	Prof Alessandro Sciarra - Prof Franco Giorgio	Policlinico Universitario Umberto I- Sapienza, Roma	alessandro.sciarra@uniroma1.it	Urologi: 9 Infermieri:12
UOC Oncologia Medica	Prof Daniele Santini	Policlinico Universitario Umberto I – Sapienza Roma	daniele.santini@uniroma1.it michela.roberto@uniroma1.it i.speranza@policlinicoumberto1.it	Medici 14 Infermieri 14
UOC Anatomia Patologica	Prof Fabio Magliocca	Policlinico Universitario Umberto I- Sapienza Roma f	fabio.magliocca@uniroma1.it	
UO Medicina Nucleare	Prof. Giuseppe De Vincentis	Policlinico Universitario Umberto I- Sapienza, Roma	giuseppe.devincentis@uniroma1.it medicinanucleare@policlinicoumberto1.it	Medici 3 TSRM 4 Infermiere 1
Dipartimento Professioni	Dr.ssa Luigia Carboni	PO TIVOLI	0774/3164581 335/6198246	Personale afferente al

Sanitarie e Sociali DPSS			luigia.carboni@aslroma5.it	Direttore del DPSS
Referenti		PO Palestrina	06/95322058 lorella.federici@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Lorella Federici Percorsi Assistenziali Aziendali e trasversali della Cronicità e PDTA
		PO Tivoli	0774/3164573 daniela.mariani@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Daniela Mariani Area dei Servizi Assistenziali della Prevenzione (Screening)
		PO Tivoli	0774/316 4266 ilaria.serafini@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Ilaria Serafini Referente dei PACO aziendali
		PO Tivoli	anna.malatesta@aslroma5.it	F.O. Dr.ssa Anna Malatesta Infermieristica di Comunità, Coordinamento Servizi Distretto Guidonia e Casa della salute Palombara, Coordinatore Infermieri di Famiglia e Comunità (componente coordinamento territoriale)
DPSS Servizio Sociale	Dr.ssa Luigia Carboni	Vari (Servizi Territoriali e Ospedalieri)	0774 /3164577 331 /2699133	Dirigente Assistente Sociale

Referenti			06/90093539	Dr.ssa Sonia Saugo Coordinamento Attività Servizio Sociale, componente GdL PDTA e DEC mediazione linguistico-culturale. Personale: AS presenti nei Dipartimenti (materno infantile, salute mentale e dipendenze pat., attività territoriali): servizi territoriali e presidi ospedalieri. F.O. integrazione socio sanitaria Dr. Fabrizio Fabrizi Consulenza per PACO, referente per il servizio sociale dei servizi territoriali o della rete cure palliative
UVT Hospice	Dr. Giancarlo Corbelli	Distretto di Monterotondo	uvthospice@aslroma5.it	Medici 1 (3-4 ore settimanali) Infermieri 0
UOC SPDC Tivoli	Dr. Francesco Riggio	PO Tivoli	spdc.tivoli@aslroma5.it francesco.riggio@aslroma5.it	Medici 9+ 1 direttore, Infermieri 21+ 1 Coordinatore, OSS 3,

				Psicologi 2, Terapisti della riabilitazione psichiatrica 2

GRUPPO MULTIDISCIPLINARE MULTIPROFESSIONALE (Figure professionali)
Oncologo Medico
Radiologo
Urologo
Radioterapista Oncologo
Anatomo-patologo
Medico Nucleare
Fisioterapista
Case Manager
Care Manager
Psicologo
Genetista
Medico di Medicina Generale
Responsabile Cure Palliative
Assistente Sociale dei servizi territoriali e del presidio ospedaliero

3.RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Adozione del documento tecnico inerente la rete oncologica per "La gestione del tumore della prostata nel Lazio", ai sensi del DCA U00052/2017.
2. Determinazione Regione Lazio n' G0189 del 14/02/2023 'Approvazione del documento denominato "Linee di Indirizzo Organizzative per la Rete Oncologica Regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n"59/CRS del 17 aprile 2OL9""
3. Determinazione Regione Lazio n. G15691 del 18/1.2/2020, "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali-PDTA nella cronicità";
4. Deliberazione Giunta Regionale Lazio n.694 del 06/11/2023 "Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per Ia prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027"
5. Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G15596 del 22/11/2023 "Linee strategiche regionali Rete Oncologica 2023-2027" in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 8 novembre 2023 "Fondo per l'implementazione del Piano nazionale 2023-2027 PON"
6. Determinazione Giunta Regionale Lazio n. G03356 del 26/03/2024" Approvazione del programma quinquennale di implementazione delle linee strategiche del piano Oncologico Nazionale (2023-2027)

4.EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO

1. **AIOM** Numeri del Cancro in ITALIA 2024
2. Neoplasia della Prostata **Linee Guida AIOM 2024** https:// www.aiom.it
3. Updated treatment recommendations for prostate cancer from the **ESMO Clinical Practice Guideline** considering treatment intensification and use of novel systemic agents Published online: 21 March 2023
4. **Ministero della Salute. Linee guida per la gestione del carcinoma prostatico.**
5. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). **Linee guida AIOM 2023**
6. European Association of Urology (EAU) **Guidelines on Prostate Cancer. EAU 2024** www.uroweb.org

7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) **Guidelines for Prostate Cancer. NCCN 2024.** www.nccn.org
8. Mottet N, et al. Eur Urol. "EAU Guidelines on Prostate Cancer 2024". DOI 10.1016/j.eururo.2024.01.012
9. Gandaglia G, et al. J Clin Oncol. "Advances in Imaging for Prostate Cancer Diagnosis and Staging". 2023;41(5):231-245. DOI: 10.1200/JCO.23.00578
10. Parker C, et al. Lancet Oncol. **"Systemic Treatment for Advanced Prostate Cancer"**. 2023;24(4): e173-e189. DOI: 10.1016/S1470-2045(23)00042-7
11. Società Italiana Urologia LG tumore della prostata 2021 https:// siu.it/linee-guida/oncologiche/2021-Oncologiche/lg-tumore-della-prostata-2021.
12. **Linee di indirizzo della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO)** (www.siuro.it)
13. Humphrey P, Amin MB, Berney D, Billis A et al, **Acinar adenocarcinoma**. In : Moch H. HumphreyPA,Ulbright T,Reuter VE, eds Pathology and Genetics:Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 4th Edition.WHO Classification of Tumours. Zurich, Switzerland.WHO Press; 2015:3-28
14. Protocol for the **Examination of Prostate Needle Biopsies From Patients With Carcinoma of the Prostate Gland: Case Level Reporting, College of American Pathologists, 2023**
15. Protocol for the **Examination of Radical Prostatectomy Specimens from Patients with Carcinoma of the Prostate , Collage of American Pathologists 2023**
16. Abdom Radiol (NY) 2020 Dec;45(12):3974-3981. doi: 10.1007/s00261-020-02510-w. Round table: **arguments in supporting abbreviated or biparametric MRI of the prostate protocol**
17. Turk J Urol. 2019 Jul 1;45(4):237-244doi: 10.5152/tud.2019.19106. Print 2019 Jul. **Prostate MRI and transperineal TRUS/MRI fusion biopsy for prostate cancer detection: clinical practice updates**
18. Radiology 2023 May;307(3):e222177doi: 10.1148/radiol.222177. Epub 2023 Feb 28. Apparent Diffusion Coefficient and Lesion Volume to Detect Prostate Cancer
19. Associazione Nazionale Infermieri di Area Oncologica (ANIAO). **Linee guida per l'assistenza infermieristica al paziente oncologico.**
20. TC Moretti, LA Magna, LO Reis. **Continence criteria of 193.618 patients after open, laparoscopic and robot asisted radical prostatectomy.** BJU Int 2024; 134: 13-21.
21. Salciccia S, Santarelli V, Di Pierro GB, Del Giudice F, Bevilacqua G, Di Lascio G, Gentilucci A, Corvino R, Brunelli V, Basile G, Scornajenghi CM, Santodirocco L, Gobbi L, Rosati D, Moriconi M, Panebianco V, **Magliocca FM, Santini D,** Di Civita MA, **Forte F**, Frisenda M, Franco G, **Sciarra A**. **Real-Life Comparative Analysis of Robotic-Assisted Versus Laparoscopic Radical Prostatectomy in a Single Centre Experience.** Cancers (Basel). 2024 Oct 25;16(21):3604. doi: 10.3390/cancers16213604. PMID: 39518044; PMCID: PMC11545600.
22. Mayor N, Light A, Rawlins F, Cullen E, Klimowska-Nassar N, Sasikaran T, Jadav P, Sokhi H, Smith A, Walls D, Oldroyd R, Price D, Robinson C, Lane E, Rockall A, Heer R, Vale L, Padhani AR, Winkler M, Shah TT, Gabe R, Ahmed HU. Prostate Assessment using Comparative Interventions - **Fast MRI and Image-fusion for Cancer (IP7-PACIFIC): A prospective, multi-centre, dual sequential randomised controlled trial.** Contemp Clin Trials. 2025 Jun 6:107983. doi: 10.1016/j.cct.2025.107983. Epub ahead of print. PMID: 40484273.
23. Bottillo I, **Sciarra A**, Bevilacqua G, Gentilucci A, Sciarra B, Santarelli V, Salciccia S, Bacigalupo F, Pastacaldi F, Ciccone MP, De Marchis L, **Santini D, Magliocca FM,** Merenda E, **Forte F,** Grammatico P. Early Detection of the Pathogenetic Variants of Homologous Recombination Repair Genes in Prostate Cancer: Critical Analysis and Experimental Design. Biology (Basel). 2025 Jan 23;14(2):117. doi: 10.3390/biology14020117. PMID: 40001885; PMCID: PMC11851859.
24. Di Pierro GB, Salciccia S, Frisenda M, Tufano A, **Sciarra A**, Scarrone E, Del Giudice F, Asero V, Bevilacqua G, Moriconi M, Carbone A, Pastore A, Signore S, Bove P, **Forte F**, Emiliozzi P, Tubaro A, De Nunzio C, Canale V. Comparison of **Four Validated Nomograms (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Briganti 2012, 2017, and 2019) Predicting Lymph Node Invasion** in Patients with

High-Risk Prostate Cancer Candidates for Radical Prostatectomy and Extended Pelvic Lymph Node Dissection: Clinical Experience and Review of the Literature. Cancers (Basel). 2023 Mar 9;15(6):1683. doi: 10.3390/cancers15061683. PMID: 36980571; PMCID: PMC10046780.

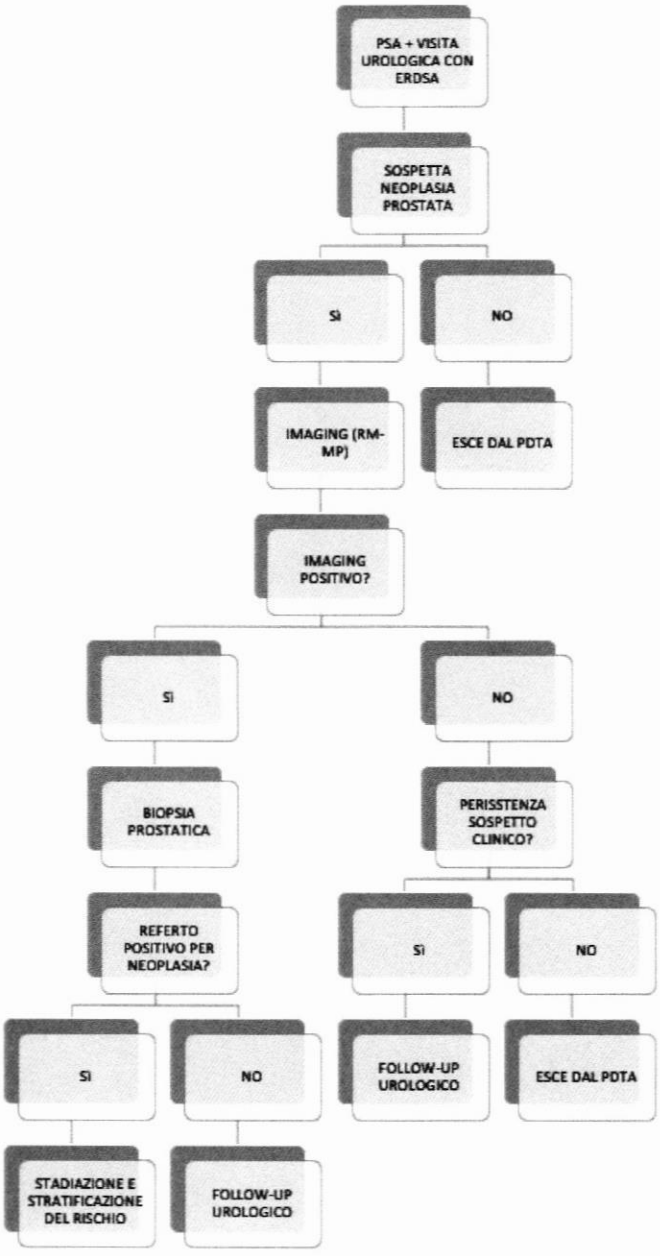
25. **Forte F**, De Santis E, Introini C, Asimakopoulos A, Cirocchi R, Palmieri M, Serraino A, Cofone L, Artico M, Galassi FM. **Genitofemoral nerve course and branching variations: what we see during laparoscopic extended pelvic lymph-node dissection in radical prostatectomy for prostate cancer and how to avoid intraoperative lesions? A retrospective analysis.** Folia Morphol (Warsz). 2025 Feb 26. doi: 10.5603/fm.102220. Epub ahead of print. PMID: 40007219.
26. **Forte F**, Tripodi D, Pironi D, Corongiu E, Gagliardi F, Frisenda M, Gallo G, Quarantiello A, Di Lorenzo G, Cavaleri Y, Salciccia S, Lori E, Sorrenti S. Comparison of laparoscopic partial nephrectomy performed with **AirSeal® system vs. standard insufflator**: results from a referral center. Front Surg. 2023 Jun 27;10:1220332. doi: 10.3389/fsurg.2023.1220332. PMID: 37440928; PMCID: PMC10335758.
27. Shin JI, Park KJ, Park MY, Kim MH, Park SB, Kim JK. Diagnostic **performance of biparametric MRI according to prostate imaging quality (PI-QUAL) version 2**: Analysis of Multi-Institutional Data. Eur J Radiol. 2025 Aug;189:112209. doi: 10.1016/j.ejrad.2025.112209. Epub 2025 May 28. PMID: 40446571.
28. Muhn O, Kurowecki D, Patlas MN, Alabousi A. **Biparametric Prostate MRI: A Practical Approach to Implementation and Comparative Analysis.** Can Assoc Radiol J. 2025 May 26:8465371251342706. doi: 10.1177/08465371251342706. Epub ahead of print. PMID: 40420568.
29. Milano, Sulejmani A, Intra J, Sala MR, Leoni V, Carcione D. Antimicrobial Resistance Trends of Escherichia coli Isolates from Outpatient and Inpatient Urinary Infections over a 20-Year Period. Microb Drug Resist. 2021 Sep 14.
30. Mazzei T., Diacciati S. Pharmacological aspects of the antibiotics used for urological diagnostic procedures. J Chemother. 2014;26 Suppl 1:S24-34.
31. Bjerklund Johansen TE, et al. Fosfomycin Trometamol for the Prevention of Infectious Complications After Prostate Biopsy: A Consensus Statement by an International Multidisciplinary Group. Eur Urol Focus. 2021;S2405-4569(21)00308-4.
32. Cai T, Gallelli L, Cocci A, Tiscione D, Verze P, Lanciotti M, Vanacore D, Rizzo M, Gacci M, Saleh O, Malossini G, Liguori G, Trombetta C, Rocco D, Palmieri A, Bartoletti R, Carini M, Wagenlehner FM, Naber K, Mirone V, Bjerklund Johansen TE. Antimicrobial prophylaxis for transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: fosfomycin trometamol, an attractive alternative. World J Urol. 2017;35(2):221-228.
33. EAU line guida su infezioni urinarie. https://uroweb.org/guideline/urological-infections/

5.RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

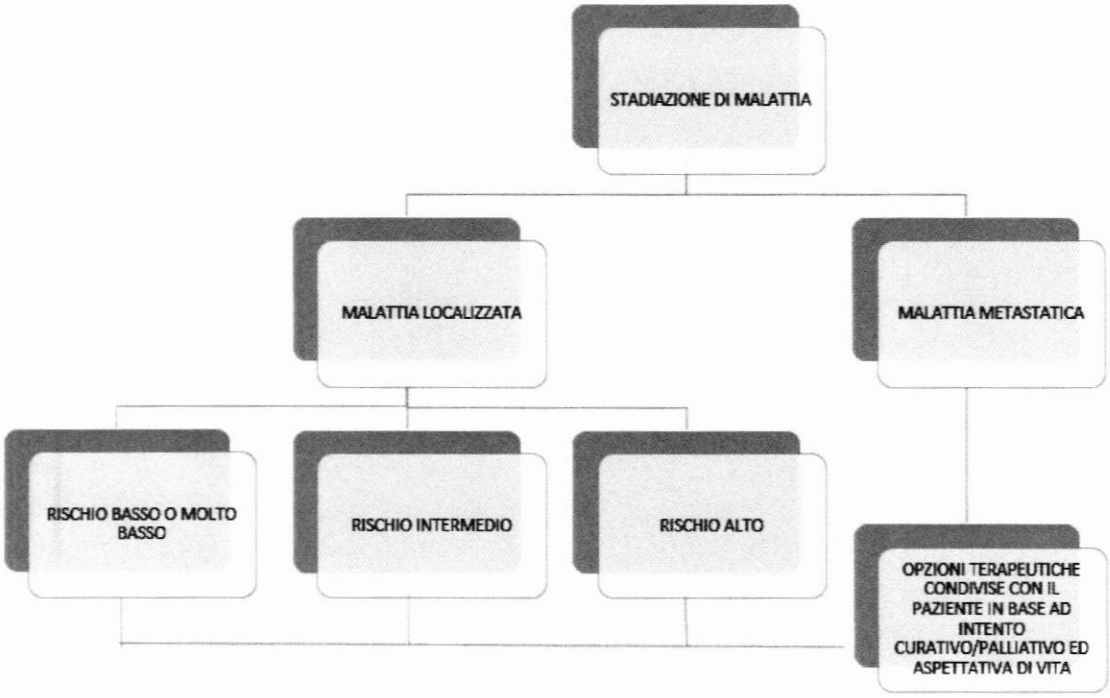
Di seguito le flow chart relative rispettivamente:

1. al percorso diagnostico-stadiante
2. al percorso terapeutico.

FLOW CHART PERCORSO DIAGNOSTICO – STADIANTE



FLOW CHART PERCORSO TERAPEUTICO



6.MODALITA' OPERATIVE DEL PDTA

AMBULATORIO UROLOGICO /ONCOLOGICO

VISITA SPECIALISTICA (Urologica /Oncologica)

Su richiesta del proprio MMG o di un altro specialista, in base alla classe di priorità obbligatoriamente definita, il paziente accede all'ambulatorio di urologia o di oncologia tramite prenotazione presso il RECUP regionale. Gli ambulatori di Urologia Generale dipendenti dalla U.O.C. di Urologia di Tivoli sono attivi presso il P.O. San Giovanni Evangelista di Tivoli, sede logistica della U.O.C. e dell' attività clinica assistenziale, presso l'Ospedale SS Gonfalone di Monterotondo, la Casa della Salute SS Salvatore di Palombara Sabina, il Poliambulatorio Distretto di Guidonia e l'Ospedale A. Angelucci di Subiaco. Sempre presso il P.O. San Giovanni Evangelista di Tivoli è attivo un ambulatorio di Urologia Oncologica, ospitato nei locali della UOC Oncologia e svolto dal personale della UOC Urologia. Gli ambulatori di Urologia di Colleferro sono attivi presso il Poliambulatorio dell'Ospedale Parodi Delfino di Colleferro.

AMBULATORIO PACO (Punto di Accesso e Continuità Oncologica)

Il paziente accede su richiesta del MMG o di altro specialista nel caso di sospetto diagnostico. Il paziente viene preso in carico per la definizione del percorso diagnostico e terapeutico-assistenziale nell'ambito del setting appropriato. L'infermiere Care Manager (CM) del PACO, su prescrizione dello specialista, provvederà alla prenotazione degli esami diagnostici e diagnostico/invasivi necessari ad accertare la diagnosi e la stadiazione della neoplasia. Il personale afferente al PACO sarà in collegamento funzionale con il Centro di Riferimento Ospedaliero (CRO) Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di Roma, e con le UUOOCC di Radioterapia Oncologica del Campus Biomedico e del PTV per la prenotazione delle prestazioni non erogabili nella ASL RM 5.

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE ASL ROMA 5

Screening opportunistico con dosaggio del PSA sierico per persone asintomatiche

La maggior parte delle Linee guida non raccomanda l'adozione di politiche di screening di popolazione, perché le evidenze disponibili portano a concludere che uno screening organizzato, basato sul PSA, determina una minima riduzione della mortalità cancro-specifica, ma non impatta sulla mortalità globale. **Lo screening spontaneo con il PSA, basato sulla valutazione individuale del rischio, può essere offerto agli uomini che lo richiedano, purché essi vengano adeguatamente informati sui benefici e sui rischi conseguenti.** Numerose Linee guida considerano l'intervallo di età al di fuori del quale lo screening opportunistico con il PSA dovrebbe essere comunque sconsigliato, con un limite inferiore posto intorno ai 50 anni e un limite superiore fra i 70 e i 75 anni, tenendo conto soprattutto di un'aspettativa di vita di almeno 10 anni. **In soggetti asintomatici con fattori di rischio per il carcinoma della prostata (ad es. etnia, familiarità), l'età alla quale può essere considerata una sorveglianza periodica con PSA potrebbe essere invece anticipata a 40-45 anni**.

1. PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIANTE

Esami di Primo Livello:

- PSA (Antigene Prostatico Specifico)
  - Valore < 2.5 ng/mL: basso rischio, follow-up periodico
  - Valore 2.5-10.0 ng/mL: rischio intermedio, richiedere RM multiparametrica in base ad eta' ed andamento progressivo del PSA totale ed eventualmente alla PSA density
  - Valore > 10 ng/mL: alto rischio, richiedere RM multiparametrica
- Visita Urologica con Esplorazione digito-rettale (ERDSA) (**urologo**)

Se, dall'integrazioni di questi dati, si pone il sospetto di neoplasia prostatica, il paziente verrà indirizzato all'esecuzione di ulteriori accertamenti.

Imaging di primo livello (radiologo) : Risonanza Magnetica Biparametrica o Multiparametrica, (entro 30 giorni).

- Da eseguire prima della biopsia nei casi sospetti o dubbi, in quanto riduce il numero di biopsie non necessarie, prevenendo sovra-diagnosi e sovra-trattamento di tumori clinicamente indolenti, con VPN compreso fra 89 e il 92% ed un VPP compreso fra 65 e 82 per la diagnosi dei tumori clinicamente significativi e permette stadiazione locale T in caso di diagnosi di tumore alla biopsia.
- Consente di individuare e localizzare lesioni sospette e la pianificazione della Biopsia mirata con Fusione delle Immagini RM/Ecografiche
- Utile nella stadiazione locoregionale della malattia prostatica
- Necessaria nel follow-up della malattia prostatica accertata ed in corso di terapia
- Prevede l'esecuzione di scansioni biplanari-biparametriche o multiplanari-multiparametriche che consentono non solo la individuazione di lesioni sospette, ma forniscono anche informazioni circa la cellularità (imaging funzionale). La RM Include sequenze T1 e T2 pesate, sequenze di diffusività protonica con le relative mappe (DWI e ADC), eventuali sequenze post-contrastografiche T1 pesate con approccio Multiparametrico.

Controindicazioni relative o assolute all'esecuzione dell'esame:

- Controindicazioni relative all'ingresso in RM (consultare le direttive aziendali dedicate)
- Controindicazioni alla somministrazione del mezzo di contrasto paramagnetico quando ne è indicato l'utilizzo; in tale caso è consigliabile la sola biparametrica

La valutazione dell'esame deve fare riferimento alla classificazione S-PI-RADS delle lesioni prostatiche valutate con RM bp, oppure PI-RADS versione 2.1 per la RM mp.

Esami di II Livello:

Esami diagnostici invasivi **Biopsia Prostatica** (entro 15 giorni)

- **Biopsia mirata con Tecnica Fusion (RMmp o RMbp + sotto guida ecografica trans-rettqale) per via trans-perineale**
  - Per i pazienti con lesioni PI-RADS che offrono l'indicazione alla procedura
  - Necessita di un ecografo dotato di sonda endocavitaria biplanare e di un **software per la fusione delle immagini di RM con le immagini real-time ottenute con la sonda ecografica**
  - Dotata di maggiore accuratezza diagnostica rispetto alla biopsia randomizzata per la possibilità di indirizzare il prelievo bioptico nella regione sospetta individuata nella RM
  - Permette la **combinazione di prelievi mirati sulle lesioni sospette e perilesionali a prelievi random sul lobo controlaterale, in caso di lesioni monolaterali**

Preparazione del Paziente all'esame ecografico:

- Clistere evacuativo per adulti la sera prima dell'esame, se di mattina, 3/4 ore prima dell'esame, se nella II metà della giornata.
- Esami ematochimici comprendenti emocromo, funzionalità renale, PT-PTT-INR, glicemia non anteriori a tre mesi
- Valutazione cardiologica con eventuale nulla osta sottoscritto, per l' eventuale sospensione e/o sostituzione di farmaci anticoagulanti e antiaggreganti (solo nel caso di doppia antiaggregazione; in caso di sola assunzione di cardioaspirina non ne è indicata la sospensione), in base al wash-out del farmaco e secondo le linee guida specifiche sulla gestione del rischio emorragico nelle procedure interventistiche invasive.

- Profilassi antibiotica: vanno tenute presenti sempre le seguenti raccomandazioni:
  - I fluorochinolonici (ciprofloxacina, levofloxacina, ofloaxcina, norfloxacinam prulifloxacina) devono essere evitati nell'uso della profilassi antibiotica in base agli alert dell'EMA ed AIFA
  - Sul territorio nazionale la prevalenza media di Escherichia coli resistenti alle cefalosporine di terza generazione in Italia è 26.4%, all'ampicillina è del 64.5%, ai fluorochinoloni oltre il 37% e agli aminoglicosidi del 15.2%. Inoltre, è stata riportata una percentuale di resistenza combinata, misurata come resistenza a cefalosporine di terza generazione, aminoglicosidi e fluorochinoloni del 10% nel 2020; dall'altra parte la fosfomicina ha dimostrato tassi stabili ed inferiori al 3% negli anni.
  - L'assunzione di antibiotici nei tre mesi precedenti l'esame può essere fattore di rischio per resistenza.
  - I beta-lattamici, il cotrimossazolo, i fluorochinoloni e la fosfomicina trometamolo sono stati selezionati per le loro caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche dopo somministrazione orale e per gli elevati tassi di sicurezza e tollerabilità, con particolare riferimento alle betalattamine e alla fosfomicina; cotrimossazolo e fluorochinoloni andrebbero comunque esclusi per gli alti tessi di resistenze (vedi sopra), così come le cefalosporine di II e III generazione per la loro scarsa penetrabilità nel tessuto prostatico e la loro resistenza ai GRAM – riscontrati nella maggior parte delle infezioni post-biopsia.
  - La fosfomicina trometamolo ha dimostrato un'ottima penetrabilità tissutale prostatica, un'elevata concentrazione prostatica superiore alle MIC dei più comuni patogeni e una percentuale di resistenze batteriche bassa e stabile nel tempo, in particolare negli uropatogeni
  - **La Fosfomicina-trometamolo** sulla base delle evidenze attuali sembrerebbe essere l'antibiotico di scelta nella profilassi della biopsia prostatica. Tale indicazione nasce da bassi tassi di incidenza di resistenze batteriche (< 3% di Escherichia coli), buona penetrazione tissutale prostatica con raggiungimento di concentrazioni oltre le MIC dei patogeni coinvolti e sicurezza ed efficacia dimostrata dai trial clinici randomizzati e controllati. **Lo schema raccomandato dalla SIU (Società Italiana Urologia) è: 3 grammi (1 bustina) 3 ore prima della procedura e 3 grammi (1 bustina) 24 ore dopo la procedura.**

<u>Controindicazioni relative o assolute all'esecuzione dell'esame</u>:

- Presenza di emorroidi sanguinanti o trombizzate (da escludere il prolasso muco-emorroidario)
- Presenza di ragadi anali sintomatiche, sanguinanti, in fase attiva
- Prolasso rettale di III e IV grado.
- Diatesi emorragica non adeguatamente controllata.
- Controindicazione assoluta alla sospensione di anticoagulanti

Procedura bioptica

La biopsia prostatica viene effettuata con approccio trans-perineale sotto guida ecografica trans-rettale, previo blocco anestetico peri-prostatico con mepivacaina 2% + 2 mL di NaHCO3, con il paziente in posizione litotomica. Si utilizza il software per la fusion biopsy che permette di fondere le immagini di RMN che vengono preventivamente caricate dalla macchina con il real time ecografico.

Referto istologico

In caso di esito negativo dell'esame istologico, il gruppo multidisciplinare discute il caso ed invia il paziente a follow-up con dosaggi seriati del PSA; il paziente sarà preso in carico per i controlli futuri dalla UOC Urologia di riferimento (Tivoli o Colleferro). In caso di **esito positivo dell'esame istologico** il gruppo multidisciplinare discute il caso ed avvia il **Percorso di Stadiazione.**

Stadiazione e Definizione del Percorso Terapeutico

- In caso di diagnosi **di adenocarcinoma della prostata**, in base alla classe di rischio definita dalle **linee guida AIOM 2024**, il paziente può essere invitato dall'esecuzione di ulteriori esami di stadiazione (TC Total Body con mezzo di contrasto organo-iodato, scintigrafia ossea o PSMA-PET in casi selezionati), specie nella **classe di rischio intermedia od alta**.
    - La PET/PSMA: può essere considerata nei pazienti con neoplasie a rischio alto e molto alto o quando vi siano dubbi all'imaging tradizionale

Anatomia Patologica - Esame istopatologico

Protocollo di refertazione delle agobiopsie prostatiche

La processazione e la refertazione delle biopsie prostatiche viene eseguita in base alla Linea di Indirizzo della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO) (www.siuro.it)
Nella refertazione deve essere riportato:

- numero dei frustoli totale e loro lunghezza individuale e complessiva espressa in mm
- lateralità del prelievo, sede del prelievo (specificare se corrispondente al target indicato dalla RMN)
- numero di frustoli positivi per neoplasia / numero totale (e sede)
- istotipo (WHO 2021), Gleason Score (WHO 2021), Grade Group (WHO 2021)
- grado istologico, utilizzando lo Score di Gleason (riportare il grado di gruppo per tutti gli adenocarcinomi, eccetto in caso di effetti da trattamento per terapia ormonale e radiante)
- eventuale estensione extraprostatica (specificare se presenza di tessuto adiposo frammisto a cellule tumorali, indirettamente indicativo per tumore extra-capsulare), invasione perineurale, invasione linfo-vascolare
- eventuale presenza di carcinoma intraduttale
- Eventuali lesioni associate: carcinoma intraduttale, HGPIN (focale, multiplo), ASAP, PINATYP, infiammazione ed atrofia.
- Immunofenotipizzazione in specifici scenari diagnostici (cancro minimo, simulatori di malignità): citocheratina ad alto peso molecolare: 34BE12, P63, alpha-methylacyl coenzyme A racemase: AMACR.

Protocollo di refertazione di prostatectomia radicale

Il campione chirurgico di prostatectomia radicale deve essere sottoposto per intero ad esame istologico per consentire localizzazione e valutazione di tutti i noduli neoplastici. Nella refertazione devono essere riportati:

- peso e dimensioni della ghiandola prostatica
- istotipo (sec WHO 2021)
- grado istologico, utilizzando lo score di Gleason. In presenza di noduli multipli si può riportare separatamente il grado di Gleason per ogni singolo nodulo o solo il grado del nodulo maggiore; in ogni caso va segnalata la presenza del tumore di grado maggiore per quanto piccolo
- percentuale di tessuto coinvolto dal tumore
- estensione extraprostatica
- invasione del collo della vescica
- invasione delle vescicole seminali
- invasione linfatica e/o vascolare, e linfonodale nei casi sottoposti a linfadenectomia estesa
- invasione perineurale
- stato dei margini (in caso di positività specificare sede anatomica, lunghezza del coinvolgimento, mono o multifocalità del coinvolgimento, grado di differenziazione del margine positivo)
- numero totale dei linfonodi regionali (indicare la sede dei linfonodi, così come inviata dalla sala operatoria in accordo con i Templates indicati dalla EAU Guidelines)
- numero dei linfonodi positivi con indicazione delle dimensioni della metastasi maggiore
- estensione extranodale
- classificazione sec. pTNM (AJCC 8th Edition)

2. PERCORSO TERAPEUTICO TRATTAMENTO DELLA MALATTIA LOCALIZZATA

Premessa

Una valutazione accurata dell'estensione di malattia permette di definire la prognosi ed il percorso terapeutico più appropriato per il paziente con diagnosi accertata di neoplasia prostatica. L'estensione locale viene stabilita in modo ottimale tramite esecuzione della Risonanza Magnetica prostatica, che oltre a guidare il corretto campionamento durante la biopsia, definisce il parametro T (estensione locale) in maniera più accurata della TC ed informa sul parametro N (linfonodi loco regionali). Sulla base della classe di rischio per ogni singolo paziente e al fine di definire il parametro M (presenza di metastasi), vengono richieste ulteriori indagini strumentali, quali TC addome-pelvi con MdC e scintigrafia ossea total body nel rischio intermedio e alto e PET-TC con colina (o PET/PSMA secondo appropriatezza prescrittiva) nel rischio alto o molto alto.

Esclusa la presenza di malattia avanzata, la scelta terapeutica nella malattia localizzata della prostata ad oggi si fonda su:

- **Categorie di rischio**
- **Età del paziente ed aspettativa di vita**

Sulla base della discussione multidisciplinare, tenuto conto dei suddetti fattori, il paziente può essere candidato a strategie di **"sorveglianza attiva" nei rischi bassi/molto bassi secondo protocollo clinico,** in **alternativa a chirurgia, radioterapia (RT), con modalità esclusiva o con approccio multimodale**. La strategia terapeutica proposta dal gruppo multidisciplinare viene condivisa e discussa con il paziente, tenendo in considerazione le eventuali preferenze dello stesso.

Nel caso in cui il paziente fosse candidato ad un trattamento radiante con finalità radicale, dovrà essere eseguito un esame uroflussimetrico dinamico non invasivo.

Classificazione delle categorie di rischio

Definizione :

- **RISCHIO MOLTO BASSO** (tutti i seguenti parametri): Valori di PSA pre-trattamento ≤ 10ng/ml, Gruppo Grado1, T1c, meno di tre frustoli bioptici positivi con ≤ 50% di neoplasia in ogni frustolo, PSA density <0.15 ng/ml/g.
- **RISCHIO BASSO** (tutti e tre parametri presenti che non categorizzino un rischio "molto basso"): Valori di PSA pre-trattamento ≤ 10ng/ml, Gruppo Grado1, T1-T2a.
- **RISCHIO INTERMEDIO** (tutte le seguenti caratteristiche): nessuna caratteristica della classe di rischio "alto" e "molto alto", presenza di uno o più fattori di rischio intermedio: T2b-T2c, Gruppo di grado 2 o 3, PSA 10-20 ng/ml. Ulteriore suddivisione in categoria di rischio **INTERMEDIO FAVOREVOLE** se 1 fattore di rischio intermedio, Gruppo di grado 1 o 2, < 50% di frustoli bioptici positivi ed **INTERMEDIO SFAVOREVOLE** se 2 o 3 fattori di rischio intermedio, Gruppo di grado 3, ≥50% frustoli bioptici positivi
- **RISCHIO ALTO** (nessun parametro di rischio "molto alto" e almeno una delle seguenti caratteristiche): T3a, Gruppo di grado 4 o 5, PSA >20 ng/ml
- **RISCHIO MOLTO ALTO** (almeno uno dei seguenti parametri): T3b o T4, Gleason primario pattern , 2 o 3 caratteristiche della classe di rischio "alto", >4 frustoli bioptici con gruppo di grado 4 o 5.

Opzioni terapeutiche per categorie di rischio e aspettativa di vita

Classe di rischio	Aspettativa di vita	Opzione terapeutica iniziale
Molto basso o basso	< 10 anni	- "sorveglianza attiva" - RT esterna - "vigile attesa"
	≥ 10 anni	- Prostatectomia radicale - RT esterna - "sorveglianza attiva"
Intermedio	< 10 anni	- RT esterna
	≥ 10 anni	- Prostatectomia radicale +/- linfoadenectomia pelvica - RT esterna + OT (6 mesi)
Alto e molto alto	< 10 anni	- RT esterna + OT (24-36 mesi)
	≥ 10 anni	- RT esterna + OT (24-36 mesi - Prostatectomia radicale +/- linfoadenectomia pelvica

TRATTAMENTO POST-OPERATORIO IMMEDIATO

Appartengono a questa categoria i pazienti che risultano affetti da una persistenza biochimica (PSA dosabile) dopo la chirurgia o quelli candidati ad un trattamento adiuvante puro (PSA indosabile).

Nel caso di PSA indosabile a 30 giorni dalla chirurgia, se presenti almeno 2 fattori di rischio (pT3b, pN+, GS 8-10 (o ISPU 4-5), andrebbe proposto un trattamento adiuvante immediato o un trattamento di salvataggio alla recidiva. Il paziente quindi accederà agli ambulatori di radioterapia per illustrare le due opzioni terapeutiche e i vantaggi/svantaggi di entrambe. Nel caso di PSA indosabile e malattia pN+, può essere omessa la terapia di deprivazione androgenica.

Nel caso di PSA persistente-dosabile dopo la chirurgia, il paziente dovrebbe eseguire una PET PSMA, se non eseguita nel pre-operatorio, e i cui risultati vanno discussi all'interno del team multisciplinare per valutare il miglior approccio locale e sistemico in base ai risultati dell'esame.

TRATTAMENTO DELLA RECIDIVA BIOCHIMICA (O POST-OPERATORIO DIFFERITO)

Per recidiva biochimica si intende:

- dopo chirurgia: un valore di PSA ≥0,2 ng/ml (dopo PSA post-operatorio azzerato) e almeno 2 determinazioni successive con valori in incremento
- dopo radioterapia: ogni valore di PSA ≥2 ng/ml rispetto al nadir post-radioterapia

Recidiva biochimica post-chirurgia

Al riscontro di recidiva biochimica post-chirurgia va definita la classe di rischio secondo la classificazione EAU:

- alto rischio: GS 8-10, o PSA-DT inferiore a 12 mesi
- basso rischio: GS<8 e PSA-DT superiore ai 12 mesi

Nel caso di recidiva ad alto rischio viene richiesta una **ristadiazione sistemica di malattia**, preferibilmente con metodica PET con PSMA.

Nel caso di PET negativa, il trattamento dovrebbe prevedere una radioterapia su loggia e pelvi con 6 mesi di ADT. L'ADT può essere eventualmente estendibile a 24 mesi in caso di alti valori di PSA alla recidiva (1 ng/dL o superiore oppure PSA-DT inferiore ai 6 mesi).

Nel caso di PET positiva a livello della loggia prostatica, il trattamento dovrebbe prevedere una radioterapia su loggia (con eventuale boost) e pelvi con 6 mesi di ADT.

Nel caso di recidiva linfonodale pelvica, il trattamento dovrebbe prevedere una radioterapia su loggia e pelvi (con boost su N+) con 6 mesi di ADT.

Nel caso di malattia metastatica metacrona, vale quanto espresso successivamente per la malattia metastatica.

Nel caso di recidiva a basso rischio si può proporre al paziente direttamente un trattamento radiante di salvataggio a livello della loggia prostatica e della pelvi senza eseguire alcuna ristadiazione strumentale.

Recidiva biochimica post-radioterapia

Nei pazienti con recidiva biochimica post-prostatectomia viene richiesta una ristadiazione sistemica di malattia, preferibilmente con metodica PET con PSMA.

Nel caso di una malattia intraprostatica, il paziente può essere candidato, in casi molto selezionati, ad un nuovo trattamento locale (re-irradiazione, HIFU, crioterapia) o a ADT nelle modalità espresse di seguito nel caso di esame negativo.

Nel caso di recidiva pelvica isolata, il paziente può essere candidato ad un trattamento locale stereotassico con 6 mesi di ADT, se è stata irradiata la pelvi, oppure a radioterapia su pelvi e boost su N+ con 6 mesi di ADT, se la pelvi non fosse stata già irradiata.

Nel caso di malattia metastatica metacrona, vale quanto espresso successivamente per la malattia metastatica.

Nel caso di PET negativa va definito il PSA-DT: se minore di 9 mesi, il paziente è candidato ad ADT ed eventualmente ARPI quando disponibile, se maggiore di 9 mesi, a sola ADT od osservazione. In entrambi i

casi può essere proposto un trattamento intermittente se il PSA a 9 mesi risulti indosabile o comunque inferiore a 0.01 ng/dl.

Recidiva biochimica post-chirurgia e post-radioterapia

Nei pazienti con recidiva biochimica che abbiano ricevuto una chirurgia radicale e una radioterapia adiuvante o di salvataggio, viene richiesta una ristadiazione sistemica di malattia, preferibilmente con metodica PET con PSMA.

Nel caso di una malattia nella loggia prostatica, il paziente può essere candidato, in casi molto selezionati, ad un nuovo trattamento di re-irradiazione o a ADT nelle modalità espresse di seguito nel caso di esame negativo.

Nel caso di recidiva pelvica isolata, il paziente può essere candidato, ad un trattamento locale stereotassico con 6 mesi di ADT, se è stata irradiata la pelvi, oppure a radioterapia su pelvi e boost su N+ con 6 mesi di ADT se la pelvi non fosse stata già irradiata.

Nel caso di malattia metastatica metacrona, vale quanto espresso successivamente per la malattia metastatica.

Nel caso di PET negativa va definito il PSA-DT: se minore di 9 mesi il paziente è candidato ad ADT ed eventualmente ARPI quando disponibile, se maggiore di 9 mesi a sola ADT od osservazione. In entrambi i casi può essere proposto un trattamento intermittente se il PSA a 9 mesi risulti indosabile o comunque inferiore a 0.01 ng/dl.

La strategia terapeutica più appropriata per ogni singolo paziente viene discussa e condivisa dal team multidisciplinare.

Carcinoma prostatico non-metastatico resistente alla castrazione (nmCRPC)

La progressione biochimica dopo terapia di blocco androgenico, in assenza di malattia metastatica all'imaging (M0), definisce il nmCRPC.

Il trattamento del nmCRPC ad alto rischio (PSADT < 10 mesi) attualmente consiste nell'aggiunta all' ADT di apalutamide, enzalutamide o apalutamide, sulla base dei dati dei trial clinici randomizzati SPARTAN (apalutamide), PROSPER (enzalutamide) e ARAMIS (darolutamide), che hanno evidenziato un aumento di sopravvivenza libera da progressione metastatica e sopravvivenza globale a confronto con ADT + placebo. In casi con PSA doubling time >10 mesi il paziente può essere candidato a sola ADT fino alla comparsa di metastasi.

TRATTAMENTO DELLA MALATTIA METASTATICA

Il trattamento della malattia prostatica in fase avanzata ha tra gli obiettivi prioritari il mantenimento di una buona qualità di vita oltre ad una cronicizzazione della malattia. A tal fine, si rende indispensabile una valutazione multidisciplinare volta anche a:

- Controllare sintomi → prescrizione di terapia antalgica in caso di dolore, prevenzione SRE in pazienti con metastasi scheletriche, trattamento di lesioni sintomatiche (ad es. RT con finalità palliative su metastasi scheletrica)
- Individuare la necessità di un supporto psicologico → richiesta di colloquio psicologico per il paziente e/o i propri care-givers e familiari
- Attivare le cure palliative

L'oncologo svolge un ruolo principale nella gestione del paziente con malattia avanzata, occupandosi attivamente di:

- Comunicare al paziente la diagnosi e la prognosi
- Programmare gli esami ematochimici, gli accertamenti cardiologici, programmare esami di stadiazione/completamento di stadiazione
- Pianificare l'inizio del trattamento ed indagini volte a valutare e monitorare la risposta alla terapia
- Programmare l'impianto di CVC (PICC/port-a-cath) in caso di necessità
- Attivare le cure palliative precocemente (cure simultanee) o in fase terminale (Hospice domiciliare/residenziale)
- Coordinare l'intervento di altri specialisti (psicologo, radioterapista, terapista del dolore, urologo, etc..) coinvolti nella gestione globale del paziente

Il trattamento della malattia metastatica ormonosensibile (mHSPC)

Il trattamento di prima linea per il carcinoma della prostata ormonosensibile in fase metastatica è rappresentato dalla **terapia androgeno-deprivativa (ADT)** con LH-RH analogo, alla quale si aggiungono **farmaci di nuova generazione e/o chemioterapia con Docetaxel**.

La valutazione del carico o volume di malattia, insieme alle caratteristiche e comorbidità del singolo paziente, permette di definire al meglio l'opzione di trattamento combinato più adatta, nell'ottica di una personalizzazione delle cure.

Ad oggi è possibile prescrivere LHRH analogo in associazione con inibitori del segnale del recettore androgenico (ARSI) ± chemioterapia con Docetaxel, riservando la "tripletta" a pazienti "fit" con alto volume di malattia. L'utilizzo di PARP inibitori in pazienti portatori di mutazioni germinali o somatiche del BRCA potrebbe essere anticipato in questo setting, sempre in associazione con ADT, sulla scorta delle nuove evidenze scientifiche, ma ad oggi rimane nel setting mCRPC.

In pazienti "unfit" per terapie di combinazione, l'ADT in monoterapia può rappresentare un'opzione terapeutica.

I pazienti mHSPC con basso volume di malattia andrebbero valutati per un trattamento radiante sul primitivo, e nel caso di malattia oligometastatica per l'inclusione di un trattamento locale anche sulle sedi metastatiche.

Il trattamento della malattia metastatica resistente alla castrazione (mCRPC)

La malattia prostatica resistente alla castrazione è così definita quando la neoplasia progredisce in corso di trattamento endocrino, nonostante la testosteronemia risulti soppressa (<50 ng/ml).

Ad oggi le opzioni terapeutiche disponibili in questo setting sono rappresentate da:

- **Chemioterapia**: Docetaxel e Cabazitaxel (a progressione da Docetaxel)
- **ARSI**: Enzalutamide e Abiraterone acetato + prednisone 5 mg BID
- **Trattamento radiometabolico**: Radium 223 nei pazienti con metastasi scheletriche sintomatiche, in assenza di metastasi viscerali o linfonodali "bulky", dopo 2 linee precedenti di terapia, e Lutezio-PSMA617, recentemente rimborsato dal SSN, indicato per il trattamento di pazienti con mCRPC progressivo, positivo al PSMA, precedentemente trattati con ARSI e chemioterapia a base di taxani
- **PARP inibitori**: Olaparib in pazienti con mutazione germinale e/o somatica di BRCA1/2, in progressione dopo precedente trattamento che includa un agente ormonale di nuova generazione.

La scelta sull'utilizzo di tali opzioni terapeutiche in sequenza si basa sui farmaci utilizzati nelle linee più precoci, sul carico di malattia, sul profilo del paziente (PS, comorbidità, preferenze, ecc...), sulla presenza di mutazioni target, ed è in accordo con la prescrivibilità indicata in scheda tecnica e le rimborsabilità da parte del SSN.

I pazienti con malattia mCRPC oligoprogressiva in corso di ADT e candidati ad una prima linea di terapia con ARPI, oppure in oligoprogressione in corso di ADT+ARPI andrebbero valutati per un trattamento radiante sulle sedi oligometastatiche.

Indicazione a valutazione mutazioni somatiche e/o germinali di BRCA

Si raccomanda la valutazione delle mutazioni somatiche o germinali di BRCA 1 e 2 in tutti i pazienti con malattia metastatica, che presentino le caratteristiche utili a ricevere il trattamento con Olaparib in caso di positività. È preferibile che la ricerca di varianti patogenetiche di BRCA1/2 venga effettuata su tessuto tumorale. In presenza di mutazioni BRCA1/2 il paziente viene indirizzato a counselling genetico e, di conseguenza, i familiari.

L'oncologo si occupa della richiesta delle suddette mutazioni, nei tempi opportuni in considerazione della complessità di esecuzione del test genetico, e dell'invio del paziente ad eventuale counselling genetico.

Il trattamento delle metastasi scheletriche

Le metastasi ossee sono le localizzazioni secondarie più frequenti da neoplasia prostatica.

Il trattamento specifico delle metastasi ossee ha come **obiettivi**:

- **la prevenzione degli SRE**
- **il controllo del dolore**

In presenza di metastasi ossee può essere indicato il trattamento con agenti antiriassorbitivi ossei (Zoledronato o Denosumab), previa effettuazione di Rx orto-panoramica, valutazione odontostomatologica, valutazione della funzionalità renale. La pianificazione del trattamento con tali agenti, all'interno del percorso terapeutico-assistenziale del paziente con metastasi scheletriche da neoplasia prostatica, è compito dell'oncologo. Altre opzioni terapeutiche sono rappresentata dalla terapia radiometabolica, secondo le indicazioni previste, e la radioterapia esterna a scopo palliativo per il trattamento di metastasi scheletriche

FOLLOW-UP

Obiettivi del follow-up:

- **identificazione della ripresa di malattia locale e/o a distanza** → si attua attraverso il monitoraggio del PSA, secondo i tempi previsti dagli interventi curativi effettuati, e la visita clinica con l'esplorazione rettale (ER). Le indagini strumentali sono richieste sulla scorta dell'andamento del PSA e dei sintomi clinici riferiti.
- **valutazione e monitoraggio della risposta terapeutica**→ monitoraggio del PSA (da considerare con attenzione in caso di utilizzo di farmaci citotossici) ed indagini strumentali da richiedere sulla scorta dell'andamento del PSA e dei sintomi clinici riferiti.
- **monitoraggio dei possibili effetti collaterali e delle sequele a breve e lungo termine dei trattamenti ricevuti**→ periodici controlli urologici e/o radioterapici, valutazione degli effetti delle terapie androgeno-deprivative (effetti cardiovascolari da sindrome metabolica , osteoporosi, anemia, disturbi sessuali, etc..), effetti collaterali dovuti all'impiego di chemioterapici, ARSI, PARP-inibitori.

In caso di malattia prostatica limitata, sottoposta a trattamenti con finalità radicali, la durata del follow-up è di 5 anni, dopo i quali il paziente può proseguire i controlli tramite il proprio MMG. In caso di sospetta o accertata ripresa di malattia, viene garantito il rientro nel circuito specialistico attraverso le modalità di accesso definite dal PDTA

Prostatectomia radicale

La prostatectomia radicale (RP), viene ad oggi eseguita con tecnica laparoscopica 3D o laparoscopica-roboti assistita. Questi approcci consentono una riduzione dei tempi di degenza in media a 3-4 giorni, riduzione della cateterizzazione postoperatoria (in media 6 giorni), riduzione significativa delle complicanze in particolare stenosi uretrali, utilizzo di trasfusioni di emoderivati, re-accessi da DEA. Diversi studi riportano inoltre un vantaggio anche in termine di recupero funzionale sulla continenza urinaria e funzione sessuale. In particolare la percentuale di incontinenza urinaria persistente che necessita di procedure invasive (bulking agents o protesi sfinteriali) è <2.5 %, variabile la percentuale di impotenza erigendi dopo percorso riabilitativo farmacologico, in base anche a condizioni preoperatorie del paziente, comorbidita', possibilita' di una chirurgia nerve sparing mono o bilaterale. Un precoce recupero della continenza urinaria può essere velocizzato dall'utilizzo di tecniche guidate di riabilitazione perineale con elettrostimolazione e biofeedback bisettimanale a rimozione del catetere vescicale post chirurgia. L'indicazione alla RP e' proposta in tutte le classi di rischio della malattia non metastatica. In particolare, nel basso rischio la RP viene offerta senza linfadenectomia estesa e con possibilità risparmio dell'integrità del decorso dei nervi parasimpatici preposti alla erezione peniena (nerva erigentes rami del plessi ipogastrici inferiori) mono o bilaterale intrafasciale. Nella classe di rischio intermedia deve essere discussa la indicazione alla linfadenectomia pelvica estesa (iliaca interna, esterna, comune ed otturatoria bilaterale, limitatata prosimalmente alla crosse degli ureteri, medialmente al decorso della lamina di Delbet, distalmente al legamento di Gibernat ed ai vasi epigastrici inferiori profondi, lateralmente al decorso del nervo genito-femorale), in base a nomogrammi predittivi di rischio per positività linfonodoale. Nella classe di rischio alta, la RP viene sempre associata ad una linfadenectomia pelvica estesa, mentre nella classe di rischio alta con cT4 la RP può essere proposta in una ottica multimodale, seguita da radioterapia associata o non a terapia di blocco androgenico.

Riabilitazione Sessuale dopo PR

La disfunzione erettile (DE) è ancor oggi la complicanza più frequente con una incidenza oscillante dal 25 al 90% e ed eziologia multifattoriale. In pazienti giovani sottoposti a PR nerve-sparing, l'uso di inibitori della 5-fosfodiesterasi rappresenta il trattamento di prima scelta (richiedono l'integrità nervosa per il rilascio di ossido nitrico). E' in genere opportuno iniziare il trattamento entro un mese dall'intervento chirurgico. Nei casi che non rispondono alla terapia entro 3 mesi, è utile passare alla somministrazione (intracavernosa o intrauretrale) di prostaglandine, terapia di scelta nei soggetti sottoposti a PR senza risparmio delle fibre nervose. Le prostaglandine infatti per funzionare non richiedono l'integrità nervosa per indurre l'erezione; tuttavia hanno come limite la scarsa accettabilità da parte del paziente. Il vacuum-device, può essere proposto a scopo riabilitativo: induce una ossigenazione forzata passiva e un effetto di stretching sul pene.

Ambulatorio di andrologia

È attivo presso il P.O. San Giovanni evangelista di Tivoli un Ambulatorio di Andrologia al quale i pazienti residenti nell'ASL RM5 e trattati presso i presidi ospedalieri della ASL stessa possono accedere tramite CUP per effettuare valutazione per programma di riabilitazione andrologica.

Riabilitazione della continenza urinaria dopo prostatectomia radicale

I pazienti trattati con prostatectomia radicale presso i presidi ospedalieri della ASL RM5 ed affetti da iniziale pseudo-incontinenza saranno prima valutati presso l'ambulatorio di urologia oncologica (vedi sopra), dove verranno indirizzati ad una prima riabilitazione attiva domiciliare. Nel caso persistano le perdite urinarie per un periodo superiore ai 90 giorni dalla data di rimozione del catetere si renderà necessaria una valutazione fisiatrica, effettuabile presso i Distretti di Tivoli, Colleferro, Guidonia, Monterotondo, volta ad indicare una eventuale presa in carico riabilitativa. Laddove dovesse persistere incontinenza anche dopo almeno due cicli completi di riabilitazione del piano perineale (o comunque ad un anno dall'intervento chirurgico), il paziente potrà accedere al programma di protesizzazione chirurgica uretrale per incontinenza urinaria iatrogena, preceduto obbligatoriamente da valutazione urologica funzionale ed esame urodinamico completo che saranno effettuati presso la UOC Urologia del P.O. San Giovanni Evangelista di Tivoli. L'esame urodinamico

invasivo completo di uroflussimetria, studio pressione-flusso e cistomanometria consentirà di classificare la incontinenza urinaria iatrogena in lieve, moderata o grave: nei primi due casi si ricorrerà all'utilizzo di sling sottouretrali com posizionamento perineale, nel terzo caso a posizionamento di sfintere artificiale tipo cuffia per incontinenza urinaria.

Protesica peniena andrologica

In caso di fallimento della riabilitazione andrologica dopo prostatectomia radicale e conseguente persistenza di impotentia erigendi e conseguente coeundi da deficit erettivo neurovascolare grave, l'assistito potrà richiedere protesizzazione peniena volta al solo raggiungimento della erezione finalizzato alla penetrazione (non potendosi oggettivamente raggiungere orgasmo ed eiaculazione); l'atto chirurgico di posizionamento di protesi peniena tricomponente, effettuabile presso la U.O.C. Urologia del P.O. San Giovanni Evangelista di Tivoli dopo cui è concesso un numero di interventi fisso dalla Regione Lazio, deve essere obbligatoriamente preceduto da una accurata valutazione andrologica, effettuata dal personale della suddetta U.O.C. e da un attento inquadramento psicologico, ad opera questo ultimo della UOC di Psichiatria della ASL RM5.

Radioterapia

La radioterapia (RT) a fasci esterni rappresenta un'opzione terapeutica per i pazienti affetti da tumore della prostata in stadio localizzato (cT1-T2) o localmente avanzato (cT3 e/o cN1), con intento radicale (curativo) o post-operatorio.

L'implementazione tecnologica, l'utilizzo di tecniche conformate come la IMRT (Intensity-Modulated Radiation Therapy) o VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy), nonchè di trattamenti guidati dalle immagini IGRT (Image Guided Radiation Therapy), hanno permesso un progressivo incremento dell'indice terapeutico del trattamento radiante nel carcinoma prostatico, consentendo l'erogazione di dosi elevate e nel contempo un risparmio dei tessuti sani circostanti.

RT radicale

La radioterapia a fasci esterni (External Beam Radiation Therapy, EBRT) rappresenta un'alternativa terapeutica con finalità curative alla chirurgia in tutte le classi di rischio.
Può essere utilizzata in tutti i pazienti con malattia organo-confinata in un ampio range di età, con risultati a lungo termine sovrapponibili a quelli della prostatectomia radicale (PR).
Negli stadi più avanzati (T3-T4 N0/1 M0), la radioterapia, in associazione alla terapia ormonale, in assenza di studi prospettici versus chirurgia, rappresenta al momento il trattamento locale di scelta.
La RT può essere utilizzata da sola o in associazione alla terapia di deprivazione androgenica in base alla classe di rischio del paziente.
Il volume di irradiazione varia in base alla classe di rischio e alla presentazione clinica di malattia, e può coinvolgere la sola prostata, la prostata e le vescichette seminali, sino all'aggiunta dei linfonodi pelvici di drenaggio.
Gli studi di radiobiologia hanno identificato la malattia prostatica con un rapporto α/β di 1.5-3Gy. Questo permette oltre al trattamento convenzionale standard, l'utilizzo di schedule di "*ipofrazionamento moderato o spinto*", quest'ultimo conosciuto come trattamento stereotassico.
Dato la possibilità di trattamento radiante in tutte le classi di rischio, la discussione in ambito multidisciplinare rappresenta un passaggio fondamentale per la definizione condivisa tra specialisti dedicati e paziente dell'iter terapeutico.

RT post-operatoria

Circa il 50% dei pazienti sottoposti a PR può registrare negli anni una recidiva biochimica.
La RT postoperatoria può essere eseguita in tre momenti:

- come radioterapia adiuvante (entro 180 giorni dalla chirurgia) con valori del PSA postoperatorio azzerato, e nel caso sia recuperata la continenza urinaria e il paziente presenti 2 dei seguenti fattori positivi: pN+, GS=8-10, pT3b-pT4;
- come terapia di salvataggio precoce in caso di progressione biochimica > 0.2 ng/ml ed entro un valore inferiore a 0.4 ng/ml del PSA totale;
- nel caso di persistenza biochimica post-chirurgia con un esame di staging, preferibilmente PET PSMA, che escluda la presenza di malattia sistemica.

L'eterogeneità della presentazione di questi scenari e delle terapie che possono essere attuate sottolinea l'importanza della discussione multidisciplinare in tutti i pazienti sottoposti a PR.

PERCORSO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO NEL PDTA PER LA NEOPLASIA DELLA PROSTATA

Nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il carcinoma prostatico, l'infermiere ricopre un ruolo centrale e integrato, collaborando attivamente con il team multidisciplinare. Oltre all'assistenza fisica, l'infermiere gestisce aspetti psicologici, educativi e sociali del paziente, migliorando l'aderenza terapeutica e il benessere complessivo.

Ruolo dell'Infermiere nel PDTA

L'attività infermieristica si sviluppa lungo l'intero percorso di cura, con interventi mirati in diverse fasi:

1. **Accoglienza e Valutazione Iniziale**: In questa fase, l'infermiere raccoglie informazioni anamnestiche ed evidenzia eventuali alert per orientare alla necessità della valutazione sociale, individuando i fattori di rischio per l'aderenza terapeutica e la qualità della vita.
2. **Pianificazione dell'Assistenza**: In collaborazione con il team multidisciplinare l'infermiere partecipa alla pianificazione del piano assistenziale e alla gestione delle complicanze post-trattamento, come l'incontinenza urinaria o gli effetti collaterali delle terapie sistemiche
3. **Assistenza durante le Fasi Diagnostiche**: L'infermiere fornisce supporto emotivo e informativo al paziente, preparandolo agli esami diagnostici (biopsia, risonanza magnetica, PET-TC) e monitorando eventuali complicanze post-procedurali.

Gestione della Terapia

L'infermiere è coinvolto nelle seguenti fasi del trattamento:

- **Assistenza Pre-Operatoria**: Preparazione del paziente all'intervento chirurgico, gestione della documentazione pre-operatoria e monitoraggio dello stato psicologico.
- **Assistenza Post-Operatoria**: Monitoraggio dei parametri vitali, gestione del dolore e delle complicanze post-operatorie (infezioni, sanguinamenti), e cura della ferita chirurgica.
- **Gestione delle Terapie Mediche**: Somministrazione di terapie ormonali e chemioterapiche, monitoraggio degli effetti collaterali e educazione all'uso corretto dei farmaci.

Educazione e Supporto al Paziente e alla Famiglia

L'infermiere fornisce informazioni dettagliate riguardo il trattamento, gli effetti collaterali e le modifiche nello stile di vita, supportando il paziente e la famiglia, anche in collaborazione con i professionisti psicosociali coinvolti nella presa in carico, nell'affrontare le difficoltà legate alla malattia, come la paura della recidiva e la gestione della disfunzione erettile.

Follow-Up e Monitoraggio

Monitora lo stato di salute del paziente, coordinando il controllo degli effetti collaterali e sintomi. pianifica e coordina gli appuntamenti di follow-up, assicurandosi che i controlli vengano eseguiti regolarmente.

Ruolo del Case Manager nel PDTA

Il case manager infermieristico coordina l'intero percorso assistenziale, facilitando la comunicazione tra i vari specialisti e garantendo un'assistenza continua e integrata. Inoltre, offre supporto educativo alla famiglia e gestisce le risorse per la cura quotidiana del paziente.

Tabella Riassuntiva del Percorso Infermieristico e del Ruolo del Case Manager

Fase del PDTA	Ruolo Infermieristico	Ruolo del Case Manager
Accoglienza e valutazione iniziale	Raccoglie anamnesi e identifica bisogni fisici ed evidenzia eventuali alert sociali e psicologici	Coordina l'accesso alle cure, pianifica appuntamenti e organizza il supporto familiare.
Pianificazione dell'assistenza	Redige il piano di assistenza personalizzato, con focus su dolore e sintomi.	Coordina le attività del team multidisciplinare, garantendo coerenza nelle azioni terapeutiche.
Assistenza durante le fasi diagnostiche	Fornisce supporto emotivo e pratico, educa sul processo diagnostico.	Garantisce che il paziente comprenda il processo e organizza gli esami e le visite specialistiche.
Assistenza durante il trattamento	Somministra farmaci, gestisce complicanze post-operatorie, supporta il paziente nelle terapie ormonali o chemioterapiche.	Organizza la gestione delle terapie, monitorando l'efficacia e supportando il paziente nelle scelte terapeutiche.
Educazione sanitaria	Fornisce informazioni su come gestire la malattia, l'alimentazione e l'esercizio fisico.	Facilita l'educazione al paziente e alla famiglia, organizzando incontri di formazione e dando accesso alle risorse.
Supporto relazionale	Ascolto attivo, gestione ansia, per pazienti e familiari, di concerto con i professionisti psicosociali coinvolti nella presa in carico	Offre supporto relazionale, e coordina le attività in capo al supporto psicoterapico e sociale per paziente e famiglia.
Follow-up e monitoraggio	Monitora lo stato di salute del paziente, coordinando il controllo degli effetti collaterali e sintomi.	Pianifica e coordina gli appuntamenti di follow-up, assicurandosi che i controlli vengano eseguiti regolarmente.

SERVIZIO SOCIALE

Attività del Servizio Sociale: **Consulenza e Supporto ai Pazienti Oncologici e ai Caregivers**

Nella ASL Roma 5 è inoltre attivo il Servizio di **Mediazione Linguistico Culturale**, che attraverso il Servizio Sociale a livello dipartimentale, riceve le richieste di mediazione per facilitare i professionisti non solo nella comunicazione con pazienti e familiari di culture straniere, ma anche per decodificare i significati culturali

sottostanti la percezione della malattia, del dolore, della cura. E' attivo anche il **servizio di traduzione,** utile per documenti relativi a indagini diagnostiche, prescrizioni terapeutiche in possesso dei pazienti ed effettuati nei paesi di origine

Il Servizio Sociale effettua il **preassessment dei bisogni e delle risorse sociali, abitative, economiche** dei pazienti, anche in **rete con il servizio sociale degli enti locali**, valuta i **determinanti sociali** che possono influire negativamente sulle condizioni di salute, garantisce il supporto ai familiari e ai care givers nei percorsi più appropriati in considerazione della rete familiare, sociale e territoriale presente, in collaborazione con il team sanitario, per garantire una presa in carico e un'assistenza sociosanitaria integrata.

Punto Unico di Accesso (PUA)

Ogni distretto della ASL Roma 5 dispone di un Punto Unico di Accesso (PUA), che facilita l'accesso ai servizi sociosanitari, orientando i pazienti verso i percorsi assistenziali più adeguati. Il PUA collabora con il Servizio Sociale del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS) per offrire supporto e valutazioni sociali.

Attività Sociali nel PUA:

1. **Valutazioni per richieste di contributi:** Assistenza per cittadini sottoposti a terapia oncologica, come la richiesta di contributi per l'acquisto della parrucca (DGR 761/2021).
2. **Supporto ai pazienti oncologici e in lista d'attesa per trapianto:** Colloqui e valutazioni per pazienti oncologici o in attesa di trapianto di organi solidali o midollo (L.R. 13/2018, DGR 586/20, DGR 456/2021).
3. **Valutazioni per Riabilitazione Territoriale:** Analisi dei bisogni per richieste di riabilitazione ambulatoriale o residenziale (ex art. 26 L. 833/78).

Funzioni:

1. Valutazione delle necessità del paziente.
2. Orientamento e attivazione di percorsi assistenziali.
3. Gestione delle risorse per una risposta mirata.

Modalità di attivazione:

- Accesso diretto agli sportelli PUA.
- Richiesta online tramite email o contatti telefonici.
- Indirizzi Email:
    - pua.tivoli@aslroma5.it
    - pua.colleferro@aslroma5.it
    - pua.monterotondo@aslroma5.it
    - pua.guidonia@aslroma5.it
    - pua.subiaco@aslroma5.it
    - pua.palombara@aslroma5.it
    - pua.palestrina@aslroma5.it

Centro di Assistenza Domiciliare (CAD):

Il CAD fornisce assistenza domiciliare continua ai pazienti oncologici, attraverso l'**équipe** presente **(medico, assistente sociale, infermiere**), per garantire un'assistenza sociosanitaria adeguata, valutando i percorsi

appropriati ai bisogni del malato e coerenti con la rete familiare presente, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del paziente.

Servizio Sociale Ospedaliero (presente nel team ospedaliero TOH): effettua la consulenza sociale su richiesta del **pronto soccorso** o del **reparto**, attraverso la **COT A,** contribuisce alla **valutazione multidimensionale,** partecipando all'individuazione del percorso più appropriato ai bisogni della persona, in vista della dimissione, verso il territorio (domicilio o strutture residenziali), attivando il **CAD** e se necessario integrando l'intervento con il **Servizio Sociale degli Enti Locali**, al fine di supportare la rete familiare e i caregivers nei compiti di cura.

Il Servizio Sociale, attraverso i servizi ASL in cui è presente, promuove l'attivazione delle risorse e delle **reti istituzionali e informali, familiari e della comunità di appartenenza**, per garantire il più possibile la personalizzazione dell'intervento e il **mantenimento nel proprio contesto di vita.**

COT A, COT D-IFeC

Ogni distretto sanitario aziendale offre un **Punto Unico di Accesso (PUA), un Centro di Assistenza Domiciliare (CAD) e una Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT D) nella quale sono attivi i servizi IFeC e OFeC;** inoltre è operativa la **Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT A);** tutti questi servizi collaborano sinergicamente per garantire un'assistenza tempestiva e integrata.

La Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT A): coordina l'assistenza a livello sovra distrettuale, gestendo casi complessi e garantendo l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri. Oltre a supportare i **Medici di Medicina Generale (MMG)** nella gestione dei pazienti fragili e cronici, la COT A interviene anche con tutte le **Unità Operative ospedaliere**, facilitando l'erogazione di prestazioni strumentali e ambulatoriali, e promuovendo la presa in carico domiciliare.

Funzioni:

1. Coordinamento e gestione integrata dei **flussi informativi** tra distretti e ospedali.
2. Gestione dei **casi complessi** con percorsi assistenziali personalizzati.
3. **Monitoraggio** dei dati per migliorare l'efficacia dei servizi.

Modalità di attivazione:

- **Segnalazione** dai distretti, ospedali, MMG e Unità Operative.
- **Contatti centralizzati** per coordinare le attività.
- **Email:** cot@aslroma5.it
- **Sede:** Tivoli-Presso Palazzo Cianti

Servizi:

1. **Coordinamento** tra ospedali e distretti.
2. **Gestione integrata** dei pazienti fragili e cronici.
3. Aggiornamento continuo dei **protocolli aziendali.**

Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT D):

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è individuata nel modello aziendale a livello Distrettuale come COT-D, in linea con le indicazioni del DM 77/2022. In ottemperanza a quanto disposto dal PNRR, le COT-D sono astate istituite presso i 6 Distretti Monterotondo, Tivoli, Guidonia, Subiaco,

Palestrina, Colleferro e presso la CdC di Palombara, la cui funzione temporaneamente è vicariata dalla COT-D di Guidonia.

Funzioni:

1. **Pianificazione** delle cure post-ospedaliere.
2. Gestione dei **pazienti fragili** con monitoraggio e follow-up.
3. Integrazione con i **servizi sociali.**

Modalità di attivazione:

- **Segnalazione** dalle dimissioni ospedaliere o dai distretti.

Indirizzi Email:

cot.distrettotivoli@aslroma5.it

cot.distrettocolleferro@aslroma5.it

cot.distrettopalestrina@aslroma5.it

cot.distrettomonterotondo@aslroma5.it

cot.distrettoguidonia@aslroma5.it

cot.distrettosubiaco@aslroma5.it

Servizi:

1. Pianificazione delle **dimissioni protette.**
2. Supporto per l'attivazione di **servizi domiciliari.**
3. **Monitoraggio** dei pazienti con follow-up.

Infermiere di famiglia e comunità (IFeC)

L'iFeC in collaborazione con il MMG/PLS si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età.

Le specifiche attività dell'IFeC sono:

1. identificare e valutare lo stato di salute;
2. pianificare ed erogare assistenza;
3. effettuare interventi informativi ed educativi;
4. essere l'attivatore di rete per il problema segnalato dal paziente, famiglia, comunità;
5. sostenere ed incoraggiare, educare ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
6. identificare situazioni di rischio di squilibrio dello stato di salute al fine di allertare precocemente il MMG/PLS.

Modalità di attivazione, attraverso le COT-D da parte di:

- TOH

- COT-A
- MMG
- Punto Unico di Accesso;
- Medico specialista e/o direzione della CdC;
- Case Manager presente nell'Ospedale di Comunità, alla dimissione della persona assistita;
- Case Manager di Percorso e PDTA;
- Infermiere dei servizi ambulatoriali
- UCA

Centro di Assistenza Domiciliare (CAD)

Il CAD fornisce assistenza domiciliare ai **pazienti non autosufficienti**, riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri e offrendo cure sanitarie personalizzate in ambiente familiare.

Obiettivi:

1. Garantire **continuità assistenziale** domiciliare.
2. Fornire cure sanitarie e riabilitative a domicilio.
3. Supporto psicologico e socio-assistenziale.

Modalità di attivazione:

- Su segnalazione del MMG, PLS o Unità Operativa Ospedaliera per pazienti dimessi.

Servizi:

1. Valutazione iniziale e definizione del **Piano Assistenziale Individuale (PAI).**
2. **Assistenza sanitaria a domicilio:** Visite mediche, interventi infermieristici, fisioterapici e logopedici.
3. **Supporto socio-sanitario:** Coordinamento con i Comuni per **l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).**
4. **Dimissioni protette:** Gestione del ritorno a casa dei pazienti dimessi dall'ospedale.

Attività Sociali nel CAD:

1. Valutazioni domiciliari per ausili: Colloqui per l'autorizzazione di ausili come carrozzine elettriche o montascale (su richiesta dell'ufficio protesica).
2. Definizione del setting assistenziale: Valutazioni per determinare se il paziente necessita di assistenza domiciliare o residenziale (RSA, Hospice).
3. Attivazione di servizi socio-assistenziali: Collaborazione con i servizi sociali per il supporto agli ADL (Attività della Vita Quotidiana).
4. Supporto psicologico: Valutazioni per l'attivazione di supporto psicologico, in collaborazione con i servizi sociali o sanitari competenti.
5. Attivazione di altri servizi socio-sanitari: Valutazioni per l'attivazione di servizi aggiuntivi.

Modalità di accesso:

- Richiesta tramite MMG, PLS o reparto ospedaliero.
- Modulistica online o presso sportelli territoriali.
- Indirizzi Email:
  - cad.tivoli@aslroma5.it
  - cad.colleferro@aslroma5.it
  - cad.palestrina@aslroma5.it
  - cad.monterotondo@aslroma5.it
  - cad.guidonia@aslroma5.it;
  - cad.subiaco@aslroma5.it

Servizio Sociale Ospedaliero (TOH)

Il Servizio Sociale Ospedaliero (TOH), attivo nei **5 ospedali della ASL Roma 5** (Tivoli, Colleferro, Palestrina, Monterotondo, Subiaco), interviene durante la fase di dimissione ospedaliera, garantendo la continuità delle cure e il ritorno sicuro a casa in collaborazione con i Servizi Sociali Comunali.

Attività:

1. Definizione del setting assistenziale: Valutazioni per la gestione del ritorno a casa o trasferimento in strutture residenziali (RSA, Hospice).
2. Attivazione di servizi domiciliari socio-assistenziali: Supporto per attivare l'assistenza domiciliare in collaborazione con i servizi sociali.
3. Supporto psicologico: Attivazione di servizi di supporto psicologico per i pazienti in terapia, in collaborazione con i servizi sociali e sanitari.
4. Attivazione di altri servizi socio-sanitari: Analisi delle necessità del paziente e attivazione di servizi aggiuntivi.

Ogni distretto della ASL Roma 5 mette a disposizione **sportelli fisici e online** per informazioni e supporto nella compilazione della modulistica. Gli utenti possono accedere ai servizi tramite il portale online della ASL o contattare i numeri dedicati per ogni distretto.

ASSISTENZA PROTESICA INTEGRATA

Descrizione e finalità del servizio: Il SSN garantisce attraverso l'Assistenza Protesica l'erogazione di protesi, ortesi, ausili alle categorie di persone previste dal DPCM 12 gennaio 2017, che definisce i nuovi LEA

Sono aventi diritto nello specifico PDTA, i **residenti** nelle seguenti condizioni:

persone urostomizzate, coloro che necessitano permanentemente di cateterismo. Agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale cronica e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso.

È necessaria la prescrizione del medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato, competente per la specifica menomazione.

Prestazioni erogate dagli uffici competenti, in ciascuno dei 6 distretti sanitari aziendali:

- Attività di front office negli orari di ricevimento del pubblico
- Istruttoria pratiche, valutazione della documentazione presentata sulla conformità delle indicazioni prevista dalla normativa nazionale e regionale vigente
- Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
- Autorizzazioni o diniego motivato delle richieste
- Contatti con i fornitori
- Contatti con le strutture ospedaliere per le dimissioni del paziente

Per gli ausili ad importante impegno di spesa, l'autorizzazione è subordinata alla valutazione da parte della **Commissione Dispositivi Medici Aziendale**

Modulistica necessaria:

- Compilazione modello per istanza presidi (solo in caso di prima istanza)
- Prescrizione redatta dallo specialista di struttura pubblica competente per disabilità su modulo standardizzato regionale
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità e tessera sanitaria (solo in caso di prima istanza)
- Fotocopia del verbale di invalidità con indicazione delle patologie (solo in caso di prima istanza o di aggravamento), non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso
- In caso di ricorso: sentenza del giudice con allegata relazione del CTU (consulente tecnico di ufficio), non necessario per assistiti minorenni o per presidi monouso
- oppure fotocopia della ricevuta di presentazione della domanda per il riconoscimento invalidità civile e del certificato medico necessario per l'invio della domanda
- Eventuale delega con fotocopia di un documento di identità in corso di validità del delegato, (modello delega)
- Preventivo della Sanitaria/Ortopedia/Farmacia scelto tra le ditte presenti nell'elenco regionale consultabile sul sito della regione Lazio

La prescrizione dello specialista di struttura Pubblica deve essere completa dei seguenti dati:

- Diagnosi con la specifica menomazione o disabilità
- Indicazione del presidio necessario e codice di riferimento
- La quantità, che per i dispositivi monouso corrisponde al fabbisogno per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo comunque non superiori ad un anno
- Programma terapeutico: finalità terapeutiche/riabilitative, tempi di impiego del presidio, modalità di controllo, possibili controindicazioni o limiti di impiego.

Nota: Per i presidi per la stomia la prima prescrizione post-intervento non potrà superare il fabbisogno di un mese al fine di seguire il processo di maturazione della stomia appena confezionata.

Per i prodotti per l'assorbenza nella prescrizione lo specialista deve attestare la condizione di incontinenza stabilizzata e la necessità di ausili per l'incontinenza (pannoloni e traverse).

CURE PALLIATIVE: ADI, HOSPICE E SIMOULTANEUS CARE

Sono eleggibili per le cure palliative i pazienti con tumori in stadio avanzato in progressione neoplastica non responsiva a trattamenti specifici.

Due sono i livelli di erogazione delle Cure Palliative:

1 Livello - BASE (dipendente dalle necessità evidenziate dai medici che attivano il servizio e dal **CIA < 0,5 [coefficiente di intensità assistenziale]**, si attiva utilizzando i canali che fanno capo al MMG. Il MMG può richiedere l'attivazione dell'ADI ai CAD di residenza/domicilio sanitario dell'utente.

Questo livello di assistenza si realizza tramite personale interno al CAD o tramite enti accreditati per l'ADI.

Le attività principali includono **interventi domiciliari mirati**, che verranno indicati nel **PAI (Piano Assistenziale Individuale)**, secondo le varie necessità terapeutico-assistenziali. Queste prestazioni si configurano come parte di un approccio di **"Simultaneous Care"**, ossia un'assistenza integrata durante o successivamente ai trattamenti oncologici, finalizzata a sostenere il paziente nella gestione degli effetti collaterali delle terapie e nelle difficoltà quotidiane legate alla patologia oncologica. Tali servizi sono attivati quando il paziente, a causa di astenia o limitazioni nell'autonomia, non è in grado di recarsi presso gli ambulatori della ASL. Questo approccio integrato rappresenta un pilastro fondamentale dell'assistenza territoriale, in linea con i principi del DM 77/2022 per il potenziamento della rete di cure domiciliari.

2° Livello - Cure Palliative Specialistiche (di pertinenza degli Enti Erogatori Accreditati con la Regione Lazio [**HOSPICE**])

Criteri generali di eleggibilità, parametri clinici:

- **Aspettativa di vita** limitata (generalmente < 6 mesi)
- **Karnofsky Performance Status** (KPS) ≤ 50
- Necessità di **supporto sintomatologico** complesso

Indicatori specifici:

- Ricoveri ripetuti
- Progressivo declino nutrizionale
- Impossibilità a trattamenti specifici
- Necessità di controllo sintomi intrattabili

Le cure palliative specialistiche si rivolgono a pazienti con necessità assistenziali più complesse, con un **CIA > 0,5** (che richiede almeno un intervento quotidiano da parte di un operatore sanitario) ed un **Karnofsky Performance Status (KPS) < 50**. Queste condizioni riflettono una fase avanzata della malattia con una prognosi limitata (aspettativa di vita ≤ 90 giorni).

Le cure specialistiche sono erogate dagli Hospice, in **setting sia domiciliare che residenziale**, e prevedono interventi multidisciplinari per il controllo dei sintomi e il supporto globale del paziente e della sua famiglia. Il MMG è sempre un riferimento nel percorso assistenziale, sia domiciliare che residenziale, e condivide il percorso di cure con i colleghi della struttura Hospice.

Si attivano tramite la compilazione **Modulo Regionale** da inviare alla **COT-A**, che provvederà all'inserimento nella **piattaforma Regionale** prevista per la gestione delle liste d'attesa, ed agli **Hospice** (che insistono sul territorio della ASL RM 5 o, in accordo con utente e familiari, con le altre strutture assistenziali Regionali).

La COT-A lavora in sinergia con l'UVTHospice Aziendale per la valutazione dei percorsi assistenziali.

N.B. Tale percorso assistenziale, alla presa in carico dell'utente, comporta la cessazione dell'assistenza domiciliare territoriale del CAD e relativa ADI.

Gli Hospice che insistono sul territorio della ASL Roma 5 sono 3 e sono enti erogatori privati accreditati per il setting domiciliare o residenziale con un rapporto di 4:1 (4 posti domiciliari a fronte di 1 posto letto residenziale) per un totale di circa **40 posti letto residenziali** e **160 posti** per l'assistenza **domiciliare**.

Gli Hospice (Enti erogatori) che insistono sul territorio della ASL Roma 5 sono:

" Hospice Il Girasole" - Nomentana Hospital - Fonte Nuova - Responsabile Dott. Pantaleo Pagliula

hospiceilgirasole@gmail.com Assistenza Domiciliare e Residenziale

"Hospice IHG" - Italian Hospital Group - Guidonia - Responsabile Dott. Ugo Ciervo hospice@italianhospitalgroup.com Assistenza Domiciliare e Residenziale

"Hospice INI Medicus" - Tivoli - Responsabile Dott.ssa Simona Barberi ufficioricoveri.medicus@gruppoini.it Assistenza Domiciliare e Residenziale

ASSOCIAZIONI di VOLONTARIATO

Nell'ambito del PDTA le associazioni di volontariato possono:

- **Organizzare eventi di prevenzione** a favore della cittadinanza;
- **Formazione ed informazione**;
- **Trasporto e supporto** di pazienti oncologici;
- **Assistenza ai pazienti** a livello ospedaliero;
- **Servizio farmaco:** consegna a domicilio dei farmaci.

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il MMG rappresenta il primo riferimento per il paziente per il percorso di salute e come integrazione/congiunzione tra ospedale e territorio. Nello specifico, promuove adeguati stili di vita, interviene sia in fase di prevenzione primaria ed invio ad eventuale percorso di cura specialistico, sia nella fase di follow-up, riabilitazione e reinserimento sociale del paziente. Attiva l'assistenza domiciliare per le Simultaneus Care o per le Cure Palliative di Livello Base tramite la compilazione del modulo Regionale al proprio CAD di residenza (ADI mediante il PUA (Punto Unico d'Accesso):

7.MONITORAGGIO DEL PDTA: INDICATORI

Indicatore	Setting	Descrizione	Soglia	FONTE
Tempo per esecuzione della RM multiparametrica < 30 giorni dalla diagnosi di sospetta neoplasia	Diagnosi	Numero di pazienti sottoposti a RM Biparametrica/Multiparametrica dal sospetto diagnostico in un tempo inferiori a 30 giorni	>90%	Piattaforma Interna
Biopsia prostatica entra 15 giorni lavorativi dalla valutazione del MDT	Diagnosi	Numero di pazienti sottoposti a biopsia prostatica entro 15 giorni lavorativi dalla valutazione del MDT /sul totale dei pazienti	<90%	Piattaforma interna/SDO
Tempo intercorso tra la data della biopsia e la consegna del referto istologico	Diagnosi	Numero di Pazienti con carcinoma prostatico con referto istologico su agobiopsia entro 10 giorni lavorativi dall'accettazione/Totale Pazienti con carcinoma prostatico che hanno effettuato agobiopsia **standard** =>90%	>90%	Linee guida Interne Fonte Dati Anatomia Patologica
Chemioterapia in Day Hospital o ormonoterapia, ove indicata entro 14 giorni dalla decisione del MDT	Trattamento	Numero di Pazienti con carcinoma prostatico sottoposti a chemioterapia entro 14 giorni dalla discussione del MDT /sul totale di pazienti con carcinoma prostatico con indicazione a chemioterapia	>95%	SDO
Tempo alla prima visita Radioterapica < 7 giorni lavorativi , dalla segnalazione durante il meeting multidisciplinare	Trattamento	Numero di pazienti che effettuano la prima visita Radioterapica entro 7 giorni/ totale dei pazienti con neoplasia prostatica trattati con Rt	>90%	Piattaforma Interna
Tempo tra la prima visita ed il trattamento Radioterapico < 20 giorni lavorativi, calcolato dalla prima visita presso il reparto di radioterapia oncologica all'inizio delle fasi di impostazioe del trattamento (TC di centraggio/ prima simulazione) o alla prescrizione di terapia androgeno deprivativa	Trattamento	Numero di pazienti sottoposti a trattamento Radioterapico in un tempo < a 20 giorni lavorativi , calcolato dalla la prima visita presso il reparto di radioterapia oncologica all'inizio delle fasi di impostazioe del trattamento (TC di centraggio/ primasimulazione) sul totale dei pazienti con neoplasia prostatica sottoposti a RT	>90%	Piattaforma Interna

Tempo alla chirurgia di prostatectomia radicale: < 7 giorni lavorativi , dalla segnalazione durante il meeting multidisciplinare per l'accesso alla preospedalizzazione; < 30 giorni per l'accesso al ricovero ed intervento	Trattamento	Numero di pazienti che effettuano la preospedalizzazione entro 7 giorni/ totale dei pazienti con neoplasia prostatica trattati con RP e ricovero per intervento entro 30 giorni / totale dei pazienti con neoplasia prostatica trattati con RP	>90%	Piattaforma Interna
Tempo fra ricovero per intervento e dimissione dopo intervento di RP < 5 giorni	Trattamento	Numero di pazienti sottoposti a trattamento chirurgico RP con degenza inferiore a 5 giorni/ totale pazienti ricoverati per chirurgia RP	>90%	Piattaforma interna

8.COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA'AZIENDALI ED INTERAZIENDALI:

ASL ROMA 5

COORDINATORE DEL PDTA

Dott.ssa Rosa Saltarelli Direttore (ff) UOC Oncologia Medica Ospedale San Giovanni Evangelista Tivoli Referente del Coordinamento Oncologico Aziendale

COORDINATORI PER SETTORE

- Dott.ssa Francesca Sofia Di Lisa Dirigente Medico Oncologia Ospedale San Giovanni Evangelista Tivoli
- Dott. Flavio Forte Direttore UOC Urologia Ospedale San Giovanni Evangelista Tivoli
- Dott. Aldo Di Blasi Direttore UOC Diagnostica per Immagini Asl Roma 5

FONDAZIONE POLICLINICO CAMPUS BIOMEDICO

Prof.ssa Sara Ramella Direttore UOC Radioterapia Oncologica

FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA

Prof Rolando D'Angelillo Direttore UOC Radioterapia

AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO UMBERTO I

Prof Daniele Santini Direttore UOC di Oncologia

Prof Alessandro Sciarra UOC Urologia

Il PDTA PREVEDE UNA FASE PILOTA FISSATA IN MESI 6 A FAR DATA DALLA DELIBERA DI ADOZIONE E VERRA' SOTTOPOSTO A REVISIONE BIENNALE ORDINARIA, SALVO EVENTI STRAORDINARI.