

PDTA DEL TUMORE ALLA VESCICA

come desideriamo parteciparvi e cosa raccomandiamo in un'ottica di "Patto Medico – Paziente"

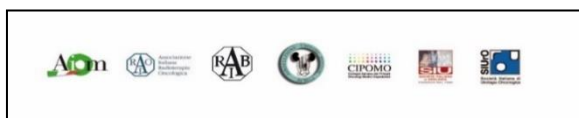
PREMESSA

Come associazione di Pazienti immaginiamo che il SSN e/o le singole strutture ospedaliere non abbiano (o non riescano a trovare) le risorse umane ed economiche da destinare alla copertura dei costi di una figura professionale dedicata nel Case Management. Probabilmente il problema delle risorse impatta già anche con quanto definito nella Consensus conclusiva di Bologna.

Siamo tuttavia consapevoli che i PDTA rappresentino la contestualizzazione delle Linee Guida, relative alla patologia nelle specifiche realtà di ogni singola azienda ospedaliera permettendole il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Siamo convinti che a livello nazionale sia opportuno esternare e palesare tutti gli aspetti degni di attenzione per miglioramento al fine del benessere del paziente. È chiaro che poi ogni organizzazione dovrà fare i conti con le proprie risorse e, come sempre operare delle scelte.

Ad integrazione di quanto riportato nel punto 29 del **GU-U / GU-N / TMD – Item di set up** riteniamo inoltre che, con un po' di buona volontà, sia possibile coprire parte delle attività sotto evidenziate attraverso la stretta collaborazione tra gli infermieri professionali in carico alle strutture ospedaliere stesse e le Associazioni di Volontariato. ***PaLiNUro, naturalmente dà la sua disponibilità sin da ora!***



PDTA del Tumore della Vescica – MAPPE **(Riclassificazione PaLiNUro)**

0. Percorso diagnostico e definizione del grading

TUMORE SUPERFICIALE

1. NMIBC a basso grado (G1-2), basso rischio di recidiva e basso rischio di progressione

*** primitivo, cTa, citologia negativa, < 3 cm, singolo.**

Stadio clinico: ecografia + citologia +/-cistoscopia

2. **NMIBC a basso grado (G1-2), alto rischio di recidiva e basso rischio di progressione**
**cT_a, cT₁, recidivo, citologia negativa, >3 cm/plurifocale.*
Stadio clinico: ecografia + citologia +/-cistoscopia

3. **NMIBC ad alto grado (G2-3), alto rischio di recidiva e basso rischio di progressione**
**T_a, cT₁, primitivo, <3 cm, singolo, CIS assente/monofocale, UP negativa*
Stadio clinico: URO-TC + TURBT

4. **NMIBC ad alto grado (G2-3), alto rischio di recidiva e alto rischio di progressione**
**cT₁, primitivo/recidivo, > 3 cm, con CIS/ UP positiva, BCG unresponsive.*
Stadio clinico: URO-TC + TURBT

TUMORE INFILTRANTE

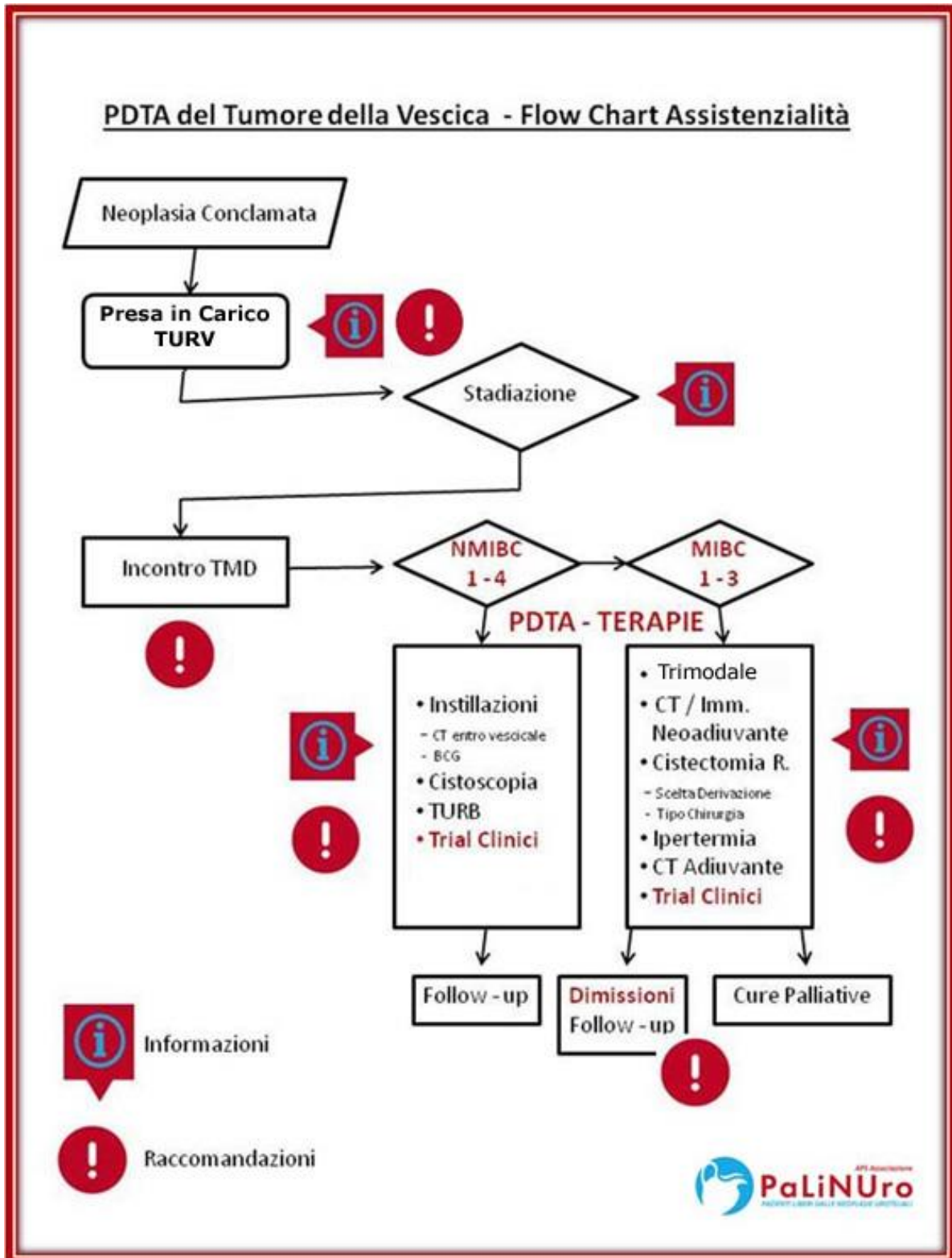
1. **MIBC cT2 - cT4a**
Stadio clinico locale:
URO-TC + TURBT

2. **MIBC cT4b**
Stadio clinico locale:
URO-TC (RM) + TUR

3. **MIBC N2, N3/M+**
Stadio clinico:
TC Torace, URO-TC (RM); Scintigrafia Ossea



Le nostre raccomandazioni e i nostri suggerimenti relativi agli aspetti Assistenziali del PDTA del Tumore alla Vescica su base Documento del Prof. Renzo Colombo e dopo Consensus Conference SiUro 27 giugno 2019



Una Premessa Importante

Per l'Associazione PaLiNUro il caregiver della persona malata deve essere trattato come parte integrante del percorso di cura del paziente stesso, a questo proposito riteniamo urgente:

- riconoscere il caregiver come soggetto attivo del PDTA;
- prevedere una valutazione multidimensionale del caregiver, integrata con quella del paziente;
- includere il caregiver nei processi decisionali, in particolare nei passaggi di setting assistenziale.

PRESA IN CARICO (DOPO LA DIAGNOSI)

Si suggerisce di prevedere con il I programma di stadiazione (neoplasia accertata), la consegna, all'ammalato, o al suo caregiver, di un opuscolo sulla patologia e sul percorso di cura. Suddetto opuscolo/i (NMIBC e MIBC) potrebbe essere fornito dal Case Manager, da un medico (urologo o oncologo), da un'infermiera o da un Volontario dell'associazione dei Pazienti. Gradita anche l'eventuale versione digitale.

Le informazioni contenute dovrebbero essere:

- Indicazione degli steps del percorso clinico
- Spiegazioni della diagnostica e degli eventuali trattamenti
- Sostegno psicologico modalità e coordinate per accedere al servizio
- Numeri di telefono utili = CAS / Case Manager e Segreterie Specialisti TMD
- Diritti dell'ammalato
- La coordinate per una sistemazione logistica conveniente per il caregiver, nel caso la residenza dell'ammalato fosse fuori Regione.

Sempre nella stessa sede sarebbe opportuno autosomministrare un piccolo questionario al paziente relativo alle possibili cause professionali del tumore (vedi allegato "A"). Questo questionario dovrebbe essere conservato nella cartella del paziente.

Nel caso in cui l'istologico dovesse risultare positivo per urotelioma, e il questionario evidenziare almeno una crocetta sulla check-list del lavoro, allora dovrebbe essere attivata la visita specialistica di medicina del lavoro ai fini di un possibile risarcimento.

DISCUSSIONE CON IL TMD E/O CON UN MEMBRO DEL CORE TEAM

Per il paziente dovrebbe essere reso disponibile un foglio sintetico, anche in formato digitale con la Relazione Specialistica: anamnesi, diagnosi, piano diagnostico-terapeutico e referti. Tale documento dovrebbe essere comunicato al paziente da un membro del Core Team. Tuttavia, dopo diverse considerazioni e confronti interni ed esterni all'associazione, per i pazienti per cui è prevista una valutazione multidisciplinare, suggeriamo caldamente di prevedere un colloquio

congiunto di tutti gli specialisti con il paziente, da effettuarsi in coda alla discussione del caso clinico da parte del Team. Questo colloquio sarebbe auspicabile anche in caso di teleconferenza.

Questa opzione rassicura la persona dandogli fiducia nel sistema di cura a cui affida la propria vita e rappresenta pertanto un importante atto d'attenzione e di affermazione della centralità del paziente stesso

COMPRESIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Una comunicazione adeguata, con tempi di accettazione e modalità «ragionevoli» (una settimana?), consente di migliorare l'aderenza alle terapie e dunque l'efficacia e la sicurezza dell'intervento assistenziale. Oltre a ciò, rafforza l'alleanza medico-paziente e contrasta/riduce possibili controversie. In questo senso, dare una comunicazione adeguata produce delle economie per il Servizio Sanitario Nazionale. Anche in questo caso è sufficiente l'intervento di un infermiere dedicato, come viene fatto correntemente, o di un Volontario. Per migliorare la leggibilità e la comprensione del documento da parte del paziente/caregiver si raccomanda l'adozione della Nota Informativa al Consenso Informato per Cistectomia Radicale proposta e sviluppata dall'Associazione PaLiNUro all'interno del tavolo di lavoro composto da qualificati clinici, operatori sanitari e ricercatori dell'Istituto Mario Negri e disponibile al seguente link

<https://www.associazionepalinuro.com/tumore-alla-vescica-cosa-bisogna-sapere/le-terapie/consenso-informato.html>

NUOVE ATTESE DEL PAZIENTE CON NMIBC PER NUOVI APPROCCI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Indipendentemente dal grado e dal livello di alfabetizzazione del paziente, una diagnosi di tumore genera nel paziente lo stesso impatto emotivo, ansia e stress. A differenza del paziente con MIBC, il cui percorso clinico ha perlopiù una durata di pochi mesi, per il paziente con NMIBC la malattia è spesso avvertita come “un matrimonio a vita”, pertanto di natura cronica.

Malgrado ciò, chi è portatore di tumore non muscolo invasivo ha spesso la percezione di essere trattato dai medici come “un ammalato di cancro di Serie B”.

Oltre a ciò, dai primi anni '80 ad oggi, i trattamenti considerati “gold standard” per la cura del NMIBC non sono cambiati e lo specialista di riferimento è unicamente l'urologo.

I desiderata di questi pazienti sono:

Minor invasività = meno fastidi/dolore nella diagnostica e nella terapia.

Maggior attenzione da parte dei medici = controlli e terapie più efficaci e capaci di prevenire le recidive.

A queste attese rispondono:

- L'annuncio di nuove terapie innovative più efficaci e i conseguenti trial clinici che stanno per cambiare completamente il paradigma con l'impiego del TMD che viene sempre più attenzionato anche a questa categoria di pazienti;
- Le nuove tecniche di diagnostica endoscopica combinate alla cistoscopia, come la fotodinamica (PDD = Luce blu) o il Narrow Band Imaging (NBI) che offrono una precisione

superiore alla luce bianca e migliorano l'accuratezza diagnostica riducendo il rischio di recidiva;

- L'attesa introduzione di sempre più affidabili biomarcatori urinari, momentaneamente anche da alternare alle cistoscopie;
- L'impiego di cistoscopi flessibili o, ancora meglio, "usa e getta".

A prescindere dalla disponibilità di tutte queste auspicate innovazioni, il più importante "unmet need" dei pazienti NMIBC è ancora rappresentato dalla possibilità di avere la continuità di cura, sempre con lo stesso clinico.

Gli associati di PaLiNUro sono convinti che la sommatoria di questi aspetti si possa tradurre in "concreta prevenzione mirata su pazienti in target" e quindi sulla conservazione di tante vesciche, prima ancora che sul salvataggio di tante vite.

INSTILLAZIONI VESCICALI

Per quanto riguarda questi trattamenti che allo stato attuale rappresentano la terapia «gold standard» per il NMIBC, risulta evidente la necessità di informazione sui protocolli standard di cura, con evidenza degli eventuali effetti collaterali (BCG, MITOMICINA, altri chemioterapici, ecc.) oppure, nel caso in cui ne fosse previsto l'impiego, sui metodi di induzione con calore "device assisted": Synergo, EMDA, Combat. È infatti importante illustrare al paziente, come del resto lo farebbe il bugiardino di un normale farmaco, quali possono essere i possibili effetti collaterali e sapere come gestirli. È bene che il paziente sappia come meglio favorire l'efficacia del trattamento permettendogli di porre in atto tutte quelle azioni parallele e favorevoli al trattamento stesso, per esempio con il BCG: restrizione liquidi, movimento, durata trattenimento del farmaco, giusta sequenza. Sempre nella stessa sede dovrebbero essere indicati gli eventuali rimedi riguardo il problema di una possibile capacità vescicale ridotta e/o l'impellenza incontrollabile di urinare. Sarebbero infine gradite informazioni sulle procedure di accesso alle cure con relative tempistiche. Anche in questo caso dovrebbe essere il Case Manager o il medico responsabile del trattamento a farsi carico dell'azione.

Più in particolare riteniamo che sia necessario consegnare al paziente il foglio di inserimento in lista di attesa, che indica il numero di posizione in lista ed i tempi (range) di accesso alla cura. Questo punto dovrebbe valere inoltre per accesso alla diagnostica complessa (TURV), accesso a intervento chirurgico, accesso a instillazioni, accesso a programma neo-adiuvante>>chirurgia, accesso al programma di tri-modale, accesso alla terapia antitumorale in pazienti con malattia avanzata. Insomma: tracciabilità e trasparenza.

FOLLOW – UP NMIBC

"Tutti i pazienti devono essere seguiti nel periodo successivo al completamento di ogni procedura terapeutica (follow-up) sotto la supervisione di un membro del Core Team (preferibilmente il responsabile del trattamento iniziale) o da personale professionale formato e attivamente collaborante con la GU-U / GU-N"

In questa sede sarebbe opportuno dispensare al paziente e al caregiver informazioni sia sullo stile di vita a livello nutrizionale, con relativi consigli/suggerimenti su cibi e bevande, durante e dopo le cure in funzione della diagnosi e della terapia sia informazione sulla coesistenza della terapia con i farmaci in corso di assunzione per pregresse patologie.

In questo caso sarebbe auspicabile che l'informazione fosse trasmessa da un medico nutrizionista e/o dal medico responsabile del trattamento.

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NEOADIUVANTI

È indispensabile dare un'informazione chiara ed esaustiva al paziente/caregiver in merito ai trattamenti neoadiuvanti (finalità, modalità, vantaggi, rischi, effetti collaterali, impatto sulla QoL e gestione della quotidianità). Utilissimo il libretto di AIMaC ma indispensabile un'adeguata lettura e comprensione del Consenso Informato. Particolare evidenza va data all'ottimizzazione all'accesso venoso (Port / Picc) motivandone la ragione e comunque privilegiando, dove possibile, i trattamenti orali. Infine, se non giustificato da motivazioni di salute concrete si raccomanda di effettuare il trattamento in Day Hospital. Per il follow-up e i controlli tra un trattamento e l'altro sarebbe gradita l'integrazione delle visite in presenza con la telemedicina. L'informazione dovrebbe essere data dall'oncologo, dal Case Manager o dall'infermiere dedicato.

CHIRURGIA

Un confronto per la scelta delle opzioni chirurgiche

È questo uno dei momenti più delicati del percorso clinico della persona. L'informazione sull'evoluzione della malattia e la diagnosi di alta rischiosità genera la necessità di mille chiarimenti sulle prospettive, sulle soluzioni/scelte chirurgiche più adeguate (CISTECTOMIA RADICALE sia con neo-vescia che con stomia/e valutando attentamente la modalità della chirurgia, con la robotica o a cielo aperto) e su possibili ed eventuali alternative – quando è previsto e/o possibile - a livello di **TERAPIA CONSERVATIVA.**

Una breve chiacchierata con il Core TMD sarebbe il regalo più bello che si potrebbe fare a un paziente. Il momento è talmente cruciale e delicato che un colloquio allargato sarebbe fortemente raccomandato. In alternativa sarebbe sufficiente un costruttivo confronto con il medico responsabile del trattamento, naturalmente esteso al caregiver. ***Ci rendiamo conto che ai medici che ci stanno leggendo queste richieste di coinvolgimento del paziente con il TMD possono sembrare esagerate rispetto a quanto succede ora. Tuttavia, l'implementazione dei PDTA coi suoi Team Multidisciplinari, dovrebbe varare anche un nuovo approccio relazionale multiprofessionale con il paziente.***

SIMULAZIONE SACCHETTO

Con largo consenso degli associati di PaLiNuro questa è una pratica molto apprezzata da chi si sta preparando alla cistectomia radicale. Nel prericovero dovrebbe essere obbligatoria la simulazione della stomia con l'applicazione della placca adesiva e di una sacchetta colma d'acqua con conseguente deambulazione e mantenimento per la durata minima di un'ora. Questo tipo di attività

preventiva riduce l'impatto psicologico e facilita l'accettazione del device. La manovra dovrebbe essere fatta da un/a stomaterapista o da un/a infermiere/a dedicata.

PROTOCOLLO ERAS

Percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Inutile aggiungere ulteriori dettagli. Sarebbe molto gradito ed auspicabile. Inseriamo anche questa evidenza sebbene comprendiamo quanto sia difficile praticarlo allo stato attuale.

SOSTEGNO INFORMATIVO AL CAREGIVER

L'intervento con la robotica comporta fino a 12 ore d'attesa prima del rientro in camera del paziente. Quello a cielo aperto è comunque molto lungo.

È umano e richiede veramente il minimo sforzo dare ai caregiver delle informazioni sull'andamento di questa lunghissima chirurgia con un intervallo massimo di tre ore. Non c'è bisogno di entrare nei particolari. È sufficiente dire. "Sta proseguendo tutto come previsto!". Non è più ammissibile lasciare chi attende con ansia nella più totale indifferenza. In questo caso l'attività potrebbe essere svolta da un'infermiera del Team operatorio.

In alternativa è possibile tenere informato il caregiver sull'andamento/tempi della chirurgia anche utilizzando una pubblicazione su internet dei dati provenienti dall'applicativo di gestione percorso chirurgico (Ormaweb, di Dedalus) che sono resi disponibili su pagina web e presentati su schermi di grandi dimensioni nella sala/sale d'attesa. Questa pratica è in uso, con soddisfazione degli utenti, all'ospedale Careggi di Firenze dal 2018.

Venerdì, 28 Aprile 2023 11:32:32						
VOLANO 1P_SALE OP. 1° PIANO VOLANO-SAN LUCA						
PAGINA 1 DI	INGRESSO	INGRESSO	INIZIO	FINE	USCITA	USCITA
DENTIFICATIVO	BLOCCO	SALA	INTERVENTO	INTERVENTO	SALA	BLOCCO
2025020744	10:52					
2025020734	10:15	10:48				
2025020894	10:00	10:45				
2025020705	09:30	10:05	10:28			
2025020702	09:28	10:09	10:25	11:00		

DIMISSIONI DOPO LA CISTECTOMIA RADICALE

DIMISSIONI LIBERO DA DRENAGGIO

Un paziente dovrebbe essere dimesso solo quando libero da stent e drenaggi vari. Secondo il nostro parere sono ammissibili le dimissioni solo con il catetere e sacca urinaria. L'intervento con la robotica non giustifica una dimissione dopo otto giorni dall'intervento con un carico inumano di adempienze a carico del paziente o dei suoi caregiver. È ovvio che oltre l'incompetenza nell'effettuare medicazioni, pulizie e ricambi si aggiunge ansia e stress a quelli già generati dai timori di complicanze del post-operatorio, dall'attesa dell'istologico e dall'incertezza del

funzionamento della nuova idraulica.

TORNARE A CASA CON I DRENAGGI

Sempre nel caso di portatori di neo-vescica, operati con la robotica, quando dimessi non totalmente liberi da sacche e drenaggi sarebbe necessario prevedere che negli ultimi due/tre giorni, prima delle dimissioni, ***il paziente e almeno un caregiver imparassero a gestire, sotto il controllo e la direzione del team infermieristico, tutte le manovre*** necessarie per la manutenzione delle sacche e del lavaggio della neo-vescica. In caso d'impedimento o di rifiuto sarebbe invece utile che, congiuntamente al certificato di dimissioni (o all'interno dello stesso), fosse rilasciato un certificato specialistico in cui si attesti la necessità di Assistenza Domiciliare da far attivare dal MMG.

RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

Il problema dell'incontinenza urinaria, una volta libero dal catetere e dopo la dimissione, è enorme per tutti i pazienti portatori di neo-vescica. A questi pazienti e ai loro caregiver dovrebbero essere date indicazioni sui tempi, coordinate e modalità per accedere alla fisioterapia per rafforzare il pavimento pelvico.

COME TI GESTISCO IL BRICKER

Non sempre agli uro-stomizzati viene fatto un adeguato training per la gestione della stomia e della sacchetta. Quando ancora in ospedale il paziente tende a non guardare l'infermiere quando fa la medicazione e il cambio del device, per la paura di rimanere impressionato nello scoprire il proprio corpo deturpato. Inoltre, non è sempre lo stesso infermiere ad effettuare questa pratica. Cionondimeno è indispensabile che il paziente sia dimesso quando in grado di autogestirsi. È pertanto necessario che negli ultimi due/tre giorni, prima delle dimissioni, il paziente e il suo caregiver imparino tutte le manovre del caso sotto il controllo e la direzione del team.

DIMISSIONI E BICARBONATO

All'atto delle dimissioni, al fine di valutare l'equilibrio dell'acido-base ed eventualmente per compensare con il corretto contributo di bicarbonato, dovrebbe essere previsto di default l'emogasanalisi. Finora la pratica di prescrivere il bicarbonato, troppo spesso "stessa dose per tutti" ci sembra poco finalizzata al reale bisogno del paziente. L'obiettivo di questo esame è naturalmente il mantenimento di una buona funzionalità renale del paziente in dimissioni.

PREVENIRE I PROBLEMI POST-OPERATORI

In considerazione dell'impatto dell'intervento demolitivo dovrebbero essere date indicazioni dei possibili problemi che potrebbero emergere (spiegazione del possibile evento stesso ed eventuale soluzione, se già disponibile e codificata) e dei possibili specialisti da contattare per risolvere il problema (nominativo e coordinate telefoniche), tra l'altro figure già previste nel *Non Core Team* (vedi sopra). A titolo esemplificativo evidenziamo qui di seguito gli eventi di cui abbiamo riscontrato maggiore frequenza:

- Problemi d'incontinenza, ipercontinenza, ritenzione urinaria = Urologo funzionalista

- Problemi intestinali Diarrea/Stipsi = Gastroenterologo;
- Problemi legati all'alimentazione = Nutrizionista;
- Problemi di gonfiore agli arti inferiori / Linfedema = Angiologo
- Problemi di sessualità / impotenza sessuale = Andrologo

TUMORE LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO

Questo è lo stadio più difficile e delicato della malattia su cui fortunatamente si evidenziano i maggiori progressi rispetto alla prima stesura del presente documento.

Da parte nostra è raccomandato un rapido inquadramento diagnostico e l'inizio del trattamento in tempi brevi per ridurre l'ansia e migliorare la prognosi.

Oltre ai nuovi trattamenti immunoterapici autorizzati negli ultimi anni da AIFA e per cui rimandiamo i clinici a quanto scritto nella sezione "Trattamenti Farmacologici Neoadiuvanti", per i casi selezionati di malattia avanzata, dove è previsto l'inserimento del paziente in trial clinici sperimentali, raccomandiamo l'adozione dei PROMs (Patient-Reported Outcome Measures - Misure di esito riferite dal paziente) e dei PREMs (Patient-Reported Experience Measures - Misure di esperienza riferite dal paziente) al fine di estendere il focus dal prolungamento della sopravvivenza al miglioramento della qualità di vita (QoL) e dell'esperienza di cura. Notoriamente questi strumenti permettono di misurare, attingendo le informazioni direttamente dal paziente: sintomi, benessere emotivo e la percezione dell'assistenza ricevuta. Raccomandiamo l'impiego di PRO e PRE anche negli stadi MIBC e NMIBC della terapia

A proposito delle terapie di ultima generazione chiediamo un accesso equo e rapido alle terapie innovative, ai test genetici e all'uso compassionevole dei farmaci non ancora approvati da AIFA. Raccomandiamo infine la valutazione della distress (stress psicologico) e l'integrazione precoce delle cure palliative per gestire dolore, sintomi fisici e supporto psicosociale a paziente e caregiver. Anche attraverso la Rete delle Associazioni di Volontariato promuoviamo il supporto logistico (trasporti) per pazienti vulnerabili.

La comunicazione e la gestione di questo stadio della malattia deve essere affidata ancora una volta al TMD e più in particolare all'oncologo e al Case Manager

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE



Associazione PaLiNuro e FAVO/AiMac dispongono già di una nutrita letteratura informativa realizzata a misura di Paziente. In ogni fase della malattia, mettiamo a completa disposizione delle Strutture ospedaliere che lo desiderino il seguente materiale:

- Presa in carico = Un caldo benvenuto, stiamo per prenderci cura di te! – PaLiNUro (da attivare insieme alla nostra partecipazione al PDTA Ospedaliero)
- Set deplianti PaLiNUro
 - CHI SIAMO
<https://www.associazionepalinuro.com/media/attachments/2025/02/24/flyer-2025-no5x1000-pulito.pdf>
 - Tumore della Vescica. Le cose che bisogna sapere
https://www.associazionepalinuro.com/images/file_e_pdf/libretto_def.pdf
 - Antonio e il suo sacchetto
<https://www.associazionepalinuro.com/media/attachments/2021/12/09/leaflet-2021-light.pdf>
 - Neovescica: una scelta difficile
https://www.associazionepalinuro.com/images/file_e_pdf/layout-singolo.pdf
 - Chemioterapia endovesicale con Mitomicina: informazioni al paziente
https://www.associazionepalinuro.com/images/file_e_pdf/MITOMICINA_pagina%20singola_2025.pdf
 - Immunoterapia endovesicale con BCG: informazioni al paziente
https://www.associazionepalinuro.com/images/file_e_pdf
 - Rafforzamento del Pavimento Pelvico
<https://www.associazionepalinuro.com/media/attachments/2025/02/24/flyer-2024-pulito.pdf>
- La Radioterapia – AIMaC <https://www.aimac.it/libretti-tumore/radioterapia>
- Le Terapie Immuno Oncologiche – AIMaC <https://www.aimac.it/immuno-oncologia-immunoterapia>
- Immunoterapia e Tumore della Vescica – PaLiNUro (in progress)

Tutte queste pubblicazioni sono rese disponibili in formato cartaceo o in formato PDF e scaricabili dai siti PaLiNUro e AIMaC ai link indicati

CONSIDERAZIONE CONCLUSIVA

Ci rendiamo conto che quanto evidenziato all'interno del presente documento possa già rientrare nelle normali pratiche di diverse strutture ospedaliere e ce ne ralleghiamo. Siamo però convinti parlando di strutture che potremmo definire Benchmarks, di chi ha fatto sue l'EBM, l'EBN e l'EBP rientrando pertanto nelle realtà nazionali virtuose

Come Associazione abbiamo avuto la fortuna di constatare che quanto abbiamo espresso nel presente documento siano pratiche che vengono già attuate nella pratica clinica e che funzionano. Il nostro augurio è che i nostri suggerimenti vengano accolti positivamente e che diventino oggetto di una pratica condivisa e sancita dalla pubblicazione del PDTA nazionali del carcinoma della vescica.

ALLEGATO "A"

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEI CASI DI NEOPLASIA DI POSSIBILE ORIGINE LAVORATIVA, DA INVIARE ALL'U.O./SERVIZIO.....
FAX..... e-mail: PEC.....
ALL'ATTENZIONE DEL/LA Dr./Dr.ssa.....

Dati anagrafici del paziente (da sostituire con eventuale frontespizio della cartella clinica o etichetta)

UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO _____
Cognome e Nome _____
Nato a _____ Il _____ Residente a _____
Via/P.zza _____ Tel _____

Diagnosi	Data
Diagnosi clinica _____	_____
Diagnosi isto/citopatologica _____	_____

Disponibilità del paziente a presentarsi presso la U.O.ML./SPSAL. SI' NO

ANNOTAZIONI: _____

Settori / attività industriali in cui il paziente ha lavorato.

(Chiedere al paziente: *Ha mai lavorato in*...)

Tumore della VESCICA

- Industria della gomma
- Produzione di alluminio
- Industria dei coloranti (ammine aromatiche)
- Industria tessile (uso di coloranti)
- Parrucchiere / barbiere
- Verniciatura / imbiancatura
- Attività esponenti a fumi esausti / emissioni di motori diesel
- Attività esponenti a radiazioni ionizzanti (raggi X e Gamma)
- Farmaceutica, Chimica, Petrolchimica

Data ____/____/____

FIRMA, TIMBRO E TEL DEL MEDICO
