



COD: Rev.01 del 01/09/2016

**RETE ASSISTENZIALE TUMORE POLMONARE ASL LATINA**

CODICE PROCEDURA	
Prima Stesura	Settembre 2016
Data e Numero Revisione	00
Stesura	Dr.ssa Assunta Lombardi ..... Dr.ssa Marialisa Coluzzi ..... UOC Formazione/ Comunicazione e relazioni con il pubblico Dr.ssa Susanna Busco ..... UOC Qualità Innovazione Sperimentazione e Ricerca
Referente RETE assistenziale	Dr.ssa Antonella Sarni ..... UOSD Pneumologia <i>Antonella Sarni</i>
Gruppo di lavoro ONCOLOGIA	Prof. Silverio Tomao ..... Dr. Enzo Veltri ..... Dr.ssa F. Cardillo ..... (dr.ssa B.Di Cocco) ..... <i>F. Cardillo</i>
RADIOTERAPIA	Dr. G. Arcangeli ..... (dr. M.Leggio) ..... <i>G. Arcangeli</i>
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA E INTERVENTISTICA	Dr. R.Cianni ..... (dr. A. Saltarelli) ..... <i>R. Cianni</i>
MEDICINA NUCLEARE	Dr.ssa R. Salvatori ..... (dr. O. Bagni) ..... <i>R. Salvatori</i>
ANATOMIA PATOLOGICA	Dr. S. Nardi ..... (dr.ssa MC Santoro, dr.ssa AM Mancione) ..... <i>S. Nardi</i>
BIOLOGIA MOLECOLARE	Prof.ssa A. Calogero ..... <i>A. Calogero</i>
TERAPIE DI SUPPORTO HOSPICE	Dr.A. Siniscalchi ..... (Dr. D.Russo, Dr. F. Petricola, dr.ssa C. Di Fonzo) ..... <i>A. Siniscalchi</i>
Destinatari	Medici e Personale Sanitario dell' ASL Latina; Medici di Medicina Generale; Specialisti Ambulatoriali; Pazienti con sospetta malattia neoplastica del polmone
Verifica	Direttore Sanitario Aziendale Dr. Luciano Cifaldi
Data	
Verifica	Direttore Amministrativo Aziendale Dr. Bruno Riccardi
Data	
Approvazione	Il Commissario straordinario Asl Latina Dr. Giorgio Casati
Data	
Entrata in vigore	Settembre 2016

## **INDICE**

- 1. Premessa**
- 2. Dati epidemiologici**
- 3. Oggetto**
- 4. Scopo**
- 5. Ambito di applicazione**
- 6. Definizioni-Glossario**
- 7. Fonti Normative, Informative, di indirizzo**
- 8. Metodologia di lavoro**
- 9. Organizzazione dei servizi dedicati**
  - 9.1 Attori
  - 9.2 Mappatura dei Servizi
- 10. Percorso Assistenziale**
  - 10.1 Criteri di Ingresso
  - 10.2 Prima Visita
  - 10.3 Seconda visita
  - 10.4 Valutazione DMT
  - 10.5 Percorso Chirurgico
  - 10.6 Percorso Radioterapico
  - 10.7 Percorso Chemioterapico
  - 10.8 Cure Simultanee e terapia del dolore
- 11. Tempistica di percorso**
- 12. Follow-up**
  - 12.1 Ruolo del follow-up nelle neoplasie polmonari
- 13. Diffusione**
- 14. Indicatori**
- 15. Matrice responsabilità**
- 16. Diagramma di flusso**
- 17. Allegati**
  - Linee guida AIOM 2015

## **1. PREMESSA**

---

La Regione Lazio con DCA n. U00247/20 14 ha adottato un documento tecnico d'indirizzo per la creazione di una Rete assistenziale nelle diverse aziende sanitarie, prevedendo l'individuazione di un Referente e la stesura di un Piano operativo, al fine di riorganizzare le attività dei servizi deputati alla prevenzione, diagnosi e cura del tumore polmonare.

Il tumore del polmone rimane una malattia difficile da trattare. Il primo obiettivo è dunque quello di prevenirlo in modo prioritario anche attraverso attività di promozione della salute rivolte alla popolazione con lo scopo di dissuadere da abitudini dannose per la salute come il fumo di sigaretta, affiancate da attenti controlli sugli inquinanti atmosferici e dalla bonifica ambientale da cancerogeni.

Il tumore del polmone va affrontato come malattia sistemica dall'esordio e conseguentemente, ogni singolo caso, indipendentemente dallo stadio iniziale, deve essere valutato con modalità interdisciplinari, in coerenza con le raccomandazioni delle Linee Guida regionali e con le migliori e più recenti evidenze scientifiche disponibili.

Il Gruppo di lavoro coinvolto nel Disease Management Team (DMT) prende in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico e terapeutico.

Alcuni studi osservazionali hanno documentato che pazienti gestiti fin dall'esordio dei sintomi da specialisti ricevono una valutazione clinica accelerata, un trattamento più appropriato e con maggior probabilità vengono sottoposti ad intervento chirurgico.

[Fergusson 1996; Billing 1996].

Non esiste ancora un validato test di screening, anche se sono in corso studi controllati in tal senso in più parti del mondo. Occorre garantire perciò una diagnosi tempestiva e una rapida stadiazione, che richiedono numerosi esami strumentali, eseguiti spesso presso strutture sanitarie diverse, per cui è particolarmente necessario un preciso percorso organizzato in modo coordinato.

Il sistema di servizi oncologici collegati in rete è in grado di assicurare che i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per la patologia polmonare siano garantiti per tutti i cittadini con un alto livello di prestazioni tecniche e di professionalità.

## **2. DATI EPIDEMIOLOGICI**

---

Nel periodo 2007-2011 sono stati registrati complessivamente in provincia di Latina 1702 nuovi casi di tumore del polmone. E' risultato al 1° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile, per il quale ha rappresentato circa il 17,2% di tutti i tumori, e al 40° posto nel sesso femminile, per il quale ha rappresentato il 5,8% di tutti i tumori.

Nella provincia di Latina sono diagnosticati in media ogni anno 98 casi ogni 100.000 uomini e 27 ogni 100.000 donne.

Fra le cause di morte tumorale il cancro del polmone è stata la prima in termini di frequenza negli uomini (29,6 % di tutti i decessi tumorali), mentre tra le donne ha rappresentato la terza causa con il 12%.

Il confronto con i dati Pool dell'AIRTum ha evidenziato per gli uomini della provincia un più alto tasso di incidenza per tumore del polmone (73.1 vs 65 del Centro Italia), e tassi in linea con l'Italia Centrale per le donne (19 vs 18.8). Per il tumore al polmone si osserva un gradiente nord-sud a livello nazionale.

L'incidenza inizia ad aumentare nei due sessi nella fascia di età 45-49 anni, ma per gli uomini si osserva una crescita esponenziale del tasso di incidenza col progredire dell'età. L'età media alla diagnosi è nella nostra provincia di 71 anni per gli uomini e 68 per le donne.

### **3 . OGGETTO**

---

Riorganizzazione della rete oncologica del tumore del polmone nella Asl Latina al fine di fornire una risposta ai diversi bisogni assistenziali del paziente in tutte le fasi del percorso assistenziale, assicurando in particolare la tempestività della diagnosi e l'accesso ai trattamenti integrati più efficaci.

### **4 . SCOPO**

---

Obiettivo generale è la definizione di una rete diagnostico-terapeutico assistenziale dedicata ai pazienti affetti da patologia tumorale polmonare. Più in dettaglio gli obiettivi che, con il presente documento, l'Azienda intende conseguire sono:

- 1) La definizione di uno standard aziendale per il tumore del polmone, secondo la logica della qualità dell'offerta dei servizi sanitari che l'Azienda eroga ai cittadini.
- 2) La produzione di un documento completo ed esaustivo che descriva il percorso del paziente con sospetta neoplasia polmonare, contenga tutti i necessari riferimenti clinico-assistenziali, indichi chiaramente la sequenza delle azioni, identifichi il disease management team (DMT) con ruoli e responsabilità dei diversi professionisti coinvolti, precisi la sede, e la relativa tempistica, di erogazione delle diverse prestazioni e i riferimenti tecnico professionali.
- 3) Promuovere la comunicazione e il confronto tra i diversi professionisti che seguono il paziente nelle diversi momenti del percorso.
- 4) Assicurare durante tutte le fasi una concreta continuità assistenziale

### **5 . AMBITO DI APPLICAZIONE**

---

Il presente documento si applica a tutti i servizi dell'azienda Asl Latina che sono coinvolti nella gestione del paziente affetto da tumore del polmone.

## 6. DEFINIZIONI- GLOSSARIO

<b>PDTA</b>	Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale
<b>ECG</b>	Elettrocardiogramma
<b>PDT</b>	Piano di trattamento
<b>TC TB</b>	Tomografia computerizzata Total Body
<b>BIOPSIA TG</b>	Biopsia Tc Guidata
<b>EBUS</b>	Endobronchial Ultrasound (Endoscopia Bronchiale a Ultrasuoni)
<b>EUS</b>	Ecoendoscopia
<b>FBS</b>	Fibrobroncoscopia
<b>TBNA</b>	Agoaspirazione transbronchiale
<b>FNAB</b>	Fine Needle Aspiration Biopsy ( aspirazione bioptica con ago sottile)Tc guidata
<b>PET- TC</b>	Tomografia a emissione di positroni
<b>VATS</b>	Chirurgia Toracica Video-Assistita
<b>NSCNC</b>	Tumore non a piccole cellule
<b>SCNC</b>	Tumore a piccole cellule
<b>IG-IMRT- SIB</b>	Radioterapia guidata dalle immagini con intensità modulata e boost simultaneo integrato
<b>SABRT polmonare</b>	Radioterapia stereotassica ablativa body polmonare
<b>FEV1</b>	Forced expiratory volume in the first second (Volume espiratorio massimo nel 1° secondo)
<b>DLCO</b>	Diffusing capacity of the lung for CO (Capacità di diffusione polmonare del Monossido di Carbonio)

## 7. FONTI NORMATIVE, INFORMATIVE, DI INDIRIZZO

- Conferenza Stato - Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obblighi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- Decreto del Commissario ad Acta del 6 dicembre 2013, n. U00480, recante "Definitiva adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";
- Protocollo d'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;

- Decreto del Commissario ad Acta n. U00247 del 25 luglio 2014 recante "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio" ;
- Decreto del Commissario ad Acta n. U004 12 del 26 novembre 20 14 avente ad oggetto: "Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto "Attuazione programmi Operativi 20 13-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00059 del 13 luglio 2010 avente ad oggetto " Rete Oncologica" ;
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00084/2010 avente ad oggetto "La Rete Assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio";
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00376 del 12 novembre 2014 recante "Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d' iniziativa, in attuazione del Protocollo d'intesa del 23 luglio 20 14, Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale" ;
- Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi , strutturali. tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ;
- Decreto del Commissario ad acta 419/2015 "Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio" .

## 8. METODOLOGIA DI LAVORO

---

La metodologia, definita dal gruppo di lavoro, utilizzata nella redazione del presente documento è consistita in:

- ricerca, valutazione e sintesi delle linee-guida e degli studi clinici controllati pubblicati, sul management diagnostico terapeutico della neoplasia polmonare.

Sono state utilizzate, per quanto riguarda la parte clinica, le evidenze più recenti della letteratura, riassunte sostanzialmente nelle principali linee guida internazionali. Tra queste, sono state scelte quelle che meglio soddisfano criteri di elevata qualità (AGREE), con opportune integrazioni ricavate da linee guida nazionali.

I riferimenti a cui si è attinto sono rappresentati dai seguenti documenti:

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NSCLC) version 7.2015 [www.nccn.com](http://www.nccn.com)
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (SCLC) version 1.2016
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
- NICE (National Collaborating Centre for Acute Care) (UK): the diagnosis and treatment of lung cancer guidelines
- ACCP (American College of Chest Physicians)
- IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer)
- ASCO (American Society of Clinical Oncology)
- AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica)

La metodologia utilizzata ha previsto come prioritario::

- la definizione in ogni fase del percorso di indicatori (di processo e di esito) che possano essere utilizzati come monitoraggio del percorso stesso ed essere spunto per periodici audit
- la creazione di data-base informatici per la raccolta degli indicatori

-la segnalazione degli scostamenti dal programma diagnostico-terapeutico accettato che devono essere esplicitate con motivazioni circostanziate.

## **9. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI**

---

Le neoplasie polmonari rappresentano un problema oncologico dominante, caratterizzato dall'elevato numero di casi e dalla ridotta percentuale di pazienti guaribili. I pazienti che attraversano una fase in cui la malattia si può considerare passibile di trattamento devono poter usufruire di un rapido accesso alla diagnosi e ai trattamenti integrati più efficaci. Per i pazienti con malattia avanzata devono essere disponibili cure palliative e assistenza continua.

Tradizionalmente la gestione dei pazienti con sospetto di un tumore polmonare è caratterizzata da una sequenza di accertamenti e visite di diversi specialisti con tempi lunghi, valutazione frammentaria e scarsamente coordinata, cui seguono spesso decisioni inappropriate. Per tale ragione nella riorganizzazione della rete assistenziale della Asl Latina si è inteso declinare in maniera puntuale i ruoli dei diversi attori che presidiano in rete tale processo e la mappatura dei servizi offerti così da garantire una reale continuità assistenziale al cittadino.

### **9.1 ATTORI**

- **La referente della rete assistenziale** del tumore del polmone della Asl Latina è la Dr.ssa Sarni Antonella Responsabile della UOSD di Pneumologia dell'Ospedale di Latina.
- **Il MMG** gestisce l'assistenza al paziente all'esordio della malattia. In questa fase egli ha un ruolo fondamentale nella riduzione dei ritardi diagnostici: dal momento in cui sia in grado di porre un fondato sospetto di patologia oncologica il MMG è responsabile dell'accesso informato del paziente alla Rete assistenziale e affianca il paziente durante tutta la sua permanenza presso i servizi della Rete e contribuisce alla presa in carico globale del paziente e dei suoi famigliari, garantendo un percorso informato in ciascuna fase della malattia.
- Il percorso di diagnosi e trattamento del paziente affetto da tumore del polmone sarà gestito in coerenza con le LG regionali nell'ambito di un **DISEASE MANAGEMENT TEAM (DMT)** composto da pneumologi, oncologi, radioterapisti, radiologi, istopatologi, case manager e anestesisti. Le diverse professionalità coinvolte nel DMT devono operare in modo coordinato e i singoli casi saranno discussi in modo collegiale attraverso incontri periodici e continuativi. Il DMT prende in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico e terapeutico, applica il trattamento più appropriato e riferisce al MMG circa l'iter seguito dal paziente, al fine di garantire la trasmissione delle informazioni.

**9.2 MAPPATURA DEI SERVIZI E STRUTTURE COINVOLTE DELLA DEFINIZIONE E NELLA ATTUAZIONE DEL PDTA.**

<b>VISITA PNEUMOLOGICA</b>	Ambulatorio Pneumologico Distretto I
	Ambulatorio Pneumologico distretto II
	UOSD Pneumologia Ospedale S.M. Goretti , Latina
	Ambulatorio Pneumologico Ospedale Fiorini , Terracina
	Ambulatorio Pneumologico Ospedale San Giovanni di Dio, Fondi
	Ambulatorio Pneumologico Ospedale di Formia
	Ambulatorio Pneumologico di Gaeta
	Ambulatorio Oncologico Distretto I
	UOC Oncologia Ospedale S.M. Goretti, Latina
	Oncologia Universitaria, Polo Pontino, Università La Sapienza di Roma
	UOSD Oncologia Formia Ospedale Dono Svizzero di Formia
<b>ATTIVAZIONE PAC ADDENSAMENTO POLMONARE</b>	UOSD Pneumologia Ospedale S.M. Goretti , Latina
	Ambulatorio Pneumologico Ospedale di Formia
	Ambulatorio Pneumologico Ospedale Fiorini , Terracina
	Ambulatorio Pneumologico Ospedale San Giovanni di Dio, Fondi
	Ambulatorio Pneumologico di Gaeta
<b>TC TORACE / TOTAL BODY</b>	Radiologia Ospedale S.M. Goretti , Latina
	Radiologia Universitaria Polo Pontino Università' La Sapienza di Roma c/o ICOT
<b>BIOPSIA TC TORACE</b>	Radiologia interventistica Ospedale S.M. Goretti
<b>BRONCOSCOPIA con Biopsie /TBNA, BAL, brushing</b>	UOSD Pneumologia Ospedale S.M. Goretti Latina



<b>ESAMI CAMPIONI CITOLOGICI ed ISTOLOGICI</b>	Anatomia Patologia Ospedale S.M. Goretti
	Anatomia Patologia Ospedale Dono Svizzero di Formia
<b>BIOLOGIA MOLECOLARE</b>	Uos Biologia Molecolare UOC Anatomia Patologica Universitaria Polo Pontino Università La Sapienza c/o ICOT
<b>RADIOTERAPIA</b>	UOC radioterapia Ospedale S. M. Goretti Latina
<b>HOSPICE DOMICILIARE E RESIDENZIALE</b>	Ospedale ICOT Latina
	Villa Silvana – Aprilia (LT)
	Casa di Cura San Marco - Latina
	Casa di cura Villa Azzurra Terracina ( LT)

## 10. PERCORSO ASSISTENZIALE

### 10.1 ACCESSO AL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

Il soggetto con sintomi che possono indurre il sospetto di neoplasia polmonare può accedere al servizio sanitario secondo modalità diverse, dettate soprattutto dalla gravità percepita dei sintomi, dalle capacità di utilizzo dei servizi sanitari, dalla fiducia riposta nel proprio medico di medicina generale (MMG). Il primo sospetto diagnostico di una neoplasia polmonare può essere altresì formulato da uno specialista o dal medico del Pronto Soccorso.

In tutti questi casi un approccio corretto prevede l'anamnesi (con particolare attenzione alle abitudini fumatorie ed alle altre esposizioni che possono aumentare il rischio di un carcinoma polmonare), l'esame obiettivo e l'esecuzione del radiogramma toracico con il confronto con eventuali radiogrammi precedentemente effettuati.

Al fine di minimizzare i ritardi diagnostici, si deve fare riferimento ai seguenti criteri per l'invio ad accertamenti specialistici tempestivi.

#### CRITERI INGRESSO

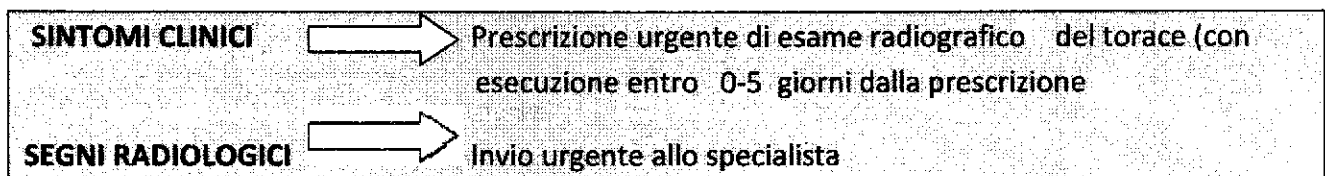
- emoftoe/ emottisi
- segni e sintomi non spiegabili in altro modo o persistenti, quali:
- comparsa di tosse o modificazioni delle caratteristiche di tosse preesistente
- dolore al torace/spalla
- perdita di peso

- dispnea
- disfonia
- segni di sindrome della vena cava superiore
- linfadenopatia cervicale/sopraclavicolare persistente

- Lesione periferica solitaria
- Nodulo polmonare (<3cm)
- Massa Polmonare (>3cm)
- Opacità a vetro smerigliato isolata (GCO)
- Atelettasia polmonare (con/senza versamento pleurico)
- Lesione addensante ilare con/senza infiltrazione del mediastino, con/senza versamento

Quando vi siano segni clinico-radiologici sospetti di neoplasia polmonare, il paziente deve essere tempestivamente inviato alla prima visita del DMT che costituisce la porta di ingresso nel percorso assistenziale. È stato documentato che una gestione tempestiva dei casi da parte di uno specialista pneumologo permette una valutazione clinica accelerata, un trattamento più appropriato ed una maggior probabilità di ricorso alla chirurgia.

#### TEMPISTICA



#### 10.2 PRIMA VISITA

I pazienti assistiti in DEA o in reparti non specializzati in malattie respiratorie devono essere sottoposti a visita pneumologica tempestiva ogni qualvolta si ponga il sospetto di neoplasia polmonare.

Lo specialista Pneumologo o Oncologo, nel corso della prima visita e sulla base della documentazione esistente, prescrive e definisce gli accertamenti di laboratorio e strumentali del caso con attivazione del PAC 2357 e richiesta di una **TC total body** da eseguire nelle sedute dedicate alla patologia polmonare (n°2 TC/settimanali con radiologo del DMT polmone).

Sempre in questo primo accesso, al paziente verranno fornite dal case manager sia le impegnative degli accertamenti prescritti, con le date e le sedi di esecuzione, che la data della **seconda visita pneumologica**, che avverrà nell'ambulatorio DMT.

## TEMPISTICA

### ACCESSO PRIMA VISITA



Viene fissata entro 5 giorni dal contatto

## 10.3 SECONDA VISITA

Eseguiti gli esami prescritti, il paziente si ripresenta per la II° visita.

Per questa data il case manager avrà recuperato tutti i referti degli accertamenti nel frattempo eseguiti. Il DMT, presa visione della documentazione, nel caso di conferma del sospetto clinico, programmerà, in relazione al quadro clinico, le indagini di secondo livello.

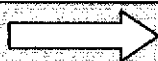
In particolare:

- se indicata la **FBS** questa verrà effettuata c/o UOSD Pneumologia dell'Ospedale S. Maria Goretti previo appuntamento fissato dal case manager.
- se la sede della lesione prevede l'utilizzo dell'**EBUS** e/o altre procedure, il paziente verrà inviato c/o Centro di riferimento rappresentato dall'Ospedale San Camillo di Roma.
- se indicata la **FNAB** sotto guida TC la stessa verrà eseguita in regime di Day Hospital in pazienti non complicati con Rx torace di controllo post-procedura. In caso di pazienti fragili si disporrà il ricovero in Oncologia per permettere una osservazione più prolungata.
- se indicata una PET o una scintigrafia ossea verrà eseguita presso il servizio di medicina nucleare del Goretti di Latina

Gli esiti di questi ulteriori accertamenti, verranno raccolti a cura del case manager e il caso verrà portato alla discussione del DMT .

## TEMPISTICA

### ACCESSO SECONDA VISITA



Viene fissata nel momento della 1° visita a massimo 15 giorni

## CRITERI PRESCRIZIONE INDAGINI DIAGNOSTICHE e STADIATIVE

- Lesioni polmonari evidenziate alla TAC torace (addensamenti, infiltrati, consolidamenti atelettasie, aree a vetro smeriglio o di ipodensità localizzate) ubicate nelle zone potenzialmente raggiungibili con il broncoscopio,
- Stadiazione di cancro broncogeno (estensione endobronchiale e/o TBNA di eventuali stazioni linfonodali ilo-mediastiniche)

- Lesioni polmonari periferiche pleuriche o subpleuriche.

- Stadiazione endoscopica del parametro N da effettuarsi come indagine di primo impiego per l'acquisizione cito-istologica di linfonodi sospetti (ingranditi alla TC e/o PET positivi).

- Nei casi con sospetto coinvolgimento linfonodale N2, nell'eventualità che l'approccio endoscopico transbronchiale o transesofageo sia risultato negativo.
- Nei pazienti con T3 anche in caso di negatività di PET e CT
- A conferma di una positività PET/CT.

- Studio stazioni linfonodali monolaterali non accessibili con le metodiche sovraesposte
- Effettuazione biopsie pleuriche nel sospetto di lesioni metastatiche,
- studio tumori con versamento pleurico associato
- Staging dei linfonodi mediastinici para-aortici e prevascolari.

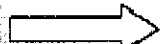
- follow-up di pazienti sottoposti ad exeresi chirurgica e/o trattamento chemioterapico e/o radioterapico in caso di sospetta recidiva a livello osseo.
- stadiazione e nel follow-up di pazienti sintomatici in stato avanzato di malattia: tale metodica appare utile ad evidenziare eventuali alterazioni strutturali ossee che potrebbero portare a fratture patologiche se non adeguatamente trattate con le opportune terapie.
- dolore osseo e nell'innalzamento di alcuni parametri (ad es. la fosfatasi alcalina) al fine di poter accertare se la presenza di eventuali alterazioni strutturali ossee sono da correlare a patologie ossee benigne precedenti o da riferire alla malattia neoplastica anche per poter implementare la terapia palliativa.

- in fase di stadiazione pre-chirurgica al fine di valutare alterazioni della perfusione polmonare.

- nella fase di stadiazione della neoplasia polmonare.
- la fine del II ciclo di chemioterapia e l'inizio del III al fine di valutare l'efficacia del trattamento in corso (PET *ad interim*).

## TEMPISTICA

**TIPIZZAZIONE CITOLOGICA**  A 5 giorni dal prelievo

**TIPIZZAZIONE ISTOLOGICA**  A 15 giorni dal prelievo

#### 10.4 VALUTAZIONE DMT

Il Gruppo DMT, formato dagli specialisti in Pneumologia, Oncologia Medica, Radioterapia Oncologica, Radiologia e Anatomia Patologica, si riunisce una volta alla settimana, e, sulla base dell' istotipo e dello stadio della malattia, definisce collegialmente la strategia terapeutica (PAI), tenendo conto delle Linee Guida Nazionali e Internazionali.

Una volta eseguita la tipizzazione cito/istologica:

- in caso di **NSCLC** (adenocarcinoma e carcinoma squamoso) in paziente non operabile, si eseguirà la caratterizzazione molecolare della lesione
- in caso di **SCLC, NSCLC** squamoso o pz operabile proseguirà il percorso terapeutico previsto dal DMT.

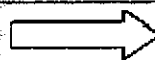
Anche in questo caso al paziente verranno fornite sia le impegnative che tutte le indicazioni utili circa tipo, sede, data e ora degli esami da eseguire.

Il paziente potrà essere quindi indirizzato verso un trattamento chirurgico, chemioterapico e/o radioterapico adiuvante o neoadiuvante.

La valutazione del trattamento chirurgico e neoadiuvante sarà concertata con il Centro di riferimento.

#### TEMPISTICA

**RIUNIONI DMT E VALUTAZIONE COLLEGIALE CASI**



Ogni settimana

#### 10.5 PERCORSO CHIRURGICO

Dopo valutazione multidisciplinare, definito lo stadio della malattia (stadio I-II-III A e IIIB), e l'istotipo se il paziente risulterà operabile si procederà al completamento della stadiazione pre-chirurgica con PET ed eventuali ulteriori procedure. Se confermata l'operabilità della malattia il paziente verrà inviato presso la Chirurgia Toracica del Centro di Riferimento rappresentata dall'azienda Sanitaria San camillo di Roma. Eventuale trattamento neoadiuvante verrà concordato con lo stesso centro di riferimento.

Tutti i pazienti dopo l'intervento saranno rinviati al DMT aziendale che rivaluterà il caso per ridefinire il successivo percorso terapeutico (chemioterapia, radioterapia, follow up)

### **Carcinoma Polmonare non a piccole cellule (NSCLC)**

La chirurgia rappresenta il trattamento elettivo nel NSCLC in stadio I, II, e IIIa minimo. Gli stadi IIIa non-minimo, IIIb e IV sono il piú delle volte oncologicamente non operabili e i risultati di studi randomizzati di confronto tra chemio-radioterapia versus trattamento trimodale non hanno evidenziato alcun vantaggio a favore dell'impiego della chirurgia.

I criteri di operabilità sono triplici: operabilità biologica (prospettiva di radicalità in relazione allo stadio); operabilità anatomica (minor volume di resezione necessario ad ottenere la radicalità); operabilità funzionale (capacità respiratoria predetta dopo intervento radicale utile a garantire una sufficiente funzionalità respiratoria).

In sostanza è definito operabile un individuo che è affetto da una malattia resecabile e che è presumibilmente in grado di tollerare il relativo trauma chirurgico; è definita resecabile una malattia che può essere totalmente asportata mediante un intervento chirurgico; è definito curativo un intervento potenzialmente in grado di guarire la malattia.

Nel cancro del polmone sono indicati solo interventi resettivi con intento curativo. L'intervento è potenzialmente curativo quando comporta:

- l'exeresi del tumore con margine di tessuto sano circostante, accertato istologicamente; l'assenza di residui neoplastici sulla rima di sezione;
- l'asportazione delle stazioni linfatiche loco-regionali con i linfonodi piú distali indenni da metastasi;
- l'assenza di metastasi linfonodali in fase extracapsulare.

La chirurgia non è proponibile a pazienti che, pur con una lesione polmonare limitata, presentino segni di malattia avanzata quali, ad esempio, versamento pleurico citologicamente positivo, presenza di sindrome della vena cava superiore, coinvolgimento dei linfonodi mediastinici e/o ilari controlaterali, sovraclaveari, scalenici, coinvolgimento linfonodale mediastinico omolaterale esteso a piú stazioni e/o con lesioni bulky, estesa invasione tracheale, paralisi del nervo ricorrente. In alcuni di questi casi molto selezionati (IIIA N2), solo il downstaging linfonodale ottenuto con terapie di induzione e documentato con esame cito-istologico può consentire una indicazione chirurgica.

La valutazione preoperatoria deve tener conto anche di eventuali comorbidità importanti, quali un infarto miocardico od un ictus cerebri recenti, altre insufficienze d'organo, la indicazione a doppia anti-aggregazione dopo stenting coronarico.

L'esame istologico intraoperatorio può essere determinante nell'indicare la prosecuzione dell'intervento e l'entità della resezione da eseguire.