

Responsabilità

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

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	AO AL: Giacomo Centini	
	ASL AL: Antonio Brambilla	
	ASL AT: Mario Nicola Francesco Alparone	
Direttore Sanitario	AO AL: Daniela Kozel	
	ASL AL: Paola Costanzo	
	ASL AT: Gloria Chiozza	
Responsabile Aziendale Qualità	AO AL: Roberta Bellini	
	ASL AL: Massimo Leporati	
	ASL AT: Anna Mesto Patrizia Bergese Bogliolo	
Coordinatore GIC aziendale	Federica Grosso	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	AO AL: Gianmauro Numico	
	ASL AL: Roberta Buosi	
	ASL AT: Franco Testore	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta	Oscar Bertetto	

Data di approvazione	Novembre 2017 (prima emissione), Novembre 2018 (prima revisione)
Periodicità di revisione	Annuale
Data prossima revisione	Novembre 2019
Modalità di diffusione interna	Invio per mezzo e-mail a tutti i componenti del GIC della comunicazione relativa all'approvazione del documento. Tutti i PDTA approvati vengono depositati su apposita parte del server aziendale. L'originale viene custodito presso la Direzione Medica dei Presidi
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

Composizione GIC

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

Strutture	Referente	Componenti
Anatomia Patologica AO Alessandria	Roberta Libener	Sara Orecchia Roberta Libener

<i>Anatomia Patologica Casale (ASL AL)</i>	Massimo Pastormerlo	Massimo Pastormerlo
<i>Anatomia Patologica ASL AT</i>	Luisa Ferrari	Luisa Ferrari
<i>Chirurgia Toracica AO Alessandria – ASL Asti</i>	Maurizio Mancuso	Maurizio Mancuso Fausto Pernazza Stefano Meda
<i>Oncologia SSD MESOTELIOMA AO Alessandria</i>	Federica Grosso	Federica Grosso Michela Lia Antonella De Angelis Silvia Zai
<i>Oncologia Casale (ASL AL)</i>	Alberto Muzio	Alberto Muzio Roberta Buosi
<i>Oncologia ASL AT</i>	Lorena Consito	Lorena Consito
<i>Medicina Nucleare AO Alessandria</i>	Elena Pomposelli	Elena Pomposelli Alfredo Muni Luigi Tommasi
<i>Malattie apparato respiratorio AO Alessandria</i>	Lorenzo Grecu	Federica Arcadipane Lorenzo Grecu
<i>Pneumologia Casale (ASL AL)</i>	Piero Maria Quaresima	Piero Maria Quaresima
<i>Pneumologia ASL AT</i>	Piercarlo Giamesio	Piercarlo Giamesio
<i>Radiologia AO Alessandria</i>	Stefano Barbero	Stefano Barbero Marco Belletti Francesca Misischi
<i>Radiologia Casale (ASL AL)</i>	Giacomo Taverna	Giacomo Taverna
<i>Radiologia ASL AT</i>	Federico Cesarani	Federico Cesarani
<i>Radioterapia AO Alessandria</i>	Paola Franzone	Paola Franzone Oreste Durante
<i>Radioterapia ASL AT</i>	Maria Tessa	Maria Tessa
<i>Infermiere AO Alessandria</i>	Carmela Riccio C.P.S.I	Carmela Riccio C.P.S.I
<i>Infermiere Casale ASL AL</i>		
<i>Infermiere ASL AT</i>		
<i>Hospice “Gelso” e cure palliative ASL AL</i>	Mirella Palella	Valeria Ghelleri CPSE Mirella Palella
<i>Cure palliative e Hospice “M.S.Zaccheo”</i>	Paola Budel	Paola Budel Alma Kasa Paola Ballarino CPSE
<i>Medicina Interna Casale (ASL AL)</i>	Margherita Girino	Margherita Girino
<i>Psicologia AO AL *</i>	Antonio Pepoli	Antonio Pepoli
<i>Psicologia Casale (ASL AL)</i>	Alice Monti	Alice Monti
<i>Psicologia ASL AT</i>	Ilaria Lombardi	Ilaria Lombardi

<i>Terapia del dolore* AO AL Alessandria</i>	Fabrizio Cassini	Fabrizio Cassini
<i>Terapia del dolore* Casale (ASL AL)</i>	Gian Piero Patrucco	Gian Piero Patrucco
<i>Cure palliative ASL AT</i>	Francesco Pinta	Francesco Pinta
<i>Dietologia ASL AT</i>	Stefania Bianchi	Stefania Bianchi
<i>Medicina Fisica Riabilitativa ASL AT*</i>	Giovanna Lombardi	Giovanna Lombardi
<i>Fisioterapista ASL AT*</i>	Raffaella Marmo	Raffaella Marmo
<i>Oncologia CAS ASL AT</i>	Federica Brusa Gavazza Mirella	Federica Brusa Gavazza Mirella
<i>Farmacia ASL AT</i>	Anna Maria Toffano	Anna Maria Toffano

GIC - regolamento

Coordinatore	Dott.ssa Federica Grosso federica.grosso@ospedale.al.it
Segreteria	Dr.ssa Annalisa Roveta Clinical Trial Center SS Formazione, Promozione scientifica e Comunicazione AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Via Venezia 16, Alessandria, 15121
Sede dell'incontro	AO AL o Presidio Ospedaliero di Casale dell'ASL AL (ASL AL), ASL AT (solo per discussione dei casi complessi)
Periodicità dell'incontro e orario	Ogni 15 giorni (mart ASL AL – ven AO AL), Per ASL AT: su segnalazione dei casi complessi
Modalità di refertazione	Compilazione scheda caso clinico su TRAKCARE e archiviazione referto cartaceo nella cartella clinica del paziente Refertazione ASL AT: cartella informatizzata del software Ok- DH Oncologia
Descrizione sintetica del funzionamento	Il GIC di area avrà un ruolo di indirizzo e di formazione. Risulta infatti difficoltoso garantire la discussione collegiale di tutti i casi di area. Tuttavia questo può avvenire per casi selezionati quando lo si ritiene necessario, contattando il referente. Relativamente al GIC Interaziendale AO AL-ASL AL Casale M.to, ogni nuova diagnosi/sospetto diagnostico viene segnalata al GIC; ogni caso complesso che richieda una nuova valutazione collegiale viene discusso nelle date calendarizzate (il GIC si riunisce ogni 14 gg). Qualora sia necessaria una condivisione in tempi rapidi, il caso viene condiviso singolarmente con i referenti interessati e la decisione collegiale viene refertata su trak.
Descrizione del percorso assistenziale AO AL	Il ruolo assistenziale è rilevante essenzialmente per la paziente che ha un percorso di chemioterapia. a) Durante la visita iniziale in cui viene predisposta la fase terapeutica pianificata, l'Infermiere si occupa di : - valutazione del patrimonio venoso, e in caso di somministrazione di farmaci Vescicanti o di scarsa disponibilità, definizione con il Medico e con l'Utente del tipo di CVC più idoneo. Ciò avviene attraverso la compilazione della scheda della Rete Oncologica “Valutazione del Patrimonio Venoso” (Infermiere CAS o DH o Degenza) - organizzazione impianto PICC, secondo procedura specifica (infermiere DH), e consegna della brochure PICC b) Nella fase di programmazione e esecuzione esami pre-chemioterapia l'infermiere DH fornisce alla paziente le informazioni sulle modalità di accesso alle sale di chemioterapia; c) Durante la fase di somministrazione della chemioterapia l'infermiere DH si occupa di: - segnalazione dei sintomi - rilevazione degli effetti collaterali della chemioterapia e

	<p>gestione degli stessi (in collaborazione con l'Oncologo). A tale scopo l'infermiere, al momento del prelievo venoso prima di iniziare trattamento chemioterapico consegna alla paziente l'apposito modulo (scheda rilevazione tossicità);</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione relazione con Paziente e familiari <p>d) Al termine della chemioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medicazione e lavaggi su prenotazione
Descrizione del percorso assistenziale ASL AT	<p><i>Modalità di presa in carico della persona/famiglia nel passaggio dal CAS al GIC (per la fase precedente fare riferimento al PDTA CAS)</i></p> <p>I referenti infermieristici individuati dalla Struttura, fanno parte del GIC e sono l'interfaccia del CAS centrale/CAS satelliti . Partecipano al GIC segnalando le fragilità del paziente e familiari riscontrate durante la valutazione infermieristica e collaborano per la presa in cura del paziente garantendo la continuità assistenziale. A tal fine curano il passaggio di comunicazioni tra le varie équipe e all'interno della propria équipe assistenziale, garantendo il rispetto delle tempistiche e delle implicazioni previste dallo specifico PDTA. Nel caso di chemioterapia, valutano il patrimonio venoso ed organizzano nei tempi indicati l'impianto di dispositivo più adeguato per tipo di terapia, condizioni e compliance del paziente.</p>

1. Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Specifico per patologia

Descrizione del bacino di utenza	<i>Il bacino di utenza dell'Azienda ospedaliera è riferito alle province di Alessandria e Asti, per una popolazione di circa 650.000 abitanti 190 comuni ad Alessandria e 118 nella provincia di Asti, con le relative Aziende Sanitarie Locali.</i>
Numero di abitanti del bacino di utenza	Il numero totale di abitanti del bacino di utenza è circa 650.000
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria ASL AL ASL AT
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria ASL AL ASL AT

Neoplasie di pertinenza del GIC

Mesotelioma maligno della pleura

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Fonte:

Linee Guida AIOM 2018

Guideline, ASCO 2018

VIII edizione stadiazione IASLC

Per le procedure di I livello già presenti nel PDTA CAS (laboratorio, radiologia ecc) non ripetere l'inserimento.

Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Nella colonna "condizione" è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna "modalità di accesso" vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Si indicano con ** gli esami che verranno eseguiti solo in casi selezionati idealmente dopo valutazione GIC

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Sospetto clinico	Il paziente sintomatico accede al CAS dal MMG, DEA o altra struttura (Pneumologia, Chirurgia Toracica, Oncologia, Medicina Interna). In occasione della visita CAS vengono indicati gli accertamenti necessari per il completamento dell'iter diagnostico.	Visita CAS Pneumologia AO AL/ASL AL/ASL AT Chirurgia Toracica AO AL UFIM/SSD Mesotelioma Oncologia ASL AT Medicina Interna AO AL/ASL AL/ASL AT Prenotazione segreteria CAS con ricetta elettronica dello specialista/curante	10 giorni
Diagnosi certa/possibile/probabile e Sospetto clinico	Visita UFIM/SSD Mesotelioma	UFIM/SSD Mesotelioma A diagnosi certa il paziente viene preso in carico da UFIM/SSD Mesotelioma per stadiazione, segnalazioni al COR Piemonte del ReNaM, INAIL, SPreSAL e l'inserimento REGCLIN-MM Per ASL AT la gestione della refertazione/certificazione dei casi di possibile/probabile/certa diagnosi di mesotelioma segue la specifica POA 2150. AO AL e ASL AL: ogni qualvolta possibile archiviazione di materiale biologico in Biobanca, previo consenso, se non effettuato in precedenza. →Prenotazione con ricetta elettronica dello specialista/curante	15 giorni

Versamento pleurico +/-ispessimenti pleurici +/- placche pleuriche	Toracentesi con esame citologico	Pneumologia AO AL/ASL AL/ASL AT Chirurgia Toracica AO AL Prenotazione telefonica/mail con ricetta elettronica dello specialista/curante Anatomia Patologica AO AL/ASL AL/ASL AT →Richiesta diretta dello specialista che ha effettuato l'esame con ricetta elettronica dello specialista/curante	10 giorni
Sospetto clinico	Diagnosi cito-istologica L'esame cito-istologico deve includere immunoistochimica con marcatori positivi per mesotelioma (es.calretinina, citocheratina 5/6, WT1) e negativi (es.CEA, TTF1, BerEP4 / EpCAM), la definizione dell'istotipo, la quantificazione della componenti epitelioide/sarcomatoide nel bifasico (quando il materiale è sufficiente) e il grading nucleare	Anatomia Patologica ASL-AL Anatomia Patologica AO-AL Anatomia Patologica ASL-AT →Richiesta interna a seguito di procedura bioptica invasiva o con ricetta elettronica dello specialista/curante	10 giorni
Tutti i pazienti sintomatici	Radiografia del torace in 2 Proiezioni	Radiologia AO AL/ASL AL/ASL AT →Accesso diretto con ricetta elettronica dello specialista/curante	5 giorni
Tutti i pazienti sintomatici con RX sospetta (versamento +/- ispessimenti pleurici)	TC Torace- e Addome (per valutare l'estensione peritoneale) con mdc	Radiologia AO AL/ASL AL/ASL AT NB: La TC deve utilizzare i criteri RECIST per parametrare la malattia e utilizzare la stadiazione clinica definita dalla IASL VIII edizione →TC richiesta dal CAS/UFIM/SSD Mesotelioma con ricetta elettronica dello specialista/curante	20 giorni
In pazienti selezionati, suscettibili di chirurgia (stadio I-IIIa, istologia epitelioide o bifasico con >componente epitelioide)	RM Torace-Diaframma con mdc**	Radiologia AO AL/ASL AL/ASL AT →Prenotazione diretta dopo discussione GIC	Non >30 giorni dall'inizio del trattamento
In pazienti selezionati, suscettibile di chirurgia ((stadio I-IIIa, istologia epitelioide o bifasico con >componente epitelioide)	PET total body con 18-FDG**	Medicina Nucleare AO AL	Ogni qualvolta possibile prima della pleurodesi Può essere effettuata anche dopo pleurodesi e prima della chirurgia per

		→Prenotazione diretta PET dopo discussione GIC	escludere la malattia a distanza
Tutti i pazienti con versamento recidivato e/o citologico positivo o non conclusivo	Toracosopia (medica o VATS) con esame istologico** La toracosopia/pleuroscopia è la procedura preferenziale per la diagnosi istologica.	Pneumologia AO AL/ASL AL/ASL AT Chirurgia Toracica AO AL Anatomia patologica AO AL/ASL AL/ASL AT →Prenotazione diretta dopo discussione GIC	30 giorni
Tutti i pazienti con versamento recidivo e citoistologico sospetto	Pleurodesi** con talco in corso di VAT o pleuroscopia medica	Chirurgia Toracica AO AL Pneumologia AO AL/ASLAL/ASLAT Anatomia patologica AO AL/ASL AL/ASL AT →prenotazione diretta dopo discussione GIC	Contestuale alla procedura di toracosopia
Pazienti con ispessimenti pleurico in assenza di versamento	Biopsia TC guidata con esame istologico**	Radiologia interventistica AO AL/ASL AL/ASL AT Anatomia patologica AO AL/ASL AL/ASL AT →Prenotazione diretta dopo discussione GIC	15 giorni
Pazienti con “polmone intrappolato”, o già sottoposti a pleurodesi o con malattia con prevalente componente solida infiltrante	Minitoracotomia con esame istologico**	Chirurgia Toracica AO AL Anatomia patologica AO AL/ASL AL/ASL AT →Prenotazione diretta dopo discussione GIC	30 giorni
Pazienti con sospetto di adenopatia mediastinica alla TC o alla PET, in cui è programmata chirurgia	Ecoendoscopia bronchiale EBUS ** Ago-biopsia polmonare trans- bronchiale TBNA** Mediastinoscopia**con esame istologico	Pneumologia AO AL Chirurgia Toracica AO AL Anatomia patologica AO AL/ASL AL/ASL AT →Prenotazione diretta dopo discussione GIC	30 giorni

Modalità di accesso del paziente

Descrizione sintetica dei trattamenti

Fonte:

Linee Guida AIOM 2018

Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Non è richiesto di specificare i dettagli dei trattamenti (ad es tipo di chirurgia, schedula di radioterapia o schema di chemioterapia). Nella colonna "condizione" è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna "modalità di accesso" vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Premessa:

Si fa riferimento alla stadiazione IASLC VIII edizione (tabella 1)

La valutazione della risposta deve essere effettuata secondo i criteri RECIST modificati per il mesotelioma pleurico (tabella 2)

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Malattia operabile Stadi I/II Malattia operabile stadi II/IIA	Trattamento bi/trimodale: CT (neoadjuvante o adjuvante, a base di derivati del platino + pemetrexed) + chirurgia (P/D o P/D estesa a pericardio e/o diaframma) ± RT In pazienti operabili e accuratamente selezionati la chirurgia va sempre discussa in ambito multidisciplinare ed effettuata in centri con specifica esperienza clinica. La EPP (extra pleural pneumonectomy) può essere proposta in casi ultra-selezionati al posto di P/D Chemioterapia preferenzialmente pre-operatoria per 2-4 cicli.	UFIM /SSD Mesotelioma Oncologia /ASL AL/ASL AT Chirurgia toracica AO AL Radioterapia AO AL/ASL AT	Chirurgia entro 28-42 gg dalla fine del trattamento chemioterapico. Chemioterapia preoperatoria entro 35 gg dalla diagnosi istologica. Eventuale chemioterapia adiuvante entro 40-60 gg dalla chirurgia Radioterapia in trattamento trimodale entro 60 gg dalla data della chirurgia
Malattia non operabile/avanzata (stadio ≥IIIB / IV)	CT di prima linea a base di derivati del platino + pemetrexed Valutazione inserimento in studi clinici laddove possibile ***	UFIM/SSD Mesotelioma Oncologia ASL AL/ASL AT	Entro 40 gg dalla diagnosi istologica
Malattia asintomatica, stadio I-II, età > 70 anni e/o copatologie	Controllo clinico-strumentale	UFIM/SSD Mesotelioma Oncologia ASL AL/ASL AT	Ogni 2-3 mesi prima dell'inizio della chemioterapia
Malattia sintomatica	Simultaneous care in associazione alla chemioterapia/radioterapia	Cure Palliative AO AL/ASL AL/ASL AT Terapia del Dolore AO AL/ASL AL/ASL AT	Entro 5-15 gg in relazione alla gravità della sintomatologia
Malattia non operabile/avanzata in progressione dopo prima linea CT	Valutazione inserimento in studi clinici laddove possibile*** CT di seconda linea rechallenge con pemetrexed±carboplatino, vinorelbina, gemcitabina	UFIM/SSD Mesotelioma Oncologia /ASL AL/ASL AT	Entro 30 gg da ogni trattamento precedente o dalla data della progressione
Malattia non operabile/avanzata e condizioni cliniche compromesse	Cure palliative	Cure Palliative AO AL/ASL AL/AT Terapia del Dolore AO AL/ASL AL	Entro 10 gg

Paziente con dolore da infiltrazione della parete toracica, o con metastasi sintomatiche	Radioterapia palliativa locoregionale	Radioterapia AO AL/ASL AT	Entro 20 gg
Pazienti con versamento massivo/recidivato	Pleurodesi in VAT	Chirurgia toracica AO AL	Entro 30 gg
In caso di versamento non controllato dalla pleurodesi	Posizionamento di drenaggio a permanenza	Chirurgia toracica AO AL	Entro 30 gg
Pazienti con versamenti intrattabili, anche dopo pleurodesi infruttuosa, e l'intrappolamento del polmone in tutti gli stadi, anche avanzati, quando vi sia una indicazione di necessità	Pleurectomia (P) e decorticazione (D) +/- resezione atipica parenchimale	Chirurgia toracica AO AL	Entro 30 gg

*** l'inserimento in studi clinici prevede che siano rispettate tempistiche studio specifiche per l'esecuzione degli esami e dei trattamenti correlati

Follow up

Fonte:

Linee Guida AIOM 2018

Guideline, ASCO 2018

E' necessario inserire non soltanto le procedure finalizzate alla diagnosi di ripresa di malattia ma anche gli interventi utili alla riabilitazione, al controllo delle tossicità tardive e all'educazione alla salute. Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Controllo clinico e strumentale (pazienti non in studi clinici)	Personalizzato ad hoc per il paziente	UFIM/SSD Mesotelioma Oncologia ASL AL/ASL AT Chirurgia toracica AO AL Cure Palliative AO AL/ASL AL/ASL AT Terapia del Dolore AO AL/ASL AL/ASL AT
Controllo clinico e strumentale (pazienti in studi clinici)	Secondo le tempistiche previste dagli studi	UFIM/SSD Mesotelioma Oncologia ASL AL/ASL AT Chirurgia toracica AO AL Cure Palliative AO AL/ASL AL/ASL

		AT Terapia del Dolore AO AL/ASL AL/ASL AT
--	--	-------------------------------------------------

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	<i>SI se in studio clinico</i>
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	<i>NO</i>
Consegna della programmazione del follow up	<i>SI/NO (se si fornire in allegato)</i>
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI/NO (specificare le modalità)</i>

Tabella 1

Classificazione TNM (IASLC VIII Edizione)	
Classificazione	Descrizione
<i>T</i>	<i>Tumore primitivo</i>
Tx	Il tumore primitivo non può essere definito
T0	Assenza di evidenza del tumore primitivo
T1	Il tumore coinvolge la pleura parietale omolaterale oppure la sola pleura viscerale, con o senza coinvolgimento di pleura viscerale, mediastinica o diaframmatica.
T2	Il tumore coinvolge la pleura omolaterale (viscerale o parietale) con almeno uno dei seguenti: <ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento del muscolo diaframma - Invasione del parenchima polmonare
T3	<ul style="list-style-type: none"> - Il tumore coinvolge la pleura omolaterale (viscerale o parietale) con almeno uno dei seguenti: Coinvolgimento della fascia endotoracica - Invasione del grasso mediastinico - Focus solitario di tumore che invade i tessuti molli della parete toracica - Coinvolgimento del pericardio non transmurale
T4	<ul style="list-style-type: none"> - Il tumore coinvolge la pleura omolaterale (viscerale o parietale) con almeno uno dei seguenti: Estensione diffusa o multifocale alla parete toracica

Classificazione TNM (IASLC VIII Edizione)	
	con o senza erosione costale associata - Estensione diretta al peritoneo attraverso il diaframma - Estensione alla pleura controlaterale - Estensione diretta del tumore agli organi mediastinici (esofago, trachea, cuore, grandi vasi) - Estensione diretta del tumore alle vertebre, forami intervertebrali, midollo spinale - Estensione del tumore alla superficie interna del pericardio (con o senza versamento pericardico)
N	Linfonodi regionali
NX	Linfonodi non valutabili
N1	Metastasi ai linfonodi intratoracici omolaterali (bronco-polmonari, ilari, sottocarinali, paratracheali, aorto-polmonari, paraesofagei, peridiaframmatici, del grasso del cuscinetto pericardico, intercostali e mammari interni)
N2	Metastasi ai linfonodi intratoracici controlaterali; metastasi ai linfonodi omolaterali o controlaterali sovraclaveari.
M	Metastasi a distanza
M0	Assenza di metastasi a distanza
M1	Presenza di metastasi a distanza

Raggruppamento in stadi			
Stadio	T	N	M
IA	T1	N0	M0
IB	T2,T3	N0	M0
II	T1,T2	N1	M0
IIIA	T3	N1	M0
IIIB	T1,T2,T3	N2	M0
	T4	Qualsiasi N	M0
IV	Qualsiasi T	Qualsiasi N	M1

Tabella 2

Byrne M.J., Nowak A.K.. Modified RECIST criteria for assessment of response in malignant pleural mesothelioma, Ann. Oncol. 15 (2004) 257-260

Misurazione secondo i criteri RECIST modificati

- A) Lesioni pleuriche:
- 1) misurare lo spessore della neoplasia in 2 punti perpendicolarmente alla parete toracica o ad una struttura mediastinica; effettuare tale misurazione a 3 livelli diversi;
 - 2) sommare le 6 misure ottenute; tale risultato rappresenta una misurazione pleurica unidimensionale.
- B) Lesioni non-pleuriche: misurare come per RECIST
- C) Sommare le varie misurazioni per ottenere la misurazione globale del tumore (total tumor measurement; TTM).

Valutazione della risposta secondo i criteri RECIST modificati (30)	
Risposta	Definizione
Risposta completa	Scomparsa di tutte le lesioni target in assenza di evidenza di neoplasia in altre sedi
Risposta parziale	Riduzione maggiore o uguale al 30% del TTM
Progressione di malattia	Incremento maggiore o uguale al 20% del TTM rispetto al nadir o comparsa di nuove lesioni
Stabilità di malattia	Pazienti che non soddisfino né i criteri per definire una risposta parziale né per definire una progressione di malattia
TTM: total tumor measurement	