

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 1 di 19

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

PDTA DELLE NEOPLASIE TORACO-POLMONARI

1.1 Descrizione sintetica

Il PDTA delle Neoplasie Toraco-polmonari individua ruoli e responsabilità cliniche e organizzative dei diversi professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da neoplasie toracopolmonari dalla diagnosi ai vari processi di cura.

Il presente documento fornisce indicazioni limitatamente all'argomento in oggetto; non esclude l'autonomia e la responsabilità decisionale dei singoli professionisti sanitari e presuppone la corretta esecuzione dei singoli atti nella specifica competenza dei professionisti.

1.2 Composizione GIC

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo/e-mail
SILVIA NOVELLO	AOU San Luigi Gonzaga – SSD Oncologia Polmonare	Coordinatore del gruppo di lavoro
ENRICA MILANESI	SC ONCOLOGIA I	Componente e Supporto alla Stesura del documento
ROSARIA QUINTILIANO	SC ONCOLOGIA I	Componente
MARIO AIROLDI	SC ONCOLOGIA MEDICA II	Componente
ALFREDO CELANO	SC ONCOLOGIA MEDICA II	Componente
LUISA DEL SEDIME	SCU ANATOMIA PATOLOGICA	Componente
ENRICO RUFFINI	SCU CHIRURGIA TORACICA	Componente
RICCARDO CRISTOFORI	SCU CHIRURGIA TORACICA	Componente
PIERLUIGI FILOSSO	SCU CHIRURGIA TORACICA	Componente
PARASKEVAS LYBERIS	SCU CHIRURGIA TORACICA	Componente
PAOLO LAUSI	SCU CHIRURGIA TORACICA	Componente
CLAUDIO MOSSETTI	SCU CHIRURGIA TORACICA	Componente
ROBERTO GIOBBE	SCU CHIRURGIA TORACICA	Componente
ANDREA FERRARIS	SCU RADIOLOGIA	Componente
CRISTINA MANTOVANI	SCU RADIOTERAPIA	Componente
SERENA BADELLINO	SCU RADIOTERAPIA	Componente
PAOLO SOLIDORO	SCU PNEUMOLOGIA	Componente
PAOLO COTOGNI	SC TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE	Componente
COSTANZA CALIA	SC TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE	Componente

Verifica contenuti e approvazione	Autorizzazione all'emissione
Prof. U. Ricardi, Direttore del Dipartimento di Oncologia <i>Firmato in originale</i> Dott. A. Scarmozzino, Direttore Dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure <i>Firmato in originale</i> Dott. G. Fornero, Direttore S. C. Qualità Risk Management e Accredimento <i>Firmato in originale</i>	Dott. G. La Valle Direttore Sanitario AOU Città della Salute e della Scienza di Torino <i>Firmato in originale</i>

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso Oncologia Medica I. La diffusione è effettuata per via elettronica in formato non modificabile [es. Adobe Acrobat (*.pdf)]. Sono consentite la visione a terminale e la stampa, ma non la modifica. Non è consentito diffondere il documento, senza citarne le fonti e gli autori, in quanto i suoi contenuti sono proprietà della AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 2 di 19

Contenuti del documento

1.	Titolo, descrizione e gruppo di lavoro	1
1.1	Descrizione sintetica	1
1.2	Composizione GIC	1
2.	Informazioni relative al documento	3
2.1	Periodo di validità e revisione	3
2.2	Obiettivi	3
2.3	Ambito di applicazione	3
2.4	Terminologia e abbreviazioni	3
3.	Contenuti del Documento	4
3.1	Generalità	4
3.2	Tabelle riassuntive	5
3.2.1	Regolamento GIC	5
3.2.2	Epidemiologia	6
3.2.3	Descrizione sintetica dell'iter diagnostico	7
3.2.4	Descrizione sintetica dei trattamenti	8
3.2.5	Follow up	8
3.3	Attività	10
3.4	Responsabilità	18
3.5	Bibliografia, Fonti e Riferimenti	18
3.6	Aspetti etici	18
4.	Strumenti di Gestione del documento	19
4.1	Documenti correlati	19
4.2	Monitoraggio	19
4.3	Modalità di implementazione	19
5.	Allegati	19
5.1	Schede	19

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 3 di 19

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

La revisione del presente documento è prevista entro due anni dalla data di emissione. In caso di mutate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative oppure in presenza di nuove evidenze in letteratura può essere effettuata una revisione in tempi più brevi. Il coordinatore del Gruppo di Lavoro assicurerà la revisione del presente documento. Il presente documento è comunque valido sino alla rimozione dalle aree di pubblicazione informatica.

Revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0	08/11/2018	Trattandosi di documento di prima stesura non sono presenti modifiche

2.2 Obiettivi

I principali obiettivi della stesura del PDTA aziendale per le neoplasie toraco-polmonari sono:

- 1) garantire un'efficace assistenza a tutti i pazienti affetti da neoplasie toraco-polmonari che afferiscono all'Azienda Città della Salute e della Scienza attraverso:
 - diagnostica rapida ed appropriata
 - terapie ottimali eseguite in tempi adeguati
 - regolare follow-up
- 2) costituire un valido gruppo di lavoro e di ricerca che affronti le varie tematiche inerenti alle neoplasie toraco-polmonari per quanto riguarda:
 - prevenzione
 - trattamenti integrati e/o nuove strategie terapeutiche
 - terapie ad alto costo
- 3) aderire e collaborare con l'Unità Coordinamento Rete Oncologica, Dipartimento Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta alla formazione e sviluppo di programmi diagnostico/terapeutici sulle neoplasie toraco-polmonari all'interno del Piemonte-Valle d'Aosta.
- 4) avviare un processo di analisi e verifica di aderenza al PDTA sul tumore polmonare attraverso una fase di revisione dei livelli di prestazione raggiunti, per mezzo di indicatori adeguati e condivisi, che porti al miglioramento della pratica clinica.

2.3 Ambito di applicazione

Il documento costituisce una guida al percorso diagnostico e terapeutico del paziente affetto da tumori toracopolmonari che afferiscono con tale sospetto clinico all'attenzione degli specialisti, oncologi, pneumologi, chirurghi toracici che operano presso le relative Strutture dell'Azienda Città della Salute e della Scienza di Torino.

2.4 Terminologia e abbreviazioni

Acronimi

<i>Abbreviazione</i>	<i>Descrizione</i>
BB	Biopsia bronchiale
TBB	Biopsia Transbronchiale
TBNA	Agoaspirato transbronchiale
EUS	Ultrasonografia esofagea
EBUS	Ultrasonografia endobronchiale
PET	Tomografia ad emissione di positroni
FDG	Fluodesossiglucosio

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 4 di 19

Abbreviazione	Descrizione
TC	Tomografia computerizzata
RM	Risonanza Magnetica
ECT	Ecotomografia
VATS	Toracosopia Videoassistita
MMG	Medico di medicina generale
3DCRT	Radioterapia conformazionale tridimensionale
IMRT	Radioterapia ad intensità modulata
IGRT	Radioterapia guidata da immagini
CVC	Catetere venoso centrale
EGFR	Recettore per il fattore di crescita epidermoide
ALK	Chinasi del linfoma anaplastico
IHC	Immunoistochimica
FISH	Ibridizzazione in situ a fluorescenza
I	Indicatore possibile

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

Le neoplasie polmonari rappresentano una delle patologie oncologiche più frequenti con una incidenza ancora in crescita nel sesso femminile. In Italia sono attesi ogni anno circa 40.000 nuovi casi, dei quali il 30% interesserà il sesso femminile. La patologia è gravata ancora oggi da un elevato tasso di mortalità (circa 33.500 decessi nel 2012 per tumore del polmone) e rappresenta ancora oggi la prima causa di morte per tumore nel maschio (26% del totale delle morti) e la terza causa nelle donne (11% delle morti totali). La sopravvivenza a 5 anni risulta comunque in modico incremento, passando dal 10% al 14% nell'uomo e dal 12% al 18% nelle donne dalla fine degli anni '90 al 2010.

Il fumo di tabacco costituisce il più importante fattore di rischio e la prevenzione primaria rappresenta il primo obiettivo da perseguire allo scopo di ridurre la mortalità per tumore del polmone.

Al contrario gli studi di prevenzione secondaria ad oggi non hanno dimostrato un rapporto danno/beneficio adeguato all'implementazione di tali programmi come misura di sanità pubblica.

La diagnosi tempestiva e l'ottimizzazione del trattamento rappresentano ad oggi il migliore approccio possibile al paziente affetto da neoplasia polmonare.

Tale approccio richiede l'integrazione coordinata ed appropriata di tutti gli attori coinvolti nel PDTA delle neoplasie toracopolmonari:

L'attività diagnostico-terapeutica descritta nel presente PDTA viene svolta dalle seguenti Strutture:

1. Attività di Radiodiagnostica
 - a. SCU Radiologia 1U (Prof. Paolo Fonio)
 - b. SCU Neuroradiologia (Dott.ssa Alda Borrè)
 - c. SC Radiologia (Dott. Ottavio Davini)
2. Attività di Pneumologia e Broncoscopia
 - a. SCU Pneumologia (Prof.ssa Caterina Bucca)
3. Attività di Medicina Nucleare
 - a. SC Medicina Nucleare (Dott. Massimo Baccega)
4. Attività di Chirurgia
 - a. SCU Chirurgia Toracica (Prof. Alberto Oliaro)
5. Attività di Anatomia Patologica
 - a. SCU Anatomia e Istologia Patologica (Prof. Mauro Papotti)
6. Attività di Radioterapia

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 5 di 19

a. SCU Radioterapia (Prof. Umberto Ricardi)

7. Attività di Oncologia

a. SC Oncologia Medica I (Dott. Libero Ciuffreda)

8. Attività di Terapia Antalgica e Cure Palliative

a. SC Terapia del Dolore e Cure Palliative (Dott.ssa Anna De Luca)

3.2 Tabelle riassuntive

3.2.1 Regolamento GIC

Coordinatore	Prof.ssa Silvia Novello AOU San Luigi Gonzaga – SSD Oncologia Polmonare
Segreteria	C.A.S. - Presidio Molinette, Corso Bramante n.88/90 Telefono 011.6334791/ 011.6334797
Sede dell'incontro	C.A.S. -Presidio Molinette – Sala G.I.C.
Periodicità dell'incontro orario	Martedì ore 14,00-16,00
Modalità di refertazione	Verbale, cartella clinica, cartella informatizzata (in questo caso precisare il nome del software) ecc
Descrizione sintetica del funzionamento	Viene descritta la storia del paziente con presa visione degli esami istologici biotipici e degli esami di stadiazione. Decisione collegiale sulla prescrizione di ulteriori esami e sul percorso terapeutico
Descrizione del percorso assistenziale	L'infermiere identifica i bisogni di assistenza della persona e formula i relativi obiettivi assistenziali del percorso: A) <u>Accoglie la persona assistita e la sua famiglia favorendone l'orientamento e la fiducia</u> <ul style="list-style-type: none"> • Valuta il livello di ansia o di preoccupazione manifestato dalla persona assistita, adattando, di conseguenza la comunicazione. • Valuta in base alle informazioni raccolte il problema di salute, il percorso diagnostico terapeutico, le abitudini di vita della persona assistita, le condizioni cliniche, il livello di autonomia con particolare attenzione. • Identifica, in base alle valutazioni effettuate, le necessità di aiuto alla persona assistita. B) <u>L'infermiere, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale</u> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica e programma, secondo priorità, gli interventi appropriati (sostitutivi, di compenso, di guida, di educazione, di sostegno) per raggiungere i risultati attesi, favorendo per quanto possibile la cooperazione della persona assistita. • Applica procedure/protocolli e istruzioni operative utili alla definizione della diagnosi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ identifica le diversità culturali e linguistiche; ▪ coinvolge la persona nella valutazione dei bisogni assistenziali al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito; ▪ attività di supporto in talune indagini diagnostiche (rilevazione parametri vitali, esami ematochimici, biopsie ossee, aspirato midollare, ecc...); ▪ gestisce con il medico il paziente candidato a trattamento chirurgico o oncologico applicando il protocollo/procedura Patient Blood Management (Decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti");

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 6 di 19

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ da informazioni dettagliate sugli esami del percorso diagnostico; illustra la preparazione di accertamenti strumentali e ne coordina l'esecuzione; ▪ monitora il percorso diagnostico del paziente e contatta lo specialista di riferimento garantendone la continuità; <ul style="list-style-type: none"> • E' presente alla visita CAS (se non è possibile esegue una valutazione dedicata: contatta e organizza un accesso del paziente per la valutazione infermieristica) <ul style="list-style-type: none"> ▪ tutela la privacy; ▪ raccoglie l'anamnesi assistenziale; ▪ informa sul percorso diagnostico-terapeutico proposto ed eventuali tossicità; ▪ valuta il patrimonio venoso e organizza il posizionamento CVC; ▪ valuta il dolore; ▪ individua e valuta le fragilità; identifica il care-giver da coinvolgere nel piano di cura su indicazione dell'assistito; ▪ effettua valutazione geriatrica; ▪ coinvolge la persona nella valutazione dei bisogni assistenziali al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito; ▪ collabora all'identificazione e all'inserimento dei pazienti nelle sperimentazioni cliniche; ▪ attiva i percorsi di collaborazione con la rete infermieristica interna; ▪ attiva consulenze di altri specialisti infermieri (enterostomiste; ecc); ▪ definisce percorsi e procedure in collaborazione con altri professionisti favorendo la continuità assistenziale e ottimizzando le risorse; ▪ pianifica con gli altri professionisti della cura un sistema di reporting sui percorsi assistenziali; ▪ attiva audit con la partecipazione dei cittadini (monitoraggio delle attività, eventi avversi, criticità); ▪ pianifica attività di monitoraggio del percorso diagnostico e di valutazione della qualità percepita. <p><u>Ruolo dell'infermiere PRIMA della discussione GIC:</u> - consulta l'agenda GIC dei pazienti prenotati; - recupera la documentazione (esami diagnostici eseguiti in azienda o presso altre strutture, preventivamente raccolti presso il CAS); - collabora con gli infermieri del CAS e prende visione delle schede di valutazione infermieristica.</p> <p><u>Ruolo dell'infermiere DURANTE DISCUSSIONE GIC:</u> - partecipa attivamente evidenziando eventuali problemi identificati durante la visita CAS; - condivide i piani di intervento con gli altri professionisti.</p> <p><u>Ruolo dell'infermiere POST GIC:</u> - organizza la presa in carico nei relativi servizi per garantire la continuità del percorso; - riferimento per il paziente ed i familiari (informazioni in merito il percorso clinico-assistenziale); - raccoglie dati relativi (programma excel): referti visita GIC casi discussi, diagnosi, documentazione presente, presa in carico presso i vari servizi.</p>
--	---

3.2.2 Epidemiologia

Descrizione del bacino di utenza	Città di Torino e provincia
Numero di abitanti del bacino di utenza	ASL TO Città di Torino = 882.523
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	AOU CdSS – CAS unificato presso il P.O. Molinette c/o ex Medicina d'Urgenza – piano terra – ingresso C.so Bramante 88/90
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza	AOU CDSS

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 7 di 19

3.2.3 Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di prenotazione e sede	Tempi previsti di accesso
Sospetto di carcinoma	Visita ambulatoriale/CAS	Medico di medicina Generale – DEMA e prenotazione telefonica (o via email a cas_tumoriadulti@cittadellasalute.to.it o di persona lun-ven orario 8-17) presso il CAS ¹	Entro 7 gg
		Medico di Pronto Soccorso – dema e invio diretto (o prenotazione telefonica) presso ¹	Immediato
		Medico Specialista – DEMA e prenotazione telefonica presso il CAS ¹ Via FAX al numero 011.633.4011	Entro 7 gg
	Esami ematochimici	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ¹	
	Biopsia TC/ect guidata	Prenotazione diretta da parte del Radiologo previa consulenza che ne valuti la fattibilità ²	Entro 10 gg (più 5 giorni per la refertazione)
	Broncoscopia		
Toracentesi			
EBUS			
Carcinoma accertato	Radiografia tradizionale	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ²	Entro 10 gg
	Ecografia		
	TC		
	RMN		
	Spirometria	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ³	
	TC-PET con FDG	Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ⁴	
	Scintigrafia perfusionale polmonare		
	Visita GIC	Il CAS prenota la visita GIC tramite agenda cartacea presso ¹	Entro 30 gg

1 CAS Centralizzato – Padiglione Pensionanti piano terra

2 SC Radiologia 1 U – Palazzina Pensionanti piano seminterrato;

SC Radiologia 2 – Palazzina Patologia Medica 2° piano

SC Radiologia 3 U – Palazzina Clinica Medica piano seminterrato

3 SC Pneumologia U – Palazzina Patologia Medica piano terra

4 SC Medicina Nucleare U – Palazzina Ciocatto piano seminterrato

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 8 di 19

3.2.4 Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di prenotazione e sede	Tempi previsti di accesso
Carcinoma in stadio precoce o localmente avanzato (stadio I,II,IIIA)	Chirurgia Toracica	Il GIC inserisce il pz in lista d'attesa per il ricovero ordinario tramite TrakCare ¹	Entro 45 gg
	Chemioterapia adiuvante/neoadiuvante	Il GIC prenota il ciclo di chemioterapia tramite TrakCare ²	
	CRT concomitante	Il GIC prenota il trattamento tramite TrakCare presso ³	
Carcinoma metastatico	Chirurgia Toracica	Il GIC inserisce il pz in lista d'attesa per il ricovero ordinario tramite TrakCare presso ¹	
	CRT concomitante	Il GIC prenota il trattamento di radioterapia tramite TrakCare presso ³	
	Radiochirurgia (SRS) o Radioterapia Stereotassica (SABR)	Il GIC prenota il trattamento di tramite TrakCare ³	
	Cure palliative	Il GIC prenota la visita tramite TrakCare ⁴	

1 SC Chirurgia Toracica U degenza – Padiglione Clinica Chirurgica 4° piano

2 SC Oncologia DH - Padiglione COES piano terra

3 SC Radioterapia U ambulatorio – Palazzina Radioterapia piano seminterrato

4 SC Terapia del Dolore e Cure Palliative – Padiglione Patologia Chirurgica quarto piano

3.2.5 Follow up

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica per pz sottoposti ad intervento chirurgico	Ogni 3-6 mesi nei primi 2 anni, ogni anno successivamente	SC Pneumologia U – Palazzina Patologia Chirurgica piano terra
	Ogni 3 mesi per i primi 1-2 anni, una volta all'anno fino al 5° anno	
RX torace di controllo per pz sottoposti ad intervento chirurgico	A 1 e 3 mesi dall'intervento	SC Radiologia 1 U – Palazzina Pensionanti piano seminterrato; SC Radiologia 2 – Palazzina Patologia Medica 2° piano SC Radiologia 3 U – Palazzina Clinica Medica piano seminterrato
TC torace – addome	Ogni 6 mesi nei primi 2 anni, annuale dal 3° al 5° anno	
Spirometria	A 4-8 settimane dal termine del trattamento primario	SC Pneumologia U – Palazzina Patologia Chirurgica piano terra
PET ed RM	Da effettuarsi solo in caso di sospetto diagnostico specifico di ripresa di malattia	SC Medicina Nucleare U – Palazzina Ciocatto piano seminterrato

3.3 Diagramma di flusso

 AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA Città della Salute e della Scienza di Torino	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 9 di 19

Non applicato.

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 10 di 19

3.3.1 Attività

Al servizio vengono avviati i pazienti affetti da sospetta neoplasia Toracopolmonare. L'accesso del paziente può avvenire per mezzo di una richiesta da parte del medico di medicina generale, di un medico di medicina interna dell'ospedale qualora il paziente sia stato ricoverato da Pronto Soccorso, oppure da altri specialisti ospedalieri ed extraospedalieri che ravvisino il sospetto clinico previa segnalazione del paziente al CAS o ad uno degli specialisti di riferimento.

I: Il tempo tra l'invio del paziente e la presa in carico da parte del CAS (numero di pazienti presi in carico dal CAS entro 5 giorni dalla segnalazione /totale pazienti)

3.3.1.1 Avvio del Percorso diagnostico-stadiativo: Attività CAS

L'accesso al servizio avviene per mezzo di una prima visita CAS. La visita CAS può essere espletata da uno dei professionisti che compongono il GIC: l'oncologo, lo pneumologo, il chirurgo toracico o il radioterapista.

3.3.1.2 Accettazione

Avviene nei locali della segreteria amministrativa, dove si ricevono le richieste di prestazioni ed in cui si forniscono le informazioni e le pratiche necessarie per ammettere gli utenti alla visita CAS. Il personale amministrativo del CAS segnalerà alla ASL di appartenenza la necessità di attribuire il codice di esenzione per patologia neoplastica 048, provvisorio anche in assenza di diagnosi certa, che sarà poi certificata o smentita al termine dell'iter diagnostico senza aggravii di costi anche in caso di non conferma di patologia tumorale maligna.

3.3.1.3 Accoglienza

E' gestita dal personale infermieristico e si riferisce alla fase iniziale del percorso dell'utente, che avviene al CAS, durante la quale vengono gettate le basi per la costruzione di una relazione di cura, con le necessarie presentazioni e informazioni relative alle strutture ed ai percorsi.

La presa in carico prevede la valutazione della persona assistita, mediante la compilazione della documentazione infermieristica e delle relative schede di valutazione.

Le schede di valutazione infermieristica rappresentano un modello standard adottato dagli infermieri che compongono la Rete Oncologica

Al CAS vengono compilate le seguenti schede:

- Valutazione infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale
- G8 Strumento di screening per la valutazione geriatrica

Tali schede vengono inserite in cartella clinica per il passaggio delle informazioni al personale del reparto di degenza, una copia inviata agli operatori per la valutazione (psicologica e sociale) ed una copia viene archiviata presso il CAS. Ai pazienti "complessi" viene offerta una presa in carico psicologica (individuale e/o di supporto ai familiari) che può proseguire lungo tutto il percorso di malattia, recidive, off-therapy, fase terminale.

Per i pazienti che necessitano di trattamenti chemioterapici le schede di valutazione vengono inviate presso il DH Oncologico

Le altre schede di valutazione infermieristica previste dalla Rete Oncologica, vengono compilate ed archiviate presso il DH Oncologico.

- Per la valutazione del dolore si utilizzerà nella fase del ricovero ospedaliero la scheda di rilevazione parametri vitali (cod. ASO 109415); mentre durante il percorso di terapia e follow-up si utilizzerà la scheda di valutazione del dolore della Rete Oncologica, che dovrà essere effettuata fin dal primo accesso in DH e ad ogni passaggio, anche in presenza di dolore uguale a zero.

- Verrà compilata la scheda di valutazione del patrimonio venoso che verrà utilizzata successivamente presso il DH Oncologico.

Il personale infermieristico del CAS garantisce il supporto all'attività medica durante la visita ed il colloquio e fornisce le informazioni al paziente sulle preparazioni e modalità di esecuzione degli esami diagnostici e di stadiazione.

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 11 di 19

3.3.1.4 Visita CAS

Lo specialista che per primo visita il paziente ha il compito di attivare il PDTA secondo le procedure e le linee guida condivise, refertando una visita clinico specialistica, completa di anamnesi accurata ed esame obiettivo. Inoltre:

- Compila le richieste degli esami diagnostico-stadiativi di primo livello: vedi Scheda 1.
- Rilascia il certificato di esenzione ticket temporanea (codice 048).
- Segnala il paziente al servizio di terapia antalgica e cure palliative se indicato
- Segnala il paziente al servizio di psiconcologia, se indicato e richiesto dal paziente

3.3.1.5 Prenotazione degli esami diagnostico stadiativi

L'attivazione del percorso diagnostico vedrà la gestione diretta delle prenotazioni tramite agende al fine di ottimizzare i tempi di esecuzione ed effettuare verifiche sistematiche sulla consistenza tra i quadri diagnostici e le procedure terapeutiche messe in atto.

3.3.1.6 Approfondimento/completamento dell'iter diagnostico e attivazione del GIC

La documentazione clinica del paziente, durante il progresso del percorso diagnostico, viene raccolta e aggiornata dal personale infermieristico del CAS che contatta ed informa lo specialista di riferimento al termine degli esami diagnostici e stadiativi; questi effettua una valutazione dell'esito di tali esami e completa l'iter con esami ulteriori se indicato. Inoltre attiva la Discussione Multidisciplinare del caso - GIC – quando indicato

3.3.2 Attività e servizi disponibili nel PDTA del paziente affetto da neoplasie toracopolmonari

3.3.2.1 Attività della Pneumologia

Il paziente accede al servizio di Pneumologia con richiesta del medico CAS

Sono erogati i seguenti servizi:

Broncoscopia con: BAL
 Broncoaspirato
 Brushing
 Biopsia bronchiale (BB)
 Biopsia Transbronchiale (TBB)
 Agoaspirato transbronchiale (TBNA)
 EBUS
 Toracentesi
 Prove di funzionalità respiratoria

E' garantita la presenza dell'anatomo-patologo durante la procedura EBUS, che si svolge settimanalmente presso le sale endoscopiche della Gastroenterologia con assistenza rianimatoria, per esame citologico estemporaneo e modalità di acquisizione delle informazioni

I: tempo di attesa tra invio della richiesta e prestazione (5-7 giorni lavorativi)

3.3.2.2 Attività di Radiodiagnostica

Il paziente Accede ai diversi servizi di Radiodiagnostica con richiesta del medico CAS.

Sono erogati i seguenti servizi:

Radiografia tradizionale
 Ecografia
 Tomografia Computerizzata (TC)
 Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)

Il radiologo referta l'esame radiologico aderendo alle raccomandazioni regionali sulla refertazione pubblicati sul sito della rete oncologica piemontese (www.reteoncologica.it -> area operatori tumore del polmone->" Proposta di refertazione TC di lesioni neoplastiche polmonari")

I: tempo di attesa tra invio della richiesta e prestazione (max 10 giorni)

3.3.2.3 Attività di Medicina Nucleare

Sono erogati i seguenti servizi:

TC-PET con FDG

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 12 di 19

Scintigrafia ossea

I: tempo di attesa tra invio della richiesta e prestazione (max 10 giorni)

3.3.2.4 Attività di Radiologia Interventistica

Sono erogati i seguenti servizi:

Biopsia TC guidata

Biopsia ect guidata

E' garantita la presenza dell'anatomo-patologo durante la procedura e la formazione del personale per idoneità al materiale

I: Aderenza alle raccomandazioni regionali pubblicate sul sito della rete oncologica piemontese (www.reteoncologica.it -> area operatori tumore del polmone->indicazioni e raccomandazioni per la Core biopsy eco o TC guidata di lesione)

I: tempo di attesa tra invio della richiesta e prestazione (entro massimo 10 giorni lavorativi)

I: tempi di refertazione: 5 giorni lavorativi

I: tempo fra prima procedura diagnostica (biopsia TC/eco guidata) e diagnosi isto-citologica: 5 giorni lavorativi

3.3.2.5 Attività di Anatomia Patologica

Sono erogate le seguenti prestazioni:

-referti citologici (broncoaspirato, agoaspirato, liquido pleurico, etc.)

-assistenza citotecnica con valutazione in sede idoneità dei prelievi agoaspirativi e in EBUS.

-referti istologici (da biopsie e da procedure chirurgiche ed esami intraoperatori).

-biologia molecolare, citogenetica (FISH) e IHC per ricerca mutazioni/traslocazioni dei seguenti geni: EGFR; ALK, ROS1 (IHC e/o FISH) su materiale citologico ed istologico da inclusione in paraffina.

-valutazione immunoistochimica quantitativa di espressione PD-L1 in cellule tumorali.

Biopsia liquida per la ricerca di mutazioni di EGFR

I: Aderenza alle linee guida sulla refertazione validate nazionali ed internazionali (IASLC, CAP, AMP, AIOM-SIAPEC)

I: tempo di attesa tra invio della richiesta e prestazione (10 giorni lavorativi)

I: tempi di refertazione biologia molecolare (10 giorni lavorativi)

3.3.2.6 Attività di Chirurgia Toracica

Sono erogate le seguenti prestazioni:

Ambulatorio (giornaliero, eccetto il lunedì)

Reparto di degenza

Sala operatoria (8 sedute/settimana)

Vie di accesso chirurgiche:

Mediastinoscopia diagnostica

Mediastinotomia diagnostica

Toracoscopia diagnostica e terapeutica

Lobectomia in VATS

Toracotomia

Sternotomia

Accessi estesi combinati

I: tempo di attesa tra invio della richiesta e prestazione

I: tempi di refertazione esame citoistologico

3.3.3 Visita GIC

Al completamento degli esami diagnostico-stadiativi lo specialista di riferimento (oncologo, pneumologo, radioterapista o chirurgo-toracico) per mezzo del CAS può richiedere la discussione interdisciplinare del caso nell'ambito delle visite GIC nelle seguenti situazioni:

Stadi precoci e localmente avanzati di malattia: Stadi I – II – IIIA e IIIB

Stadi avanzati quando:

- vi è indicazione a trattamenti medici ad alto costo (eccetto che nei casi di trattamento standardizzato)

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 13 di 19

- vi è indicazione ad attivazione precoce delle cure simultanee

Il GIC, la cui composizione è listata nell'apposita scheda, sulla base dei dati relativi sia al paziente sia all'estensione della neoplasia trasmessi dal CAS, definisce il piano di trattamento sulla base delle linee guida condivise dai componenti del GIC stesso e verificandone l'aderenza al presente PDTA o eventualmente riportando in chiaro nel verbale finale deviazioni indotte da situazioni particolari.

La riunione del GIC avviene settimanalmente e in condizioni standard esaurisce tutte le richieste della settimana, senza reale lista d'attesa.

Sede: COES Giorno e Orario: Martedì ore 14-16

Accesso: La prenotazione del GIC è una prenotazione interna all'ospedale a cura di un membro del GIC o da qualsiasi specialista che effettui la visita CAS.

E' possibile l'accesso con invio da parte del MMG o di altri specialisti ospedalieri previo accordo con uno dei membri del GIC ed in ogni caso sempre dopo la presa in carico del paziente da parte del CAS.

Servizi erogati:

GIC diagnostico – riservato ai pazienti che presentino complessità diagnostiche, necessità di accertamenti di secondo livello e decisioni condivise in sede multidisciplinare.

GIC Terapeutico - finalizzato a definire il percorso terapeutico multidisciplinare del paziente.

Il paziente non è presente alla visita.

Il GIC rilascia un referto su carta intestata GIC contenente il nome degli operatori coinvolti

Il documento dovrebbe contenere anche aspetti assistenziali infermieristici e una valutazione preliminare circa l'indicazione ad attivare cure palliative simultanee.

I: tempo di attesa tra presa in carico CAS e discussione GIC inferiore a 30 gg. (numero di casi discussi dal GIC entro 30 giorni dalla presa in carico del CAS/ totale pazienti discussi dal GIC)

3.3.3.1 Comunicazione al paziente della diagnosi della stadiazione di malattia e decisioni terapeutiche o del GIC.

Il GIC assicura infine l'adeguata comunicazione con i pazienti ed i suoi familiari. L'esito finale dell'iter diagnostico e le conclusioni del GIC con relative indicazioni terapeutiche saranno comunicate al paziente dallo specialista che prende in carico il paziente per il trattamento.

Sarà tuttavia cura dello specialista di riferimento durante la fase diagnostica informare il paziente dell'eventuale passaggio di consegne ad un altro specialista per l'inizio della fase terapeutica.

La visita Oncologica, Radioterapica o Chirurgica per presa in carico terapeutica dovrà essere prenotata subito dopo il GIC.

I: tempo di attesa tra discussione GIC e presa in carico specialistica non dovrebbe superare i 5 gg lavorativi.

3.3.4 Terapie

Il gruppo interdisciplinare dei tumori toracopolmonari stabilisce di fare riferimento alle linee guida AIOM/ESMO nella definizione dei percorsi di cura dei pazienti afferenti al GIC stesso.

3.3.4.1 Chirurgia

Il servizio di chirurgia toracica effettua gli interventi indicati negli stadi precoci e localmente avanzati dei tumori polmonari (stadio I, stadio II e stadio IIIA) secondo le linee guida adottate. Vengono anche eseguiti interventi chirurgici in pazienti selezionati in stadio IIIB e IV (oligometastatico) sempre dopo discussione collegiale in ambito GIC. Effettua inoltre interventi a scopo diagnostico (mediastinoscopia cervicale, mediastinotomia anteriore, toracosopia) ed interventi a scopo palliativo (pleurodesi con accesso toracoscopico).

Accesso al servizio: l'accesso alla chirurgia avviene tipicamente dopo indicazione chirurgica posta al GIC.

Può tuttavia avvenire anche per trasferimento da altro ospedale o per riferimento diretto da specialisti esterni. Anche in questi casi la valutazione GIC pre-intervento è indicata nella maggior parte dei pazienti.

Dotazione del servizio:

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 14 di 19

- SALA OPERATORIA DEDICATA
POSTI LETTO Degenza 13 Rianimazione: su richiesta

- TIPO DI INTERVENTI:
- lobectomia/bilobectomia
 - pneumonectomia
 - resezione sublobare
 - mediastino scopia/tomia
 - toracosopia ± pleurodesi
 - toracotomia esplorativa
 - sternotomia
 - resezioni allargate

Altre prestazioni erogate:

- Congegna referto cito/istologico
- Aspetti assistenziali a cura dell'infermiere
- Counselling psicologico
- Programma riabilitativo
- Impostazione follow-up

I: tempo di attesa fra visita CAS ed inizio primo trattamento (numero di casi con inizio del primo trattamento entro 45 giorni dalla visita CAS /TOTALE PAZIENTI)

3.3.4.2 Radioterapia

Il servizio di radioterapia eroga le prestazioni di radioterapia con finalità curativa o palliativa nei pazienti affetti da neoplasie toraco-polmonari, seguendo le raccomandazioni fornite dalle linee guida della Rete Oncologica. La Radioterapia Stereotassica (SABR) viene impiegata nei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio iniziale non candidabili ad exeresi chirurgica o in casi selezionati di pazienti in stadio IV oligometastatici. Nei pazienti con carcinoma non a piccole cellule in stadio localmente avanzato vengono generalmente proposti trattamenti integrati chemio-radioterapici (con modalità concomitante o sequenziale). La radioterapia toracica adiuvante viene riservata ai pazienti operati con stadio pN2 o in presenza di margini positivi.

Nel carcinoma polmonare a piccole cellule si eseguono trattamenti integrati chemio-radioterapici, preferenzialmente in modalità concomitante.

Infine si propongono trattamenti radioterapici nella palliazione o prevenzione di sintomi quali il dolore, la dispnea, l'emottisi nelle neoplasie toraco-polmonari in stadio IV. In particolare, nei pazienti oligometastatici (metastasi cerebrali, polmonari e surrenaliche) si eseguono trattamenti di Radiochirurgia (SRS) o Radioterapia Stereotassica (SABR)

Accesso al servizio: il paziente accede su programmazione del GIC, su richiesta diretta dell'oncologo o del palliativista che ha in cura il paziente.

Dotazione del servizio:

Corsia di degenza con 7 posti letto

Day Hospital per la gestione della tossicità delle terapie oncologiche o l'esecuzione di trattamenti integrati chemio-radioterapici

Attività ambulatoriale con visite di consulenza, follow-up e visite di pazienti in corso di trattamento radioterapico.

Prestazioni Erogate:

- 3DCRT
- IMRT/IGRT
- IGRT
- Radioterapia Stereotassica (SABR)
- Radiochirurgia encefalica
- TC 4D e tecniche di 4 D delivery
- TC-PET simulazione
- trattamenti integrati di chemio-radioterapia in sede
- Counseling psicologico

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 15 di 19

- Accessibilità/ convenzionamento con ambulatori di terapia antalgica, dietologia, dermatologia, altre chirurgie e servizi
- Aspetti assistenziali a cura dell'infermiere
- Programma riabilitativo/gestione tossicità
- Impostazione follow-up

I: tempo di attesa per prima visita radioterapica 5 giorni lavorativi

I: tempo di attesa per prima visita per radioterapia stereotassica /brachiterapia 5 giorni lavorativi

I: tempo di attesa per inizio trattamento con intento curativo 15 giorni lavorativi

I: tempo di attesa fra visita CAS ed inizio primo trattamento (numero di casi con inizio del primo trattamento entro 45 giorni dalla visita CAS /TOTALE PAZIENTI visitati al CAS)

3.3.4.3 Oncologia

Il servizio di Oncologia prende in carico i pazienti in stadio precoce o localmente avanzato (I-III) che necessitano di effettuare un trattamento chemioterapico adiuvante, neoadiuvante o concomitante alla radioterapia, secondo le linee guida adottate.

Prende altresì in carico tutti i pazienti in stadio IV che necessitano di trattamento citostatico sistemico, sia esso di tipo chemioterapico sia di tipo biologico a target molecolare.

Il servizio segue il paziente durante tutta la fase terapeutica in una visione olistica dei bisogni del paziente, servendosi dei servizi complementari e trasversali di dietetica e nutrizione, psicooncologia, progetto protezione famiglia, cure simultanee, nonché di tutti i servizi specialistici di cui l'ospedale dispone (cardiologia, ortopedia, radiologia interventistica, gastroenterologia e chirurgie), svolgendo un ruolo attivo di regia e di presa in carico globale, fino all'uscita del paziente dalla fase di terapie attive e all'affidamento del paziente stesso alle cure palliative.

Al medico oncologo compete la produzione delle richieste di esami diagnostici e consulenze che ritiene necessarie durante il percorso terapeutico del paziente.

Al medico oncologo NON compete la produzione delle richieste di esami diagnostici, cui hanno dato indicazione altri consulenti.

Al servizio di oncologia è inoltre affidata la valutazione oncologica di tutti i pazienti affetti da neoplasie toracopolmonari destinati all'affidamento definitivo ai servizi di cure palliative, in assenza di indicazione a terapie attive.

Presso il DH oncologico, sulla base della scheda relativa al patrimonio venoso del paziente compilata al CAS viene deciso quale dispositivo per l'infusione delle terapie è più appropriato (Port-A-Cath, Groshong, PICC, Midline).

Il personale infermieristico del DH compila la scheda di individuazione delle fragilità del Progetto Psico-Sociale Protezione Famiglia della Rete Oncologica tenendo conto delle informazioni già in possesso degli psicologi e degli assistenti sociali del presidio e, in collaborazione con loro, verrà valutata l'eventuale attivazione del progetto sul singolo caso.

Accesso al servizio: su programmazione del medico CAS o del GIC

Dotazione del servizio:

- DH 30 postazioni (21 letti e 9 poltrone)
- AMBULATORIO 6 ambulatori attivi nelle ore del mattino per le visite dei pazienti in terapia oncologica (1 ambulatorio dedicato ai pazienti affetti da neoplasie toracopolmonari); 8 ambulatori pomeridiani per le visite di follow up (3 ambulatori settimanali per le neoplasie toracopolmonari).
- DEGENZA 14 letti

Servizi correlati:

- farmacia dedicata per la preparazione dei chemioterapici
- accessibilità ad ambulatorio per posizionamento CVC (Hohn, PICC, PAC Groshong, altro)
- accessibilità ad ambulatori di terapia antalgica, dietologia, dermatologia, altre chirurgie e servizi
- counseling psicologico

Prestazioni Erogate:

Prime visite: Visita CAS o Prima visita Oncologica. Visite ambulatoriali di pre-terapia, di rivalutazione e di follow up

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 16 di 19

Compilazione del programma terapeutico del paziente e del programma di rivalutazioni strumentali.
 Prescrizione ed erogazione delle terapie oncologiche
 Counseling infermieristico relativo agli aspetti assistenziali di competenza e alla gestione dei principali effetti secondari delle terapie, modalità di prevenzione e trattamento.
 Impostazione del follow up.

I: tempo di attesa fra visita CAS ed inizio primo trattamento (numero di casi con inizio del primo trattamento entro 45 giorni dalla visita CAS /TOTALE PAZIENTI)

I: tempo di attesa fra visita GIC e inizio terapia inferiore a 15 giorni.

3.3.4.4 Cure Palliative

Attivazione dei programmi di cure palliative per tutti i pazienti che presentino i seguenti criteri: Diagnosi di neoplasia non operabile, localmente avanzata e/o metastatica
 Presenza di sintomi non controllati
 Avvio a trattamenti chemioterapici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo

Tale attivazione è prevista in tre momenti del percorso di cura del paziente oncologico:

- al momento della visita presso Centro Accoglienza Servizi (CAS)
- al momento della visita interdisciplinare GIC
- al momento delle visite specialistiche ambulatoriali ed in regime di ricovero ordinario o diurno

Valutazione ed inoltro della proposta di ricovero in Hospice secondo le modalità previste dalla procedura aziendale

Accesso al servizio: il paziente accede su richiesta del medico CAS o del GIC all'inizio del percorso di cura; accede su richiesta dell'oncologo, del radioterapista o di altri specialisti dell'ospedale che prendono in cura il paziente durante le successive fasi del percorso.

Dotazione del servizio:

- Presenza di un servizio di cure palliative in sede
- Presenza di un GIC specifico cure palliative
- Presenza di un medico palliativista durante le riunioni/visite GIC
- Presenza di un servizio di psiconcologia per assistenza al paziente e ai suoi familiari
- Collegamento ad Hospice (Convenzione con Hospice F.A.R.O Ida Bocca – S. Vito con disponibilità di 8 posti letto)
- Aspetti assistenziali a cura dell'infermiere

I: Aderenza alle raccomandazioni regionali pubblicate sul sito della rete oncologica piemontese (www.reteoncologica.it -> area operatori tumore del polmone->"La gestione dei sintomi del paziente con neoplasia polmonare avanzata").

3.3.5 Servizi

3.3.5.1 Radiologia interventistica:

- termo ablazioni polmonari con radiofrequenze
- vertebroplastica e osteoplastica per cutanea
- posizionamento drenaggio pleurico

3.3.5.2 Terapia del dolore:

- blocco anestetico di plessi nervosi
- prescrizione di farmaci antalgici
- posizionamento elastomeri antalgici sottocute, endovenosi peridurali
- presenza di un GIC "cure palliative"

3.3.5.3 Pneumologia:

servizio di fisiopatologia respiratoria

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 17 di 19

- prescrizione di O2 terapia domiciliare
- procedure di disostruzione bronchiale (elettrocoagulatore). Per tali procedure è disponibile una seduta operatoria dedicata settimanale, dotata di jet ventilation per minimizzare i rischi procedurali, presso le sale operatorie ORL/Maxillo Faciale. In caso di rischio elevato di complicanze emorragiche su indicazione della Direzione Sanitaria si rende concorda la seduta operatoria presso le sale della Chirurgia Toracica con Chirurgo Toracico disponibile.

3.3.5.4 Otorinolaringoiatria:

- valutazione spazio respiratorio
- tracheostomia

3.3.5.5 Cardiologia/cardiochirurgia:

- gestione tossicità cardiache
- gestione versamento pericardio

3.3.5.6 Gestione eventi trombo embolici:

- cardiochirurgia
- chirurgia vascolare
- radiologia interventistica

3.3.5.7 Gestione della cachessia neoplastica:

- servizio di dietologia

3.3.5.8 Gestione delle complicanze osteo/oncologiche:

- ortopedia
- GIC osteoncologico
- radiologia interventistica (cemento/vertebroplastica)
- neurochirurgia

3.3.5.9 Gestione secondarietà cerebrali/neurologiche:

- neurochirurgia
- radiochirurgia, radioterapia panencefalica

3.3.5.10 Servizio psiconcologia:

- consulenze psicologiche
- consulenze psichiatriche
- colloqui psicologici

3.3.5.11 Assistente sociale e servizi correlati:

- invalidità civile
- assegno di invalidità
- assenza dal lavoro
- legge 104/92
- indennità di accompagnamento
- assegno ordinario di invalidità
- pensionamento anticipato
- prescrizioni gratuite di protesi e ausili
- assistenza al trasporto e ambulanza
- domiciliazione sanitaria
- servizio protezione famiglia (FARO)

Modalità di accesso a cure domiciliari

I: Tempo di segnalazione alla terapia del dolore e Cure Palliative e presa in carico (numero di pazienti con presa in carico entro 5 giorni lavorativi dalla segnalazione/totale pazienti

I: correttezza della presa in carico da parte della Terapia del dolore e cure palliative (Numero di pazienti segnalati alle cure Palliative nei 30 giorni precedenti dalla morte/totale dei pazienti in cure palliative

3.3.6 Follow up

Il follow up dei pazienti trattati per neoplasie toraco-polmonari viene effettuato dai chirurghi toracici per i pazienti trattati chirurgicamente in stadio IA ed IB non sottoposti a trattamenti chemioterapici adiuvanti. Le visite di follow-up verranno eseguite nell'Ambulatorio di Chirurgia Toracica.

I pazienti in stadio IB-IIIa trattati chirurgicamente e sottoposti a trattamento chemioterapico adiuvante o neoadiuvante effettueranno il follow up con il medico oncologo. Tali visite verranno effettuate presso gli ambulatori annessi al DH oncologico.

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 18 di 19

La gestione del follow up segue le linee guida adottate (AIOM/ESMO) per il follow up: vedi scheda 2.

- Visita Clinica ogni 3-6 mesi nei primi due anni, ogni anno successivamente
- Per i pazienti post-chirurgici viene inserita una RX torace di controllo post-chirurgica a 1 e 3 mesi dall'intervento.
- TC Torace-addome superiore ogni 6 mesi nei primi due anni, annuale dal 3° al 5° anno (possibile effettuare TC senza mdc dopo il 2° anno)
- TC encefalo può essere effettuata nei casi considerati ad alto rischio di ripresa di malattia in sede encefalica.
- Spirometria a 4-8 settimane dal termine del trattamento primario
- Survivorship care: rendere disponibili strumenti per favorire l'astensione dal fumo e l'adozione di stili di vita salutari; vaccinazione antinfluenzale ed antipneumococcica.
- PET e RM sono considerati esami di secondo livello da effettuare solo in caso di sospetto diagnostico specifico di ripresa di malattia.

3.3.7 Rientro del paziente in caso di recidiva

Modalità di rientro in PDTA:

visita specialistica oncologica/radioterapica/chirurgica
GIC di patologia

3.3.8 Prevenzione primaria e modificazione degli stili di vita

Il PDTA dei tumori toracopolmonari ad oggi non prevede alcun programma di prevenzione primaria mirata al miglioramento degli stili di vita del paziente o di altri componenti del suo ambito familiare. L'implementazione di tali programmi od il riferimento di pazienti a programmi esistenti presso altre strutture è auspicabile e richiederà di essere normato nel prossimo futuro.

3.4 Responsabilità

E' responsabilità di ogni professionista effettuare le attività descritte nel percorso per le rispettive competenze.
E' responsabilità del coordinatore del gruppo di lavoro l'effettuazione delle attività di monitoraggio previste.

3.5 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

- Linee Guida AIOM per i tumori del Polmone Edizione 2017
- Eberhardt WEE et al.: 2nd ESMO Consensus Conference in Lung Cancer: locally advanced stage III non-small-cell lung cancer. Ann Oncol 26:1573-1588. 2015
- Novello S et al.: Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up. Ann Oncol 27 (suppl 5): v1-v27, 2016.
- Vansteenkiste J. et al.: ESMO Clinical Guidelines: early stage non-small-cell lung cancer consensus on diagnosis, treatment and follow up. Ann Oncol (2014) doi: 10.1093/annonc/mdu089
- Determinazione del Direttore Sanità Regione Piemonte n. 388 del 21.05.2013: "Individuazione dei percorsi attuativi della Rete regionale di Cure Palliative"
- Determinazione del Direttore Sanità Regione Piemonte n. 79 del 31.12.2014: "Approvazione del PDTA del paziente con dolore oncologico"
- National Comprehensive Cancer Network-NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Palliative Care - Versione 1.2016
- National Comprehensive Cancer Network-NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Adult Cancer Pain- Versione 2.2015

3.6 Aspetti etici

Il presente documento permette di definire un approccio integrato e multidisciplinare al trattamento dei pazienti affetti da neoplasie toracopolmonari che tenga comunque conto sia delle diverse situazioni cliniche sia delle aspettative dei pazienti in termini di guarigione ma sempre con attenzione alla qualità di vita.

	NEOPLASIE TORACOPOLMONARI	PDTA.A909.E008	Rev. 0
	PDTA	08/11/2018	Pagina 19 di 19

Inoltre in caso di protocolli sperimentali ogni procedura sarà sottoposta al comitato etico interaziendale al fine di garantire la miglior pratica clinica con le migliori garanzie di sicurezza sia in termini di efficienza che di efficacia.

4 STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

Non applicato.

4.2 Monitoraggio

Monitoraggio a 3 e 6 mesi durante l'anno 2017 dell'aderenza alle procedure per mezzo di indagini a campione (gli ultimi 10 pazienti valutati in visita CAS a marzo 2017 e gli ultimi 10 pazienti valutati in visita CAS a giugno 2017) con valutazione di alcuni indicatori che saranno condivisi all'interno del gruppo GIC.

4.2.1 Attività di controllo

Il percorso di cura verrà sottoposto ad almeno un audit clinico nel periodo di validità del documento.

4.2.2 Indicatori

<i>indicatore</i>		<i>N/D</i>	<i>fonte dati</i>	<i>responsabile</i>	<i>standard</i>
Percentuale di casi discussi dal GIC entro 30 giorni dalla visita CAS	N	Numero dei casi discussi al GIC entro 30 giorni dalla visita CAS	Audit organizzativo	Coordinatore del GdL	≥ 80%
	D	Totale dei casi discussi al GIC	Audit organizzativo	Coordinatore del GdL	
Percentuale di pazienti per i quali il tempo di attesa fra visita CAS ed inizio primo trattamento è inferiore a 45 giorni	N	Numero di casi che iniziano il primo trattamento entro 45 giorni dalla visita CAS	Audit organizzativo	Coordinatore del GdL	> 80%
	D	Totale dei casi trattati	Audit organizzativo	Coordinatore del GdL	

4.3 Modalità di implementazione

- Attività di divulgazione del documento e di formazione interna al gruppo GIC per mezzo di incontri specifici
- Verifica da parte del coordinatore del GIC dell'andamento dei principali indicatori nei primi 3 e 6 mesi dell'anno 2017
- Pubblicazione del documento su Intranet ed internet
- Partecipazione ai gruppi di studio della rete oncologica

5 ALLEGATI

5.1 Schede

Scheda 1. Esami diagnostico-stadiativi

Scheda 2. Follow up