



All'incontro del 15 luglio u.s., sono presenti i referenti dei Gic per le neoplasie toraco-polmonari con i rispettivi chirurghi di riferimento delle seguenti Aziende:  
AOU Novara, ASL VCO, AO Santa Croce, AO Alessandria, ASL Alessandria, ASL TO4, AUSL VDA, AOU San Giovanni Battista di Torino, ASL TO2, Cottolengo, IRCC Candiolo, ASL VC.

Si richiede al gruppo la segnalazione dei referenti per i tumori rari toraco-polmonari. La responsabilità della registrazione dei timomi a livello europeo è attualmente affidata al Dott. Enrico Ruffini e si segnala la presenza di un registro italiano per i tumori polmonari rari attivo a Modena. Si nominano pertanto come referenti per i tumori rari mediastinici il Dott. Enrico Ruffini e per i tumori rari polmonari ed il collegamento con il registro modenese i Dottori Ottavio Rena e Pierluigi Filosso.

Si analizzano le criticità organizzative delle chirurgie toraco-polmonari della rete. In tre sedi i posti letto sono nettamente inferiori a quanto previsto dal documento di programmazione regionale: polo Nord-Est sede di Novara, polo Sud-Est sede di AI/AT e polo di Torino AOU San Giovanni Battista. In quest'ultima sede la situazione è resa più problematica dall'attuale carenza dei letti di terapia intensiva e semintensiva dedicati ai pazienti nel post operatorio e dalla necessità di rispondere alle richieste di ricovero provenienti dal pronto soccorso, riguardanti spesso casi di pneumotorace. Risulta buona la situazione organizzativa del polo Sud-Ovest sede di Cuneo e discreta la situazione del polo Nord-Ovest sede di Aosta, dove la criticità è legata alla disponibilità della sala operatoria e alla necessità di rispondere al trattamento dei traumi che afferiscono al pronto soccorso, con una maggiore frequenza dovuta al turismo estivo e invernale. E' segnalata qualche difficoltà di collaborazione con Ivrea.

Rispetto ai problemi delle chirurgie toraciche riguardanti le corrette scelte terapeutiche si sottolineano le seguenti criticità:

- Costante aumento degli interventi per l'exeresi di metastasi polmonari, che hanno raggiunto circa il 30% dell'attività complessiva;
- Non univoche indicazioni sulle modalità di intervento quando le metastasi si presentano bilateralmente;
- Incertezze sulla necessità della linfadenectomia associata alla metastasectomia, con indicazioni chiare per quali tumori primitivi debba essere prevista;
- Criteri per la valutazione della risposta alla chemioradioterapia neoadiuvante quando la stadiazione della malattia rende necessario un trattamento di induzione pre-operatorio;
- Scelta degli schemi di follow up da seguire secondo lo stadio iniziale della neoplasia;
- Problemi relativi all'opportunità di uno screening su soggetti a rischio;
- Scelta tra resezione atipica e lobectomia per le lesioni di piccole dimensioni;
- Eterogeneità delle indicazioni terapeutiche da parte degli oncologi medici.

I referenti dei gruppi di lavoro relazionano sulla attività svolta:

- E' pronto il documento per le indicazioni della scelta tra ago a scatto e ago aspirato nella biopsia transparietale sottoguida tac.
- Si è in attesa del parere definitivo della componente radiologica per redigere lo schema di refertazione da proporre per le indagini diagnostiche del tumore polmonare. Si sottolinea l'utilità di coinvolgere, se possibile, anche i radiologi che lavorano presso strutture private convenzionate per uniformare le procedure e migliorare la qualità delle prestazioni.
- Il gruppo per le indagini broncoscopiche ha definito un documento che precisa le caratteristiche strutturali (locali, personale dedicato, tecnologie) e organizzative (procedure per: curve di apprendimento, moduli per la richiesta motivata dell'esame, presenza dell'anatomo-patologo, indicazioni all'ecoendoscopia bronchiale e al TBNA, concentrazione della casistica, situazioni di emergenza e necessità di rianimazione, registrazione delle complicanze, refertazione e archiviazione). Tale documento potrebbe essere un'ottima base per l'accreditamento dei servizi di broncologia della rete. E' presentata anche una flow chart per il percorso diagnostico delle neoplasie polmonari, che tiene conto del modello organizzativo della rete e del ruolo del CAS e dei GIC.

I tre documenti, nella loro forma definitiva saranno trasmessi alla dott.ssa Monica Viale ([mviale@reteoncologica.it](mailto:mviale@reteoncologica.it)) e inviati per una valutazione a tutti i referenti dei gic. Saranno discussi con le eventuali proposte di modifica e ratificati nell'incontro previsto per il 25 novembre p.v.

Si sollecitano i referenti che non hanno ancora provveduto, ad inviare la composizione del proprio Gic con il nominativo dei componenti (presenza continuativa o su chiamata), la loro specialità, l'indirizzo email e recapito telefonico.

Si presenta il programma definitivo della prossima riunione prevista per il **10 ottobre 2011**: sarà un incontro ECM rivolto ai referenti dei Gic e agli oncologi medici della rete dedicato alle complicità del paziente affetto da tumore polmonare.

Dipartimento interaziendale ed interregionale  
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta  
A.O.U. San Giovanni Battista  
C.so Bramante n. 88 - 10126 Torino  
Segreteria tel-fax 011/6336889 e-mail: [ucr@reteoncologica.it](mailto:ucr@reteoncologica.it)