

**PDTA POLMONE:**  
**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO**  
**ASSISTENZIALE DEI TUMORI POLMONARI**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA**

### **PREMESSA**

Il PDTA Polmone nasce dalla necessità di esplicitare e sistematizzare il percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale delle patologie neoplastiche del polmone all' interno dell' Azienda Ospedaliera di Cosenza. Nell' Azienda sono presenti e già operano, in piena collaborazione, tutte le professionalità necessarie per definire tale percorso e, con la redazione del PDTA, si intende fornire un riferimento operativo sia per i medici ed infermieri ospedalieri coinvolti che per il paziente e il suo MMG. In particolare si intende organizzare la presa in carico del paziente nella sua globalità ed accompagnarlo in ogni fase del percorso diagnostico e terapeutico, garantendogli la continuità assistenziale necessaria per il raggiungimento della migliore cura. Con il MMG si intende consolidare una proficua collaborazione, così da mantenere un costante scambio professionale che garantisca continuità fra la fase ospedaliera e quella di cura e assistenza sul territorio. Per garantire la presa in carico, l'attività di diagnosi e cura verrà svolta da un team multidisciplinare composto da Oncologo ,Pneumologo, Radiologo, Medico Nucleare, Anatomo Patologo, Radioterapista, Chirurgo Toracico, e da Personale Infermieristico e Tecnico. Collaboreranno inoltre con il team: Fisiatra, Psicologo, Medico Palliativista , Assistente Sociale e Associazioni di Volontariato. Grazie alle specifiche competenze dei singoli operatori, sulla base di Linee Guida Internazionali e Nazionali sarà garantita al paziente la migliore qualità di cura in relazione al proprio stadio di malattia. Il PDTA intende definire inoltre i tempi di completamento dei diversi percorsi diagnostici e terapeutici, evitando ritardi e garantendo l' impiego appropriato delle risorse necessarie.

### **SCOPO**

Gli obiettivi del PDTA sono:

- Fornire un punto di riferimento unico aziendale per il paziente con patologia neoplastica del polmone e ottimizzare i tempi di diagnosi e di trattamento
- Semplificare le procedure e ridurre i disagi per il paziente
- Fornire una assistenza di elevata qualità sia per la diagnosi che per la terapia, con percorsi personalizzati, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate
- Implementare sistemi informatici comuni di raccolta dei dati, fruibili dai professionisti ospedalieri che operano lungo il percorso
- Assicurare la multidisciplinarietà nella gestione del paziente e la disponibilità al dialogo tra operatori ospedalieri ed il MMG
- Garantire la migliore assistenza al paziente ed alla famiglia in tutte le fasi della malattia

### **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il percorso è rivolto ai pazienti con sospetta patologia neoplastica del polmone che si rivolgono alle strutture ambulatoriali e ospedaliere dell' AO di Cosenza.

Per quanto riguarda la numerosità della popolazione interessata è di 70 casi/anno (vedi DCA n° 10 del 2 Aprile 2015).

### **MULTIDISCIPLINARIETA' e COMPONENTI del TEAM**

- **Oncologo**
- **Pneumologo**
- **Chirurgo Toracico**
- **Radioterapista**

- **Infermiere (Case Manager)**

Come già segnalato, nella definizione di questo percorso si intende valorizzare, tra gli altri, i seguenti aspetti:

- Multidisciplinarietà dell' approccio professionale
- Centralità del paziente e unitarietà nella gestione intraospedaliera
- Stabile collaborazione con il MMG del paziente durante tutto il periodo di assistenza

Le strutture complesse coinvolte della definizione e nella attuazione del PDTA sono quelle di seguito riportate:

STRUTTURA COMPLESSA/SSD/SS	referente
Pneumologia	Romano Francesco
Broncoscopia	Fedele Flavio
Radiologia	Zanolini Carlo
Anatomia Patologica	Terzi Giuseppe
Laboratorio Genetica	Vaccarella Salvino
Medicina Nucleare	Bagnato Antonio
Oncologia Medica	Liguori Virginia Spina Nunzia (Case Manager)
Radioterapia	Piro Fabrizio
Chirurgia Toracica	Roncone Arturo

Gli specialisti delle varie SSCC afferiscono a un "Gruppo Multidisciplinare" che garantisce le seguenti funzioni:

- gestione clinica multidisciplinare attraverso incontri settimanali durante i quali vengono esaminati e discussi i singoli casi per una valutazione collegiale;
- ricerca, valutazione e sintesi delle linee guida e degli studi clinici controllati riguardanti la definizione della diagnosi, stadiazione e terapia delle neoplasie del polmone;
- definizione dei percorsi di diagnosi, cura ed assistenza
- definizione degli indicatori di monitoraggio dei percorsi
- definizione dei tempi e delle modalità di revisione dei percorsi

### ATTORI e RESPONSABILITA'

Attività	Paziente	MMG/ Specialista Ambulatoriale	Pneumologo	Case Manager	Gruppo Multidisciplinare	Chirurgo Toracico	Oncologo	Radioterapista
Invia il paziente all'Ambulatorio di Pneumologia		R						
Prende contatto con l'Ambulatorio di Pneumologia	R							
Fissa la data della 1a visita				R				
Esegue la 1a visita e prescrive gli accertamenti con impegnativa			R		R			
Prenota gli accertamenti prescritti				R				
Comunica al paziente date e sede degli esami e la data della 2° visita pneumologica				R				
Esegue gli accertamenti prescritti			R					
Recupera tutti i referti				R				
Esegue la 2a visita e prescrive con impegnativa gli accertamenti di secondo livello			R					

necessari								
Organizza gli accertamenti prescritti e ne comunica date e sede al paziente				R				
Esegue gli accertamenti di secondo livello prescritti	R							
Recupera tutti i referti				R				
esamina il caso e decide collegialmente i trattamenti curativi e di supporto					R			
Se necessario pone indicazione alla biopsia chirurgica					R			
Prenota l'eventuale biopsia chirurgica				R				
Esegue eventuale biopsia chirurgica						R		
Recupera i referti				R				
Riesamina il caso dopo la biopsia e decide collegialmente i trattamenti curativi e di supporto					R			
Prenota la prima visita ambulatoriale dallo specialista di competenza				R				
Programma ed esegue eventuale intervento chirurgico						R		
Programma ed esegue gli eventuali trattamenti farmacologici							R	
Programma ed esegue l'eventuale trattamento radioterapico								R

### **Funzioni del Team Multidisciplinare**

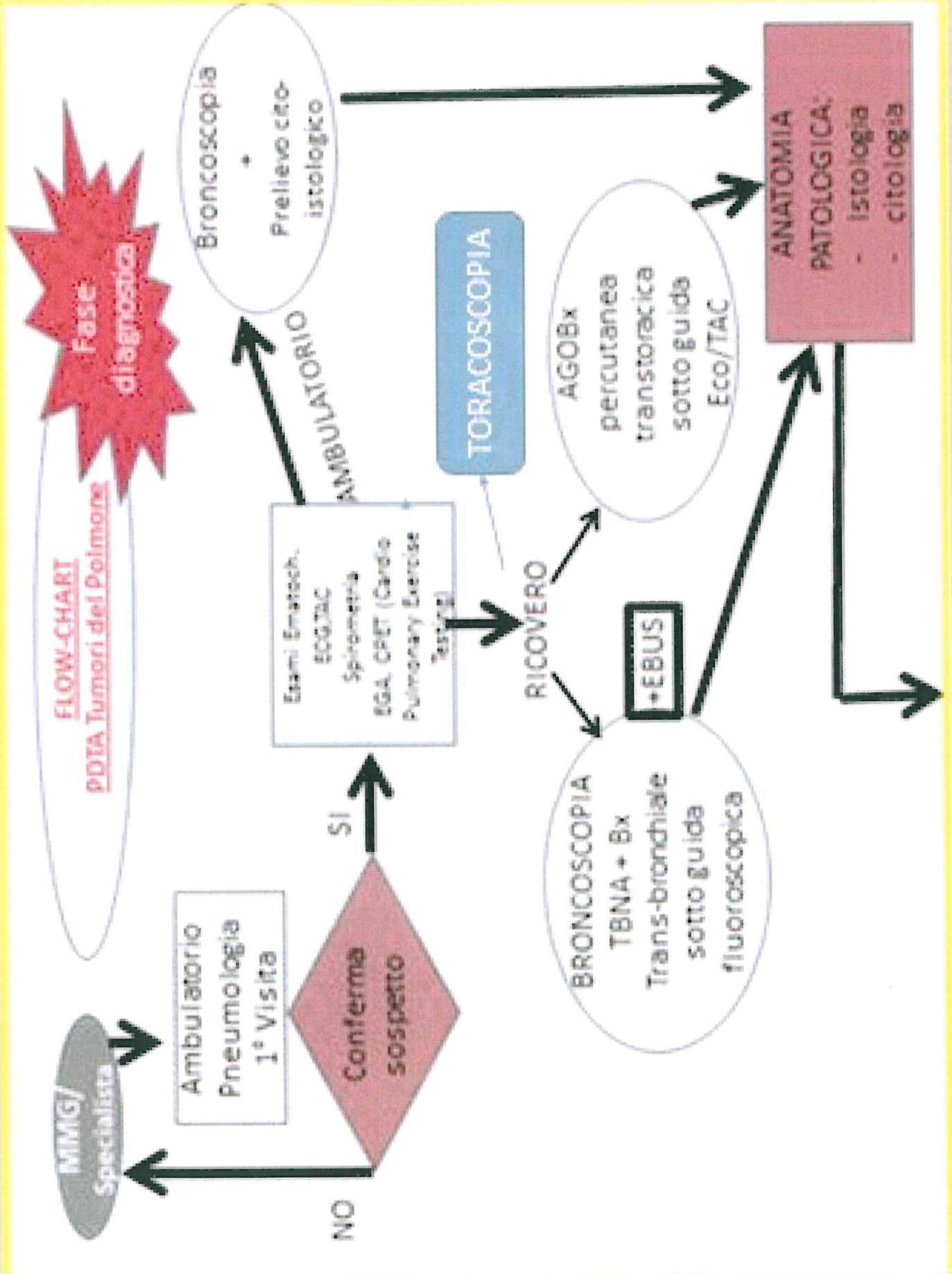
- Il Team è tenuto ad adottare il Documento prodotto dal Tavolo Tecnico relativo al PDTA e che compendia premessa, punti critici di partenza, obiettivi, Guidelines, raccomandazioni, destinatari, compiti degli specialisti, diagramma di flusso e identificazione tappe nodali, comunicazione, indicatori, formazione, materiale pubblicitario, riferimenti bibliografici
- Al fine di garantire gli standard definiti, il Team si incontra presso l'Ambulatorio di UVM in Oncologia una/due volte alla settimana, discute i singoli casi per valutare e predisporre il programma diagnostico-terapeutico per ogni paziente.
- Stabilisce modalità di comunicazione con gli altri professionisti interessati nell'assistenza al paziente, compresi i MMG, ai quali comunica le proprie decisioni in maniera efficiente.
- Aggiorna annualmente i protocolli diagnostico-terapeutici alla luce delle nuove evidenze scientifiche.
- Valuta ad ogni riesame della direzione la qualità dell'assistenza attraverso il monitoraggio dei dati di attività e la produzione degli indicatori definiti nel documento.

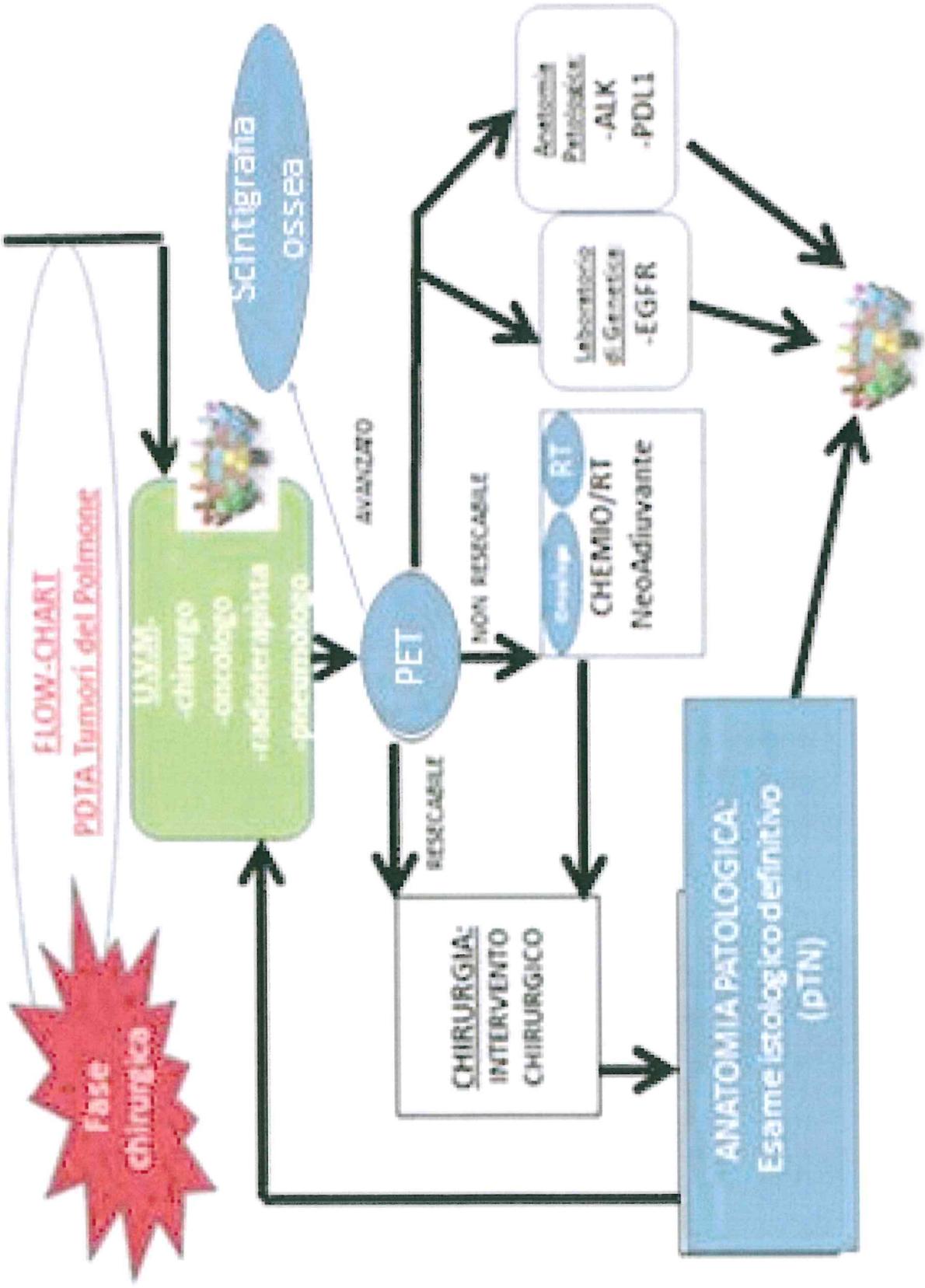
### **Il coordinatore :**

ha la responsabilità delle attività, supportato dal case manager organizza le riunioni con il team e quando necessita interpella e convoca anche altri professionisti

### **Il Case-Manager:**

Accompagna la paziente dall'accesso alla fase diagnostica lungo l'intero percorso clinico assistenziale; assicura elevata collaborazione nelle decisioni da assumere nel processo assistenziale; integra le prestazioni definite dai diversi componenti del team con le pianificazioni più strettamente assistenziali, garantisce l'attuazione delle decisioni assunte e valuta i risultati raggiunti nell'ambito assistenziale.





# FLOW-CHART

## PDIA Tumori del Polmone

Fase  
Terapeutica

U.V.M.

- chirurgo
- oncologo
- radioterapista

AVANZATO

POST-CHIRURGIA

FOLLOW-UP  
Chirurgico

oncologia  
CT  
Adiuvante

RADIOTERAPIA  
RT  
adjuvante

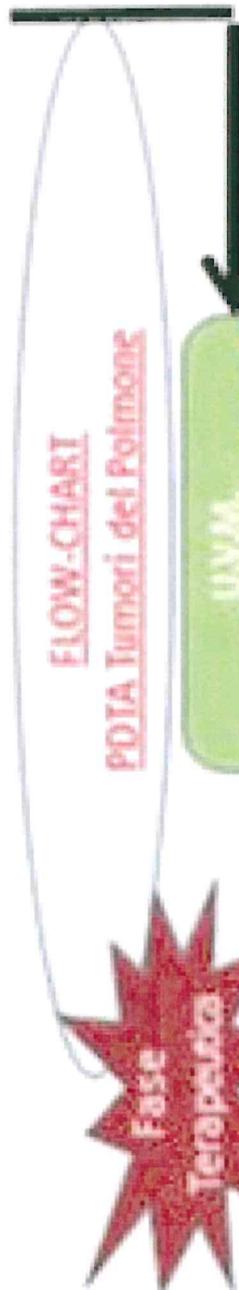
RADIOTERAPIA  
RT  
Paliativa

ONCOLOGIA:  
CT  
Paliativa

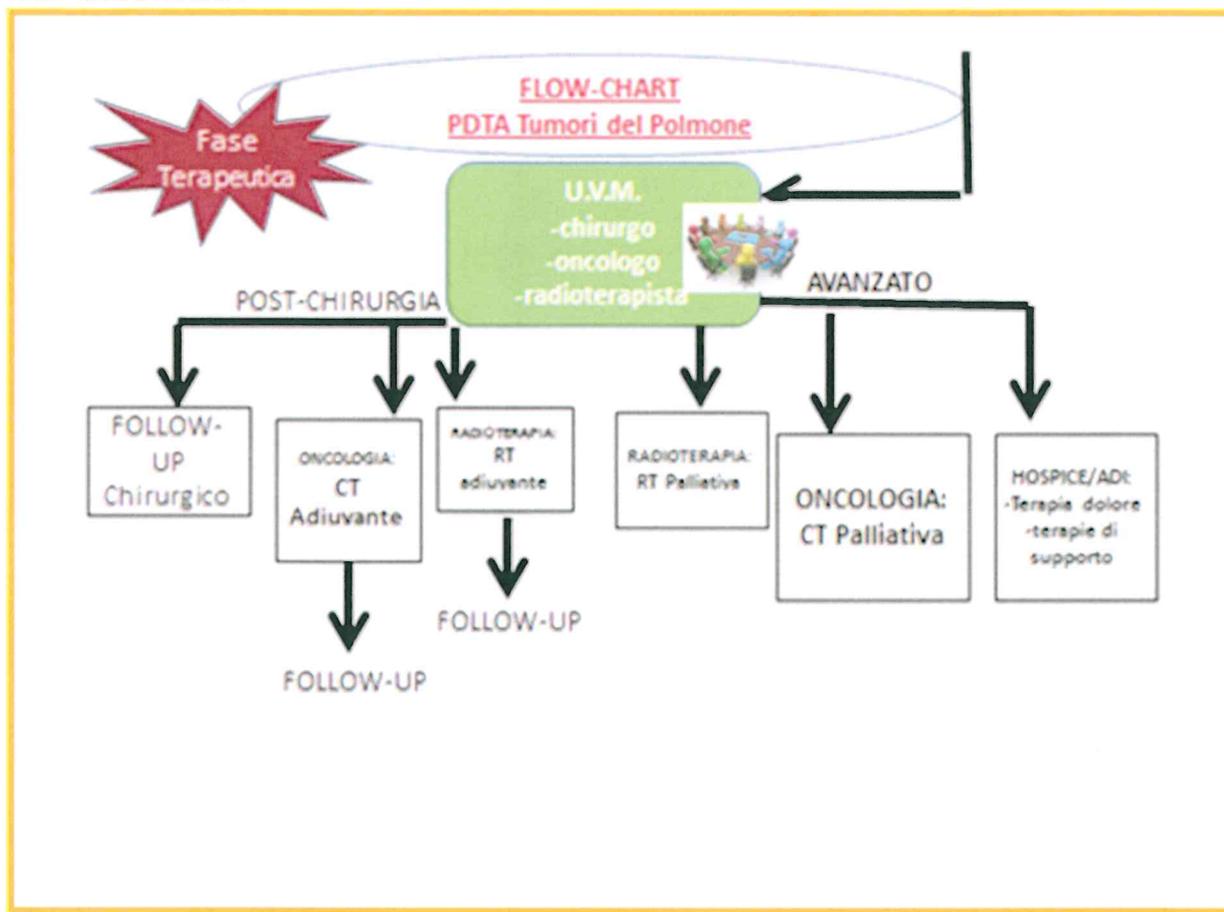
HOSPICE/ADL  
-terapia dolore  
-terapie di  
supporto

FOLLOW-UP

FOLLOW-UP



## FASE TERAPEUTICA



### PERCORSO DIAGNOSTICO : Fasi e ruoli

- 1) Il paziente con sospetto tumore polmonare viene indirizzato dal MMG o dallo specialista all'Ambulatorio Di Pneumologia ( P.O. di Rogliano, P.O.di Cosenza) per fissare la prima visita con lo Pneumologo, richiedibile con impegnativa su ricettario regionale.
- 2) La visita viene fissata entro 7 giorni dal contatto.
- 3) Lo specialista Pneumologo, nel corso della prima visita e sulla base della documentazione esistente, prescrive e definisce gli accertamenti di laboratorio e strumentali del caso.  
Sempre in questo primo accesso, al paziente verranno fornite sia le impegnative degli accertamenti prescritti, con le date e le sedi di esecuzione, che la data della seconda visita pneumologica, che avverrà sempre all'Ambulatorio di Pneumologia (P.O.Rogliano,P.O.Cosenza) entro 10 giorni
- 4)Eseguiti gli esami prescritti, il paziente si ripresenta per la II° visita.
- 5) Per questa data il case manager avrà recuperato tutti i referti degli accertamenti nel frattempo eseguiti.  
Lo specialista, vista la documentazione, programmerà, in relazione al quadro clinico, le indagini di secondo livello. 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.
- 7)Per la richiesta di diagnosi istologica lo specialista pneumologo dovrà inviare il **modulo di richiesta (Allegato A)** specificando lo **stadio di malattia** e le **abitudini di fumo del paziente**.
- 8) L'anatomo patologo in caso di NSCLC :
  - a) se malattia stadio iniziale eseguirà solo la diagnosi istologica
  - b) se malattia stadio avanzato eseguirà (entro 15/20 giorni) anche la ricerca per ALK/+ - ROS1, PDL1 e invierà il materiale al Laboratorio di Genetica per la ricerca di mutazioni EGFR
- 6) Gli esiti di questi ulteriori accertamenti, comprensivi della diagnosi anatomo patologica ,verranno raccolti a cura del case manager, e il caso verrà portato alla discussione del Gruppo Multidisciplinare.

7) Il Gruppo Multidisciplinare si riunisce una volta alla settimana, sulla base dell' istotipo e dello stadio della malattia, definirà collegialmente la strategia terapeutica, tenendo conto, di massima, delle Linee Guida della Associazione di Oncologia Medica Italiana (AIOM) e delle LG dell'NCCN.

## **PERCORSI TERAPEUTICI: Fasi e Ruoli**

### **PERCORSO CHIRURGICO**

Alla valutazione multidisciplinare, accertata la natura neoplastica della lesione e definito lo stadio della malattia, se questa è giudicata operabile, il paziente entro 10-15 giorni verrà ricoverato ed opportunamente preparato per essere sottoposto ad intervento chirurgico.

I pazienti operati che necessitano di ulteriore terapia saranno rivalutati nel contesto del gruppo multidisciplinare dove verrà ridefinito il percorso terapeutico (chemioterapia, radioterapia)

### **PERCORSO RADIOTERAPICO**

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

Se alla valutazione multidisciplinare il paziente presenterà una malattia localmente avanzata ma non candidabile ad un trattamento chirurgico, potrà essere suscettibile di un trattamento Radioterapico e/o Chemioterapico con intento radicale ( ad esclusione degli stadi M1). Qualora sia indicata Radioterapia radicale + Chemioterapia concomitante, il paziente riceverà la prima visita radioterapica, eseguirà la TC di simulazione ed eseguirà lo studio fisico-dosimetrico del PDT (Piano di Trattamento). Il tempo massimo intercorrente dall'esecuzione della 1<sup>a</sup> visita radioterapica all'inizio del trattamento radiante in tali casi è di 30 giorni .

Nel caso in cui sia effettuata Chemioterapia di induzione la successiva Radioterapia radicale sarà iniziata dopo ristadiazione della malattia, entro 30 giorni dalla conclusione della Chemioterapia.

I trattamenti di Radioterapia sintomatica/palliativa in presenza di sintomi significativi (dolori ossei non controllati da adeguata terapia medica analgesica, disturbi neurologici, sindrome mediastinica, emorragie), saranno iniziati entro 15 giorni dalla prima visita radioterapica .

#### **Carcinoma Polmonare a piccole cellule (SCLC)**

La Radioterapia radicale dovrà essere avviata preferibilmente in concomitanza con la Chemioterapia quindi iniziata entro 30 giorni dalla prima visita radioterapica, e comunque non oltre i 30 giorni dalla conclusione dell'ultimo ciclo di Chemioterapia nel caso di associazione sequenziale

### **PERCORSO DI ONCOLOGIA MEDICA**

Afferiranno al servizio di Oncologia Medica tutti i pazienti che alla valutazione multidisciplinare verranno giudicati candidabili ad un trattamento oncologico attivo. Si tratterà quindi di pazienti con malattia localmente avanzata non operabile o suscettibile di eventuali trattamenti locoregionali (chirurgia - radioterapia) solo dopo trattamento chemioterapico; oppure pazienti operati che necessitino di terapia adiuvante o pazienti con malattia metastatica, in questo caso contemporaneamente al prelievo biotico verrà richiesto dallo pneumologo oltre alla conferma istologica di NSCLC anche le determinazioni PDL1, ALK e mutazioni EGFR . La prima visita Oncologica sarà eseguita entro 15 giorni dalla valutazione multidisciplinare e l'eventuale trattamento sistemico (chemioterapia o terapia biologica) verrà avviato entro 10 giorni dalla presa in carico in Oncologia.

### **CURE SIMULTANEE (SIMULTANEOUS CARE)**

Il paziente con tumore del polmone è frequentemente sintomatico già al momento della diagnosi (tosse, dispnea, insufficienza respiratoria, dolore, ecc.) ed i sintomi verosimilmente saranno presenti per tutta la storia naturale della malattia. E' quindi necessaria una precoce valutazione del quadro clinico volta ad instaurare un opportuno ed efficace controllo della sintomatologia.

Nel corso dei trattamenti attivi, ad ogni accesso ambulatoriale in Oncologia verrà rivalutato il quadro clinico e sintomatologico, in modo da garantire una costante effettuazione delle "cure simultanee", con le quali verrà perseguita l'integrazione delle cure palliative con le terapie antitumorali. Lo scopo è di ottenere un miglioramento della qualità di vita del paziente con una maggiore adesione alle cure oncologiche.

### **PERCORSO DI FOLLOW UP**

Per follow up si intendono controlli specialistici, clinici, strumentali e biochimici eseguiti ad intervalli prestabiliti, dopo il trattamento considerato radicale. L'obiettivo del follow up è cogliere la recidiva in una fase ancora suscettibile di trattamenti locali (chirurgia, radioterapia) o di trattamenti sintomatici palliativi (chemioterapia) che possano permettere un buon controllo della malattia e dei sintomi correlati.

Per i pazienti sottoposti al solo intervento chirurgico, il follow up verrà eseguito dal Chirurgo Toracico; per i pazienti che avranno ricevuto trattamento radiante con intento radicale il follow up verrà eseguito dallo specialista di Radioterapia per poter monitorare gli eventuali eventi avversi dovuti al trattamento radiante.

Per i pazienti in trattamento medico oncologico attivo o sintomatico palliativo il controllo clinico verrà eseguito dallo specialista Oncologo.

Anche in questa fase si ritiene importante stabilire una buona relazione con il paziente ed il suo MMG, definendo un piano personalizzato, per garantire la migliore terapia sintomatica (SIMULTANEOUS CARE).

### **FOLLOW-UP :CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE (NSCLC)**

Stadio I senza evidenza di malattia

1°-2° anno : Esame Obiettivo ogni 3-6 mesi, TC torace con mdc ogni 6-12mesi. Eventuale broncoscopia in casi selezionati

3°-4°-5° anno: Esame Obiettivo annuale, TC torace senza mdc low dose ogni 12mesi (nei pazienti non suscettibili di trattamenti attivi la TAC puo' essere sostituita da Rx torace)

Stadio II-IV senza evidenza di malattia

1°-2° anno : Esame Obiettivo, TC torace ed addome con mdc ogni 4-6 mesi

3°-4°-5° anno: Esame Obiettivo,TC torace ed addome con mdc ogni 6- 12mesi

Dopo 5° anno :E Esame Obiettivo e Rx torace/TC senza mdc annualmente

### **FOLLOW-UP: CARCINOMA POLMONARE A PICCOLE CELLULE (SCLC)**

Stadio I Non evidenza di malattia o risposta completa

1° anno: Esame Obiettivo, TC torace ed addome ed encefalo ogni 2-3 mesi

2°- 3° anno: Esame Obiettivo,TC torace ed addome ed encefalo ogni 4-6 mesi

4°- 5°anno: Esame Obiettivo,TC torace ed addome ed encefalo ogni 6-8 mesi

Dopo 5° anno : Esame Obiettivo e Rx torace/TC senza mdc annualmente

Stadio II-IV Senza evidenza di malattia

1° -2°anno: Esame Obiettivo, TC torace ed addome ed encefalo ogni 4-6 mesi

3°- 4°- 5° anno: Esame Obiettivo,TC torace ed addome ed encefalo ogni 6-12 mesi per un anno

Dopo 5° anno : Esame Obiettivo e Rx torace/TC senza mdc annualmente

### **INDICATORI DI PROCESSO**

1. Numero nuovi pazienti discussi ogni anno nel PDTA /N° di nuovi pazienti visitati in un anno nell'AO
2. Frequenza degli incontri del team multidisciplinare ( 1/settimana)
3. Intervallo fra diagnosi ed intervento chirurgico (pazienti trattati chirurgicamente entro 15 giorni dalla prescrizione chirurgica in almeno 80% dei casi, entro 20 giorni nel 100% dei casi)
4. Tempo di attesa del referto istologico completo ( $\leq$  15 giorni in almeno 80% dei casi)
5. Tempo di attesa del referto di laboratorio di genetica ( $\leq$ 15 giorni in almeno 80% dei casi)
6. Intervallo fra diagnosi definitiva ed inizio terapia medica primaria ( $\leq$  10 giorni in almeno il 90% dei casi)
7. Intervallo tra diagnosi definitiva e inizio della radioterapia(nel caso in cui sia effettuata Chemioterapia di induzione la successiva Radioterapia radicale sarà iniziata dopo ristadiatione della malattia, entro 30 giorni dalla conclusione della Chemioterapia nel 100% dei casi, I trattamenti di

Radioterapia sintomatica/paliativa saranno iniziati entro 15 giorni dalla prima visita radioterapica nel 100% dei casi)

8. Pazienti persi al follow-up dei primi 5 anni <5%)

Misurazione della soddisfazione delle pazienti

La somministrazione di uno specifico questionario per la valutazione del grado di soddisfazione delle pazienti rispetto al PDTA potrebbe consentire l'identificazione delle criticità su cui attivare il miglioramento.

**RIFERIMENTI:**

-LINEE GUIDA AIOM 2016- Polmone

-NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Lung Cancer 2017

**ALLEGATO A**

<b>MODULO DI RICHIESTA DIAGNOSI ISTOLOGICA PDTA CARCINOMA POLMONARE</b>
<b>NOME e COGNOME PAZIENTE</b>
<b>DATA DI NASCITA</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>RESIDENZA</b>
<b>TELEFONO</b>
fumatore <input type="checkbox"/> non fumatore <input type="checkbox"/>
Stadio di malattia: iniziale <input type="checkbox"/> avanzato <input type="checkbox"/>
SEDE : centrale <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/>
Performance Status : 0-2 <input type="checkbox"/> >2 <input type="checkbox"/>
Note: _____ _____

**Medico richiedente**

**DATA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_