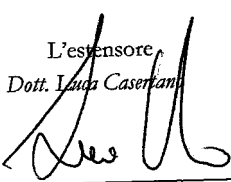
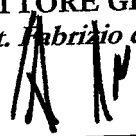
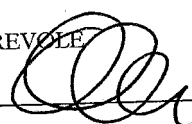
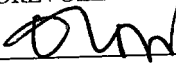
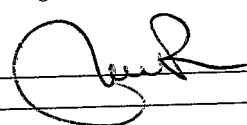
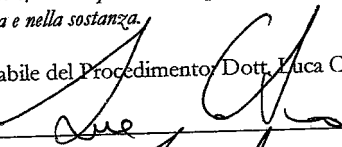
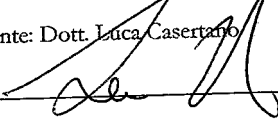


**DELIBERAZIONE N. 1679 DEL 11 DIC. 2017**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Struttura proponente: UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro di Costo: SODS20JD1S                                                                                                                       |
| Codice settore proponente: OSDG04/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                   |
| Oggetto: Adozione del "Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale per le Neoplasie Polmonari"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                   |
| <p>L'estensore<br/>Dott. Luca Casertano</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <p><b>IL DIRETTORE GENERALE</b><br/>Dott. Fabrizio d'Alba</p>  |
| <p><b>Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Firma  Data 5/12/2017</p>                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                   |
| <p><b>Parere del Direttore Sanitario: Dott.ssa Daniela Orazi</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p>Firma  Data 6/11/2017</p>                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                   |
| <p>Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico/investimento negoziato.</p> <p style="text-align: right;"><b>presa visione</b></p> <p>Voce del conto economico/investimento su cui si imputa l'importo: _____</p> <p>Visto del Dirigente addetto al controllo di budget: Dr.ssa Miriam Piccini</p> <p>Firma  Data 01/12/2017</p> |  |                                                                                                                                                   |
| <p>Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.</p> <p>Responsabile del Procedimento: Dott. Luca Casertano</p> <p>Firma  Data 28-11-2017</p> <p>Il Dirigente: Dott. Luca Casertano</p> <p>Firma  Data 28-11-2017</p>         |  |                                                                                                                                                   |

## IL RESPONSABILE UOSD ORGANIZZAZIONE SANITARIA E RETI

- VISTA** la deliberazione aziendale n. 402 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione della struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti" nell'ambito della Direzione Sanitaria a favore del Dott. Luca Casertano>>;
- VISTA** la legge 23 dicembre 1978 n. 833 e successive modificazioni e integrazioni (s.m.i.);
- VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;
- VISTO** il DPCM 12 gennaio 2017, con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);
- VISTO** l'Atto di rettifica dell'Atto Repertorio n. 98/CSR del 5 agosto 2014 "Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Repertorio Atti n.198/CSR del 13/01/2015;
- VISTA** l'"Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016";
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00059 del 13 luglio 2010 avente ad oggetto "Rete Oncologica";
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00084/2010 avente ad oggetto "La Rete Assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio";
- VISTO** il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. 412/2014 recante oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della regione Lazio (Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014) Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della regione Lazio (Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014)" e s.m.i.
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00419 del 04 settembre 2015 recante oggetto "Adozione del documento tecnico inerente 'Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio', a cura del Gruppo di Lavoro Regionale di supporto alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria per le attività previste nei Programmi Operativi 2013-2015 sulla Rete Oncologica, ai sensi del DCA n. U00247/2014";
- CONSIDERATO** che, alla luce del quadro normativo e delle regolamentazioni inerenti gli aspetti clinico assistenziali vigenti, si rende necessario favorire percorsi che garantiscano al paziente uniformità di risposte diagnostico-terapeutiche e che ne facilitino la presa in carico;

21

- CONSIDERATO** che l'inserimento del paziente in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale comporta, come riportato nella letteratura scientifica, evidenti vantaggi in termini di efficienza ed efficacia degli interventi, miglioramento della qualità assistenziale e contenimento dei costi;
- CONSIDERATO** che è stato costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare che ha redatto un percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale per la presa in carico dei pazienti affetti da neoplasie polmonari;
- PRESO ATTO** che il documento riportato al capoverso precedente è stato sottoposto al vaglio delle associazioni dei pazienti facenti parte della "Rete della Solidarietà" che si occupano di malattie polmonari, e che hanno espresso la loro condivisione per gli aspetti di competenza .;
- RITENUTO** opportuno approvare l'allegato "Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale per le Neoplasie Polmonari";
- RITENUTO** opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- RITENUTO** opportuno di dare mandato al gruppo di lavoro che ha redatto il documento ed di predisporre un progetto formativo rivolto al personale Medico e delle Professioni Sanitarie, per favorire l'applicazione del documento approvato con il presente atto;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005

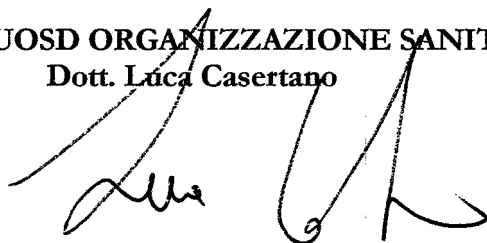
### PROPONE

per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- **di approvare** l'allegato "Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale per le Neoplasie Polmonari";
- **di dare mandato** ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- **di dare mandato** al gruppo di lavoro che ha redatto il documento allegato di predisporre un progetto formativo rivolto al personale Medico e delle Professioni Sanitarie, per favorire l'applicazione del documento approvato con il presente atto;

**IL RESPONSABILE UOSD ORGANIZZAZIONE SANITARIA E RETI**

**Dott. Luca Casertano**



**IL DIRETTORE GENERALE**

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini";
- VISTA** la propria ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016;
- LETTA** la proposta di delibera, «Adozione del "Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale per l' Embolia Polmonare"» presentata dal Responsabile della UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti, Dott. Luca Casertano;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

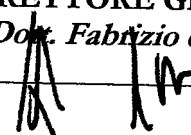
di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- **di approvare** l'allegato "Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale per le Neoplasie Polmonari";
- **di dare mandato** ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- **di dare mandato** al gruppo di lavoro che ha redatto il documento allegato di predisporre un progetto formativo rivolto al personale Medico e delle Professioni Sanitarie, per favorire l'applicazione del documento approvato con il presente atto;

La UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti curerà gli adempimenti consequenziali all'adozione del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 21 (ventuno) pagine, di cui n. 16 (sedici) di allegato.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE***(Dott. Fabrizio d'Alba)*



|                              |                                                                                                           |                        |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Procedura Operativa Standard | <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA TUMORE AL POLMONE</b> | Rev. 00 del 06/11/2017 |
| Cod. Doc.: 901/POS/0.1       |                                                                                                           | Pag. 1 di 16           |

Nome e Funzione

Firma

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| REDAZIONE<br>(in ordine alfabetico) | <b>Coordinamento</b><br>Giuseppe Cardillo<br>Luca Casertano<br>Vittorio Donato<br>Maria Rita Migliorino<br>Giorgia Osman                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                     | <b>Gruppo di lavoro</b><br>Pierluigi Bartoletti<br>Enrico Li Bianchi<br>Flavio Borreca<br>Maria Grazia Carbonelli<br>Roberto Cianni<br>Maura Cossutta<br>Stefano Curcio<br>Edoardo De Ruvo<br>Stefano De Santis<br>Giovanni Galluccio<br>Gianna Gianandrea<br>Paola Grammatico<br>Lucia Rosalba Grillo<br>Lucia Mitello<br>Lucio Mango<br>Angelo Rosario Sbrocca<br>Pasquale Ialongo<br>Leopoldo Paolo Pucillo<br>Vilma Varvo |  |
| VERIFICA                            | <b>Antonio Silvestri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| APPROVAZIONE                        | <b>Daniela Orazi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| VALIDAZIONE                         | ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

| Rev. | Data | Causale delle modifiche | Codifica |
|------|------|-------------------------|----------|
|      |      |                         |          |



|                                    |                                                                                                                   |                           |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Procedura<br>Operativa<br>Standard | <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED<br/>ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA<br/>TUMORE AL POLMONE</b> | Rev. 00 del<br>06/11/2017 |
| Cod. Doc.:<br>901/POS/0.1          |                                                                                                                   | Pag. 2 di 16              |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Lista di distribuzione (I livello)**

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Direttore Sanitario                                                                          |
| Direttore Amministrativo                                                                     |
| Direttori di Dipartimento                                                                    |
| Direttori di Strutture Complesse                                                             |
| Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici |

**INDICE**

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>EPIDEMIOLOGIA</b>                                              | <b>3</b>  |
| <b>ATTIVITA'</b>                                                  | <b>5</b>  |
| <b>OBIETTIVI</b>                                                  | <b>5</b>  |
| <b>CAMPO DI APPLICAZIONE</b>                                      | <b>5</b>  |
| <b>ORGANIZZAZIONE DELLE FASI ASSISTENZIALI</b>                    | <b>6</b>  |
| A. QUADRO CLINICO – RADIOLOGICO SUGGESTIVO DI NEOPLASIA POLMONARE | 6         |
| B. AVVIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO                                 | 7         |
| C. DISCUSSIONE DEL CASO DA PARTE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE       | 8         |
| D. PERCORSO TERAPEUTICO                                           | 9         |
| <b>FOLLOW-UP</b>                                                  | <b>11</b> |
| <b>RIABILITAZIONE</b>                                             | <b>11</b> |
| <b>INDICATORI DI PROCESSO</b>                                     | <b>12</b> |
| <b>FLOW CHART CLINICA AGOBIOPSIE POLMONARI</b>                    | <b>15</b> |
| <b>FLOW CHART ORGANIZZATIVA AGOBIOPSIE POLMONARI</b>              | <b>16</b> |



|                              |                                                                                                           |                        |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Procedura Operativa Standard | <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA TUMORE AL POLMONE</b> | Rev. 00 del 06/11/2017 |
| Cod. Doc.: 901/POS/0.1       |                                                                                                           | Pag. 3 di 16           |

## EPIDEMIOLOGIA

### INCIDENZA

L'incidenza del tumore del polmone negli U.S.A., secondo l'American Cancer Society, è, per il 2017, di circa 222.500 nuovi casi (116.990 uomini e 105.510 donne), di cui 155.870 morti (84.590 uomini e 71.280 donne). (American Cancer Society 2017).

In Italia, secondo Aiom-Airtum, per il 2017 sono stimate circa 42.000 nuove diagnosi di tumore del polmone che rappresentano l'11% di tutte le nuove diagnosi di tumore nella popolazione generale (il 15% negli uomini, il 6% nelle donne). I casi diagnosticati dal 2008 al 2012 con conferma cito-istologica sono rappresentati per il 39% da adenocarcinomi (34% negli uomini, 49% nelle donne), il 21% da carcinomi squamosi (25% negli uomini, 12% nelle donne), il 12% da tumori a piccole cellule. Negli uomini il tumore del polmone rappresenta il secondo tumore per incidenza, dopo i carcinomi della prostata, nei soggetti con età inferiore ai 50 anni rappresenta il 5% di tutte le diagnosi di tumore, mentre nei soggetti tra i 50 ed i 69 anni il 15%, sopra i 70 il 17%. Nelle donne è molto raro prima dei 50 anni e rappresenta il 2% di tutte le diagnosi di tumore, tra i 50 ed i 69 anni è la quarta neoplasia per incidenza con il 7% dei casi, sopra i 70 anni è la terza causa con il 7%. Al netto degli effetti legati al principale fattore di rischio (fumo di sigaretta) e all'invecchiamento della popolazione, si registra una marcata diminuzione di incidenza negli uomini pari a -2,0%/anno, legata alla riduzione dell'abitudine tabagica, con un aumento dei nuovi casi tra le donne: +2,6%/anno dal 1999 al 2016.

Il tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) rappresenta negli USA l'85%-90% dei tumori del polmone, mentre il tumore polmonare a piccole cellule (SCLC) ha avuto un decremento di frequenza negli ultimi 20 anni. Negli ultimi 25 anni negli USA la distribuzione istologica si è modificata con una riduzione degli SCLC e dei carcinomi squamosi (SCC) a favore di un incremento degli adenocarcinomi, mentre in Europa questo si è verificato negli uomini, nelle donne invece sia l'adenocarcinoma che il carcinoma squamoso sono in incremento. Questo andamento è strettamente legato al fumo di sigaretta che ha avuto un incremento nel sesso femminile ed un decremento nel sesso maschile negli ultimi 25 anni. (Global Cancer Statistic, 2011).

### FATTORI DI RISCHIO

Il fumo di sigarette è senza dubbio il più rilevante fattore di rischio per l'insorgenza di un carcinoma del polmone: ad esso, infatti, è attribuibile l'85-90% di tutti i tumori polmonari. Come dimostrato da importanti studi epidemiologici, il rischio aumenta con il numero delle sigarette fumate e con la durata dell'abitudine al fumo. Il rischio relativo dei fumatori rispetto ai non fumatori è aumentato di circa 14 volte e aumenta ulteriormente fino a 20 volte nei forti fumatori (oltre le 20 sigarette al giorno). Importanti studi hanno anche dimostrato che la sospensione del fumo di sigarette produce nel tempo una forte riduzione del rischio. Naturalmente, quanto più precoce è l'interruzione del fumo, tanto più il rischio si abbassa avvicinandosi a quello dei non fumatori, ma occorre sottolineare che non è mai troppo tardi, in quanto anche la sospensione dopo molti anni di fumo comporta un beneficio in termini di riduzione del rischio.

I non fumatori esposti al fumo passivo (vale a dire l'inalazione involontaria di sostanze provenienti dal fumo di altre persone) presentano un aumento del rischio relativo di ammalare di tumori del polmone nel corso della loro vita. Esposizioni ambientali o professionali a radon, asbesto e metalli pesanti quali cromo, cadmio e arsenico producono un incremento del rischio. L'esposizione al particolato atmosferico e all'inquinamento atmosferico è stata classificata dalla IARC (International Agency for the Research on Cancer) come cancerogena per l'uomo.

Lo studio ESCAPE ha identificato un aumento significativo del rischio di insorgenza di tumore al polmone del 22% per aumenti di ogni 10 µg/m<sup>3</sup> di PM<sub>10</sub> e del 18% per aumenti di ogni 10 µg/m<sup>3</sup> di PM<sub>2.5</sub>. Incrementi maggiori del rischio sono stati documentati per il tipo istologico adenocarcinoma (+51% e + 55% per PM<sub>10</sub> e per PM<sub>2.5</sub>), un istotipo di tumore del polmone più diffuso nei non fumatori.<sup>2,3</sup> Ulteriori fattori di rischio sono rappresentati dai processi infiammatori cronici quali la tubercolosi. Il ruolo della predisposizione genetica e in



|                              |                                                                                                           |                        |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Procedura Operativa Standard | <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA TUMORE AL POLMONE</b> | Rev. 00 del 06/11/2017 |
| Cod. Doc.: 901/POS/0.1       |                                                                                                           | Pag. 4 di 16           |

particolare dei polimorfismi genici è stato argomento di studio negli ultimi anni: va sottolineato però che, pur essendo presente in una minoranza di casi una componente ereditaria, rimane, in ogni caso, preponderante il peso del fumo, dei fattori occupazionali e ambientali (2017 - I numeri del cancro in Italia).

### PREVALENZA

Negli USA la prevalenza del tumore del polmone in donne non fumatrici è stimata intorno al 19%, mentre negli uomini non fumatori intorno al 9% (IASCL 2014). Anche nei Paesi asiatici è stato osservato un incremento di NSCLC in soggetti non fumatori.

In considerazione della frequente diagnosi in stadio avanzato, il tumore del polmone rimane una neoplasia a prognosi sfavorevole. È stato stimato che nel 2010 vivevano in Italia 82.795 persone con tumore del polmone, pari al 4% di tutti i pazienti con diagnosi di neoplasia. Di esse 60.243 erano maschi e 22.552 femmine. Come conseguenza della prognosi a due anni erano vivi il 38%, mentre solo il 13% aveva superato i 15 anni di storia clinica.

### SOPRAVVIVENZA

La sopravvivenza in Italia a 5 anni è pari al 14,3% (la media europea è del 13,0% e Nord europea del 12,2%). I paesi del Sud Europa, tra cui l'Italia, presentano valori elevati tra i pazienti più giovani, passando dal 24,2% tra i 15 ed i 44 anni a 7,3% tra gli over 75. Non si registrano sopravvivenze significative a 5 anni tra le varie aree del nostro paese con percentuali che variano tra l'11% ed il 19% tra Nord, Centro e Sud. (AIOM-AIRTUM 2016)

### MORTALITA'

La WHO (World Health Organization) ha stimato che il tumore del polmone sia la causa di circa 1,7 milioni di morti per anno, nel mondo (WHO Fact sheet 2017). Negli USA ogni giorno muoiono 432 persone per tumore polmonare (American Cancer Society 2017).

Nel 2014 sono state registrate in Italia 33.386 morti per tumore del polmone (ISTAT). Nel corso della vita, un uomo ogni 11 e una donna ogni 46 corrono, secondo gli attuali dati, il rischio di morire per tumore del polmone. Tabelle 8 e 11 Il tumore del polmone rappresenta la prima causa di morte per tumore nei maschi (il 27% del totale delle morti oncologiche) e la terza causa nelle donne, dopo mammella e colon-retto (11% del totale delle morti oncologiche).

Tra gli uomini, il tumore del polmone è al primo posto tra le cause di morte oncologica in tutte le fasce di età, essendo responsabile del 15% dei decessi per tumore tra i giovani (0-49 anni), del 30% tra gli adulti (50-69 anni) e del 26% tra gli ultrasessantenni. Nelle donne, è la seconda causa di morte per neoplasia nelle fasce di età 0-49 e 50-69 anni (rispettivamente il 9% e il 14%) e la terza causa nelle ultrasessantenni (10%).

Nelle donne, è la seconda causa di morte per neoplasia nelle fasce di età 0-49 e 50-69 anni (rispettivamente il 9% e il 14%) e la terza causa nelle ultrasessantenni (10%). Tabella 10 I tassi di mortalità osservati nelle varie aree geografiche nazionali non evidenziano nei maschi un marcato gradiente Nord-Sud con un tasso per 100.000 abitanti di 99,3 al Nord, di 91,5 al Centro e di 95,1 al Sud; tra le donne si osserva un moderato gradiente Nord-Sud, con un tasso per 100.000 abitanti rispettivamente del 26,3, 23,8 e 16,9.



Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 5 di 16

**ATTIVITA'**

L'attività di diagnosi e cura viene svolta da un Team Multidisciplinare, che ha anche funzione di Disease Management Team (Alleg. 1 al Decreto N. U00419/2015 della Regione Lazio).

Come da riferimento normativo il Disease Management Team (DMT) è composto da Pneumo - Oncologi, Chirurghi Toracici, Radiologi, Radioterapisti, Anatomo-Patologi, Nutrizionisti clinici, Psicologi, Pneumologi, Fisiatri e Personale delle Professioni Sanitarie ed è in grado di assicurare la possibilità di ricovero su posti letto ordinari e/o DH ovvero il trattamento in setting ambulatoriale per i pazienti eleggibili per tale ambito.

**OBIETTIVI**

Gli obiettivi del percorso sono i seguenti:

- fornire un punto di riferimento aziendale per il paziente con patologia neoplastica del polmone;
- ottimizzare i tempi di diagnosi e trattamento;
- fornire un'assistenza di elevata qualità sia per la diagnosi che per la terapia, con percorsi personalizzati, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate;
- assicurare la multidisciplinarietà nella gestione del paziente e la disponibilità al dialogo tra operatori ospedalieri, territoriali e medici di medicina generale;
- garantire la migliore assistenza possibile al paziente ed alla famiglia in tutte le fasi della malattia;
- promuovere l'umanizzazione delle cure e delle pratiche assistenziali.

**CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il documento si applica alle seguenti strutture operative che fanno parte del Centro di Riferimento per la Rete del Tumore Polmonare della nostra azienda Ospedaliera:

- U.O.C. Anatomia Patologica
- U.O.C. Chirurgia Toracica
- U.O.C. Diagnostica per immagini 2-elezione
- U.O.C. Genetica Medica
- U.O.C. Medicina Nucleare
- U.O.C. Patologia Clinica
- U.O.C. Radiologia Interventistica
- U.O.C. Radioterapia
- U.O.S.D. Centro Prelievi
- U.O.S.D. Dietologia e Nutrizione clinica
- U.O.S.D. Endoscopia Toracica
- U.O.S.D. Fisiopatologia respiratoria
- U.O.S.D. Pneumologia Oncologica
- U.O.S.D. Psicologia
- U.O.S.D. Terapia del Dolore
- U.O.S.D. U.R.P.
- U.O.S. Riabilitazione Respiratoria



|                                    |                                                                                                                   |                           |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Procedura<br>Operativa<br>Standard | <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED<br/>ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA<br/>TUMORE AL POLMONE</b> | Rev. 00 del<br>06/11/2017 |
| Cod. Doc.:<br>901/POS/0.1          |                                                                                                                   | Pag. 6 di 16              |

## ORGANIZZAZIONE DELLE FASI ASSISTENZIALI

Le modalità di svolgimento delle attività prevedono la successione delle seguenti fasi:

- A) Quadro clinico – radiologico suggestivo di neoplasia polmonare;
- B) Accesso al percorso Aziendale;
- C) Discussione del caso da parte del Team multidisciplinare per la definizione diagnostica, la programmazione terapeutica e per la gestione dei casi complessi;
- D) Percorso terapeutico
  - percorso chirurgico
  - percorso radioterapico
  - percorso pneumo - oncologico
  - percorso integrato
  - percorso riabilitativo
  - percorso cure palliative
  - percorso psicologico dalla diagnosi alle cure di fine vita
- E) Follow-up

### A. Quadro clinico – radiologico suggestivo di neoplasia polmonare

È istituito presso l'Azienda Ospedaliera un punto di accesso dedicato, denominato "Percorso Polmone", cui riferire tutti i pazienti con sospetta patologia neoplastica del polmone e che rappresenta il riferimento per i MMG e per gli specialisti ospedalieri/territoriali. L'ambulatorio è gestito dagli specialisti di Pneumologia Oncologica e di Chirurgia Toracica che prenderanno in carico il paziente in tutta la fase diagnostica, avvalendosi della collaborazione di tutti gli specialisti del caso.

Al termine del percorso diagnostico ogni caso verrà portato alla discussione del DMT per la definizione diagnostica, ove necessaria e la condivisione delle decisioni terapeutiche.

Il primo sospetto diagnostico di neoplasia polmonare viene di solito formulato dal Medico di medicina Generale (MMG) o da uno specialista, sulla base di una radiografia del torace e/o di un successivo esame TC; la valutazione dei colleghi territoriali/di altre strutture ospedaliere rappresenta il pre-requisito per l'accesso al percorso aziendale per i pazienti esterni.

**Per accedere al Percorso il medico inviante richiede una Visita Specialistica con priorità "breve" presso il Punto di Accesso, utilizzando la seguente dizione: codice 89.7 Visita specialistica, prima visita per "Percorso Polmone".**

**La richiesta di presa in carico può essere fatta telefonicamente al numero telefonico dedicato (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30) 06.58.70.55.07 ovvero all'indirizzo email [percorsopolmone@scf.gov.it](mailto:percorsopolmone@scf.gov.it). Nel giorno stabilito il paziente si recherà presso l'ambulatorio "Percorso Polmone", sito presso il Padiglione Busi – piano -1 – con accettazione amministrativa al CUP aziendale.**

**Nel corso della visita** (che potrà essere svolta, indifferentemente dai Chirurghi Toracici o dai Pneumoncologi) **sarà valutata la necessità di attivare il PAC P2357 "diagnostico per addensamento polmonare", con priorità "breve".** La visita, effettuata da uno dei componenti del Percorso Polmone, deve, di norma, essere eseguita entro 10 giorni dalla prenotazione. A seguito della conferma diagnostica il paziente sarà preso in carico, con l'ausilio del Case Manager dedicato, per il completamento dell'iter diagnostico, comprensivo della stadiazione.

Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 7 di 16

Sarà possibile effettuare, per tutti i pazienti eleggibili, esami ematochimici ed eventuale TC Total Body. Se indicata, sarà effettuata broncoscopia diagnostica con biopsia e successivo esame cito-istologico. La broncoscopia è indicata per il prelievo di materiale citoistologico nelle lesioni centrali ed in quelle periferiche che presentano un Bronchus Sign. La biopsia periferica (BTB) su guida fluoroscopica o eco- endoscopica precede una eventuale FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsy), in particolare nei pazienti con elevato rischio di pneumotorace o di complicanze. Le procedure broncoscopiche di campionamento dai linfonodi ilari e mediastinici, sia con metodica tradizionale (conventional Trans Bronchial Needle Aspiration - TBNA ) che ecoguidata (Endo Bronchial Ultra Sound - EBUS-TBNA) costituiscono oggi la procedura di scelta per la diagnosi, la stadiazione la tipizzazione molecolare del cancro del polmone in virtù della loro elevata sensibilità e del loro basso tasso di complicanze. In taluni casi potrà rendersi necessaria, per la tipizzazione dei linfonodi mediastinici, l'utilizzo della esofagoscopia con tecnica ecoguidata (EUS-FNA o B-EUS-FNA, ecoendoscopia mediante ecobroncoscopio). Nel caso si renda necessaria la biopsia trans-toracica TC guidata, l'esame sarà effettuato secondo gli schemi riportati in allegato.

In considerazione della diversa strategia terapeutica da impiegare in funzione delle caratteristiche biologiche della neoplasia metastatica, si raccomanda l'acquisizione di una quantità di tessuto sufficiente ad effettuare i test molecolari. Nella eventualità in cui, ai fini di una corretta programmazione terapeutica, si ritenga necessaria l'esecuzione di un esame TC/PET ed in attesa della acquisizione di una macchina TC/PET presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, l'esame TC/PET potrà essere eseguito presso Centri convenzionati con il SSN. Questi esami verranno effettuati tramite percorsi assistenziali già codificati tra le UUOO del PDTA Neoplasie Polmonari ed i Centri individuati.

Infine, in casi selezionati, la diagnosi della malattia polmonare potrà anche essere eseguita con tecnica chirurgica: VATS (Videotoracosopia) diagnostica, mediastinotomia anteriore, videomediastinoscopia.

Se il medico che esegue la prima visita ha il sospetto o la certezza che il paziente abbia una neoplasia del polmone metastatica deve richiedere, ove indicato, le indagini molecolari. Tali esami devono essere eseguiti, ove possibile, entro 15 giorni, compresa la risposta dell'esame istologico e le valutazioni di biologia molecolare, quando necessarie.

**B. AVVIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO**

In caso di conferma del sospetto clinico e/o radiologico di neoplasia polmonare, lo specialista del Percorso Polmone attiverà l'iter diagnostico per la programmazione del completamento della diagnosi e relativa stadiazione. Le prestazioni erogabili tramite PAC 2357 (Diagnostica addensamento polmonare).

L'indagine broncoscopica e le prestazioni invasive ad essa connesse (ICD-9-CM 33.27 = biopsia polmonare transbronchiale; biopsia o agoaspirato dei linfonodi mediastinici TBNA) verranno eseguite presso gli ambulatori dedicati:

- Broncoscopia presso il Padiglione Bassi – Servizio di Endoscopia Toracica. Nel caso di procedure che dovessero richiedere sedazione profonda, broncoscopia rigida o EBUS, i pazienti verranno ricoverati presso la UOSD di Endoscopia Toracica
- Esofagoscopia (EUS-FNA) presso il Padiglione Bassi
- Biopsia Polmonare in regime di Day Hospital Pneumonologico presso la Radiologia del Padiglione Puddu con degenza diurna presso il Week Surgery Multidisciplinare sito al quinto piano del medesimo padiglione.

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 8 di 16

In caso si rendesse necessario il ricovero ordinario a seguito di complicanza (pneumotorace, emotorace, etc.) il paziente sarà ricoverato presso la UOC Broncopneumologia (Padiglione Marchiafava) oppure presso la UOSD Pneumo-Oncologia (Padiglione Flajani).

Il Case Manager del Percorso Polmone registra la data di refertazione dell'esame isto/citologico. Tale data rappresenta la conclusione della fase diagnostica del PDTA.

Ogni paziente dovrebbe completare l'iter diagnostico - stadiativo ed essere avviato alle terapie del caso entro 30 giorni dall'attivazione del percorso stesso.

**C. DISCUSSIONE DEL CASO DA PARTE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE**

Una volta completato l'iter diagnostico i casi devono essere discussi nell'ambito del meeting settimanale del Team Multidisciplinare composto da:

- Anatomo Patologo
- Biologo molecolare
- Case Manager
- Chirurgo Toracico
- Endoscopista Toracico
- Pneumo - Oncologo
- Radiologo
- Radiologo Interventista
- Radioterapista Oncologo

I professionisti del team provvedono a:

- discutere il caso clinico in base alla documentazione sanitaria prodotta;
- definire il successivo programma terapeutico specifico che sarà poi illustrato dettagliatamente al paziente, fornendo ampia informazione sulla malattia, sulle possibili cure, sui rischi e benefici, sulla probabilità di successo delle terapie e sugli eventuali effetti collaterali;
- valutare la necessità di eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici attraverso degli accessi privilegiati;
- Valutare la necessità di un intervento nutrizionale
- Valutare la necessità di una consulenza genetica nei casi ove sia evidente una familiarità neoplastica, specifica o aspecifica, o la presenza di tumori multipli, per la programmazione di eventuali test genetici.

Il percorso terapeutico specifico, condiviso dal Team Multidisciplinare, viene registrato su di un apposito modulo che diventa parte integrante della documentazione clinica del paziente.

Tutte le informazioni chiave per il monitoraggio del processo clinico-assistenziale sono archiviate e utilizzate per la redazione di report da parte di un Data Manager appositamente identificato.

Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 9 di 16

**D. PERCORSO TERAPEUTICO****D1. PERCORSO CHIRURGICO**

Tutti i pazienti con indicazione chirurgica devono essere preventivamente sottoposti a PET - TC.  
Nel caso di indicazione chirurgica (tabella 1) è fondamentale:

a) lo studio completo della funzionalità respiratoria che prevede spirometria, valutazione della capacità di diffusione polmonare (DLCO) ed Emogasanalisi; tale studio potrà essere integrato dalla scintigrafia polmonare perfusionale ed eventualmente dalla valutazione della riserva cardiopolmonare (VO2 max);

b) la valutazione cardiologica (che nei casi ad alto rischio potrà prevedere l'esecuzione di un ecocardiogramma in accordo alle linee guida ESC);

c) la valutazione finale anestesiologicala per confermare, con il chirurgo toracico, l'operabilità.

L'intervento chirurgico di resezione polmonare sarà eseguito, quando possibile, con approccio mini invasivo (VATS Lobectomy), che consente una più rapida ripresa del paziente. Verranno inoltre adottate tutte le tecniche chirurgiche di "risparmio del parenchima", come la resezione-anastomosi bronchiale e vascolare.

In altri casi, l'intervento chirurgico può avere la finalità di controllo dei sintomi, come ad esempio nel trattamento del versamento pleurico, che viene effettuato con la videotorascopia.

- la pianificazione dei trattamenti che precedono la possibile chirurgia per quanto riguarda gli stadi IIIA e IIIB (chemioterapia neoadiuvante, chemio/radioterapia neoadiuvante, resezione endoscopica laser assistita) viene sempre decisa dal team multidisciplinare;
- dalla decisione di eseguire l'intervento chirurgico all'intervento stesso non devono, di norma, trascorrere più di 30 giorni;
- il Case Manager registra la data dell'immissione in lista d'attesa;
- tutti i casi operati saranno inviati dal Case Manager all'ambulatorio di Pneumonocologia per il follow-up successivo ovvero al DMT inviante per il prosieguo delle cure.

**D2. PERCORSO RADIOTERAPICO**

In caso di malattia limitata al polmone ma non candidabile a trattamento chirurgico, sarà utilizzabile il trattamento radioterapico stereotassico.

Se alla valutazione multidisciplinare il paziente presentasse una malattia localmente avanzata ma non candidabile ad un trattamento chirurgico, potrà effettuare un trattamento Radioterapico e/o Chemioterapico con intento radicale (ad esclusione degli stadi M1).

In questi casi la tecnica radioterapica utilizzata dovrà essere preferibilmente di Alta Tecnologia quale la Tomoterapia, mentre il trattamento 3D, sempre associato a IGRT, sarà da preferirsi negli altri casi e come trattamento adiuvante.

Nei pazienti con malattia metastatica, si potrà impiegare l'alta tecnologia radioterapica nel controllo e cura dei pazienti oligometastatici mentre i trattamenti conformazionali saranno, di norma, impiegati nella palliazione.



|                              |                                                                                                           |                        |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Procedura Operativa Standard | <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA TUMORE AL POLMONE</b> | Rev. 00 del 06/11/2017 |
| Cod. Doc.: 901/POS/0.1       |                                                                                                           | Pag. 10 di 16          |

Il Case Manager registra la data della prima visita radioterapica e quella di inizio della procedura radioterapica.

Il tempo massimo intercorrente dall'esecuzione della prima visita radioterapica all'inizio della procedura radioterapica è, di norma, 30 giorni per i trattamenti esclusivi; per i trattamenti combinati la tempistica di inizio del trattamento radiante varia in funzione della strategia terapeutica (es. chemio - radio - chirurgia).

### D3. PERCORSO DI TERAPIA ONCOLOGICA

Afferiranno al servizio di Pneumonologia 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.

La prima visita pneumoncologica sarà eseguita, di norma, 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 Pneumonologia.

- Il Case Manager registra la data di ammissione al ricovero (ricavata dalla SDO) ed inerisce il dato nel programma Pr.e.val.e.
- nei pazienti con istotipo adenocarcinoma, prima di iniziare il trattamento di I linea metastatica va atteso il referto della biologia molecolare, al momento EGFR e ALK al fine di valutare l'eleggibilità ai trattamenti con terapie biologiche effettuabile presso l'ambulatorio della UOSD di Pneumonologia;
- per tutti i pazienti con NSCLC (ad istotipo squamoso o adenocarcinoma) saranno eseguite le indagini per la definizione della espressione di PDL1 in immunoistochimica prima di iniziare trattamenti di prima linea. Ciò consente di valutare l'eleggibilità a cure con immunoterapici in prima linea di trattamento effettuabili presso il Day Service della UOSD di Pneumonologia;
- verrà, inoltre, valutata la possibilità di inserire il paziente in studi clinici controllati ed autorizzati dall'Azienda (attivi presso la UOSD di Pneumonologia) per offrire la possibilità di terapie innovative, previo consenso informato dell'interessato;
- il paziente verrà seguito durante tutto il percorso per la presenza di eventuale dolore, in regime ambulatoriale, in D.H. o di ricovero attraverso il servizio di Terapia del Dolore aziendale.

### D4. PERCORSO PSICOLOGICO

In ambito aziendale è disponibile un servizio di supporto psicologico per i pazienti e familiari/care givers in tutte le fasi del percorso diagnostico e terapeutico.

### D5. PERCORSO CURE PALLIATIVE

Con la progressione della malattia oncologica ed il conseguente peggioramento prognostico verrà attivato un percorso di cure palliative che proseguirà in ambito territoriale (domicilio ovvero strutture residenziali dedicate).

Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 11 di 16

Al declinare o cessare delle indicazioni ai trattamenti oncologici verranno, pertanto, proseguite le sole cure palliative fino al decesso del malato, con l'obiettivo di perseguire la migliore qualità di vita per lui e i suoi familiari.

Le Cure Palliative possono essere erogate a livello ambulatoriale/domiciliare o residenziale in base alla Valutazione Multidimensionale Palliativa attraverso la compilazione di una scheda di continuità assistenziale "Modulo di richiesta di attivazione della rete locale cure palliative".

Presso l'Azienda è disponibile un servizio di consulenza di cure palliative per i pazienti ricoverati.

L'Azienda stipula convenzioni con soggetti accreditati al fine di garantire la continuità delle cure ai pazienti eleggibili per cure palliative.

**Supporto Psicologico nel Fine Vita**

Un approccio globale e centrato sulla famiglia e non solo sul paziente rappresenta un requisito indispensabile per cure di fine vita appropriate e di qualità. Circa il 30% dei familiari di pazienti affetti da cancro in fase avanzata e inviata e seguita in assistenza palliativistica presenta sintomi di distress emozionale e disturbi psicologici (disturbi d'ansia, disturbi depressivi).

La creazione di una rete di sostegno/intervento (lavoro di équipe) e di un setting assistenziale che favorisca la comunicazione, l'ascolto, l'empatia verso la famiglia, oltre che verso il paziente, sono variabili centrali nelle cure.

**FOLLOW-UP**

La rivalutazione dei pazienti è effettuata con controlli periodici presso gli ambulatori dedicati (pneumonologia, chirurgia toracica, endoscopia toracica, radioterapia, terapia del dolore, etc.); i pazienti hanno come costante riferimento il Case Manager di Percorso che assicura la piena integrazione ed efficacia delle comunicazioni tra tutti i soggetti coinvolti.

**RIABILITAZIONE**

Viene eseguita una valutazione con l'intento di:

- rilevare i parametri vitali: FC, FR, PA, Temperatura, SpO<sub>2</sub>;
- verificare la presenza di alterazioni della cinetica della parete toracica
- stimare l'intensità del dolore, se presente (somministrazione della VAS);
- valutazione della dispnea (somministrazione della scala di Borg modificata)
- valutazione tosse
- valutazione indagini radiologiche

Sulla base delle valutazioni iniziali viene stilato il programma riabilitativo che è rivolto, particolarmente alla riabilitazione del paziente chirurgico con:

- mobilizzazione passiva, attiva/assistita, attiva degli arti superiori
- variazioni posturali al letto;
- passaggi posturali;
- progressiva riverticalizzazione;
- ripresa del cammino e riadattamento allo sforzo fisico.

Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 12 di 16

**INDICATORI DI PROCESSO**

Per permettere di monitorare l'andamento del percorso ed intervenire per le opportune modifiche verranno monitorati con cadenza sperimentalmente quadrimestrale, a cura del Gruppo Multidisciplinare i seguenti indicatori di processo e di esito, avvalendosi del supporto del Data Manager e della UOSD SIO:

1. tempo mediano di attesa per prima visita presso Punto Polmone;
2. tempo mediano di attesa fase diagnostica = differenza tra data della prima prestazione diagnostica di cui al punto A.3 e la data del referto isti/citologico positivo di cui al punto B.4;
3. tempo mediano di attesa per inizio fase terapeutica chirurgica = differenza tra data di immissione in lista d'attesa per il ricovero e la data di ammissione al ricovero per l'intervento;
4. tempo mediano di attesa per inizio fase terapeutica Radioterapia = differenza tra data della prima visita di radioterapia e la data di inizio della procedura;
5. tempo mediano di attesa inizio fase terapeutica Oncologica Medica = differenza tra data di immissione in lista d'attesa per il ricovero e la data di ammissione al ricovero
6. tempo mediano di attesa per valutazione multidisciplinare
7. Proporzione di valutazioni multidisciplinari/ Totale delle valutazioni
8. Numero di trattamenti effettuati negli ultimi trenta giorni di vita

Le Associazioni facenti parte della "Rete della Solidarietà" maggiormente coinvolte nella gestione delle patologie polmonari forniranno feedback in merito alla effettiva e corretta applicazione del percorso, sulla base delle esperienze riportate dagli utenti, e coadiuveranno la Direzione Sanitaria e l'URP nel processo di valutazione della performance in tale ambito e delle eventuali modifiche all'assetto organizzativo, al fine di migliorare la qualità delle cure.



Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 13 di 16

**TABELLA 1. SCHEMA RIASSUNTIVO DEL PERCORSO TERAPEUTICO PER STADIO**

| I STADIO                                                                                           | II STADIO                                                                                                                                                            | III STADIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | IV STADIO                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CHIRURGIA<br>-----<br>RADIOTERAPIA<br>STEREOTASSICA<br>(per pazienti non<br>idonei alla chirurgia) | CHIRURGIA<br>+<br>CHEMIOTERAPIA<br>ADIUVANTE (in<br>pazienti eleggibili)<br>-----<br>RADIOTERAPIA<br>STEREOTASSICA<br>(per pazienti non<br>idonei alla<br>chirurgia) | CHEMIOTERAPIA<br>NEOADIUVANTE (in<br>pazienti eleggibili)<br><br>+/-<br>RADIOTERAPIA<br>INTEGRATE (in<br>pazienti eleggibili)<br>+/-<br>CHIRURGIA (in<br>pazienti eleggibili)<br>-----<br>CHIRURGIA<br>ESCLUSIVA (in<br>pazienti eleggibili)<br>+<br>CHEMIO/RADIO<br>TERAPIA<br>ADIUVANTE (in<br>pazienti eleggibili) | CHEMIOTERAPIA<br>O<br>TERAPIA<br>IMMUNOLOGICA<br>(PDL1>50%)<br>O<br>TERAPIA TARGET (in<br>pazienti eleggibili)<br>-----<br>RADIOTERAPIA<br>SINTOMATICA O<br>CONSOLIDATIVA<br>-----<br>CHIRURGIA NEGLI<br>OLIGOMETASTATICI |
| FOLLOW-UP<br>SPECIALISTICO                                                                         | FOLLOW-UP<br>SPECIALISTICO                                                                                                                                           | FOLLOW-UP<br>SPECIALISTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FOLLOW-UP<br>SPECIALISTICO                                                                                                                                                                                                |

Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 14 di 16

**DIAGRAMMA DI FLUSSO**

Il responsabile della redazione costruisce il diagramma di flusso, disponendo in modo sequenziale tutte le attività in essa comprese, utilizzando la seguente simbologia adottata all'interno dell'AOSCF:

inizio e fine di  
un processo

attività specifica

decisione

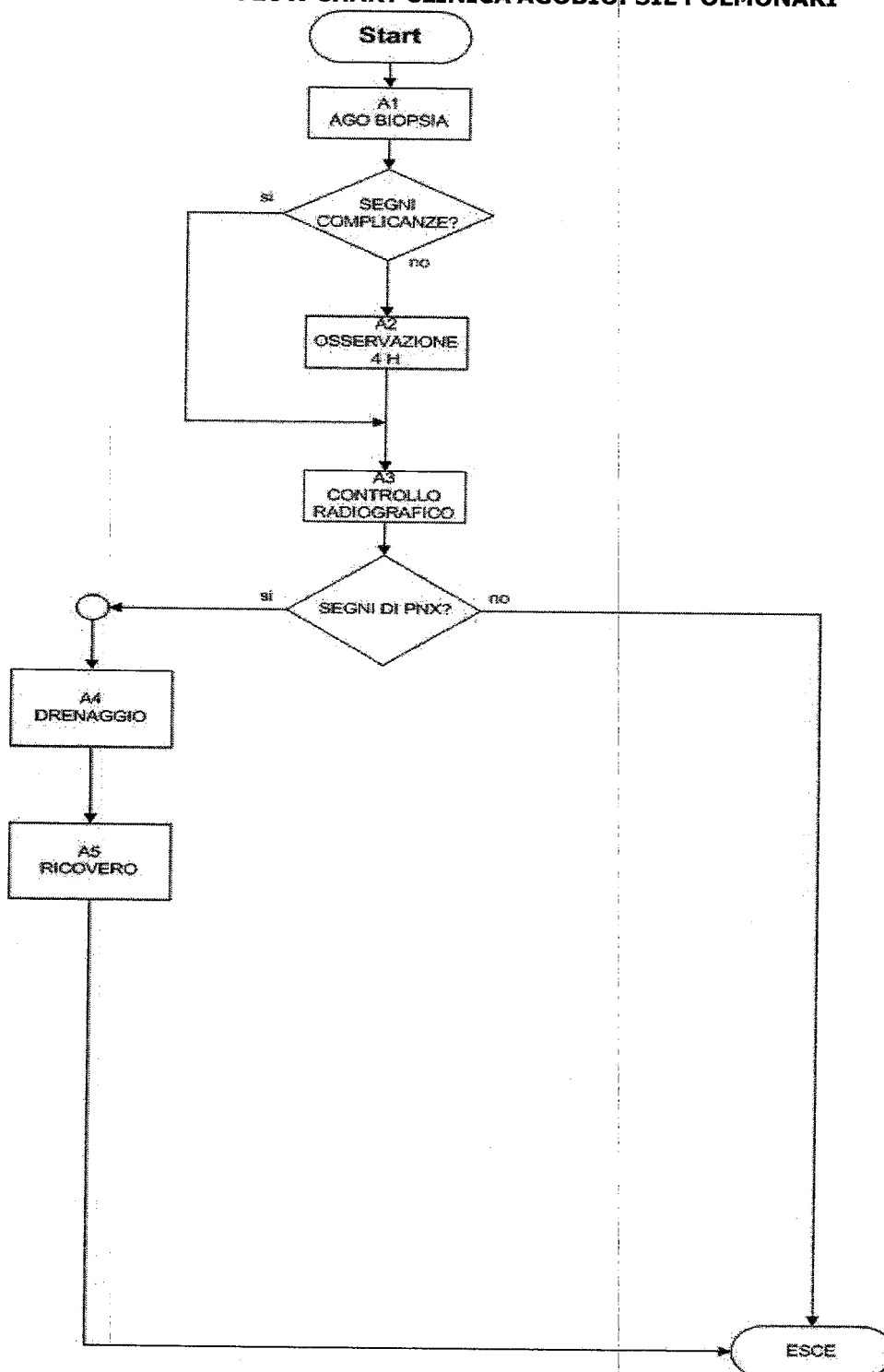
Flusso del processo  
→

Connettore

documento/prodotto  
di registrazione

Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 15 di 16

**FLOW CHART CLINICA AGOBIOPSIE POLMONARI**

Procedura  
Operativa  
StandardCod. Doc.:  
901/POS/0.1**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED  
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA  
TUMORE AL POLMONE**Rev. 00 del  
06/11/2017

Pag. 16 di 16

**FLOW CHART ORGANIZZATIVA AGOBIOPSIE POLMONARI****Percorso Organizzativo Ago biopsia Polmonare**