

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

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.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTO la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni concernente la "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale";

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente il "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Giunta della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad Acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal Piano di Rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario;

DATO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 1.12.2014 l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub Commissario nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21.3.2013;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTA la DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180 della Legge 311/2004";

VISTA la DGR n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180 della Legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro";

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il nuovo patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 6 dicembre 2013, n. U00480, recante “Definitiva adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00247 del 25 luglio 2014 recante “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00412 del 26 novembre 2014 avente ad oggetto: “Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: “Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

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”;

PRESO ATTO del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012. Azione centrale prioritaria concernente la definizione di documenti tecnici di sintesi delle evidenze scientifiche a supporto della programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione oncologica nella popolazione a rischio del Ministero della Salute - Dipartimento di Sanità Pubblica e dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione;

VISTE le Determinazioni della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria n. G06187 del 28/04/2014, n. G06968 del 13/05/2014 e G09541 del 3/07/2014 relative all'Istituzione del Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico di supporto alla Direzione per le attività previste nei Programmi Operativi 2013-2015 sulla Rete Oncologica, con il compito di riorganizzare l'offerta assistenziale regionale per le persone affette da patologie tumorali, dettagliando le reti assistenziali di quei tumori a maggiore prevalenza ed impatto assistenziale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00376 del 12 novembre 2014 recante “Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'iniziativa, in attuazione del

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

protocollo d'intesa del 23 luglio 2014. Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale";

VISTO il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

CONSIDERATO che, il documento allegato "Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio" a cura del Gruppo di Lavoro Regionale, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, si pone, tramite la riorganizzazione della rete, l'obiettivo di fornire una risposta ai diversi bisogni assistenziali della persona in tutte le fasi del percorso assistenziale, assicurando in particolare la tempestività della diagnosi e l'accesso ai trattamenti integrati più efficaci;

CONSIDERATO che, all'interno del documento allegato, è previsto che ciascuna Azienda deve nominare un Referente per la rete oncologica del tumore del polmone, responsabile della stesura di un Piano Operativo, che deve essere redatto entro 3 mesi dall'emanazione del presente provvedimento e approvato da parte della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria;

ATTESA la necessità di adottare il documento tecnico allegato denominato "Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DECRETA

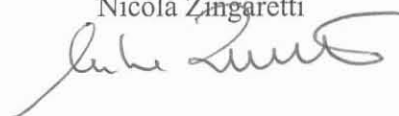
per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente richiamate:

- di adottare il documento tecnico allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio", ai sensi del DCA n. U00247/2014.
- di dare mandato a ciascuna Azienda di nominare un Referente per la rete oncologica del tumore del polmone, responsabile della stesura del Piano Operativo, che deve essere redatto entro 3 mesi dall'emanazione del presente provvedimento e approvato da parte della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Roma, li **04 SET. 2015**

Nicola Zingaretti



ALLEGATO

Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio

Documento 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.

Si ringraziano per la collaborazione e il contributo fornito: Marco Rosselli Del Turco, Erino A. Rendina, Federica Prota, Laura Camilloni, Cristina Giliberti.

PREMESSA

Con il DCA n. 59/2010 è stata programmata la rete oncologica del Lazio per i tumori solidi. Il modello organizzativo disegnato ha previsto la presenza di un Centro di Riferimento per ciascuna delle quattro aree territoriali in cui era stata suddivisa la Regione a cui afferiscono strutture spoke ed Unità di chirurgia per alcune specifiche neoplasie. Il Decreto prevedeva, inoltre, un Coordinamento regionale il quale ha redatto alcuni documenti su criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutici per diverse neoplasie (Rete Oncologica del Lazio: “*Criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutici*”, Coordinatore Scientifico F. Cognetti. 2010).

Nell’ambito dei Programmi Operativi 2013-2015 (DCA 247/2014) e della nuova riorganizzazione della rete ospedaliera (DCA 412/2014) è stato costituito un Gruppo di lavoro sull’oncologia (Det. regionali n. 6187/2014, n. 6968/2014 e n. 9541/2014) con il compito di riorganizzare l’offerta assistenziale regionale per le persone affette da patologie tumorali, dettagliando le reti assistenziali di quei tumori a maggiore prevalenza ed impatto assistenziale (con il DCA 38/2015 è stata rivista la rete assistenziale per il Tumore della Mammella).

Nel Decreto del 2010 si sottolineava l’importanza di effettuare il trattamento chirurgico per tumore del polmone in centri specializzati in grado di svolgere trattamenti integrati di elevata specializzazione, definendo come volume minimo di attività un numero di interventi superiore a 100 casi l’anno.

Alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, che sottolineano la necessità di un approccio multidisciplinare nella gestione del tumore del polmone, la riorganizzazione della rete contenuta nel presente documento si pone l’obiettivo di fornire una risposta ai diversi bisogni assistenziali della persona in tutte le fasi del percorso assistenziale, assicurando in particolare la tempestività della diagnosi e l’accesso ai trattamenti integrati più efficaci. Il documento non descrive la fase delle cure palliative, già oggetto di un Decreto commissariale (DCA 84/2010 La Rete Assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio), al quale si rimanda.

Cenni di epidemiologia

I dati AIOM-ARTUM stimano in Italia la presenza di circa 75.000 persone con diagnosi di tumore del polmone (3,4% di tutte le diagnosi di tumore maligno). La prevalenza risulta essere maggiore negli uomini di età maggiore di 75 anni (1.000 casi ogni 100.000 abitanti) e nelle donne con età oltre i 75 anni (190 casi ogni 100.000 abitanti). La prevalenza è leggermente maggiore nelle regioni del Nord-Ovest (250/100.000 tra gli uomini e 83/100.000 tra le donne), rispetto a quelle del Nord-Est

(212/100.000 uomini e 72/100.000 donne), del Centro (223/100.000 uomini e 68/100.000 donne) e del Sud-Isole (156/100.000 uomini e 34/100.000 donne).

Il tumore del polmone è diagnosticato più frequentemente negli uomini rispetto alle donne. Sempre secondo le stime contenute nel rapporto AIOM-ARTUM del 2014, le nuove diagnosi di tumore del polmone incidono per il 30% nel genere femminile; rappresentano l'11% di tutte le nuove diagnosi di tumore nella popolazione generale (15% negli uomini e 6% nelle donne). Risulta meno frequente tra gli uomini di età inferiore ai 50 anni (5% di tutte le diagnosi di tumore maligno) e rappresenta il terzo tumore, per incidenza, negli uomini di età compresa tra 50 e 69 anni (15%). Nelle donne è raro prima dei 49 anni e rappresenta il 6% di tutte le neoplasie tra i 50 e 69 anni e il 7% nelle donne di età maggiore di 70 anni.

Nella regione Lazio è presente un unico registro tumori per la provincia di Latina mentre non sono disponibili fonti affidabili per la stima della incidenza e della prevalenza del tumore maligno del polmone per l'intera regione. Utilizzando i tassi standardizzati presentati nel rapporto AIOM-AIRTUM del 2014 sulla popolazione ISTAT 2013 della regione Lazio sono stati stimati circa 3.600 casi incidenti e 7.900 casi prevalenti (75% uomini e 25% donne).

Prevenzione

Come noto fin dagli anni '50 (1), il fumo di tabacco è una delle principali cause di tumore polmonare, con un rischio relativo che è da 10 a 30 volte superiore nei fumatori rispetto ai non fumatori in relazione al numero di sigarette consumate, all'età di inizio e al tipo di sigaretta fumata. Si stima che il rischio cumulativo nei forti fumatori di ammalare di tumore polmonare sia di 1 su 9 (2). Peraltro il fumo di tabacco è il più importante fattore di rischio modificabile e si stima che fino al 20% di tutte le cause di morte per tumore potrebbero essere evitate con l'eliminazione del fumo di tabacco (3,4). Oltre a questo, sono oggi dimostrate e ben conosciute importanti situazioni di rischio legate a esposizioni professionali, in particolare è nota la relazione con l'esposizione alle fibre di amianto che continuano a rappresentare un grave pericolo ed una importante fonte di giusta preoccupazione.

Lo IARC identifica, oltre all'amianto, una serie di sostanze cancerogene come arsenico, berillio, cadmio, clorometil, cromo, nickel, radon, silicio, and cloruro di vinile: si stima che queste sostanze siano responsabili del 10% nell'uomo e del 5% nelle donne delle morti per tumore al polmone (5).

Va inoltre sottolineato che il tumore del polmone è quello a maggiore letalità ed interventi per la riduzione del fumo si sono dimostrati efficaci per ridurre significativamente l'incidenza e quindi la mortalità: ad esempio si calcola che grazie alla progressiva riduzione dell'abitudine al fumo nei maschi americani la mortalità sta riducendosi del 2% / anno) e che la cessazione dal fumo dimezza in circa 10

anni il maggior rischio dei fumatori. D'altra parte la sopravvivenza a 5 anni nei casi incidenti non supera valori del 10-15 % a 5 anni, in linea con i dati provenienti dai principali paesi occidentali e USA. Questo dato è particolarmente preoccupante se si confronta con i valori di sopravvivenza a 5 anni raggiunti per altre principali neoplasie come il tumore al colon (oltre 60%) e il melanoma, i tumori alla prostata e alla mammella (oltre 90%).

Al momento, con una proporzione di fumatori nella nostra popolazione pari a circa il 21 % (27,5% nei maschi e 16,5 nelle femmine), è prioritario concentrare l'impegno in iniziative dirette alla cessazione del fumo e ad aiutare le persone, i giovani in particolare, a non iniziare a fumare.

In attesa di nuovi progressi in ambito terapeutico, basate in particolare sulla identificazione di sottogruppi che beneficiano di terapie specifiche, è evidente che si sia data particolare importanza anche a strategie di prevenzione secondaria (screening) nei soggetti a rischio, facilmente identificabili nei forti fumatori. I primi studi controllati condotti negli anni '70 hanno evidenziato che un controllo annuale con esame citologico dell'escreato e radiografia del torace è in grado di anticipare anche di molti anni la diagnosi di alcune neoplasie polmonari (probabilmente a lenta crescita), senza però ridurre la mortalità rispetto a popolazioni di controllo, traducendosi quindi esclusivamente in un rischio di sovradiagnosi (6). Questi risultati hanno, in un primo tempo fatto abbandonare iniziative di screening di popolazione, in seguito rivalutate a seguito della dimostrazione dallo studio ELCAP che la TC spirale ha una sensibilità notevolmente superiore alla radiografia del torace (7).

Attualmente sono disponibili i risultati dello studio controllato americano National Lung Screening Trial (NLST), nel quale oltre 50.000 soggetti ad alto rischio per tumore del polmone sono stati randomizzati a eseguire un controllo annuale con TC *versus* Radiografia del torace. Lo studio ha evidenziato dopo tre passaggi di screening una riduzione di mortalità del 20% (95% IC, 6.8 to 26.7; p 0.004) nei soggetti controllati con TC ed è stato interrotto per evidente beneficio (8).

I risultati di altri due studi controllati europei (studio DANTE e studio danese DLCST), pubblicati ad oggi (9-14), non dimostrano al momento alcuna riduzione mortalità specifica, anche se la bassa potenza statistica ed un follow-up troppo breve impediscono di trarre conclusioni definitive. Altri studi sono ancora in corso, come quello olandese NELSON (10), e l'analisi combinata degli studi europei sarà interessante per un confronto con lo studio americano, nel quale il gruppo di controllo eseguiva una radiografia del torace (11). D'altra parte va ricordato che la procedura di screening con TC a bassa dose è complessa e costosa per l'elevato tasso di richiamo, la difficoltà a dirimere il dubbio diagnostico in lesioni polmonari al di sotto di 1 cm, la necessità di ricorrere frequentemente a stretto follow-up o a procedure diagnostiche invasive. Inoltre, fin dagli studi degli anni '70, con radiografia del torace conosciamo il potenziale rischio di sovradiagnosi, non ancora quantificabile con esattezza nei nuovi studi per il limitato periodo di follow-up (12).

Preme quindi riportare su questo tema dello screening del tumore del polmone le conclusioni contenute nel Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 (13).

- *Nessun Paese europeo e nessuna Regione italiana hanno attualmente modificato le proprie linee guida che, in accordo con le raccomandazioni nazionali, sono concordi nello scoraggiare attività di diagnosi precoce con RX torace.*
- *Le iniziative proposte nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale sono tutte di ricerca, sia come studi randomizzati, sia come progetti dimostrativi/osservazionali, e prevedono quindi l'approvazione da parte dei comitati etici e il consenso informato dei soggetti inclusi. Una modifica delle raccomandazioni richiede una valutazione di health technology assessment che potrà utilizzare anche i risultati dei principali studi randomizzati europei.*
- *Allo stato attuale delle conoscenze lo screening per il tumore del polmone con CT scan a bassa dose deve essere scoraggiato al di fuori di progetti dimostrativi che siano avviati da centri di eccellenza in diagnostica polmonare e con protocolli di ricerca adeguati.*

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Il tumore del polmone deve essere affrontato, indipendentemente dallo stadio di malattia, in modalità interdisciplinare nell'ambito di una Unità di Diagnosi e Terapia (*Lung Unit*). Diversi studi osservazionali infatti hanno documentato che pazienti, seguiti dall'esordio dei sintomi da un team composto da più specialisti, ricevono un trattamento più appropriato, in grado di determinare, seppur in un numero limitato di casi, la guarigione. In ambito nazionale sono stati presi come riferimento un documento del Ministero della Salute (15), le Linee guida Neoplasie del Polmone dell'AIOM (16) ed il PDTA del Dipartimento Interaziendale Provinciale di Oncologia di Mantova (17).

La definizione di un percorso diagnostico-terapeutico condiviso, la costituzione del "Disease Management Team" (DMT) e l'identificazione di Centri di Riferimento ha proprio come obiettivo primario quello di offrire al paziente nel tempo più breve possibile la miglior scelta terapeutica.

Il primo sospetto diagnostico di una neoplasia polmonare viene frequentemente formulato dal Medico di Medicina Generale (MMG) o da uno specialista sulla base di una radiografia del torace e di un successivo esame TC, anche se una buona parte di pazienti giunge all'osservazione del medico accusando già sintomi sistemici.

Le più comuni modalità di presentazione clinica in pazienti affetti da neoplasia polmonare sono:

- lesione periferica solitaria

- atelettasia polmonare (con/senza versamento pleurico)
- lesione addensante ilare con/senza infiltrazione del mediastino, senza segni di metastasi a distanza o di versamento pleurico
- lesione metastatica singola o multiple a distanza
- versamento pleurico.

La persona con sospetto clinico strumentale (Rx torace; eventuale TAC torace) di neoplasia polmonare localizzata o con evidenza radiografica o clinica di tumore del polmone metastatico va inviata, dal suo MMG, dallo specialista territoriale o ospedaliero, al DMT di prossimità che costituisce la porta di ingresso nel percorso assistenziale (la funzione di DMT è svolta anche dai Centri di riferimento).

Per accedere al DMT il medico inviante richiede di attivare il PAC (*“Visita per PAC P2357 diagnostico addensamento polmonare”*), con priorità “breve”. La visita, effettuata da uno dei componenti del DMT afferente alle discipline di riferimento del PAC, deve essere eseguita entro 7 giorni dalla prenotazione; in seguito a tale visita lo specialista deciderà l’attivazione del PAC.

Nel DMT verrà dunque effettuata la presa in carico, con l’ausilio del Case Manager dedicato, per la programmazione del completamento della diagnosi e stadiazione. Sarà possibile effettuare: la broncoscopia con biopsia o biopsia trans-toracica con esame cito-istologico, esami ematici ed eventuale TAC total Body. In considerazione della diversa strategia terapeutica da impiegare in funzione delle caratteristiche biologiche della neoplasia metastatica, si raccomanda in questi casi l’acquisizione di una quantità di tessuto sufficiente ad effettuare i test molecolari.

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, contestualmente all’esame istologico, le indagini molecolari. Tali esami devono essere eseguiti entro 15 giorni, compresa la risposta dell’esame istologico e le valutazioni di biologia molecolare, ove necessarie.

Le prestazioni diagnostiche che non possono essere erogate dal DMT di prossimità devono essere prenotate dal Case Manager presso il Centro di Riferimento del DMT.

Una volta completato l’iter diagnostico tutti i casi devono essere discussi all’interno del DMT.

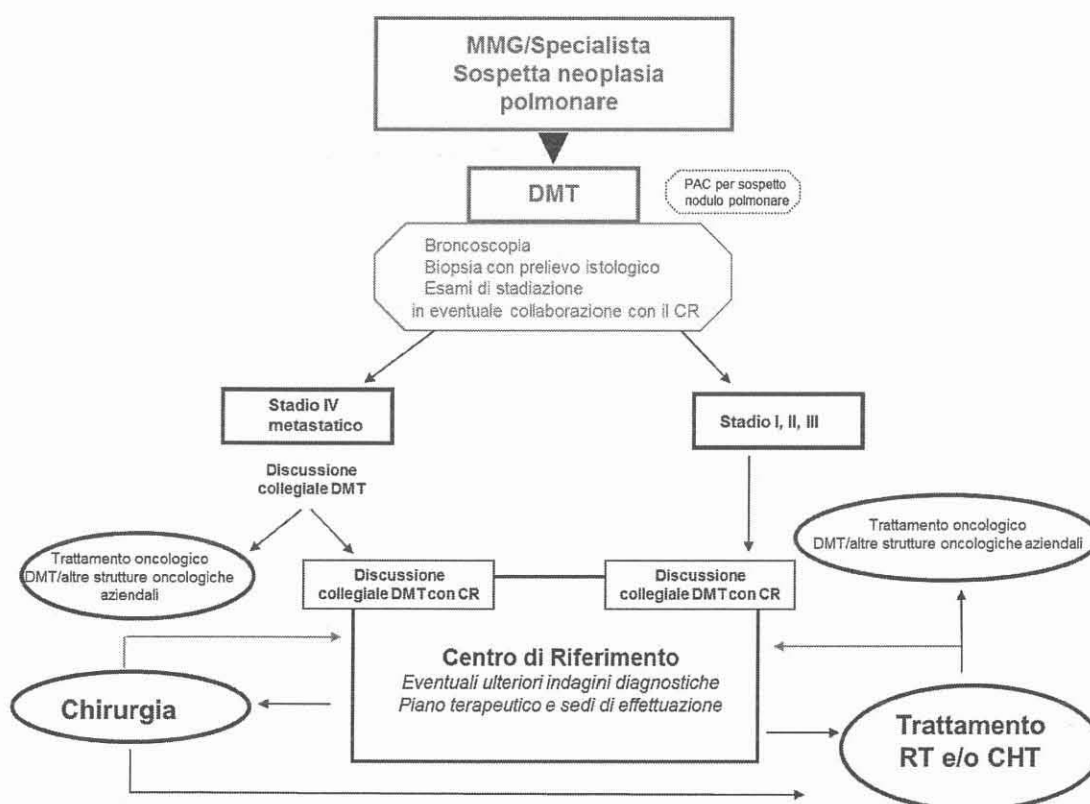
- I casi in stadio I-II-III A-III B devono essere discussi con il Centro di Riferimento. Le riunioni devono avere cadenza settimanale. Durante la riunione viene deciso il piano terapeutico e le sedi dove questo verrà effettuato.
 - Resta inteso che l’intervento chirurgico può essere effettuato solo nei Centri di Riferimento.

- La pianificazione dei trattamenti alternativi o che precedono la possibile chirurgia per gli stadi IIIA, IIIB (chemioterapia neoadiuvante, chemio/radioterapia neoadiuvante, chemio/radioterapia esclusiva) sarà decisa dal DMT insieme al Centro di Riferimento. I trattamenti potranno essere effettuati nel CR e/o in altre sedi prossime al paziente (DMT o altre strutture aziendali oncologiche collegate con il DMT stesso). Dalla decisione di eseguire l'intervento chirurgico, all'intervento stesso, o all'inizio del trattamento chemio e/o radioterapico non devono trascorrere più di 30 giorni.
 - Il paziente che ha eseguito l'intervento chirurgico verrà rinviato al DMT di prossimità con completa relazione clinica ed esame istologico. L'iter successivo (eventuali trattamenti successivi e/o il follow-up) sarà ridiscusso con il Centro di Riferimento.
 - Dopo il trattamento di chemioterapia neoadiuvante, chemio/radioterapia neoadiuvante o chemio/radioterapia esclusiva, ovunque eseguito, il caso verrà ridiscusso dal DMT con il Centro di Riferimento, per decidere l'iter successivo (intervento chirurgico, follow-up o ulteriori trattamenti).
- Per i casi in stadio IV metastatico il DMT, dopo discussione collegiale interna, decide l'iter terapeutico.
 - ⊕ 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.
 - Il paziente in stadio IV può essere avviato ad un trattamento sistemico presso il DMT o presso altre strutture aziendali oncologiche collegate con il DMT stesso o discusso con il Centro di Riferimento, in maniera particolare per i pazienti in buone condizioni cliniche generali.
 - I casi oligometastatici e/o oligoproggressivi, non appena identificati, dovranno essere obbligatoriamente discussi con il Centro di Riferimento per la valutazione della migliore strategia terapeutica integrata.
 - Il DMT e il Centro di Riferimento devono essere mensilmente aggiornati sui Protocolli Sperimentali con farmaci innovativi attivi nella Regione e anche su tutto il territorio nazionale, per valutare la miglior scelta terapeutica per il paziente.
 - In considerazione della recente letteratura (18) che ha dimostrato un aumento di sopravvivenza nei pazienti in stadio IV sintomatici con tumore metastatico che hanno iniziato precocemente un percorso di cure palliative associato alle cure attive, si ritiene indicata l'attivazione di “*simultaneous care*” (integrazione tra terapie oncologiche attive, e cure per il controllo dei sintomi, dal momento della presa in carico del paziente

oncologico. [Spizzichino M. Ministero della Salute - Direzione della Programmazione Sanitaria -Ufficio XI "Cure palliative e terapia del dolore"- 2013]) a partire dalla diagnosi.

- o La decisione di eseguire trattamenti locali palliativi (radioterapia, interventi di chirurgia ortopedica, interventi di chirurgia toracica) sarà valutata dal DMT ed eventualmente dal Centro di Riferimento per ogni singolo caso.

Percorso assistenziale del paziente con sospetta neoplasia polmonare



NB: I centri di riferimento possono essere DMT essi stessi

Disease Management Team (DMT)

Le figure professionali del DMT sono gli specialisti in Pneumologia, Oncologia medica, Radioterapia oncologica, Radiologia e Anatomia patologica. Si raccomanda che, compatibilmente con le esigenze organizzative e le disponibilità locali, ogni DMT disponga di un medico esperto nella cura dei sintomi (*simultaneous care*), di un nutrizionista clinico e di uno psico-oncologo. Il DMT deve assicurare la possibilità di ricovero in posti letto ordinari e/o DH di Oncologia o di posti letto di Area medica a gestione oncologica e di prestazioni ambulatoriali (branca 64).

I Centri sede di DMT devono assicurare prestazioni di broncoscopia diagnostica ovvero, in attesa di disporre di tale risorsa, stipulare apposite convenzioni con il servizio di endoscopia toracica collocato nel proprio Centro di Riferimento. Resta inteso che anche in questo periodo transitorio il Case manager dovrà curare l'invio del Paziente al centro di endoscopia transitoriamente convenzionato e acquisire le risposte.

L'attività di Radioterapia oncologica può essere svolta in convenzione, qualora la struttura ne sia priva, con il Centro di riferimento o con un vicino DMT.

Tutte le figure professionali sopra riportate partecipano alla discussione collegiale, con cadenza settimanale.

Ciascuna ASL deve organizzare nel suo territorio almeno un DMT con i requisiti sopra riportati, finalizzato alla presa in carico del paziente. E' necessario che il DMT abbia un servizio di endoscopia toracica in grado di effettuare almeno 100 broncoscopie con prelievo/anno (19).

La struttura, inoltre, deve convenzionarsi con un laboratorio di genetica molecolare.

Centro di Riferimento

Il Centro di Riferimento è una struttura ospedaliera con posti letto di Chirurgia toracica e di Oncologia (DCA 412/2014), un numero di interventi per neoplasia polmonare pari a 150 per anno (20-21) (in fase iniziale 100, con verifica della soglia di 150 nel 2016), al cui interno vengono svolte le seguenti attività:

- radioterapia oncologica (comprese tecniche IMRT, IGRT, Stereotassi)
- radiologia (diagnostica e interventistica)
- pneumologia/endoscopia toracica (diagnostica con accertamenti bioptici)
- endoscopia interventistica con strumento rigido
- fisioterapia respiratoria
- terapia del dolore
- *simultaneous care*
- nutrizione clinica
- anatomia patologica
- laboratorio di biologia molecolare (in convenzione in eventuale nuovo assetto regionale)
- counselling psicologico
- medicina nucleare (anche in convenzione).

Devono essere inoltre presenti le seguenti figure professionali: case manager, data manager, infermiere di ricerca. Gli specialisti in Pneumologia, Oncologia medica, Radioterapia oncologica, Radiologia, Anatomia patologica e Chirurgia toracica partecipano stabilmente alla discussione collegiale con cadenza settimanale (aperta eventualmente anche agli altri specialisti del DMT). Le discussioni collegiali con il DMT afferente possono avere cadenza quindicinale.

I Centri di riferimento hanno anche la funzione di DMT.

I DMT e i CR sono responsabili del percorso assistenziale per i casi che necessitano di cure palliative, garantendo la continuità assistenziale con le relative strutture (vedi DCA 84/2010).

Di seguito è riportato il numero di interventi per neoplasia polmonare per struttura ospedaliera regionale (Tabella 1). La selezione riguarda tutti i ricoveri in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione Lazio, con dimissione tra il 1° gennaio 2014 ed il 31 dicembre 2014, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del polmone primitivo o secondario (ICD-9-CM 162.2, 162.3, 162.4, 162.5, 162.8, 162.9, 197.0) ed intervento principale o secondario di asportazione locale di tessuto del polmone, resezione segmentale del polmone, lobectomia polmonare, pneumectomia completa, dissezione radicale delle strutture toraciche, altra asportazione del polmone.

Circa l'82% degli interventi chirurgici viene effettuato nelle strutture dotate di PL di Chirurgia toracica, ma solo in 5 di esse in numero maggiore a 100 interventi l'anno.

Sono riportate in neretto le strutture con adeguato numero di interventi e dotate di posti letto di Chirurgia toracica e di Oncologia.

Tabella 1 - Distribuzione per struttura degli interventi chirurgici per tumore del polmone, Lazio 2014, Fonte SIO

Struttura	Interventi chirurgici (N)
AU S. Andrea	271
AO S. Camillo	262
IRCCS Regina Elena	258
PU A. Gemelli	235
AU Umberto I	101
PU Campus Biomedico	63
Osp. S. Eugenio	31
Osp. S. Pertini	30
CC Quisisana	30
AO S. Filippo Neri	26
CC Pio XI	22
AU Tor Vergata	19
Altre strutture (n. 13)	<19
LAZIO	1398

LA RETE REGIONALE

Nella Tabella 2 è presentato il nuovo assetto della rete per le 12 Aziende Sanitarie Locali: sono previsti 5 Centri di riferimento con i relativi DMT afferenti. Il collegamento del DMT al Centro di riferimento si basa su un criterio geografico di prossimità o su preesistenti e consolidati rapporti di consulenza e collaborazione. Rispetto all'assetto programmato, le Direzioni Aziendali, previa autorizzazione regionale, possono stabilire collegamenti operativi del/dei proprio/i DMT con un Centro di riferimento differente.

Tabella 2 – NUOVO ASSETTO RETE ONCOLOGICA PER IL TUMORE DEL POLMONE

ASL	Nodo di rete	Struttura	Comune	Accordo di convenzione
RMA	DMT	AO S GIOVANNI ADDOLORATA	Roma	
		S G CALIBITA FBF	Roma	
	Centro di riferimento	POLICLINICO UMBERTO I	Roma	
RMB	DMT	SANDRO PERTINI	Roma	
		AOU PTV	Roma	
	Centro di riferimento			POLICLINICO UMBERTO I
RMC	DMT	CAMPUS BIOMEDICO	Roma	
	Centro di riferimento	IFO	Roma	
RMD	DMT	G.B. GRASSI	Roma	
	Centro di riferimento	AO S CAMILLO FORLANINI	Roma	
RME	DMT	S. FILIPPO NERI	Roma	
		S PIETRO FBF	Roma	
	Centro di riferimento	POLICLINICO A GEMELLI E C.I.C.	Roma	
RMF		AOU SANT'ANDREA	Roma	
	DMT	SAN PAOLO	Civitavecchia	AOU SANT'ANDREA
	Centro di riferimento			POLICLINICO A GEMELLI E C.I.C.
RMG	DMT	L. PARODI DELFINO	Colleferro	
		SAN GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli	
	Centro di riferimento			IFO POLICLINICO UMBERTO I
RMH	DMT	SAN GIUSEPPE	Marino	
		OSP. ANZIO-NETTUNO	Anzio	
	Centro di riferimento			AOU SANT'ANDREA IFO
FR	DMT	SS. TRINITA'	Sora	
	Centro di riferimento			AO S CAMILLO FORLANINI
LT	DMT	S. MARIA GORETTI	Latina	
	Centro di riferimento			AO S CAMILLO FORLANINI
RI	DMT	S CAMILLO DE LELLIS	Rieti	
	Centro di riferimento			AOU SANT'ANDREA POLICLINICO A GEMELLI E C.I.C.
VT	DMT	BELCOLLE	Viterbo	
	Centro di riferimento			AOU SANT'ANDREA POLICLINICO A GEMELLI E C.I.C.

Strumenti ed indicazioni per l'implementazione e monitoraggio della rete

- Il coordinamento della rete è assegnato alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Programmazione rete ospedaliera e ricerca Regione Lazio, con il contributo del “*Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico di supporto alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria per le attività previste nei Programmi Operativi 2013-2015 sulla Rete Oncologica*” (Determinazioni 6187/2014, 6968/2014 e 9541/2014).
- Ciascuna Azienda deve nominare un Referente per la rete oncologica del tumore del polmone, responsabile della stesura di un Piano Operativo nel quale siano definiti: il percorso assistenziale aziendale; le strutture della rete e i relativi collegamenti funzionali intra ed inter aziendali; i partecipanti alla discussione collegiale; il rapporto con l'assistenza distrettuale - in particolare prevedendo il coinvolgimento dei MMG, dell'assistenza domiciliare e l'attivazione precoce delle cure palliative - ed il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato in Oncologia e delle Associazioni dei pazienti. Il Piano Operativo deve essere redatto entro 3 mesi dall'emanazione del presente provvedimento e approvato da parte della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.
- L'implementazione della rete sarà oggetto degli obiettivi assegnati ai Direttori generali.
- Ciascuna Azienda deve organizzare degli incontri fra DMT, Centro di riferimento aziendali e MMMMGG per l'implementazione del percorso assistenziale.
- L'utilizzo dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi a cura delle Direzioni Aziendali, che consentono l'effettuazione di tutti gli esami necessari all'approfondimento diagnostico, alla stadiazione e rivalutazione in un percorso coordinato da parte di un unico referente, in tempi e costi contenuti: *PAC P2357 diagnostico per l'addensamento polmonare; PAC P162 per la rivalutazione ed il follow-up di neoplasia polmonare* (DGR 114/2008) (Appendice).
- E' previsto un monitoraggio periodico di indicatori di processo ed esito (programma P.Re.Val.E.)

Bibliografia di riferimento

Prevenzione

1. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J*. 1950; 2:739-48.
2. Jemal A, Ward E, Hao Y, et al. Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. *JAMA*. 2005; 294:1255-59.
3. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer*. 2002; 97:72-81.
4. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M. Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers) Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005; 366:1784-93.
5. Charles S. Dela Cruz, Lynn T. Tanoue and Richard A. Matthay. Lung Cancer: Epidemiology, Etiology, and Prevention. *Clin Chest Med*. 2011; 32.
6. Marcus PM, Bergstrahl EJ, Zweig MH, Harris A, Offord KP, Fontana RS. Extended lung cancer incidence follow-up in the Mayo Lung Project and overdiagnosis. *J Natl Cancer Inst*. 2006; 98:748-56.
7. Henschke CI, McCauley DI, Yankelevitz DF, Naidich DP, McGuinness G, Miettinen OS, Libby DM, Pasmantier MW, Koizumi J, Altorki NK, Smith JP. Early Lung Cancer Action Project: overall design and findings from baseline screening. *Lancet*. 1999; 354:99-105.
8. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. *N Engl J Med*. 2011; 365: 395-409.
9. Infante M, Cavuto S, Lutman FR, Passera E, Chiarenza M, Chiesa G, Brambilla G, Angeli E, Aranzulla G, Chiti A, Scorsetti M, Navarria P, Cavina R, Ciccarelli M, Roncalli M, Destro A, Bottoni E, Voulaz E, Errico V, Ferraroli G, Finocchiaro G, Toschi L, Santoro A, Alloisio M; DANTE Study Group. Long-Term Follow-up Results of the DANTE Trial, a Randomized Study of Lung Cancer Screening with Spiral Computed Tomography. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015; 191:1166-75.
10. Horeweg N, Scholten ET, de Jong PA, van der Aalst CM, Weenink C, Lammers JW, Nackaerts K, Vliegthart R, ten Haaf K, Yousaf-Khan UA, Heuvelmans MA, Thunnissen E, Oudkerk M, Mali W, de Koning HJ. Detection of lung cancer through low-dose CT screening (NELSON): a prespecified analysis of screening test performance and interval cancers. *Lancet Oncol*. 2014; 15:1342-50.
- 11 Manser R, Lethaby A, Irving LB, Stone C, Byrnes G, Abramson MJ, Campbell D. Screening for lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 6:CD001991.
12. Patz EF Jr, Pinsky P, Gatsonis C, Sicks JD, Kramer BS, Tammemägi MC, Chiles C, Black WC, Aberle DR; NLST Overdiagnosis Manuscript Writing Team. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. *JAMA Intern Med*. 2014; 174:269-74.
13. Ministero della Salute- Dipartimento di Sanità Pubblica e dell'Innovazione Direzione Generale della Prevenzione Piano nazionale della prevenzione 2010-2012. *Azione centrale prioritaria concernente la definizione di documenti tecnici di sintesi delle evidenze scientifiche a supporto della programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione oncologica nella popolazione a rischio*.
14. Saghir Z, Ashraf H, Dirksen A, Brodersen J, et al. Contamination during 4 years of annual CT screening in the Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST). *Lung Cancer* 2011; 71:323-7.

Il percorso assistenziale

15. Quaderni del Ministero della Salute sul Tumore Polmone (2010)
16. Linee guida Neoplasie del polmone. AIOM Edizione 2014
17. PDTA del Dipartimento Interaziendale Provinciale di Oncologia di Mantova per i tumori del Polmone; 2012
18. JS Temel et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2010; 363:733-42.
19. DGR Piemonte n. 42-7344/2014 Individuazione dei criteri e dei requisiti per l'identificazione dei Centri Hub e dei Centri Spoke della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e per l'avvio della concentrazione dell'offerta assistenziale inerente alle varie tipologie di tumore.
20. Klepetko W, Aberg THJ, Lerut AE. Structure of general thoracic surgery in Europe by the EACTS/ESTS Working Group on structures in thoracic surgery. *Eur J Cardio-Thoracic Surg* 2001; 20: 663-8.
21. Lüchtenborg M, Riaz S P, Coupland VH, et al High Procedure Volume Is Strongly Associated With Improved Survival After Lung Cancer Surgery. *J Clin Oncol* 2013; 31:3141-46.

APPENDICE

PAC DIAGNOSTICO PER L'ADDENSAMENTO POLMONARE (P2357)

Disciplina di riferimento

Oncologia, Pneumologia, Medicina generale, Malattie infettive e tropicali.

Razionale

La corretta diagnosi differenziale della natura di un addensamento polmonare è indispensabile per un adeguato percorso terapeutico. Un PAC mirato rappresenta una modalità valida sia sotto il profilo organizzativo che clinico per effettuare prestazioni in un regime appropriato, quando si rendano necessarie più indagini in un stretto arco di tempo.

Tipologia di pazienti

Soggetti gestibili ambulatorialmente con un addensamento polmonare di origine da determinare.

Composizione

Per configurarsi il PAC Diagnostico per l'Addensamento Polmonare devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sottoindicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, ad eccezione di quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

Codice	Prestazione	Tariffa
P2357	Visita e gestione del PAC	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	€ 82,63
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con: biopsia esfoliativa del polmone brushing o washing per prelievo di campione biopsia asportativa Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa	€ 129,11
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	€ 83,15
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	€ 133,76
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 86,25
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 137,89
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleraudiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 88,31
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 140,99
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	€ 43,90
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 37,18

89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	€ 68,48
Analisi cliniche		
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 2,78
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€ 1,96
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 19,11
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO EMICROSCOPICO	€ 1,14
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 8,52
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 5,53
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TOMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	€ 36,41
90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 36,41
90.82.5	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.93.3	ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	€ 6,47
90.94.1	ESAME CULTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	€ 6,47
91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Met. tradizionale)	€ 8,62
91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)	€ 1,88
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	€ 27,17
91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO Biopsia endobronchiale (sedi multiple)	€ 46,48
90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)	€ 2,74
91.48.5	PRELIEVO SANGUE ARTERIOSO	€ 5,16
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC.

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

PAC P162 PER LA RIVALUTAZIONE ED IL FOLLOW-UP DI NEOPLASIA POLMONARE

Disciplina di riferimento

Oncologia, Pneumologia, Medicina generale che comprenda almeno una UOS di Oncologia.

Razionale

La rivalutazione clinico - radiologica - laboratoristica di pazienti con neoplasia polmonare già diagnosticata rappresenta un momento clinico multidisciplinare di notevole importanza per: pazienti che hanno avuto un trattamento recente (chemioterapia e/o radioterapia e/o chirurgia) per poter definire l'ulteriore percorso terapeutico, pazienti che hanno sospeso i trattamenti antineoplastici e devono effettuare controlli per follow-up. Un PAC mirato rappresenta una modalità valida, sia sotto il profilo organizzativo che clinico, per effettuare prestazioni in un regime appropriato, quando si rendano necessarie più indagini in un stretto arco di tempo, senza ricorrere al ricovero.

Tipologia di pazienti

Soggetti con pregressa diagnosi e trattamento per neoplasia polmonare, gestibili ambulatorialmente, per i quali sia necessario valutare lo stato di malattia.

Composizione

Per configurarsi il PAC Rivalutazione e Follow-up di Neoplasia Polmonare devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del successivo programma terapeutico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

Codice	Prestazione	Tariffa
P162	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	€ 82,63
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con: biopsia esfoliativa del polmone brushing o washing per prelievo di campione biopsia asportativa Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa	€ 129,11
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	€ 83,15
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	€ 133,76
87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 133,76
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 86,25
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 137,89
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	€ 115,17
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 175,60
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	€ 28,41
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologia	€ 61,97
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	€ 43,90
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (*)	€ 28,41
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 222,08
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 330,02
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-fem	€ 177,66
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 160,10
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 249,45
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	€ 160,10
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	€ 249,45
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	€ 113,10
Analisi cliniche		
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 2,78
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€ 1,96
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	€ 19,11
90.22.5	FERRO [S]	€ 2,56
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 19,11
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 19,11
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 8,52
90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)	€ 7,13
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53

90.82.5	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)	€ 46,48
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,16
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC.

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 3 volte.

(*) La prestazione con codice 88.79.1 è comprensiva della valutazione dello stato linfonodale distrettuale (es. regione sopraclaveare, cavo ascellare, regione inguinale).

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.