



Istituto Tumori Bari

APEO

RETE ONCOLOGICA PUGLIESE

F.A.V.O.

BARI
Istituto Tumori IRCCS
Giovanni Paolo II
Via Orazio Flacco, 65
11 APRILE 2019

2019 MOTORE SANITA'
Gestire il Cambiamento

ONCORETE
SHARING AND INNOVATION SYSTEM

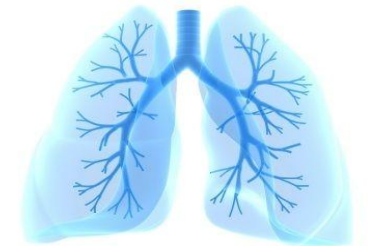


IRCCS ISTITUTO ONCOLOGICO GIOVANNI PAOLO II BARI
ONCOLOGIA MEDICA PATOLOGIA TORACICA



Dott. Domenico Galetta

IL SISTEMA OPERATIVO DELLA ROP: I PRIMI PDTA REGIONALI



Il PDTA regionale del cancro del polmone

Ruolo	Nome	mail
Responsabile e Referente AREES per PDTA	Ettore Attolini	e.attolini@arespuglia.it
Coordinatore	Domenico Galetta	galetta@oncologico.bari.it
Gruppo di Coordinamento	Gaetano Di Rienzo	gaetanodirienzo1@gmail.com
Gruppo di Coordinamento	Salvatore Pisconti	salvatorepisconti@hotmail.it
Gruppo di Coordinamento	Paolo Sardelli	paolosardelli@gmail.com
Gruppo di Coordinamento	Francesco Sollitto	francesco.sollitto@gmail.com
Chirurgo	Giuseppe Marulli	giuseppe.marulli@uniba.it
Anatomopatologo	Paolo Graziano	paologratz@gmail.com
Radioterapista	Maurizio Portaluri	m.portaluri@asl.brindisi.it
Medico Nucleare	Filippo Lauriero	f.laur@libero.it
Radiologo	Massimo Torsello	mastors@tin.it
Pneumologo	Maria Pia Foschino	mariapia.foschino@unifg.it
Pneumologo	Cristiano Carbonelli	kkarbo@hotmail.com
Oncologo	Antonio Rossi	arossi_it@yahoo.it
Oncologo	Giampiero Romano	giampieroromano@tiscali.it
Drafter	Gabriella Milone	gabriella.milone@policlinico.ba.it
Drafter	Patrizia Tesauro	p.tesauro@oncologico.bari.it
Drafter	Francesco Paolo Lisena	f.lisena@policlinico.ba.it
Drafter	Patrizia Nardulli	p.nardulli@oncologico.bari.it
Drafter	Vincenzo D'Addabbo	v.daddabbo@oncologico.bari.it
Drafter	Eugenio Sabato	sabatoeugenio@gmail.com



Tassi incidenza e mortalità regione Puglia

Maschi

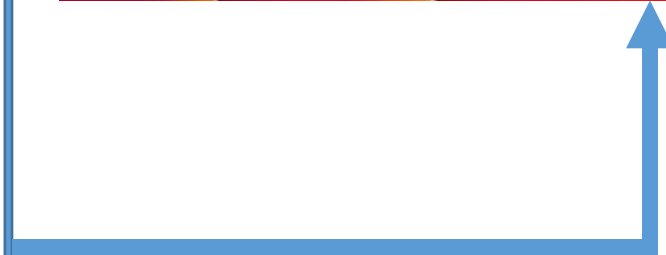
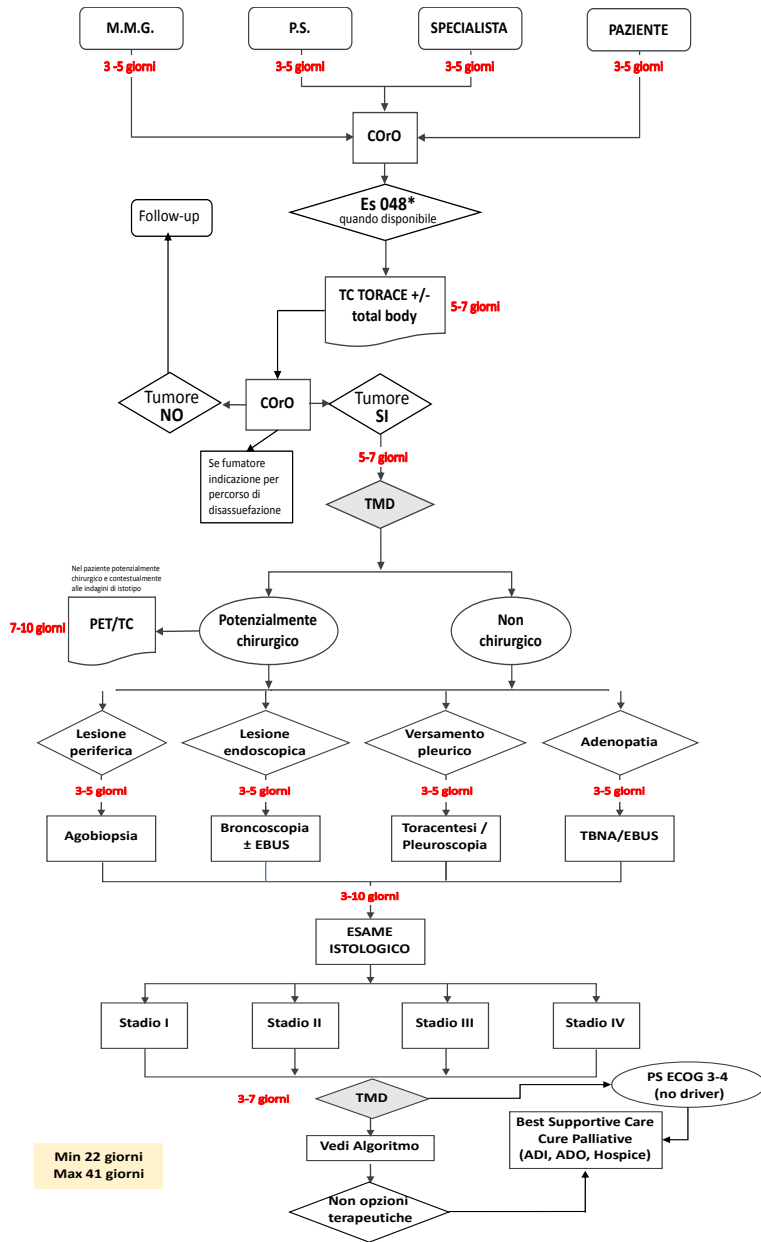
AREA	INC. MEDIA – CASI/ANNO	INCIDENZA TSD*	MORT MEDIA- DECESSI/ANNO	MORTALITA' TSD*
RTBA. Anni 2006-2009	484	99	400	79.7
RTBT. Anni 2006-2015	140	106.32	116	80.89
RTBR. Anni 2006-2012	181	107.4	148	86.84
RTFG. Anni 2006-2009	256	100.93	206	78.73
RTLE. Anni 2003-2010	469	141.32	402	113.9
RTTA. Anni 2006-2015	266	119.34	235	96.73
POOL PUGLIA	1796	109.16		97.21

Femmine

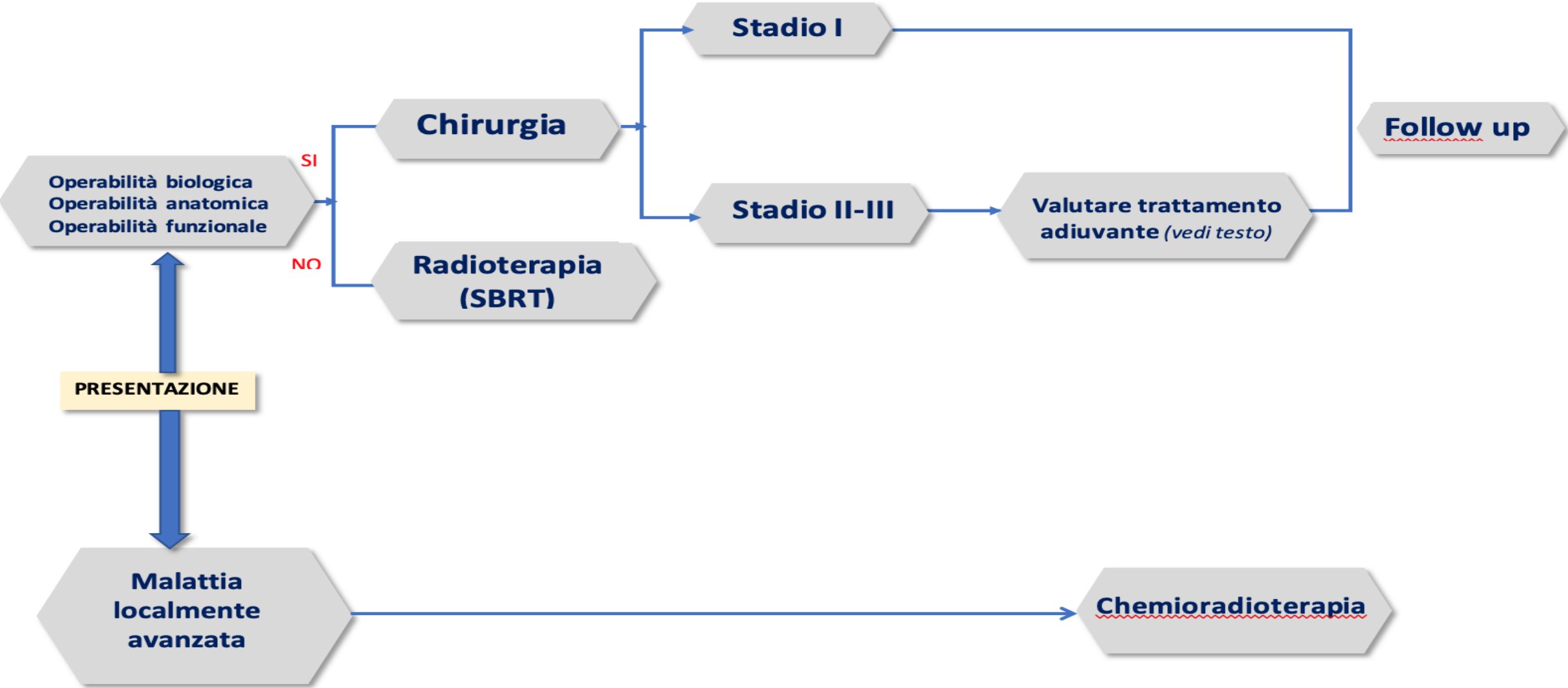
AREA	INC. <u>MEDIA</u> – CASI/ANNO	INCIDENZA TSD*	MORT MEDIA- DECESSI/ANNO	MORTALITA' TSD*
RTBA. Anni 2006-2009	130	21.26	90	13.8
RTBT. Anni 2006-2015	29	17.8	20	10.97
RTBR. Anni 2006-2012	42	18.89	31	13.35
RTFG. Anni 2006-2009	52	16.49	42	12.65
RTLE. Anni 2003-2010	82	18.67	73	15.23
RTTA. Anni 2006-2015	58	20.8	46	14.73
POOL PUGLIA	393	29.59		23.17

Fonte: Registro Tumori Puglia (RT)

* TSD = Tasso standardizzato sulla popolazione europea



Percorsi



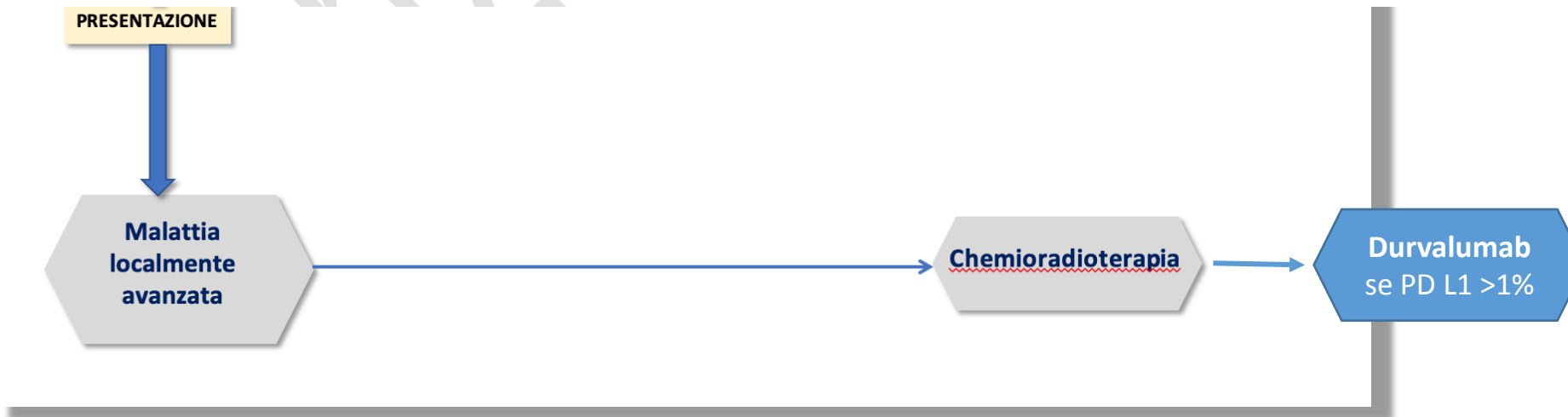
Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione clinica
A	Nei pazienti affetti da NSCLC, allo stadio I, II, IIIAN0-1, la chemioterapia neoadiuvante non dovrebbe essere presa in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione se non nell'ambito di studi clinici.	Negativa debole
A	Nei pazienti affetti da NSCLC allo stadio N2 per singola stazione mediastinica, un trattamento neoadiuvante con doppiette a base di platino seguito da chirurgia, nei pazienti in risposta, può essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione. Il trattamento chirurgico non dovrebbe includere la pneumonectomia ma una lobectomia. Se non fosse possibile una lobectomia, alla chemioterapia potrebbe essere opportuno far seguire una radioterapia a scopo curativo.	Positiva debole
A	Nell'N2 potenzialmente resecabile con interessamento linfonodale di multipli livelli, un trattamento combinato di chemio-radioterapia a dosi radicali dovrebbe essere considerata come opzione terapeutica di prima intenzione. Un trattamento multimodale che preveda un ruolo per la chemioterapia neoadiuvante in questi casi deve essere sempre valutato all'interno di un team multidisciplinare esperto.	Positiva forte

4. INFORMAZIONI CLINICHE



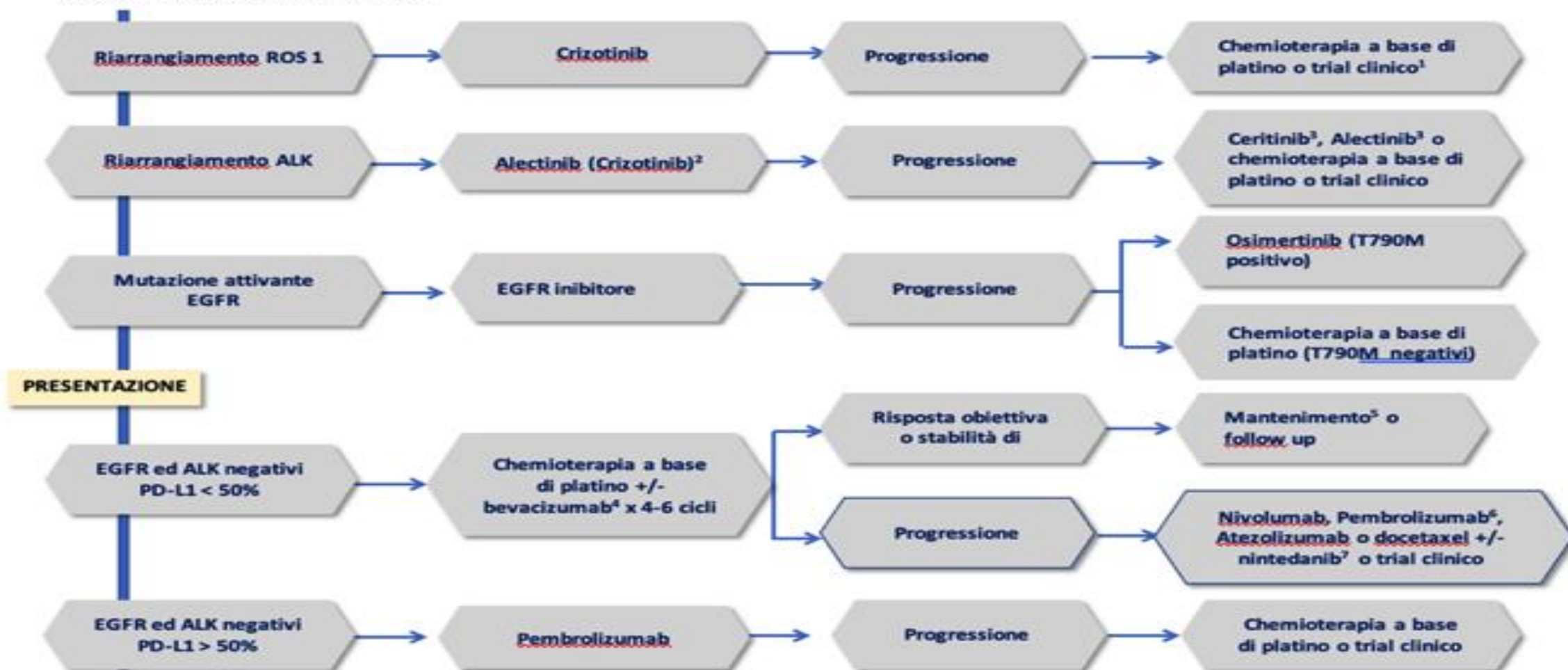
4.1 Indicazioni terapeutiche

IMFINZI è indicato in monoterapia per il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato, non resecabile, negli adulti il cui tumore presenta un'espressione di PD-L1 $\geq 1\%$ sulle cellule tumorali e la cui malattia non è progredita a seguito di chemioradioterapia a base di platino (vedere paragrafo 5.1).



Percorsi

Algoritmo 2 NSCLC: malattia avanzata



1. Laddove possibile
2. Crizotinib è risultato inferiore ad alectinib in un confronto randomizzato diretto
3. Solo in pazienti in progressione a crizotinib
4. solo nell'istologia non squamosa; il trattamento con bevacizumab può essere mantenuto sino a progressione
5. mantenimento con pembrolizumab, solo nell'istologia non squamosa
6. solo se PD-L1 ≥ 1%
7. solo nei pazienti con istologia adenocarcinoma, soprattutto in caso di progressione di malattia entro i 6 mesi dall'inizio del trattamento

TEAM MULTIDISCIPLINARE



Figure Strutturali
Coordinatore
Oncologo Medico
Chirurgo Toracico
Pneumologo
Radioterapista
Anatomopatologo
Radiologo / Radiologo interventista
Infermiere Case Manager

Figure Associate
Medico Nucleare
Biologo Molecolare
Farmacista
Medico di Base
Palliativista
Psicologo (psico-oncologo)
Rappresentante associazioni pazienti

- **Il Team multidisciplinare è qualificante, indispensabile e strategico nella gestione dei tumori polmonari per la loro complessità intrinseca**
- **Ogni paziente con tumore polmonare ha diritto ad una valutazione collegiale in TMD.**
- **E' compito del Team Multidisciplinare informare i pazienti sui *trials clinici* attivi nella Regione Puglia che saranno centralizzati e condivisi sulla piattaforma della Rete allo scopo di offrire ad ogni paziente tutte le opzioni terapeutiche disponibili nell'intera regione Puglia.**
- **Qualunque procedura diagnostica e terapeutica non contemplata nel presente PDTA necessita, fatti salvo i casi di imminente, concreto e motivato rischio di vita per il paziente, di essere autorizzata dal Comitato Etico di riferimento, corredato da idonea ed opportuna documentazione scientifica e consenso informato.**
- **Il TMD Multidisciplinare promuove attività di formazione e di aggiornamento**

PDTA come prevenzione

Le progettualità di prevenzione primaria e gli studi di prevenzione secondaria sono fortemente incoraggiati. **L'avvio dei pazienti fumatori in percorsi di disassuefazione tabagica è raccomandata dalle evidenze cliniche⁷⁰ ed è pertanto opportuno che ogni operatore sanitario sia promotore di consigli e di indicazioni opportune favorendo una presa in carico dai centri per la disassuefazione tabagica presenti sul territorio.** La Regione Puglia si fa promotrice della implementazione dei centri per la disassuefazione tabagica sull'intero territorio e del loro coordinamento ed i vari operatori del PDTA, a partire dal medico di base, saranno coinvolti in iniziative di formazione ed informazione.

