

**Franco Falcone**  
U.O.C. Pneumologia  
Ospedale Bellaria, Bologna

## IL RUOLO DELL'AIPO IN ONCOLOGIA TORACICA

Il cancro del polmone è uno dei tre principali bisogni assistenziali in area respiratoria, oltre alle pneumopatie croniche invalidanti ed alle forme infettive, tubercolari e non. Il cancro del polmone impegna fortemente il sistema assistenziale per un arco di tempo breve (il 10% circa sopravvive a 5 anni in Italia), dalla fase di diagnosi e terapia al follow up ed alla palliazione in territorio. La Pneumologia è la disciplina scientifica che si occupa dei bisogni assistenziali relativi alle patologie che coinvolgono l'apparato respiratorio e questo è stato riconosciuto anche nella formalità normativa dell'accreditamento.

Nel modello della Regione Emilia Romagna la Pneumologia provvede ai bisogni del paziente con cancro del polmone mediante tecniche e tecnologie pneumologiche specifiche individuabili come prodotto dei sottosistemi di specialità (tra i quali la Pneumologia Interventistica e la Pneumologia Oncologica) individuati come specifiche aree di produzione, identificabili nel contesto generale della pneumologia sulla base di indicatori quali uso prevalente di specifiche expertise e conoscenze, modalità e contesto assistenziale, necessità di specifico supporto strutturale e tecnologico <sup>(1)</sup>. Gli obiettivi operativi della Pneumologia Oncologica sono prevenzione, educazione ed empowerment del cittadino, diagnosi e stadiazione di qualità del cancro del polmone, partecipazione alla erogazione della terapia, follow up di prevenzione e controllo della recidiva e follow up di accompagnamento alla morte; punti di attenzione non ancora organizzati sono lo screening del cancro del polmone e la diagnosi precoce, in forma di anticipazione diagnostica, che sono determinati dalle caratteristiche della progressione neoplastica, 36 raddoppiamenti, da una cellula a settanta miliardi di cellule, con una finestra clinica e diagnostica di sicura efficacia collocata tra il 20° ed il 30° raddoppiamento, tra 1 e 10 mm di diametro <sup>(2)</sup>. L'anticipazione diagnostica può essere svolta con strumenti che rendono visibile il tumore (radiologia ed endoscopia) o ne fanno sospettare la presenza nell'organismo (marcatori) o in loco (citologia) ma attualmente è emergente il problema dei noduli polmonari evidenziati da TAC eseguite per obiettivi non di screening, per i quali vengono proposti comunque modelli di gestione a tipo screening <sup>(3)</sup>. Il management di queste forme sconta i dubbi sorti in ambito screening, vale a dire l'eventualità di diagnosticare forme indolenti <sup>(4)</sup>, con conseguenti problemi di tipo assistenziale e psicologico. Malgrado il tempo di raddoppiamento delle lesioni visibili sia parametro di valutazione della evolutività <sup>(5)</sup>, le dimensioni del nodulo e l'età del soggetto sembrano i maggiori indicatori <sup>(6)</sup> della malignità e, nel recente proliferare delle forme precoci periferiche, dal bronchiolo-alveolare all'adenocarcinoma, le differenti caratteristiche di densità sono correlabili alla natura istologica <sup>(7)</sup> che in questi istotipi correla a diversi tempi di raddoppiamento <sup>(8)</sup>.

Nell'ambito delle vecchie e nuove, numerose e complesse, tecniche disponibili per la diagnosi delle lesioni early, periferiche e centrali <sup>(9)</sup>, AIPO dovrebbe proporre un percorso di gestione dei noduli periferici a diagnostica casuale che comprenda l'analisi delle vie bronchiali visibili, perché le tecniche diagnostiche e terapeutiche disponibili consentono ormai di offrire soluzioni anche nella 9° decade di vita, adeguate all'attesa residua e prive di insopportabili rischi aggiuntivi <sup>(10)</sup>. Accanto a ciò, dopo la ricerca della radicalità terapeutica e del controllo della diffusione, AIPO deve rivolgere la sua attenzione alla fase di fine vita, nella quale il ruolo dello pneumologo è ancora determinante nell'alleviare le pene respiratorie ed i dolori che possono accompagnare l'evolutività del tumore polmonare. Il mandato che AIPO affida al suo Gruppo di Studio Oncologia Toracica è molto ampio e si snoda nei rapporti con gli altri Gruppi di Studio, con i quali cooperare per la realizzazione di raccomandazioni per terapia antifumo, programmi educazionali, follow up dei noduli incidentali e scelta tra management di diagnosi o di follow up, diagnosi di qualità, terapia chirurgica pneumologica, terapia palliativa, terapia oncologica pneumologica e follow up (della recidiva e della fase terminale).

**Bibliografia**

- 1) Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna. *Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Pneumologia*. Del. 109/2008 Giunta Regionale Emilia Romagna.
- 2) Geddes A. *The natural history of lung cancer: a review based on rates of tumour growth*. Br J Dis Chest 1979;73:1-17.
- 3) MacMahon H, Austin JH, Gamsu G, et al. *Guidelines for management of small pulmonary nodules detected on CT scans: a statement from the Fleischner Society*. Radiology 2005; 237: 395-400.
- 4) Patz EF, Goodman PC, Bepler G. *Screening for lung cancer*. N Eng J Med 2000; 343:1627-1633.
- 5) Xu DM, van der Zaag-Loonen HJ, Oudkerk M, et al. *Smooth or attached solid indeterminate nodules detected at baseline CT screening in the NELSON Study: cancer risk during 1 year of follow-up*. Radiology 2009; 264-272.
- 6) Winer-Muram HT. *The solitary pulmonary nodule*. Radiology 2006; 239: 34-49.
- 7) Asamura H, Suzuki K, Watanabe Set, et al. *A clinicopathological study of resected subcentimeter lung cancers: a favorable prognosis for ground glass opacity lesions*. Ann Thorac Surg 2003; 76: 1016-1022.
- 8) Hasegawa M, Sone S, Takashima S, et al. *Growth rate of small lung cancers detected on mass CT screening*. Br J Radiol 2000; 73: 1252-59.
- 9) Casalini AG. *Pneumologia Interventistica*. Ed Springer 2008.
- 10) Hurria A, Kris MG. *Management of Lung Cancer in Older Adults*. CA Cancer J Clin 2003;53:325-341.