



All'incontro del 25 maggio u.s., sono presenti i referenti dei Gic per le neoplasie toraco polmonari con i rispettivi pneumologi broncoscopisti di riferimento delle seguenti Aziende:

AOU Novara, ASL VCO, AO Santa Croce, AO Alessandria, ASL Alessandria, ASL TO4, AUSL VDA, AOU San Giovanni Battista di Torino, ASL TO1, ASL TO2, AO Mauriziano, Cottolengo, IRCC Candiolo.

Si esaminano le principali criticità dei servizi di broncologia/broncoscopia:

- Mancata possibilità di utilizzo di letti di appoggio per la valutazione di non appropriatezza dei ricoveri diagnostici in day hospital;
- Nonostante la buona dotazione della strumentazione non vi è una programmata sua collocazione. Il navigatore elettromagnetico è presente solo presso l'AOU di Novara; non in tutte le sedi, nonostante recenti acquisizioni, vi è una ottimale dotazione di videobroncoscopi; l'intensificatore di brillantezza è presente solo in alcune sedi (AO Cuneo, AO AL). Non è attualmente presente e si ritiene utile in almeno una sede di riferimento, la tecnologia EBUS;
- La difficoltà ad accedere in alcune sedi alle prestazioni appropriate porta al rischio di dover ricorrere a interventi più costosi o più invasivi per il paziente;
- Assenza in quasi tutte le sedi di citologi/anatomo-patologi per valutare la qualità del prelievo bioptico. Si prospettano due soluzioni: 1) acquisizione della capacità di lettura microscopica del prelievo da parte del broncoscopista (soluzione che comporta problemi di formazione e organizzativi: non può essere lo stesso operatore ad eseguire broncoscopia e lettura del vetrino), 2) presenza obbligatoria del citologo anatomo-patologo (soluzione resa difficile da carenza di personale, priorità della presenza presso altri servizi, mancanza di chiare disposizioni da parte delle Direzioni Sanitarie). Si pone però in discussione anche l'effettiva utilità di tale controllo sul vetrino, avendo un recente studio, unico randomizzato pubblicato (Patelli), dimostrato la negatività nel migliorare la sensibilità del test. In direzione del tutto opposta è però la grande esperienza di Gasperini che in una serie successivi di lavori, pur non randomizzati, ha ribadito l'importanza della presenza dell'anatomo-patologo. In effetti l'esame immediato del materiale consentirebbe di "mirare" i prelievi al punto risultato critico, anziché moltiplicare prelievi random in più sedi alla ricerca di reperti positivi;
- Diforme percorso diagnostico pur nella stessa Azienda con scelte diverse nella sequenza degli esami richiesti, dovute allo specialista che per primo vede il paziente.
- Si suggeriscono possibili azioni correttive:
 1. formazione dei medici di famiglia perché ricorrono sempre più frequentemente al Centro Accoglienza e Servizi (CAS) in presenza di un sospetto diagnostico
 2. adozione di PDTA specifici per la patologia da parte di tutte le Aziende che, pur tenendo conto della locale specificità organizzativa, si riferiscano a raccomandazioni elaborate a livello di rete
 3. impegno di ogni operatore che si rapporti con un paziente lungo il percorso della sua malattia, a rivedere il corretto iter previsto dalla rete, qualora non sia stato eseguito (segnalazione al CAS, presa in carico dal relativo Gic)
 4. proposta di adozione di codici da utilizzare per le procedure diagnostiche invasive in Day Hospital, per superare l'attuale ambigua situazione che limita il ricorso al Day Hospital diagnostico
 5. proposta di requisiti minimi per l'accreditamento dei servizi endoscopici bronchiali, all'interno di una rete che preveda due livelli di intervento.

- Per redigere un documento che riassume le suindicate azioni correttive, si propone un gruppo di studio multidisciplinare composto da:

Albano Angelo	pneumologo broncoscopista	Coordinatore
Salio Mario	pneumologo broncoscopista	
Zamprogna Claudio	pneumologo broncoscopista	
Mancuso Maurizio	chirurgo toraco-polmonare	
Piovano Pier Luigi	oncologo medico	
Colantonio Ida	oncologo medico	

- Il Dott. Bretti relaziona in merito allo stato avanzamento lavori del Gruppo da lui coordinato, inerente la definizione dei requisiti minimi di refertazione diagnostica all'interno della rete, che non avendo ancora ottenuto riscontri da parte del radiologo e del radioterapista di riferimento non si possono ritenere conclusi.

Si conferma che il prossimo incontro è previsto per il **15 luglio**; sarà cura della segreteria far pervenire alcuni giorni prima l'OdG, la conferma dell'ora e del luogo.

L'incontro del 23 settembre p.v., invece, sarà posticipato al 10 ottobre e trasformato in evento ECM dalle 13.30 alle 19.00, come anticipato durante l'odierno incontro e riservato ai referenti dei Gic e agli oncologi medici della rete.

Dipartimento interaziendale ed interregionale
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
A.O.U. San Giovanni Battista
C.so Bramante n. 88 - 10126 Torino
Segreteria tel-fax 011/6336889 e-mail: ucr@reteoncologica.it