



Nell'incontro del 25 febbraio u.s. con i referenti dei Gic Cure Palliative erano presenti i referenti delle seguenti Aziende:

ASL CN1  
ASL TO3  
Ospedale Gradenigo  
AOU San Luigi di Orbassano  
AOU San Giovanni Battista di Torino

Si pone come obiettivo della riunione di valutare:

- Il significato del Gic Cure Palliative in oncologia (anche alla luce della delibera regionale sulla rete di cure palliative)
- Il modello organizzativo del Gic, le sue funzioni, e gli specialisti che ne devono far parte
- Gli indicatori con i quali monitorare l'attività
- La modalità di diffusione delle innovazioni
- La promozione della ricerca in ambito palliativo oncologico
- La promozione di programmi formativi

I partecipanti descrivono la propria esperienza le proprie modalità organizzative, il momento della storia della malattia in cui è previsto l'intervento, le difficoltà riscontrate.

Risultano diversi modelli: alcuni Gic hanno finalità e competenze prevalentemente organizzative, altri sono più rivolti alla discussione multidisciplinare dei casi clinici problematici, altri ancora sono indirizzati alla gestione della "Fase intermedia/simultaneous care" in più stretta collaborazione con gli oncologi.

Non sempre è risultato facile il collegamento con il territorio ma vi sono realtà in cui è ben sviluppata l'A.D.I., è presente l'U.O.C.P. territoriale, sono in atto convenzioni con organizzazioni no profit che garantiscono con propri operatori le cure palliative domiciliari e in hospice.

Si discute circa l'opportunità di partecipare ai vari Gic per patologia d'organo o di apparato, quali professionisti di riferimento per le cure palliative.

Risulta assolutamente percorribile la soluzione che prevede la presenza di un palliativista quando si delineano i PDTA per le singole patologie (es. PDTA del carcinoma del colon retto messo a punto in occasione dell'accreditamento), mentre è meno fattibile garantire la presenza in tutte le riunioni dei Gic.

Pare utile individuare per ciascuna neoplasia il momento opportuno della presa in carico: per alcune neoplasie coincide con la diagnosi (es. carcinoma del pancreas), per altre con la recidiva sintomatica (es. comparsa di dolore da metastasi ossee); in tutti i casi non deve essere limitata ai pochi giorni delle fasi terminali.

In ambito oncologico si afferma dunque il modello "simultaneous care" con l'attenzione al controllo dei sintomi sin dal loro insorgere, pur non disconoscendo l'importanza dei temi che accompagnano la fine della vita, con tutte le implicazioni di carattere relazionale, spirituale, etico, sociale e organizzativo che la caratterizzano.

Si richiede inoltre a ciascun referente dei Gic di inviare una scheda che contenga il nominativo di tutti i componenti del Gic, la relativa disciplina di appartenenza, l'indirizzo e-mail, il numero telefonico della loro sede di lavoro e la indicazione in merito alla loro presenza alle riunioni del Gic (costante o su chiamata).

Tale scheda era già stata richiesta ai coordinatori di polo, ma essendo pervenute al Dipartimento risposte non uniformi e incomplete si ritiene opportuno riferirci direttamente ai referenti dei singoli Gic.

Qualora il Gic avesse ottenuto un riconoscimento ufficiale da parte dell'Azienda, si richiede cortesemente di allegare la stessa o citarne il numero e la data di riferimento.

Per meglio programmare gli incontri nel 2011 e garantire la Vostra presenza, si segnalano le prossime convocazioni:

4 aprile 2011 - h.14.30

6 giugno 2011 - h.14.30

2 settembre 2011 - h.14.30

3 novembre 2011 - h.14.30

Si prevede di dedicare la prossima riunione all'approfondimento del problema circa il momento opportuno della presa in carico del paziente nelle diverse neoplasie.

Sarà cura della segreteria inviare, alcuni giorni prima di ogni incontro, comunicazioni in merito al luogo (oltre a confermare giorno e orario) e all'eventuale OdG.