



In seguito all'incontro del 1 marzo u.s. con i referenti Gic neoplasie toraco polmonari si riassume quanto segue:

Erano presenti i referenti delle seguenti Aziende:

ASL TO1
ASL TO2
ASL TO3
ASL TO4
ASL BI
ASL AT
ASL CN2
AUSL Valle d'Aosta
AOU San Giovanni Battista di Torino
AOU San Luigi di Orbassano
A.O.U. Maggiore della Carità di Novara
A.O. Ordine Mauriziano
IRCC
Cottolengo

Si ricorda l'avvenuto inserimento sul sito di rete dei tre documenti elaborati dal gruppo e si giudica positivamente il notevole aumento dei frequentatori del sito. Si riferisce che si è discusso con funzionari dell'Assessorato sulla possibilità di recepire tali documenti in atti di indirizzo regionale rivolti alle strutture pubbliche e private che forniscono i servizi in questione e di monitorare nel tempo il recepimento delle indicazioni raccomandate, rendendo pubblico il risultato del monitoraggio.

Si discutono le priorità per il 2012, anche alla luce delle relazioni tenute nei due eventi ECM di Torino e di Bard, che hanno fatto il punto sugli argomenti affrontati nel corso del 2011. Si ritiene importante una maggiore diffusione delle conoscenze circa l'importanza delle terapie non rivolte allo specifico controllo della evoluzione del tumore; occorre impegnarsi a definire l'effettiva best supportive care, garantendo anche prestazioni specialistiche in grado di affrontare con efficacia le complicanze (es: stent venoso per la sindrome mediastinica; laser terapia endotracheobronchiale per l'infiltrazione della carena). Si propone quindi anche un censimento per conoscere le varie tipologie di prestazioni e le sedi dove sono eseguibili.

Un secondo punto critico è rappresentato dalla lentezza e talora dalla inappropriately dell'iter diagnostico. Non è uniforme nella rete l'accesso del paziente e non sempre il percorso definito è attuato correttamente e nei tempi adeguati per una patologia che, per la sua rapida evoluzione, potrebbe per il ritardo diagnostico non essere più reseccabile.

Si ridiscute il modello organizzativo che dovrebbe essere garantito dai CAS e la relativa attivazione dei GIC. Si concorda che tale modello deve essere fatto maggiormente conoscere ai MMG, ai cittadini, ai diversi professionisti che lavorano nell'ospedale in cui il CAS ha sede. Si ribadisce che l'approccio GIC significa concordare in modo multidisciplinare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale a cui decidono di attenersi tutti gli operatori coinvolti e non obbliga a discutere collegialmente tutti i casi clinici nei diversi momenti della storia della malattia, che possono essere affidati alla gestione del singolo specialista responsabile dell'intervento in quella fase.

Si illustrano brevemente, rimandando per gli approfondimenti alle deliberazioni regionali, la normativa che riconosce la specificità, le codifiche, le tariffe relative alle visite CAS e GIC. E' in corso una valutazione del funzionamento di tutti i CAS e delle modalità organizzative dei GIC toraco polmonari, che compaiono ora sul sito con i loro responsabili e i nominativi di tutti i componenti.

Il dott. Numico coordinerà la stesura delle raccomandazioni per i trattamenti non specificatamente diretti al controllo della neoplasia .

Si avvierà un censimento dei servizi di broncologia e di radiologia interventistica con le relative prestazioni erogabili e le tecnologie presenti in ciascuno.

Si monitoreranno i tempi diagnostici e i percorsi seguiti, con l'obiettivo di migliorare con raccomandazioni organizzative tempestività e appropriatezza degli interventi.

Si discute sul costo- efficacia dei trattamenti medici , sulla registrazione dei nuovi farmaci basata solo su criteri di attività spesso ottenuta con singoli trials , sull'utilizzo delle linee terapeutiche successive alla seconda, sulla necessità di garantire le prestazioni di accertata evidenza di efficacia e riservare gli altri trattamenti a studi clinici , domandandosi se sia etico e scientificamente corretto proporre una terapia dalla terza linea in poi al di fuori di protocolli di ricerca.

Si adotterà come stimolo alla discussione su questi temi la relazione del dott. Dongiovanni tenuta a Bard.

Saranno date indicazioni sulle indagini genetiche e di biologia molecolare ritenute consolidate e dove possano essere eseguite. La dott.ssa Novello redigerà , sulla scorta del documento sulle mutazioni EGFR, un analogo scritto relativo ad ALK.

Si comunicano i referenti indicati dallo staff dei radioterapisti: dott.ssa Maria Tessa e dott. Andrea Filippi.

I referenti per le Cure Palliative sono: la dott.ssa Gioia Becchimanzi e il dott. Carlo Peruselli. Avranno il compito di indicare il momento della storia clinica dei pazienti affetti da tumore polmonare in cui è raccomandata la consulenza dell'esperto in cure palliative.

Si ricorda che le fasi avanzate di tale patologia sono caratterizzate da numerosi sintomi : dolore, tosse, dispnea, cachessia, astenia, insonnia, singhiozzo, tanto da essere una delle forme tumorali che richiede maggiormente il ricorso alla sedazione terminale.

Si nomina quale referente per la ricerca clinica la dott.ssa Silvia Novello.

Si evidenzia la necessità di calendarizzare gli incontri per tutto l'anno, onde permettere ai partecipanti un'adeguata programmazione. Pertanto il calendario dei prossimi incontri è:

07 maggio ore 14.30

17 settembre ore 14.30

05 novembre ore 14.30

Sarà cura della segreteria di rete (ucr@reteoncologica.it) inviare alcuni giorni prima del prossimo incontro conferma dell'ora, dell'OdG e del luogo.