

All'incontro del gruppo di lavoro sulle **CURE PALLIATIVE** in data **14 ottobre 2013** erano presenti i seguenti professionisti:

Gioia Becchimanzi	ASL TO3
Angioletta Calorio	ASL TO 1
Anna De Luca	A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino – P.O. Molinette
Ferdinando Garetto	Presidio Sanitario Gradenigo
Gloria Gallo	Fondazione F.A.R.O.
Sandra Grazioli	ASL NO
Silvana Sabbaa	ASL TO 4
Alessandro Valle	Fondazione F.A.R.O.
Patrizia Giberti	ASL NO
Oscar Bertetto	Dipartimento Rete Oncologica
Marinella Mistrangelo	Dipartimento Rete Oncologica

La riunione del gruppo di lavoro si apre con la valutazione delle proposte operative relative alla definizione dell'inizio dell'assistenza dello specialista in cure palliative all'interno del percorso diagnostico terapeutico del paziente oncologico in base alla sede di insorgenza della patologia (coord. Dr Valle).

Ancora durante l'ultimo congresso AIOM è stata posta in evidenza la necessità di implementare le simultaneous care e non solo l'individuazione del momento più adeguato per l'invio del paziente alle cure palliative.

Viene inizialmente presentata la flow-chart prodotta dalla Drssa De Luca sulla **presa in carico del paziente affetto da metastasi ossee**. Vengono individuate alcune criticità relative ad una maggiore definizione del tipo di dolore, delle terapie farmacologiche suggerite e della corretta valutazione della loro efficacia. Si sottolinea inoltre la scarsa disponibilità attuale a livello regionale di GIC osteoncologici in grado di supplire alle eventuali richieste di visita.

Pertanto, la proposta di una valutazione dei pazienti al GIC richiede un'attenta analisi delle risorse esistenti e una maggiore sensibilizzazione degli oncologi alla valutazione del dolore e alle possibili indicazioni terapeutiche in fasi precoci. I pazienti da inviare al GIC rimarrebbero dunque quelli con dolore incontrollabile/non responsivo ai trattamenti farmacologici effettuati, i pazienti a rischio di fratture patologiche ed i pazienti a rischio di frattura vertebrale con compressione midollare.

Si rinnova la necessità di una valutazione attenta dei pazienti a rischio poiché la compressione midollare e le fratture patologiche dovrebbero essere considerate un'emergenza o un'urgenza oncologica cui non arrivare nella storia clinica del paziente.

Si ritiene indicata l'individuazione di un referente oncologo ed un referente palliativista a stretto contatto all'interno delle equipe in grado di valutare i bisogni del paziente e della famiglia nel

passaggio dalle cure attive alle cure palliative o ad una tempestiva attivazione di simultaneous care quando indicato.

Per quanto riguarda il gruppo di studio sui **tumori toraco-polmonari** (drssa Clemente/Drssa Becchimanzi) alcune indicazioni di presa in carico erano già presenti nel documento prodotto per la valutazione dei sintomi nel paziente affetto da tumore del polmone e già pubblicato sul sito di rete. Si ritiene si debba anticipare la valutazione del paziente al momento in cui venga definita l'inoperabilità e quindi l'opportunità di terapie non atte alla guarigione. In tal caso i pazienti dovrebbero essere tutti inviati al consulente palliativista cui farà seguito la presa in carico al momento adeguato.

Per i pazienti affetti da tumore dello **stomaco – esofago - pancreas e vie biliari** si ritiene che le problematiche siano sovrapponibili. Si pone l'indicazione ad una valutazione precoce del paziente ed una tempestiva presa in carico in base all'evoluzione della malattia. Si considera inoltre fondamentale la condivisione continua delle conoscenze all'interno dei GIC di gastroenterologia presenti sul territorio, per la sensibilizzazione degli operatori che seguono il paziente nelle diverse fasi della malattia.

Per i pazienti affetti da **tumore del testa-collo** (Dr Valle) viene proposta una flow-chart che suddivide i pazienti in base alle possibilità di trattamento, al PS, alla prognosi e alle condizioni socio-economiche.

Si considera fondamentale la gestione simultanea del paziente da parte del MMG e delle terapie palliative anche in corso di chemio-radioterapia fino alla necessaria presa in carico presso SRA-HOSPICE o C.P. Domiciliari. La flow-chart condivisa viene validata dal gruppo di lavoro.

In relazione ai **tumori rari e ai sarcomi** (dr Garetto) risulta più difficoltosa una definizione unitaria della presa in carico da parte del palliativista tuttavia, nella più attenta valutazione dei percorsi dei pazienti affetti da sarcomi, risulta che spesso vi sia una maggiore difficoltà a individuare il momento del passaggio alle cure palliative.

In sintesi si propone:

GIST:

- la valutazione da parte delle cure palliative dovrebbe avvenire precocemente in caso di comparsa di sintomi alla prima progressione di malattia con adeguamento del dosaggio di imatinib a 800 mg oppure
- alla progressione di malattia con variazione di terapia da imatinib a sunitinib (maggiore aggressività della malattia e più rapido scadimento delle condizioni generali).

SARCOMI:

Considerando le diverse problematiche in correlazione alla sede di presentazione e alla prognosi, le differenti fasce di età di maggiore incidenza e la tipologia di problematiche si ritiene indispensabile una precoce attivazione dei servizi di psiconcologia, con una presa in carico che preveda anche il supporto dei familiari.



Per l'attivazione delle cure palliative si ritiene di doversi attenere ad un requisito clinico condiviso da tutti e rappresentato dalla comparsa di dispnea.

Per quanto riguarda gli altri gruppi di lavoro il Dr Valle prenderà contatto con i referenti per la definizione dei percorsi.

Si prega di inoltrare le bozze prodotte alla segreteria dei gruppi per l'invio a tutti i componenti del gruppo di lavoro per eventuali suggerimenti o modifiche da apportare.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **02 dicembre 2013**, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.

Si ricorda che, in caso di impossibilità a presenziare al prossimo incontro, è possibile farsi sostituire da un delegato il cui nominativo deve essere necessariamente segnalato alla segreteria di rete (ucr@reteoncologica.it) entro 48 h. antecedenti alla riunione.