



All'incontro del gruppo di lavoro oncologia geriatrica tenutosi in data 13 marzo u.s. erano presenti i seguenti professionisti:

Icardi Massimiliano - ASL TO 1  
Calorio Angioletta - ASL TO1  
Rivolta Maria Marcella - ASL TO1  
Camani Massimo - ASL AL  
Castagneto Bruno - ASL AL  
Anfossi Angela - ASL AL  
Arzese Mauro - ASL AL  
Oletti M.Vittoria - ASL AL  
Amati Dario- ASL BI  
Cavallone Laura - ASL BI  
Dongiovanni Diego - ASL AT  
Di Stefano Fabio - ASL VCO  
Morabito Daniela - ASL VCO  
Marenco Daniela - ASL CN2  
Spinazzè Silvia- AUSL VDA  
Zai Silvia - AO AL  
Bergnolo Paola - Gradenigo  
De Michelis Milena - AOU San Giovanni Battista di Torino  
Marinello Renata - AOU San Giovanni Battista di Torino  
Martinelli Massimo AOU San Giovanni Battista di Torino  
Ritorto Giuliana - AOU San Giovanni Battista di Torino  
Gottero Mauro - Medici Medicina Generale

Si sottolinea che la numerosa presenza alla riunione, con la rappresentatività di varie realtà locali e diverse professionalità (oncologi, geriatri, internisti, medici di famiglia, infermieri) costituisce un positivo inizio delle attività del gruppo nel 2012.

Si tratta di valutare, avendo ben presenti le risorse disponibili, quale modello organizzativo raccomandare per il trattamento oncologico dei pazienti anziani, indicando specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziale e garantendo la continuità di cure tra ospedale e territorio

Si apre un dibattito sugli strumenti di valutazione da adottare per individuare i malati sottoponibili o meno ai trattamenti. Si discute se sia sufficiente una valutazione con strumenti agili come VES 13, adottato a Novi Ligure, che ha dimostrato di essere valido, pur con alcune lacune nel fotografare la situazione sociale e studiare lo stato cognitivo. Si segnala anche il minimal data set adottato dall'E.O.R.T.C, testato all'interno di studi clinici controllati e non nell'attività clinica quotidiana. Si ricordano gli studi portati avanti nell'ambulatorio di oncogeriatrica dell'Ospedale Molinette, che avevano paragonato una completa valutazione multidimensionale geriatrica nei confronti ad una valutazione più rapida da questa derivata. Si sottolinea la mancanza di uno studio randomizzato di confronto tra questi due approcci. Non è chiaro inoltre se utilizzando la valutazione si modifichi l'outcome del trattamento, in seguito a scelte terapeutiche più opportune nella specifica situazione del singolo caso clinico.

Si prospetta l'ipotesi che all'interno dei gruppi di studio per le diverse patologie già operativi sia presente un componente del gruppo di oncogeriatrica, per portare nella discussione per definire i percorsi di cura l'attenzione alla specificità dei problemi del paziente anziano.

L'attivazione dei GIC di oncogeriatrica hanno portato a diverse soluzioni organizzative, con alterni risultati: il criterio di accesso basato sull'età, per altro elevatasi nel corso del tempo da 70 a 80 anni, si è dimostrato semplice, ma sicuramente dispersivo di risorse; il criterio che lascia all'oncologo il compito dell'invio al GIC

in seguito a valutazioni non basate su strumenti concordati, ha portato ad una riduzione complessiva delle richieste e a una loro notevole eterogeneità. Si cerca di delineare un possibile modello organizzativo che, veda nel medico di famiglia un primo filtro; è infatti auspicabile che sia il curante, dopo un'opportuna formazione/informazione a decidere l'invio del paziente anziano al Centro Accoglienza e Servizi. Nel CAS la presenza di un clinico e di un infermiere opportunamente formati può identificare il paziente fit con età inferiore a 80 anni da inviare al GIC di riferimento per patologia, mentre per il paziente con età superiore a 80 anni o superiore a 70 anni con comorbilità è previsto l'invio per una valutazione al GIC oncogeriatrico dove sono presenti un oncologo, un geriatra e un infermiere, con la possibilità di consulenza degli specialisti a richiesta, per assumere la decisione diagnostica terapeutica più adatta al caso clinico. La valutazione della presenza di una fragilità che sconsigli il trattamento fatta sia dal clinico del CAS sia in sede di approfondimento da parte del GIC di oncogeriatrics comporta il rinvio, con una dettagliata relazione clinica, al medico di famiglia, che valuterà l'opportunità di una presa in carico da parte del servizio di cure palliative. Si sottolinea che occorre evitare di sottoporre il paziente ad esami diagnostici che non siano utili a cambiare la storia naturale della malattia consentendo un trattamento che modifichi la prognosi e la qualità di vita. Si suggerisce l'opportunità di coinvolgere gli ematologi che hanno redatto specifici protocolli per l'anziano relativamente ai linfomi e alle leucemie.

Si indica la possibilità di sperimentare per un successivo incontro il ricorso ad una teleconferenza.

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