



All'incontro del gruppo di studio **CURE PALLIATIVE** tenutosi in data **06 giugno 2016** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O. Mauriziano

ASL Asti

ASL CN 1

ASL TO 1

ASL TO 3

ASL TO 4

Ospedale Cottolengo

P.S. Gradenigo

Si è discusso sugli esiti della sperimentazione dello score per l'attivazione delle cure palliative effettuata nei centri individuati nella riunione del 18 aprile (Martini, Gradenigo, Cottolengo e Asti).

Tre centri dei quattro che si erano proposti di sperimentare l'uso dello score per il monitoraggio dell'andamento del percorso di cura e la conseguente attivazione delle cure palliative hanno effettivamente utilizzato lo strumento portando le seguenti riflessioni:

- Si può compilare senza che sia percepito come un grosso carico in più.
- Aiuta a fare una riflessione rispetto all'introduzione delle simultaneous care.
- In un centro è stato principalmente utilizzato per pazienti ambulatoriali.

Per Asti è stato più difficile condividere e proporre l'uso della scheda se non richiesto espressamente dalla Rete Oncologica perchè identificata tout court con un percorso di cure palliative.

Si decide di richiedere al dott. Bertetto, che aveva preso visione dello score durante l'ultima riunione del gruppo del 2015 e in quella occasione lo aveva approvato come lavoro del gruppo stesso, se possa essere diffuso nell'ambito della Rete Oncologica .

Il referente del sottogruppo Simultaneous care dott. Garetto ha inviato le prime riflessioni del gruppo che vengono lette in plenaria e si riportano di seguito:



ATTIVAZIONE

- Il contatto personale è la modalità che pare la più efficace e diffusa
- Abbastanza frequente (ed efficace) la richiesta "strutturata" di Consulenza CP da parte degli Oncologi
- Abbastanza comune anche la discussione in GIC (in genere è prevista la presenza dei palliativisti, o comunque sono facilmente raggiungibili)
- Evidenziata anche la possibilità di "autosegnalazione" diretta, da parte di pazienti e familiari
- Spesso: "presenza vigilante" dei palliativisti, che si fanno avanti e "intercettano" le situazioni critiche anche quando non direttamente contattati
- Mi sembra che il percorso CAS sia in genere quello meno lineare e meno utilizzato (anche se per la Rete dovrebbe essere quello ordinario per le CP precoci, se non sbaglio...)

MODALITA'

- Ambulatorio (consulenze)
- DH (cd "Terapie di supporto")
- Domiciliare dove possibile (sempre di più in un'ottica anche di "simultaneous")

PUNTI DI FORZA

- vicinanza logistica fra i Servizi (oncologia / cure palliative)
- "optimum": quando si è nella stessa sede

CRITICITA' (da cui gli obiettivi di miglioramento):

- organizzazione "a macchia di leopardo" anche fra distretti diversi della stessa ASL (per non dire fra ASL diverse...)
- difficoltà per l'UOCP di rapportarsi con sedi oncologiche diverse pur della stessa ASL (speculare al precedente)
- a volte, mancanza di un "luogo fisico" per le cure palliative intra-ospedaliere (es.: ambulatorio all'interno del DH)
- "Cultura" non sempre omogenea tra gli Oncologi (percezione che "qualcuno più di altri" si tenga stretti i pazienti fino a poco prima della fine)



Segue una discussione nella quale:

- il dott. Parello propone il modello attualmente in essere ad Asti;
- il dott. Bersano pone l'attenzione sul potenziale equivoco di fondo sulla terminologia simultaneous care=ambulatorio di cure palliative
- la dott.ssa Sabbaa precisa che gli effetti collaterali di una chemioterapia devono essere gestiti direttamente dall'oncologo. Diverso invece è chi è appoggiato all'ambulatorio delle cure palliative. Propone di fare una fotografia della realtà utilizzando lo score per identificare il fabbisogno.
- dott.ssa Becchimanzi riferisce che nella realtà in cui opera attraverso le simultaneous care è stato possibile dare una risposta ad una fascia della popolazione che non rientrava nei criteri delle cure palliative.

La dott.ssa Capello, il dott. Delfino e la dott.ssa Stivanello illustrano rispettivamente le realtà dell'ASLTO1, di Cuneo e del Cottolengo.

Si rimandano le conclusioni al sottogruppo “simultaneous care”, che esporrà i risultati del lavoro nella prossima riunione del 17 ottobre.

In riferimento al sottogruppo “modalità di comunicazione tra le strutture di oncologia e di cure palliative”: la dott.ssa Stivanello sottolinea la criticità dell'interfacciarsi con un territorio. L'oncologo non si interfaccia con il palliativista, ma il più delle volte è il MMG l'interlocutore.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **17 ottobre 2016, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**