

All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI TESTA-COLLO** tenutosi in data **11 ottobre 2016** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

AOU S. Luigi Gonzaga Orbassano

AOU Maggiore della Carità di Novara

A.O. Ordine Mauriziano

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

ASL Asti

ASL Biella

ASL CN 1

ASL TO 1

ASL TO 2

ASL TO 4

ASL TO 3

ASL TO 5

ASL VCO

IRCCS Candiolo

Viene data lettura del verbale della riunione del 14 giugno 2016. Il verbale viene approvato.

Punto 1: viene discusso ed approntato un calendario delle prossime site-visits. I GIC testa e collo di ASL VCO (Verbania), ASL TO3 (Pinerolo), PO Molinette, AOU Novara e AO Mauriziano si rendono disponibili. Si da mandato al gruppo dei responsabili degli audit di coordinarsi per definire il calendario con i centri interessati.

Punto 2: viene data lettura della bozza della lettera di richiesta di percorsi preferenziali per l'imaging diagnostico e la diagnostica cito-istologica, bozza che viene qui di seguito riportata:

*“Gentilissimo Dr. Bertetto,*

*Il gruppo di lavoro sui tumori testa e collo ha autonomamente rivisitato il percorso dei pazienti oncologici dalla prima visita esterna (MMG o DEA), fino al follow-up post trattamento (si allega verbale della riunione relativa).*

*E' emerso il rischio che l'utilizzo delle vie ordinarie intraospedaliere per quanto riguarda il percorso diagnostico-stadiativo possa indurre ritardi nell'avvio delle terapie tali da comprometterne il risultato.*



*Questo timore è ampiamente basato sull'esperienza francese che sta provocando rischi aggiuntivi ed impropri ai pazienti di oltralpe.*

*Riteniamo che il riconoscimento a livello delle singole aziende di percorsi prioritari diagnostico-stadiativi, in particolare per l'imaging e l'Anatomia Patologica, rappresenti un valido contrasto all'emergenza di questi rischi.*

*Il gruppo di lavoro suggerisce quindi che il dipartimento di rete si faccia portavoce con i Direttori Generali di quanto sopra esposto, per facilitare l'adozione di misure idonee alla nascita di percorsi facilitati.*

*Cordialmente.*

*Il Gruppo di Studio tumori della testa e del collo”*

La bozza viene condivisa dall'assemblea e se ne dispone l'invio al dott. Bertetto.

Punto 3: viene portata in discussione la proposta operativa di percorso di attivazione GIC, con la finalità di uniformarlo su tutto il territorio regionale. Il percorso viene qui di seguito riportato.

*“1. Percorso del paziente dal primo sospetto al CAS*

*Il paziente può rivolgersi in prima battuta:*

- 1. al Medico di Medicina Generale (MMG)*
- 2. al DEA*

*I pazienti afferiti al DEA sono riferiti direttamente al CAS.*

*I pazienti che passano dal MMG, hanno tre possibilità:*

- 1. invio allo specialista (ORL) privatamente*
- 2. invio allo specialista territoriale*
- 3. invio allo specialista ospedaliero.*

*I pazienti di cui ai punti 1 e 2 rientrano comunque nel percorso o convergendo sul punto 3, oppure direttamente al CAS.*

*Anche i pazienti riferiti allo specialista ospedaliero convergono in ultima analisi sul CAS.*

*1. Percorso del paziente dal CAS al GIC*

- 1. i pazienti riferiti direttamente al CAS dall'esterno sono affidati allo specialista d'organo per il work-up diagnostico stadiativo.*
- 2. i pazienti riferiti dall'esterno allo specialista d'organo sono avviati da questo al work-up diagnostico stadiativo e contestualmente registrati al CAS di riferimento.*

*Completato l'iter diagnostico stadiativo, lo specialista ORL provvede a riferire il paziente al GIC tramite il CAS.*

*2. Attività del GIC*



*Il GIC analizza collegialmente il caso e valuta l'adeguatezza dell'iter diagnostico-stadiativo; eventualmente provvede a richiedere ulteriori interventi diagnostici stadiativi o di preparazione agli atti terapeutici, ritenuti necessari e che possono comprendere, fra l'altro:*

- 1. richieste di esami per imaging ulteriori*
- 2. richieste di ulteriori indagini anatomo-patologiche*
- 3. richieste di valutazione da parte dei servizi di dietologia*
- 4. richieste di valutazioni da parte dei strutture di odontostomatologia/chir. Maxillo-faciale.*

*Il GIC, appena in possesso di tutti gli elementi necessari, decide in maniera condivisa l'iter terapeutico e avvia il paziente allo stesso, identificando fra i propri membri e in base alla terapia scelta, il "tutor" di ogni singolo paziente.*

*Al termine del percorso terapeutico è responsabilità del tutor riportare in discussione GIC il caso sia per informare dei risultati ottenuti, sia per concordare l'iter futuro (ulteriori terapie, programma di follow-up, identificazione del tutor per il follow-up).*

*In particolare, per quanto riguarda il follow-up, si concorda che ogni singolo GIC organizzi i propri programmi al fine di evitare ripetizione di visite e in particolare di esami strumentali.*

*Nello svolgimento delle proprie attività istituzionali, il GIC fa riferimento e usa come strumento di lavoro le linee guida AIOCC/AIOM/AIRO."*

Dopo ampia ed articolata discussione si concorda la necessità di uniformare tale percorso a livello regionale inserendolo nei relativi PDTA aziendali.

Punto 4: varie ed eventuali.

- Viene sottolineata l'utilità di poter ricevere il verbale della riunione precedente prima della riunione del gruppo di studio così da poter accelerare le procedure di validazione.
- Viene posta la problematica dell'inserimento CAS dei pazienti con mobilità attiva extra-regionale e si richiede di formulare la proposta di un iter ad hoc.
- Vengono coralmemente espresse le difficoltà che vengono a porsi da un sempre maggiore decentramento delle competenze non strettamente cliniche dal CAS centralizzato alle singole strutture operative, strutture nelle quali il maggior carico di attività burocratico-gestionali comporta inevitabilmente, in assenza di un adeguamento del personale infermieristico e amministrativo, una forzata contrazione del tempo dedicato alle competenze più strettamente cliniche del personale medico. Viene dato mandato di predisporre una proposta condivisa di distribuzione delle competenze gestionali tra CAS centralizzato e CAS centralizzato.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **15 novembre 2016**, **inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**