



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI TESTA-COLLO** tenutosi in data **14 giugno 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 5

ASL Vercelli

AUSL Valle d'Aosta

IRCCS Candiolo

La riunione inizia riassumendo la riunione di Annecy del 2 aprile, limitatamente al confronto fra il modello francese e il modello piemontese dell'organizzazione multidisciplinare.

Si evidenzia in particolare come la conseguenza negativa principale del modello francese (caratterizzato dall'obbligo per legge della valutazione collegiale di tutti i casi oncologici) è il significativo ritardo della scelta e dell'inizio delle terapie con conseguente up-grading dei casi.

Si conviene che questo rischio potrebbe estendersi anche alla nostra organizzazione se si ritenesse indispensabile la valutazione collegiale di tutti i casi.

La soluzione, condivisa da tutto il gruppo, è che situazioni cliniche che richiedono chiaramente e in accordo con i PDTA condivisi e le linee guida di riferimento, l'intervento di un singolo specialista, possano procedere al trattamento. Sarà compito dello specialista registrare il caso presso il CAS e informare il GIC.



La riunione prosegue affrontando il percorso di attivazione del GIC, con la finalità di uniformarlo su tutto il territorio regionale.

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:

3. invio allo specialista (ORL) privatamente
4. invio allo specialista territoriale
5. 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.

2. 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.

3. 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 anatomico-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.

Infine il gruppo sottolinea l'importanza di poter disporre in particolare in fase diagnostico/stadiativa, di percorsi preferenziali.

Sono identificati come percorsi prioritari quelli relativi all'imaging e all'anatomia patologica.

Si propone a questo proposito di preparare una lettera da inviare al Direttore del Dipartimento di Rete Oncologica, sollecitandone un intervento.

L'importanza di questo passo è sottolineata proprio dall'esperienza francese.

La riunione termina restando da approfondire il nuovo calendario delle site-visit.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **11 ottobre 2016**,
inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.