



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI DELLO STOMACO** tenutosi in data **31 maggio 2017** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

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

A.O.U. Maggiore della Carità Novara

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. Mauriziano

ASL Alessandria

ASL Asti

ASL CN 1

ASL Città di Torino (Ex ASL TO 1 e ASL TO 2)

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

ASL Vercelli

IRRCS di Candiolo

Ospedale Humanitas Gradenigo

1) Aggiornamento da parte della Commissione "valutazione dei PDTA" pervenuti dalle Aziende per i tumori dello stomaco (Dott. P. Bellora, Dott. S. Birolo, Dott. I. Facilissimo, Dott.ssa Garripoli, Dott. C. Lanfranco)

La commissione presenta una sintesi delle caratteristiche individuate, tra le procedure previste dai PDTA, dai colleghi partecipanti al GdS. L'obiettivo dell'incontro di oggi sarà quello di individuare 5 caratteristiche che saranno poi oggetto di valutazione, in base alla loro importanza, all'interno del percorso di cura e la loro presenza/assenza sarà oggetto di verifica da parte della Commissione stessa durante l'analisi dei diversi PDTA.

Questi i 12 punti iniziali:

- 1- discussione caso in GIC per definire strategia terapeutica (chirurgia vs CT)
- 2- visita oncologica post operatoria
- 3- presa in carico da parte della dietologia (2)
- 4- valutazione HER2
- 5- Linfadenectomia D2
- 6- visita CAS entro 5 gg dalla prenotazione
- 7- visita GIC entro 20-30 gg dalla visita CAS
- 8- intervento chirurgico entro 7-14 gg dalla visita GIC
- 9- esame istologico secondo Check list di Rete (comprensivo di HER2) - refertazione standardizzata

- 10- consegna alla dimissione delle procedure di visita oncologica/follow up
- 11- chiara definizione di quali pz discutere al GIC e quali no
- 12- percorso cure palliative

Si decide di procedere discutendo punto per punto. Al termine della discussione sono state individuate 5 caratteristiche come necessariamente presenti all'interno dei PDTA:

- 1- definizione di quali pazienti con tumore dello stomaco debbano essere discussi al GIC e con quale tempistica
- 2- valutazione dietologica/dietistica precoce
- 3- definizione dei tempi di presa in carico dalla visita CAS alla discussione collegiale (GIC) all'inizio del trattamento deciso
- 4- refertazione standardizzata dell'esame istologico (*Check list di Rete*)
- 5- definizione di quale sia il percorso di follow-up o di fine vita del paziente preso in carico

Nei prossimi giorni la Commissione PDTA invierà a tutti i partecipanti iscritti al GdL l'elenco definitivo delle 5 caratteristiche individuate. Se non ulteriori modifiche, la Commissione procederà a verifica che i documenti pervenuti contengano queste 5 caratteristiche, registrando su un tabulato in formato excel la loro presenza o assenza, la completezza e correttezza delle indicazioni presenti, corredandole di eventuali annotazioni. I tabulati saranno quindi inviati alla Rete entro il 30 giugno.

2) Aggiornamento da parte della Commissione "format condiviso di refertazione GIC" (Dott.ssa D. Scaglione, Dott.ssa E. Sperti)

Viene presentato un possibile "format" con alcuni dati considerati imprescindibili. Si sottolinea come alcune diversità organizzative e pratiche nello svolgimento dei GIC (presenza/assenza del paziente, presenza di tutti gli specialisti sempre/alla chiamata) possano appesantire un limite per la stesura di un documento unico.

Tuttavia dopo ulteriore discussione collegiale si concorda per una lettera di refertazione che contenga:

- carta intestata con elenco di tutti i partecipanti al GIC aziendale dichiarati alla Direzione Sanitaria
- firme degli effettivi partecipanti alla discussione del caso clinico
- nome, cognome, data di nascita, residenza del paziente
- valutazione clinica comprensiva di anamnesi fisiologica/patologia remota e recente, esame obiettivo e farmaci assunti DATATA E FIRMATA
- ESAME ISTOLOGICO/CITOLOGICO
- esami strumentali



- stadio della malattia
- quesito clinico alla discussione collegiale
- conclusioni e programma proposti
- dichiarazione di chi prende in carico il paziente

3) Aggiornamento degli studi GIRCG da parte del Prof. M. Degiuli

Il Prof. M. Degiuli apre la relazione segnalando la criticità della gestione delle neoplasie gastriche intramucose. Al momento riferisce come non vi sia un atteggiamento congruo nel trattamento di situazioni cliniche rare ma comunque assai delicate proprio perché suscettibili di guarigione se approcciate correttamente da équipe di esperti. Vari interventi dalla sala sottolineano come il problema sia percepito e vissuto come tale dalle diverse professionalità (chirurghi, endoscopisti) che trattano le neoplasie gastriche. Si suggerisce al Dipartimento di Rete un possibile monitoraggio.

Il Prof. Degiuli passa a presentare il GIRCG ed alcuni studi collaborativi già conclusi (adenocarcinoma del cardias) o in attesa di approvazione del Comitato Etico:

- studio prospettico sull'uso della "tristaple" nella chiusura duodenale (riduzione fistole duodenali) vs. tecniche convenzionali
- studio retrospettivo sulle fistole esofago-digiunali quali complicanze chirurgiche dopo gastrectomia
- studio prospettico sulla D² nel paziente anziano (>75 anni)
- studio retrospettivo sulla chirurgia allargata su altri organi (T4)

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **12 luglio 2017, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**