



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI TESTA-COLLO** tenutosi in data **07 giugno 2017** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

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

AOU Maggiore della Carità di Novara

AOU S. Luigi Gonzaga Orbassano

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 Città di Torino (Ex ASL TO 2)

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

ASL Vercelli

ASL VCO

AUSL Valle d'Aosta

IRCCS Candiolo

Alle ore 14,30 la riunione ha inizio.

Si procede quindi alla discussione dei vari punti all'ordine del giorno.

1) Presentazione di studio osservazionale su tumori HPV-correlati da parte del gruppo di Biella.

Obiettivo di questo studio prospettico -già in corso- è di migliorare le nostre conoscenze sui tumori HPV-correlati tramite la ricerca dell'RNA virale sui nuovi casi di tumore dell'orofaringe. Tale metodica, ora disponibile solo in pochi laboratori, è candidata a divenire il nuovo *gold standard* nel determinare l'infezione da HPV su materiale tumorale, dati i tassi non trascurabili di falsi positivi e negativi riportati con le metodiche alternative ben più diffuse (ricerca di p16 e DNA virale). La partecipazione è aperta a nuove adesioni, previo naturalmente il parere positivo dei rispettivi comitati etici.

2) Discussione collegiale della revisione per punti dei PDTA aziendali.

Viene brevemente presentato il giudizio del gruppo dei revisori (Dr. Pisani, Dr.ssa Rampino, Dr. Moretto) sulla base dei criteri precedentemente approvati (vedi verbale 11/04/2017). Tenendo conto di rispettare in linea di massima forma e struttura dei documenti originali, secondo quelle che sono le specifiche esigenze e

modalità organizzative dei singoli gruppi, si suggerisce di aggiungere o implementare non appena possibile i punti di seguito elencati:

- ALESSANDRIA (Dr. Sorrentino): implementare punti 1 e 5
- CUNEO (Dr. Vitiello): aggiungere punto 1
- MAURIZIANO (Dr. Bongioannini) aggiungere punti 1 e implementare punto 3 (non presenti recapiti CAS e l'accesso in tabella pag. 5 sembra origini esclusivamente da ORL); *eventualmente implementare punto 4.*
- CITTA DELLA SALUTE (Dr. Airoidi): *eventualmente implementare punto 3*
- ASTI (Dr. Pisani): *eventualmente implementare punto 5*
- BIELLA (Dr. Averono) : aggiungere i punti 4 e 5
- CN1 (Dr. Pazzi) aggiungere punto 1
- IRCCS - SAN LUIGI aggiungere punto 5
- T02 (Dr. Amasio): da implementare i passaggi da CAS a GIC (punto 4) e dopo GIC (punto 5)
- VERCELLI (Dr. Dosdegani) implementare punto 1 (vengono indicati dei tempi complessivi di processo, per esempio stadiazione e discussione GIC entro 14 giorni).
- NOVARA (Prof. Pia) nessuna modifica richiesta
- VCO (Dr. Scotti Guglielmetti) implementare punti 1, 4 ed *eventualmente anche 5*
- T03 (Dr. Magnano): *eventualmente implementare punto 5*

3) **Varie ed eventuali (discussione circa gli indicatori di patologia individuati della Rete Oncologica).**

Tali indicatori saranno da monitorare per conto della Rete Oncologica nei mesi di settembre, ottobre e novembre dell'anno in corso.

Indicatori di struttura

1) presenza di dietologo, logopedista, odontoiatra (se non presenti protocollo scritto per il percorso predefinito di accesso ad un servizio di riferimento con la definizione dei tempi)

Indicatori di processo

2) numero di nuovi pazienti seguiti in un anno documentati dalle relative visite CAS e visite GIC (con qualsiasi indicazione di trattamento)

3) % di refertazione anatomopatologica con l'adozione delle indicazioni di rete

4) % di pazienti con intervallo tra la visita GIC e l'inizio della radioterapia curativa non superiore alle 4 settimane

5) % di pazienti con intervallo tra l'intervento chirurgico e la radioterapia post operatoria non superiore alle 6 settimane



Indicatori di esito

- 6) % di pazienti sottoposti a intervento chirurgico in stadio I con necessità di tracheostomia precauzionale
- 7) % di pazienti con persistenza della cannula documentata alla prima visita di follow up nei casi che hanno richiesto tracheotomia.

Durante la discussione sono emerse alcune potenziali criticità, da discutere ulteriormente con la Rete Oncologica, per esempio sulla definizione da usare per il conteggio dei “nuovi pazienti per anno” (dove sarebbe preferibile utilizzare un indice tipo “nuovi casi per anno” che terrebbe conto di accessi multipli di singoli pazienti o accessi di pazienti provenienti da altri GIC), al fine di evitare sottostime delle reali attività dei singoli centri. Altre potenziali problematiche vengono individuate nell’intervallo tra intervento chirurgico e inizio della radioterapia post-operatoria, indice soggetto a grande variabilità dovuta alla complessità di questi pazienti, e sulle tempistiche della prima visita di follow-up utile per registrare la persistenza della cannula tracheostomica.

All'unanimità viene richiesto un momento di verifica su tali punti.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **26 settembre 2017**, **inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell’OdG.**