



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI GASTRICI ED ESOFAGEI** tenutosi in data **22 maggio 2018** 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 Asti

ASL Città di Torino

ASL CN 1

ASL CN 2

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL VCO

AUSL Valle d'Aosta

IRCCs Candiolo

IRMET

**Valutazione PDTA di Area ed Aziendali. Aggiornamento dei criteri di valutazione con le nuove indicazioni Rete. Deadline di presentazione i 31-07-2018:**

Vengono ripresi i criteri di valutazione dei PDTA “stomaco” del 2017. Si commentano punto per punto le indicazioni date ai singoli Centri e quelle più generali date dalla Direzione Rete per l'identificazione dei criteri di valutazione per il 2018.

**Punto uno:** molti dei presenti alla riunione non hanno potuto prendere visione delle tabelle relative alla “Valutazione dei PDTA oncologici” inviate dalla Segreteria della Rete anche ai Responsabili GIC aziendali per patologia né della lettera di accompagnamento con le indicazioni per i prossimi aggiornamenti.

Pertanto si procede a commentare collegialmente i risultati solo di alcuni Centri.

**Punto due:** vengono sollevate alcune perplessità relative alle modalità di invio dei pazienti con tumore dell'esofago ai Centri di riferimento individuati. Ad oggi i centri accreditati sono tre: Novara, Cuneo e Molinette di Torino. Risulta in corso di valutazione la richiesta di diventare Centro di riferimento per la neoplasia esofagea da parte dell'Ospedale di Alessandria e di Asti (équipe toraco-polmonare condivisa).

Molti dei colleghi riferiscono come vengano effettuati interventi per neoplasie esofagee anche in centri diversi da quelli accreditati. Il Prof. Camandona ribadisce come i pazienti con tumore dell'esofago debbano essere inviati al GIC del centro di riferimento della propria Area. Si discute anche se sia più opportuno inviare il paziente con esami stadiativi già effettuati o senza esami radiologici (maggior esperienza anche da parte delle Radiologie dei centri di riferimento). Si conclude come sarà importante meglio esplicitare le

modalità di invio nei diversi PDTA (soprattutto di Area) il cui prossimo aggiornamento è atteso per il prossimo novembre.

**Punto tre:** il formato scelto dalla Rete per i nuovi PDTA appare mancante dello spazio idoneo a descrivere le modalità di refertazione dell'Anatomia Patologica.

**Punto quattro:** appare di estrema criticità la definizione dei tempi di effettuazione dei percorsi. L'intervallo proposto dalla rete sia per la patologia gastrica e ancor più per quella esofagea di 22 giorni non appare realistica.

Da tutti i colleghi presenti viene sottolineata la costante criticità di rispettare i tempi rapidi tra visita CAS (primo accesso del paziente) al successivo/i GIC e quindi al vero inizio del percorso di cura sia esso chirurgico che chemio-radioterapico che l'avvio alle cure palliative/fine vita. Le maggiori difficoltà sono da attribuirsi alla variabilità clinica e fragilità dei malati con tumore dello stomaco/ giunzione e dell'esofago. Gli accertamenti radiologici ed endoscopici o quelli metabolici e anatomo-patologici hanno tempi tecnici variabili nelle diverse aziende e spesso lunghi. Inoltre non è possibile prevedere quando, oltre gli esami previsti dal PDTA, sia necessario effettuare ulteriori approfondimenti diagnostici (cardiologici, pneumologici). Anche i tempi tecnici legati alla disponibilità di altre strutture (impianto di CVC, rianimazione ecc) rappresentano possibili "imbuti" temporali.

Molti colleghi piangono la totale assenza delle proprie Direzioni nel proporre pratiche soluzioni organizzative.

**Punto cinque:** per quanto riguarda la lettera per il paziente ed il MMG, alcuni Colleghi fanno presente che le relazioni rilasciate al paziente nei diversi momenti del percorso di cura, rappresentino già un valido ed esaustivo documento.

**Punto sei:** appare non chiaro il punto "e." della lettera prot. n. 35845 del 06-04-2018 in cui si dice che ***"per evitare il lavoro di raccolta firme degli operatori.(omissis)...si attesti il coinvolgimento degli operatori indicati"***.

Si chiede al Dott. Bellora ed alla Dott.ssa Satolli di sentire in proposito il Direttore di Rete, Dott. Bertetto.

**Punto sette:** al termine di vivace discussione, si rivedono i cinque criteri indicati in precedenza. Di seguito la proposta finale:

- 1- Dichiarazione esplicita della tipologia dei pazienti che vengono discussi al GIC e ogni quanto tempo il GIC si riunisce (CONFERMATO)
- 2- La valutazione dietologica e dietistica precoce (CONFERMATO)
- 3- La dichiarazione esplicita dei tempi di effettuazione della prestazione GIC e della componente assistenziale (tempi massimi di effettuazione delle prestazioni) (MODIFICATO)
- 4- La refertazione istopatologica, che deve attenersi alla Check list della Rete Oncologica (CONFERMATO)
- 5- La descrizione della modalità di follow-up. Le modalità di gestione del fine vita potranno essere descritti solo nei PDTA di "Cure palliative" di Area o Aziendali. (MODIFICATO)



## **2) Organizzazione dei gruppi di lavoro per stesura e aggiornamento “Raccomandazioni”:**

Il Prof. Camandona propone un lavoro di revisione delle modalità di refertazione endoscopica per i Siewert I-II (necessità di iconografia in retroversione per migliore valutazione del cardias). Il lavoro vedrebbe il coinvolgimento della SIGE/SIED: sarà cura del Prof. Camandona prendere gli opportuni accordi. I partecipanti alla riunione approvano.

Si organizzano i diversi gruppi di lavoro.

Si propone di procedere ad aggiornamento delle Raccomandazioni già presenti sul sito di Rete.

### **Per lo stomaco:**

**a) diagnostica isto-patologica (Riella e Fortunato)**

**b) intervento nutrizionale (Finocchiaro, Sperti, Sig.ra Cattaneo (associazione pazienti)).**

### **Per l'esofago:**

**a) esofago di Barrett (Coppola e Soresini )**

**b) trattamento dei tumori della giunzione GE (Bellora, Garino, Camandona)**

**c) CT-RT (Tessa, Turri, Melano, Migliaccio, Forti)**

**d) diagnostica isto-patologica (Riella e Fortunato).**

Si rammenta che da quest'anno TUTTE le Raccomandazioni pubblicate sul sito di Rete dovranno essere condivise in ambito di relativo GIC con la produzione di una relazione al termine del GIC stesso per presa visione/eventuali commenti da inviare al Dipartimento di Rete.

Per la stesura di Raccomandazioni ex-novo vengono concordati i seguenti gruppi di lavoro:

- **indicazioni agli interventi endoscopici per le lesioni intramucose (Coppola e Garripoli);**
- **le procedure chirurgiche/endoscopiche palliative (Marenco, Ferraris, Tessa, Strignano, Birolo).**

Il lavoro verrà svolto in parte prima della prossima riunione (aggiornamento dei dati di letteratura) e poi in aula. Ai diversi gruppi si affiancheranno anche tutti gli altri colleghi presenti alle prossime riunioni.

## **3) si conferma il calendario delle prossime riunioni:**

- 11 settembre: aggiornamento Raccomandazioni, a gruppi in aula.

- 16 ottobre: aggiornamento Raccomandazioni, a gruppi in aula.

- 27 novembre: valutazione collegiale dei PDTA Aziendali dopo aggiornamento con le nuove indicazioni e formato di Rete. Deadline di presentazione il 30-11-2018.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **11 settembre 2018**, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.