



All'incontro del gruppo di studio della **NEURO-ONCOLOGIA** dell'8 giugno u.s erano presenti i seguenti professionisti:

Alessio Giulietta	AO AL
Boldorini Renzo	AOU NO
Cassoni Paola	AOU S. Giovanni Battista TO
Cordera Susanna	AUSL Aosta
Gaspari Fabio	ASL TO2
Giordano Fabrizio	AO S. Croce
Maldi Elena	Specializzando
Marcantonio Lucia	Specializzanda
Masini Laura	AOU NO
Mocellini Cristina	AO S. Croce e Carle CN
Ripellino Paolo	Specializzando
Senetta Rebecca	AOU S. Giovanni Battista TO
Soffietti Riccardo	AOU S. Giovanni Battista TO
Trevisan Elisa	AOU S. Giovanni Battista TO
Ungari Silvana	AO S. Croce e Carle CN

Si segnala che è in corso l'aggiornamento delle Linee Guida.

Tra i punti del percorso di cura che si stanno esaminando si considerano prioritari:

1. Esecuzione dell'immunoistochimica (IHC) e delle indagini molecolari nei tumori del SNC e scheda di refertazione condivisa.

Vengono definite le indagini molecolari collegialmente considerate di primaria importanza attualmente eseguibili in 4 sedi: Novara, Cuneo, Torino, Alessandria.

A tale proposito si ritiene indicata una razionalizzazione delle risorse e la definizione di una normativa sui test da eseguire ed i kit di riferimento per l'effettuazione degli esami. E' inoltre importante normare il pagamento delle prestazioni richieste da aziende esterne che non possano effettuare tali indagini e si rivolgano alle sedi sopraindicate.

La valutazione dei marcatori utili dal punto di vista diagnostico risulta essere un punto di partenza per la revisione delle LG del 2008 con il sollecito inoltre di definire e concordare un "referto tipo" condiviso con la SIAPEC e con i clinici in modo da determinare l'effettiva ricaduta in termini di predittività di risposte ai trattamenti nonché di prognosi delle indagini proposte. Il "referto tipo" che ne deriverà potrà essere discusso a livello delle direzioni ospedaliere allo scopo di divenire il "referto di riferimento" unificato e condivisibile a livello della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Dato IMPRESCINDIBILE per una corretta refertazione è rappresentato dalla CONCORDANZA fra il sospetto clinico radiologico e la scheda anatomo-patologica. Ove sia possibile la presa visione delle immagini da parte del patologo può essere fondamentale per la refertazione; nelle altre sedi, una scheda essenziale e di semplice e rapida compilazione è già predisposta e potrebbe essere rivista collegialmente e condivisa nelle diverse sedi ospedaliere anche con i neurochirurghi. In tal modo il patologo di riferimento potrà avere il maggior numero di informazioni sul paziente e sui dati radiologici allo scopo di evitare una sovra/sottostima e permettendo al clinico di definire il più corretto atteggiamento terapeutico nelle fasi adiuvanti di malattia.

2. Diagnostica intraoperatoria.

In gruppo di studio ritiene debba essere lasciata alla valutazione del clinico soprattutto nelle situazioni dubbie in cui la diagnostica preoperatoria risulti essere inadeguata a definire a priori la migliore strategia chirurgica. Le metodiche di esecuzione sono anch'esse lasciate alla definizione del singolo Servizio di Anatomia Patologica; si consiglia di definire con i neurochirurghi i casi da considerarsi "dubbi" in modo da poterli inserire nella revisione delle LG.

3. Panirradiazione encefalica

E' in corso una valutazione sulla WBRT a livello regionale per individuare i casi sottoposti al trattamento nelle diverse sedi ospedaliere. Si rinnova inoltre la disponibilità della Rete Oncologica ad individuare uno specializzando dedicato che possa accelerare e facilitare la raccolta dati nelle sedi che ne facciano richiesta.

4. Neuropatie da farmaci

Ad oggi non vi sono LG che definiscano quali siano le scale di rilevazione del dolore neuropatico insorto in corso di chemioterapia in grado di definire la tossicità farmaco-correlata e le scelte terapeutiche da adottarsi in modo univoco dopo tale riscontro clinico.

Importante risulta essere la sensibilizzazione dei MMG/oncologi in modo da evitare effettuazione di esami (p.es EMG aa) in assenza di adeguata segnalazione di pregresse patologie neurologiche, dismetabolismi, abuso di alcolici, terapie farmacologiche...

Viene presentato il PROGETTO CINEMA: tutti i pazienti alla prima diagnosi di neoplasia che accedono al CAS verrebbero valutati anche dal punto di vista neurologico mediante visita clinica ed EMG basale, a seguire la rivalutazione verrebbe effettuata dopo circa 6 mesi, al termine delle terapie citotossiche. I vantaggi di tale approccio sarebbero rappresentati da una maggiore sensibilizzazione dei MMG e dell'oncologo, da una valutazione ab inizio del rischio di sviluppare una neurotossicità durante i trattamenti citostatici (anche in considerazione delle comorbilità approfonditamente indagate), da una migliore collaborazione fra figure professionali volta al mantenimento di una corretta dose terapeutica/QOL. Gli svantaggi sono rappresentati dalla difficoltà di mettere in atto tale approccio soprattutto nelle sedi più piccole e con minor risorse, dal dubbio di poter garantire l'EMG a tutti i pazienti nei tempi adeguati, dall'assenza di LG di comportamento da seguire in base all'esito dell'indagine.

Durante la discussione si ritiene che il setting cui proporre tale indagine potrebbe essere rappresentato da pazienti affetti da pregresso tumore del colon, del testicolo e della mammella in procinto di effettuare un trattamento adiuvante e che ad un primo screening clinico presentino le comorbilità sovraccitate. Tale progetto verrà ulteriormente discusso nei prossimi incontri.

Il gruppo di studio conclude l'incontro confermando l'impegno alla revisione delle LG. Entro l'estate verranno definiti i singoli argomenti su cui il gruppo di lavoro specifico andrà a lavorare (p.es tipo di marcatori da eseguirsi, le sedi di effettuazione, l'analisi dei costi e l'utilità dal punto di vista di predittività di risposta per il clinico...) producendo un documento scritto che dovrà essere inviato alla segreteria dei gruppi (tcaristo@reteoncologica.it) e quindi inoltrato a tutto il gruppo di studio per una revisione.

Si sollecita ad individuare 5 aspetti pratici costosi e di minore efficacia oggi ancora in uso e sui quali agire dal punto di vista organizzativo per un'adeguata ottimizzazione delle risorse umane ed economiche; si richiede inoltre di scegliere ed indicare i referenti per ciascuna specialità che possano collaborare con gli specializzandi individuati dalla Rete Oncologica alla creazione dell'"Oncopedia".

Si conferma la data del prossimo incontro:

28 settembre 2012 ore 14.30

Sarà cura della segreteria di rete (ucr@reteoncologica.it) inviare alcuni giorni prima del prossimo incontro conferma dell'ora, dell'OdG e del luogo.