

Follow-up Oncologico  
Corso di aggiornamento per Medici di Medicina Generale della Regione Abruzzo anno 2018  
Pacchetto Formativo



Regione Abruzzo  
ASL 202 Chieti Lanciano Vasto

**Follow-up Oncologico**  
Corso di Aggiornamento per Medici di Medicina Generale  
della Regione Abruzzo anno 2018  
Pacchetto Formativo

Follow-up Oncologico  
Corso di aggiornamento per Medici di Medicina Generale della Regione Abruzzo anno 2018  
Pacchetto Formativo

## Indice

- Luoghi , Orari, time-line pag. 4
- Docenti pag. 5
- Introduzione pag. 6
- Follow-up Oncologico pag. 7
- Associazioni pag. 12
- Negli USA pag. 12
- In Europa pag.14
- In Italia pag.15
- In Abruzzo pag.18
- Linee Guida links pag. 22
- Appendice in Toscana pag. 22
- Riferimenti Bibliografici pag. 23

**Follow-up Oncologico**  
 Corso di Aggiornamento per Medici di Medicina Generale della Regione Abruzzo, finalizzato a definire i ruoli del Medico di Medicina Generale e dello Specialista Oncologo nella gestione del Follow-up Oncologico.

Data	Sede	
15/09/2018	Chieti	Policlinico di Chieti (Sala Conferenze)
13/10/2018	Lanciano B	Ospedale di Lanciano (ex scuola Infermieri)
27/10/2018	Vasto	Sala Consiliare del Comune Vasto
10/11/2018	Lanciano A	Ospedale di Lanciano (Sala Multimediale)
24/11/2018	Ortona	Ospedale di Ortona (Sala Riunioni)

GIORNA TA/ MODUL O	ORARIO	CONTENUTI	DOCENTI	N° ORE/Docent i
1	9,00- 10,00	Introduzione al corso Follow-up Oncologico: linee Generali	Faraone Tinari Martino	1 ore
2	10,00- 12,00	Procedure del Follow-up Oncologico nelle neoplasie a maggior incidenza	Tinari Martino Faraone	2 ore
3	12,00- 13,00	Casi clinici. Post test	Faraone Martino Tinari Faraone	1 ora

Animatore di Formazione: **dott. Gabriele Faraone**: Specialista in Medicina Interna, Medico di Medicina Generale ASL 202 Chieti-Lanciano-Vasto

Docente di Contenuto: **Prof. Nicola Tinari** : Professore Associato di Oncologia Medica Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi "G. D'Annunzio" di Chieti-Pescara, Dirigente Medico I livello convenzionato c/o Clinica Oncologica - ASL 202 Chieti-Lanciano-Vasto

Docente di Contenuto: **Dott.ssa Maria Teresa Martino**, Specialista in Oncologia Medica; Dirigente Medico di I Livello Clinica Oncologica Policlinico "SS. Annunziata"- ASL 202 Chieti-Lanciano-Vasto

**Quanto inserito nelle pagine successive è solo uno stralcio della letteratura riguardante il "Follow-up Oncologico", quindi da considerarsi introduttivo al corso di aggiornamento, precedentemente definito, che si terrà nelle sedi e nelle date indicate. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al corso stesso ed ai riferimenti bibliografici.**

## Introduzione

Il cancro è la seconda causa di morte (il 30% di tutti i decessi) dopo le malattie cardiovascolari, ma chi sopravvive cinque anni dalla diagnosi ha, per alcuni tumori (testicolo, corpo dell'utero, ma anche melanoma, linfomi di Hodgkin e in misura minore colon-retto), prospettive di sopravvivenza vicine a quelle della popolazione che non ha mai avuto una neoplasia. In Italia i valori di sopravvivenza sono sostanzialmente in linea con quelli dei **Paesi nordeuropei**, inoltre per molti tipi di tumore i valori di sopravvivenza italiani sono superiori alla media europea. La sopravvivenza a cinque anni (63% donne, 57% uomini): è aumentata nel tempo e migliora man mano che ci si allontana dal momento della diagnosi.

La sopravvivenza è particolarmente elevata dopo un quinquennio nel tumore della mammella (87%) e della prostata (91%). I fattori che impattano sull'incidenza e sulla mortalità della prevenzione primaria sono: i programmi di screening, i miglioramenti delle tecniche diagnostiche, i miglioramenti programmi terapeutici, i nuovi farmaci, la terapia chirurgica, la radioterapia.

La consapevolezza di essere affetti da una **neoplasia** determina nei pazienti un'**ansia** che conduce ad una richiesta di attenzione in campo sanitario, senz'altro superiore rispetto a quella della popolazione non colpita da malattie oncologiche. Tale condizione non è limitata al periodo successivo alla diagnosi e alle prime fasi di cura, ma accompagna i pazienti per *molto tempo*, e insieme ai trattamenti chemio-radioterapici e chirurgici e alle comorbidità, rende peggiore la qualità della vita, di fatto gli individui con patologie tumorali sono **pazienti cronici** e come tali, necessitano di controlli ripetuti, di incontri reiterati, di colloqui rassicuranti, di comprensione. Fondamentale è che il paziente senta di essere seguito nel modo più adeguato e omogeneo, senza percepire differenze di trattamento da un centro ad un altro, perché ciò sia possibile è necessario che l'offerta di cura, come la capacità di presa in carico, sia uniforme ed esaustiva. A tal fine è senz'altro

necessaria la piena condivisione di piani terapeutici e assistenziali da parte di tutti gli attori che si muovono in tale ambito.

Il **Medico di Medicina Generale** gioca un ruolo centrale nel follow-up successivo a quello dei primi cinque anni, svolto in ambito specialistico. Di fatto, le tappe che configurano il monitoraggio della patologia, sono affidate al MMG, **figura deputata a gestire la cronicità**.

### Follow-up oncologico

Per follow-up oncologico si intende normalmente la sorveglianza dei pazienti che, sottoposti a un trattamento con intento radicale di una neoplasia, sono liberi da malattia, pur mantenendo un rischio di ricaduta, variabile nel tempo e a seconda della patologia. La pratica del follow-up è un'attività crescente e la cui importanza è sentita sia dai pazienti, che vivono con sentimenti di speranza e di ansia il succedersi di visite ed accertamenti, che dagli oncologi, che vi dedicano una ingente quantità di risorse. La sorveglianza clinico-strumentale ha come obiettivo l'anticipazione diagnostica della recidiva di malattia. Gli assunti che sono considerati impliciti a questa pratica sono i seguenti:

1. Sottoporre un paziente asintomatico ad una serie di visite ed esami di laboratorio e strumentali con cadenza pre-ordinata consente di anticipare la diagnosi di recidiva rispetto alla comparsa dei sintomi;
2. L'anticipazione diagnostica consente l'effettuazione tempestiva di un trattamento e questo, a sua volta, è più efficace che se fosse iniziato alla comparsa di sintomi.

Purtroppo solo in un limitato numero di condizioni patologiche questi assunti sono stati dimostrati con adeguate prove di efficacia, a causa della carenza di studi clinici controllati o della loro inadeguatezza. Inoltre, mentre questi assunti potrebbero essere plausibili per quanto riguarda le ricadute locali o la malattia oligometastatica, suscettibili di trattamenti a potenziale finalità curativa, molto più dubbia è l'utilità dell'anticipazione diagnostica nel caso della malattia multi-metastatica. Ci si trova così a

sostenere una pratica ad impatto crescente su un sistema sanitario già povero di risorse senza sufficienti elementi per sostenerne l'utilità. A questo si aggiunge che la sorveglianza clinica è soggetta a problemi di inappropriatelyzza, duplicazione, ridondanza delle prestazioni e disorganizzazione: sia il percorso intraospedaliero che la transizione dall'ospedale al territorio sono segnati dalla frequente mancanza di comunicazione e dall'assenza di percorsi condivisi. Infine, se da una parte il follow-up è soggetto ad una tendenza alla iper-medicalizzazione dei pazienti, dall'altra si sottovalutano i significati di sorveglianza delle tossicità tardive dei trattamenti, di diagnosi precoce di secondi tumori, di accompagnamento dei percorsi di riabilitazione, di correzione di stili di vita disfunzionali, di rassicurazione e supporto. L'insieme di queste funzioni viene riconosciuta come "*survivorship care*". L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) da tempo persegue l'obiettivo di dare strumenti utili al lavoro dell'oncologo e al tempo stesso informazioni corrette ai pazienti, che vadano nella direzione di una maggiore attenzione alle problematiche delle persone guarite dal tumore e di una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. Fin dal 2012 è stato suggerito lo strumento dei "moduli di programmazione del follow up", molto simili ai "*Survivorship Care Plan*" raccomandati anche dall'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) come modalità di esplicitazione per gli operatori sanitari e per il paziente relativamente alle procedure da seguire e come strumento per la definizione delle attività e delle responsabilità assistenziali. Nell'edizione 2014 delle Linee Guida si è deciso di rivedere i contenuti dei paragrafi riferiti al follow-up di ognuna delle linee guida di patologia, in modo da garantire il maggior grado di omogeneità possibile.



Nella revisione delle raccomandazioni si è seguito uno schema uniforme consistente nelle seguenti 10 domande:

1. Sono disponibili dati relativi al miglioramento della sopravvivenza nei pazienti sottoposti a follow-up e all'anticipazione del trattamento della ripresa di malattia?
2. Su quali evidenze sono basate le indicazioni relative agli accertamenti da eseguire?
3. Su quali evidenze sono basate le indicazioni relative alla frequenza delle visite di controllo?
4. Sono chiaramente indicati gli esami da eseguire routinariamente e sono esclusi gli esami da eseguire in caso di sospetto clinico di ripresa di malattia?
5. Se disponibile in letteratura, è prevista una distinzione delle procedure di follow-up a seconda degli stadi o della caratterizzazione istologica/molecolare della neoplasia?
6. Sono raccomandate procedure per la sorveglianza delle tossicità tardive dei trattamenti?
7. E' raccomandata, se considerata utile, l'adozione di stili di vita corretti? Sono raccomandate procedure per la sorveglianza dei secondi tumori?
8. E' descritta una modalità alternativa di follow-up per i pazienti anziani e/o fragili?
9. Sono suggeriti i ruoli dei diversi attori nel follow-up e in particolare è descritto il ruolo del Medico di Medicina Generale?
10. Sono descritti i tempi e in particolare è suggerita l'interruzione del follow-up specialistico?

La risposta a queste domande, e quindi la revisione dei contenuti delle raccomandazioni, è stata condotta utilizzando alcuni criteri di valutazione, che sono stati condivisi prima della revisione:

1. Si intende per follow-up oncologico la sorveglianza dei pazienti sottoposti ad un trattamento radicale e che non presentano sintomi riferibili a ripresa di malattia. Le procedure di follow-up vanno quindi rigorosamente distinte da quelle che si rendono utili in caso di sintomi o segni di allarme.
2. In assenza di evidenza circa l'utilità di una procedura tale procedura non va suggerita o comunque, tra diverse alternative, va raccomandata quella a minor costo. Il principio di contenimento delle risorse va applicato anche alla frequenza delle visite.
3. La visita di follow-up, oltre alla diagnosi precoce della ripresa di malattia, ha altri importanti significati clinici che vanno presi in considerazione (dal "follow-up" al "survivorship care"). In particolare devono essere valutati i seguenti rischi:
  1. Tossicità tardive dei trattamenti eseguiti o di trattamenti cronici;
  2. Conseguenze tardive della malattia oncologica;
  3. Secondi tumori.
4. La presenza di una neoplasia maligna comporta una domanda di salute che non si esaurisce nel tempo. Sebbene siano possibili altre soluzioni organizzative, si stabilisce di utilizzare uno schema "sequenziale", in cui, a una fase "specialistica" fa seguito la fase territoriale del follow-up. Il confine temporale delle due fasi è spesso arbitrario ma andrebbe suggerito sulla base dell'andamento del rischio di ripresa di malattia.
5. L'assenza di evidenze forti circa le procedure di followup fa sì che sia necessario in molti casi esprimere raccomandazioni basate sul parere degli esperti e su un consenso. L'espressione della raccomandazione è in ogni caso rilevante per le implicazioni cliniche, organizzative e medico-legali.

Il lavoro è stato condotto dai componenti del Tavolo di Lavoro sul follow-up in collaborazione con i referenti indicati dai coordinatori di ognuna delle Linee Guida di patologia. Il risultato è una profonda revisione dei contenuti delle raccomandazioni che sono quindi modificate rispetto alle precedenti edizioni. E' un lavoro che non si può considerare concluso e che richiederà uno sforzo continuo di aggiornamento e miglioramento. La ragione è che la frequente povertà delle evidenze a favore delle procedure indicate lascia alla sensibilità individuale e alla cultura oncologica complessiva la libertà di evolversi. Soprattutto lascia uno spazio rilevante ad un processo di integrazione con gli altri specialisti coinvolti nel follow-up e con la medicina territoriale, che sarà sempre di più interlocutore necessario per una reale continuità assistenziale.

Di seguito vengono descritte le più importanti Associazioni di Medici e Pazienti che si occupano di Oncologia, ogni Società scientifica ha le proprie linee guida come elencate con i rispettivi Link successivamente indicate.

### **Negli Stati Uniti d'America (USA)**



Fondata nel 1964, l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) si impegna a creare un mondo di differenze nella cura del cancro. In qualità di organizzazione leader mondiale nel suo genere, ASCO rappresenta oltre 40.000 professionisti di oncologia che si prendono cura delle persone affette da cancro. Attraverso la ricerca, l'istruzione e la promozione dell'assistenza ai pazienti di altissima qualità, ASCO lavora per conquistare il cancro e creare un mondo in cui il cancro sia prevenuto o curato e ogni sopravvissuto è sano. ASCO è supportato dalla sua organizzazione affiliata, il Conquer Cancer.



### Conquer Cancer Foundation

La Conquer Cancer Foundation è stata fondata dai maggiori medici oncologici dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) per cercare progressi significativi nella prevenzione, nel trattamento e nelle cure di tutti i tipi di cancro. ASCO è stato creato nel 1964 da sette medici oncologici con un unico scopo: migliorare la cura delle persone malate di cancro. ASCO è cresciuto dai suoi sette membri originali a quasi 45.000 oggi in rappresentanza di oltre 120 paesi. Come fondamento, Conquer Cancer supporta i numerosi programmi e attività di ASCO, tra cui la ricerca sul cancro, le opportunità di apprendimento per i professionisti di oncologia, l'educazione dei pazienti e dei caregiver e altro ancora.



Cancer.Net fornisce informazioni tempestive, complete e approvate da oncologi dall'American Society of Clinical Oncology (ASCO), con il sostegno della Conquer Cancer Foundation. Cancer.Net porta l'esperienza e le risorse dell'ASCO alle persone che vivono con il cancro e coloro che si prendono cura di loro e per aiutarli a prendere decisioni sanitarie informate.

## In Europa



### European Society for Medical Oncology

La Società Europea per Medici Oncologi (ESMO), Fondata nel 1975, è la principale organizzazione professionale europea per l'oncologia medica. Comprendendo 18.000 professionisti di oncologia provenienti da oltre 150 paesi, siamo la società di riferimento per l'educazione e l'informazione oncologica. Gli obiettivi dell'ESMO sono quelli di migliorare la qualità della prevenzione, della diagnosi, del trattamento, delle cure di supporto e palliative, nonché il follow-up dei pazienti con disturbi maligni.

## In Italia



**AIOM:** Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)  
**SIMG :** Società Italiana Di Medicina Generale e delle Cure Primarie  
**CIPOMO:** Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri  
**AIRO :** Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia Medica  
**SIURO :** Società Italiana di Urologia Oncologica  
**SIPO :** Società Italia di Psiconcologia  
**SICO :** Società Italia di Chirurgia Oncologica  
**AIRTUM :** Associazione Italiana Registri Tumori  
**ANISC :** Associazione Nazionale Italia Senologi Chirurghi  
**FAVO :** Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

Le predette associazioni nella Consensus Conference:

*“Dalla pratica del follow up alla cultura di survivorship care”*. Roma, 10-11 settembre 2015, hanno condiviso un DOCUMENTO DI CONSENSO che recita:

- La vita dopo il tumore non è caratterizzata solo dal rischio di recidiva ma da una serie di eventi patologici e di limitazioni della qualità di vita che devono essere riconosciuti e per i quali è necessario un impegno orientato ad un reale progetto di riabilitazione e di tutela della salute.
- I comportamenti prevalenti sono caratterizzati da un eccesso di prestazioni (in particolare visite ed esami) non giustificate dalle evidenze scientifiche disponibili. E' quindi necessario uno sforzo nella direzione di una maggiore appropriatezza.
- Il piano di interventi, sebbene abbia degli elementi comuni, va individualizzato e calato nel contesto clinico e sociale della persona.
- La pianificazione è lo strumento principale per la soddisfazione dei bisogni della persona e per l'integrazione degli attori coinvolti.
- La definizione di un “coordinatore” della sorveglianza e l'utilizzo di una infrastruttura informativa comune rappresentano elementi in grado di facilitare lo scambio di informazioni e di ottimizzare la qualità delle cure.

Nella medesima Consensus Conference sono state Revisionate le Linee Guida con l'introduzione della:

- **riduzione dell'esecuzione di accertamenti e visite non suffragati da prove di efficacia**; questo sforzo ha la potenzialità di tradursi in una significativa riduzione di procedure di scarsa utilità e in un virtuoso processo di de-ospedalizzazione dei guariti;
- **sistematica considerazione delle tossicità tardive dei trattamenti**; mentre per alcune patologie (ad esempio i tumori della mammella) sono prevalenti le tossicità relative ai trattamenti farmacologici, per altre possono essere molto rilevanti gli esiti di chirurgie demolitive (è il caso



delle neoplasie testa-collo o dell'apparato digerente) o dei trattamenti di radioterapia (ad esempio per i tumori della pelvi);

- **valorizzazione dei cambiamenti dello stile di vita** e più in generale degli interventi di prevenzione secondaria nella riduzione del carico di morbilità;

- **considerazione del rischio di seconde neoplasie**, che in molte patologie diventa, con il passare degli anni, maggiore rispetto al rischio di recidiva della prima neoplasia;

- Infine l'importanza di suggerire il **modello organizzativo** da adottare nella sorveglianza delle specifiche patologie ed in particolare la descrizione del **ruolo della Medicina Territoriale nel follow-up a lungo termine**.

## In Abruzzo



### Regione Abruzzo

**Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA):** documento tecnico sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del tumore del colon-retto, mammella, polmone. L'elemento innovativo dei PDTA è rappresentato dall'introduzione del **Gruppo Interdisciplinare di Cure Oncologiche (GICO)**, un'equipe composta dai diversi specialisti (chirurgo, oncologo, radioterapista etc.) che seguono il paziente e ne cura la presa in carico, stabilendo i percorsi di cura più appropriati attraverso un approccio complessivo del paziente. Il GICO deve mantenere uno stretto contatto anche con le altre figure coinvolte nel trattamento dei pazienti: Medico di Medicina Generale (MMG), Infermieri del territorio, Team delle cure Palliative etc.. Terminata la fase diagnostico terapeutica, alla dimissione del paziente deve essere fornita una documentazione adeguata per il paziente, per il MMG e per i servizi di supporto dell'area territoriale, nonché lo schema di follow-up.

1. **PDTA polmone** (DRG Abruzzo n.: 556 del 5/10/2017), follow-up: Il paziente percorre un follow-up con schema “sequenziale”, in cui a una fase “specialistica” fa seguito la fase “del MMG” del follow-up. Il confine temporale delle due fasi è personalizzato ma andrebbe suggerito sulla base dell’andamento del rischio di ripresa di malattia anche nella fase del follow-up specialistico, tra una visita specialista di controllo e l’altra, il ruolo del MMG per il paziente è necessario in caso di sintomi o segni o patologie intercorrenti. La durata del periodo di follow-up specialistico, nella maggior parte delle situazioni, si ritiene che possa essere limitata ai primi due anni successivi al trattamento primario. Si consiglia , in ogni caso, che ciascun centro stabilisca la durata del follow-up specialistico e che, a seguire il paziente possa eseguire i controlli richiesti presso il proprio medico curante
  
2. **PDTA colon-retto** (DRG 06.06.2016, n. 52) , follow-up: Il paziente dopo l’intervento riceve un’assistenza post-operatoria secondo le raccomandazioni delle ultime linee guida in particolare il supporto psico-sociale da parte di un infermiere o personale specializzato. il paziente in questa fase viene inserito dal GICO nel programma di follow-up la cui gestione fa capo allo specialista a seconda del programma stesso e può essere:
  - a breve termine entro 6 mesi, che deve concentrarsi su problemi post-operatori: sulla programmazione futura e la gestione dello stoma.
  - a più lungo termine esami di controllo ad intervalli di 1e 3 anni 5 anni.

- 3. PDTA mammella (DGR 340/2017), follow-up:** per tutte le pazienti è indicata la mammografia annuale + ecografia mammaria su indicazione del radiologo senologo e, per le pazienti che hanno effettuato la radioterapia, il primo controllo va effettuato a 6-12 mesi dal termine di quest'ultima. Al momento non vi sono evidenze scientifiche che una diagnosi tempestiva di metastasi a distanza abbia una ricaduta sulla sopravvivenza, pertanto il follow-up delle pazienti operate viene indicato secondo le linee guida AIOM, valutando l'opportunità di effettuare nei singoli casi, un follow-up più interattivo per le pazienti ad alto rischio di ripresa di malattia.

Linee Guida Oncologiche più seguite:

AIOM: <http://www.aiom.it/professionisti/documenti-scientifici/linee-guida/1,413,1>,

ASCO: <https://www.asco.org/practice-guidelines>

American Cancer Society:

<https://www.guidelinecentral.com/summaries/organizations/american-cancer-society/>

NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=csg>

NCCN: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx)

## Appendice

### Come in Toscana

Un passo in avanti può essere considerata la  
Delibera Giunta Regionale Toscana 1068/2016 che stabilisce che:

1. In ogni ospedale, sede di UO oncologia, è stato aperto l'A.I.U.T.O. Point (Assistenza, Informazione, Urgenze nel Trattamento Oncologico), ad integrazione della attività di accoglienza ITT/CORD2
2. Entrambe rappresentano il servizio di riferimento del paziente' in termini d'i assistenza, orientamento e supporto e costituiscono la principale interfaccia per le prenotazioni degli accertamenti previsti dal Follow-up.
3. Ai pazienti affetti da patologia oncologica già in cura presso le strutture di Oncologia aziendali, devono essere garantite prescrizione e prenotazione diretta della visita specialistica successiva e delle principali indagini previste dal relativo protocollo in tutte le sedi in cui avviene la presa in carico.
4. I pazienti non dovranno più rivolgersi al Cup per i controlli, ma sarà l'AIUTO Point a:
  - prenotare tutte le prestazioni previste
  - assicurare tutti gli adempimenti amministrativi in materia di esenzione
  - avviare l'iter per il riconoscimento dell'invalidità civile informare sui diritti ( esenzioni, trasporto, legge 104, parrucche)
  - effettuare la presa in carico di problematiche sanitarie emergenti.

## Riferimenti Bibliografici

- Franca Bigioli Firenze, 5 maggio 2018 Workshop Il portale per l'audit di AFT.
- Carmine Pinto, Milano dicembre 2014, AIOM Follow-up Oncologico 2014.
- Linee Guida AIOM Follow-up Oncologico 2014.
- PDTA polmone : DRG Abruzzo n.: 556 del 5/10/2017.
- PDTA colon-retto: DRG Abruzzo 06.06.2016, n. 52.
- PDTA mammella: DGR 340/2017.
- DRG Regionale Toscana 1068/2016.