

Incontri di aggiornamento del Dipartimento Oncologico

La gestione del paziente oncologico: il follow up

OBIETTIVI DEL FOLLOW UP

Dr. Monica Turazza

Negrar, 5 Novembre 2016



Ospedale
Sacro Cuore Don Calabria
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO - REGIONE VENETO

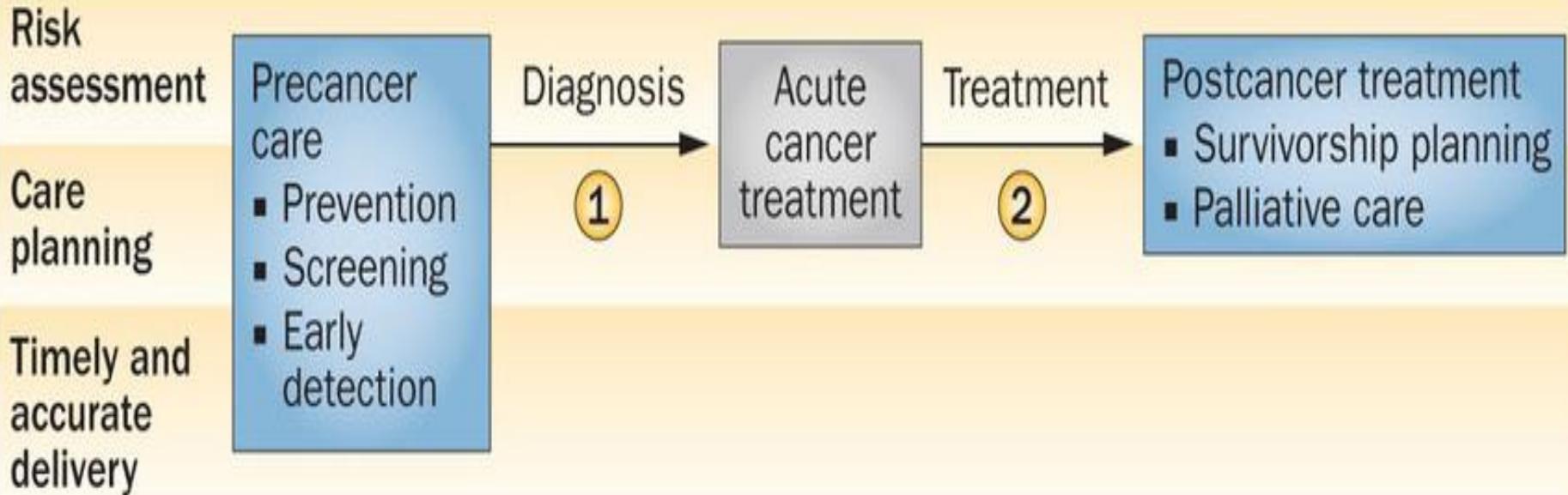


Cancer Care Center

Numero Verde

800 143 143

Numero per la Cura del Tumore



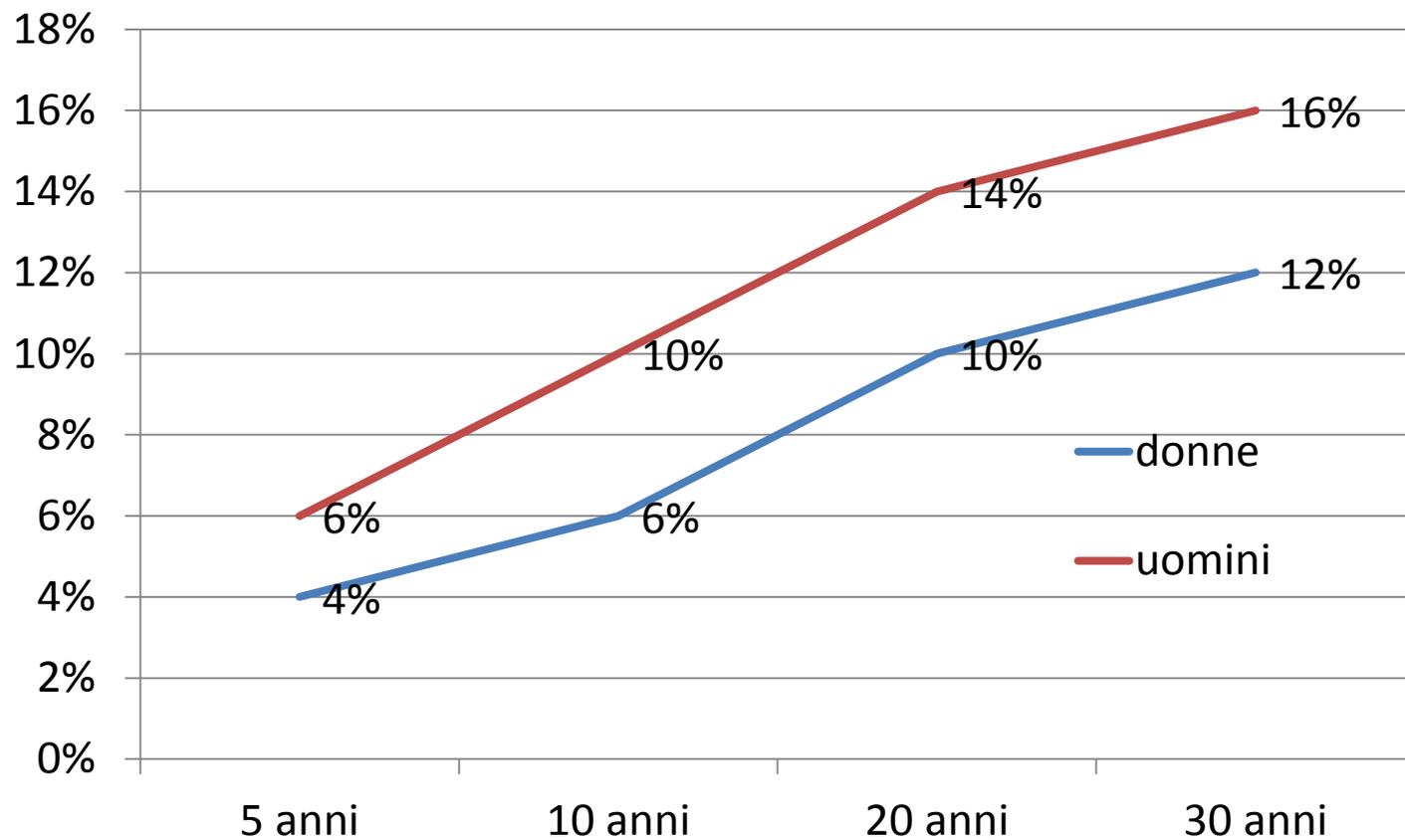
The multiple roles of primary care in oncology covering prevention, early detection, survivorship and palliative care. Core themes along the continuum include risk assessment and care planning to deliver appropriate and timely care. (1)...

La diagnosi di neoplasia genera nel paziente un bisogno di salute superiore rispetto a quello della popolazione generale

RISCHIO DI EFFETTI «TARDIVI» DELLE CURE ONCOLOGICHE SULLA SALUTE E SULLA QUALITA' DI VITA

- **Tossicità a lungo termine di chirurgia, radioterapia, trattamenti farmacologici**
 - Cardiopatía iatrogena**
 - Diabete**
 - Linfedema**
 - Osteoporosi**
 - Patologie vascolari/TVP**
- **Riduzione/perdita della fertilità a breve e lungo termine**
- **Qualità di vita peggiore condizionata da:**
 - trattamenti ricevuti (esiti attinici, esiti chirurgici)**
 - stress (alterazione del sonno, depressione, ansia)**
 - difficoltà di inserimento nella vita lavorativa e sociale**

RISCHIO DI SECONDI TUMORI (post- trattamenti, predisposizione genetica)



RISCHIO DI RICADUTA

Rimane nel tempo

Dipendente da fattori non completamente noti (teoria della biologia delle «cellule tumorali dormienti»)

Dipendente dal tipo di patologia



Andamento imprevedibile

Spesso non identificabile un limite temporale tra fase «ad alto rischio» e fase «a basso rischio»

FOLLOW UP IN MEDICINA

Definizione (tratto da «wikipedia»): termine proveniente dalla lingua inglese, indica una serie di controlli periodici programmati a seguito a terapie mediche e/o chirurgiche.

Scopo: serve a diagnosticare **prima della comparsa** dei sintomi una ripresa di malattia, una nuova patologia collegata alla prima o un effetto dannoso legato al trattamento.

«Difetti»

Pratica sviluppata prima di dimostrarne la reale efficacia

Eccessiva variabilità nelle indicazioni e nell'appropriatezza

Incentrato sulla sorveglianza della diagnosi precoce di recidiva

Scarsa sorveglianza su tossicità tardive, riabilitazione, stili di vita



Follow up



Rassicurazione di essere seguiti
Comunicazione periodica e certa col medico
(allevia incertezza, dà informazioni)
Prosecuzione di supporto psicologico
Ritorno progressivo alla vita normale
Sorveglianza del proprio stato di salute e dei familiari
(«consulting genetico»)



Attività distinta dalle altre attività oncologiche

**Riguarda soggetti senza evidenza di malattia oncologica e potenzialmente guariti
Impatto incerto su storia naturale della malattia e su attesa di vita del paziente
Spesso inappropriato per sovrapposizione di visite specialistiche e abuso di esami
Ostacolo a mantenere la qualità di assistenza per pazienti più bisognosi di cure oncologiche**

NUMERO (di pazienti)

**I NUMERI
DEL CANCRO
IN ITALIA
2015**

	maschi	femmine
Tutti i nuovi casi di tumori maligni stimati per il 2015 (esclusi carcinomi della cute)	194.400	168.900
Nuovi Casi attesi/anno	6-7/1000	5/1000
Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi di tutti i tumori maligni (esclusi carcinomi della cute)	57% (39% 1990-92)	63% (53% 1990-92)
Probabilità di sopravvivenza di tutti i tumori (escluso il carcinoma della cute) a 5 anni essendo sopravvissuto al 1° anno dalla diagnosi	73%	77%
Probabilità di sopravvivenza di tutti i tumori (escluso il carcinoma della cute) a 5 anni essendo sopravvissuto ai primi 5 anni dalla diagnosi	87%	89%

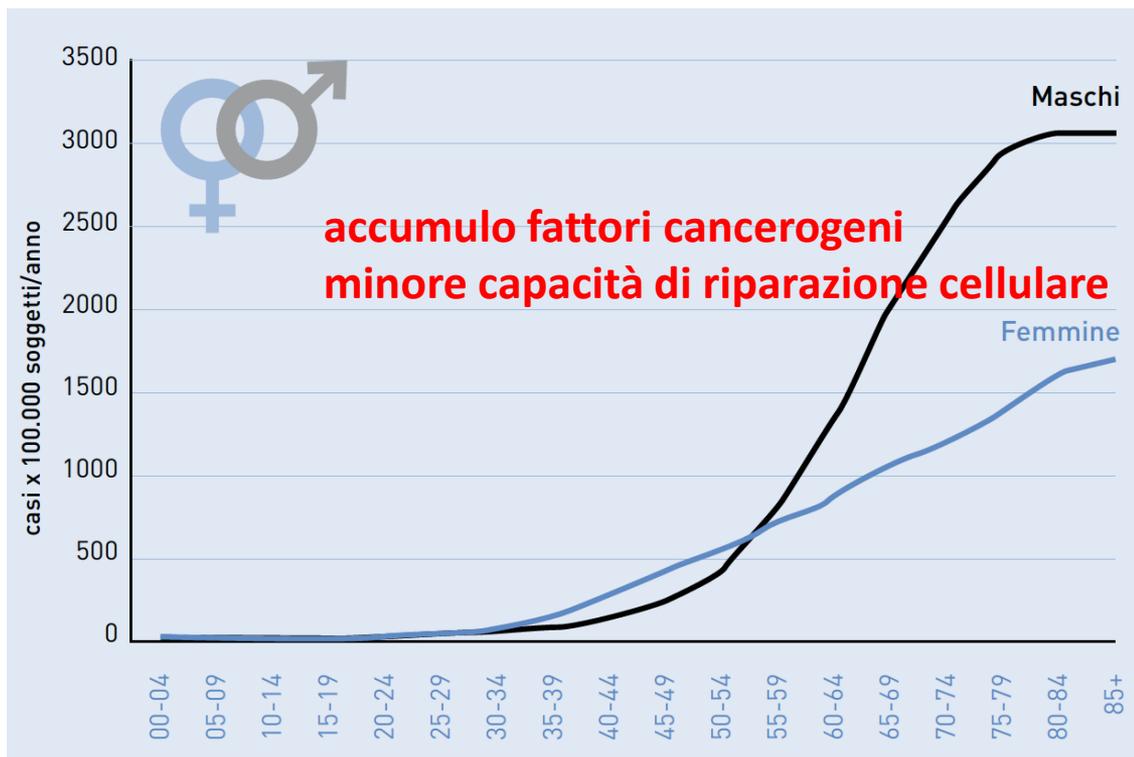
Qual è l'effetto dell'età della popolazione e del suo invecchiamento sul numero di diagnosi di tumore?

	Maschi		Femmine	
	2002	2013	2002	2013
65 anni	16,9	18,6	20,8	22,0
70 anni	13,3	14,7	16,6	17,7
75 anni	10,2	11,2	12,7	13,7
80 anni	7,5	8,2	9,3	10,0

**I NUMERI
DEL CANCRO
IN ITALIA
2015**

Speranza di vita a diverse età, per uomini e donne nel 2002 e 2013 (www.demo.istat.it)

Dopo i 60 anni si osserva un netto incremento dell'incidenza arrivando a superare i 1000 casi ogni 100.000 persone/anno.



AIRTUM 2007-2011. Tassi età-specifici (x100.000) per sesso.
Tutti i tumori esclusi i carcinomi della cute.

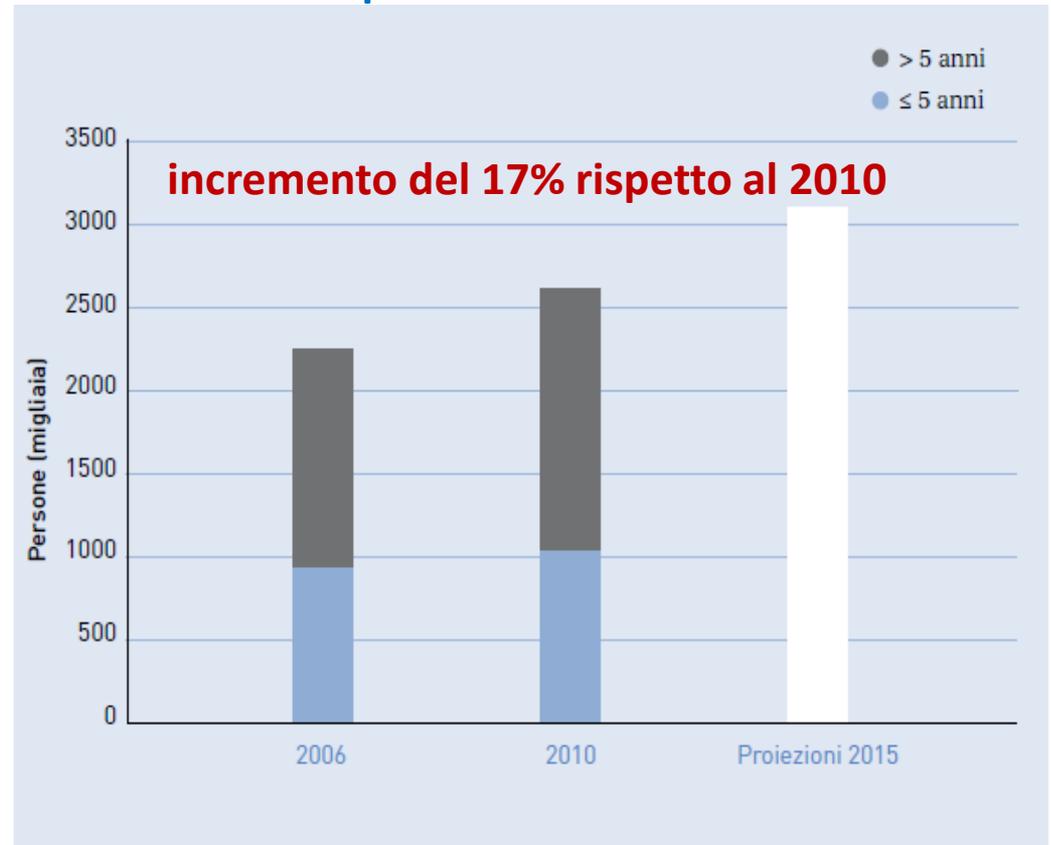
Prevalenza

Numero di persone che, in un periodo e in una popolazione ben definita, sono viventi dopo una diagnosi di tumore indipendentemente dal tempo trascorso dalla diagnosi.

Dipende da:

- Incidenza
(aumenta l'incidenza)
- Sopravvivenza
(prognosi: diagnosi precoce, trattamenti)

I NUMERI
DEL CANCRO
IN ITALIA
2015



Proiezione al 2015 del numero di persone che vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore (casi prevalenti): 3.036.741 con un incremento rispetto al 2010 del +20% per i maschi e +15% per le femmine

QUANDO UN PAZIENTE ONCOLOGICO PUO' CONSIDERARSI "GUARITO"?

SEDE	ANNI DALLA DIAGNOSI Perché l'eccesso di mortalità rispetto la popolazione generale diventi trascurabile
polmone	10
Colon-retto	9-10
mammella	> 20
pancreas	10
Cervice, corpo uterino	< 11
Testicolo	< 5
Tiroide	< 5
prostata	-
rene	-
vescica	-
mieloma	-
fegato	-

NUMERO (di anni)

Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

James L. Khatcheressian, Patricia Hurley, Elissa Bantug, Laura J. Esserman, Eva Grunfeld, Francine Halberg, Alexander Hantel, N. Lynn Henry, Hyman B. Muss, Thomas J. Smith, Victor G. Vogel, Antonio C. Wolff, Mark R. Somerfield, and Nancy E. Davidson

NUMERO (di esami)

Purpose

To provide recommendations on the follow-up and management of patients with breast cancer who have completed primary therapy with curative intent.

Results

There were 14 new publications that met inclusion criteria: nine systematic reviews (three included meta-analyses) and five randomized controlled trials. After its review and analysis of the evidence, the Update Committee concluded that no revisions to the existing ASCO recommendations were warranted.

Table 1. Recommendations for Breast Cancer Follow-Up and Management in the Adjuvant Setting

Mode of Surveillance	Recommendation*
RECOMMENDED	
History/physical examination	All women should have a careful history and physical examination every 3 to 6 mo for the first 3 yr after primary therapy, then every 6 to 12 mo for the next 2 yr, and then annually. The history and physical examination should be performed by a physician† experienced in the surveillance of patients with cancer and in breast examination.
Patient education regarding symptoms of recurrence	Physicians should counsel patients about the symptoms of recurrence including new lumps, bone pain, chest pain, dyspnea, abdominal pain, or persistent headaches. Helpful Web sites for patient education include www.cancer.net and www.cancer.org .
Referral for genetic counseling	Women at high risk for familial breast cancer syndromes should be referred for genetic counseling in accordance with clinical guidelines recommended by the US Preventive Services Task Force. ¹⁹ Criteria to recommend referral include the following: Ashkenazi Jewish heritage; history of ovarian cancer at any age in the patient or any first- or second-degree relatives; any first-degree relative with a history of breast cancer diagnosed before the age of 50 yr; two or more first- or second-degree relatives diagnosed with breast cancer at any age; patient or relative with diagnosis of bilateral breast cancer; and history of breast cancer in a male relative.‡
Breast self-examination	All women should be counseled to perform monthly breast self-examination.
Mammography	Women treated with breast-conserving therapy should have their first post-treatment mammogram no earlier than 6 mo after definitive radiation therapy. Subsequent mammograms should be obtained every 6 to 12 mo for surveillance of abnormalities. Mammography should be performed yearly if stability of mammographic findings is achieved after completion of locoregional therapy.
Pelvic examination	Regular gynecologic follow-up is recommended for all women. Patients who receive tamoxifen therapy are at increased risk for developing endometrial cancer and should be advised to report any vaginal bleeding to their physicians. Longer follow-up intervals may be appropriate for women who have had a total hysterectomy and oophorectomy.
Coordination of care	The risk of breast cancer recurrence continues through 15 yr after primary treatment and beyond. Continuity of care for patients with breast cancer is recommended and should be performed by a physician experienced in the surveillance of patients with cancer and in breast examination, including the examination of irradiated breasts. Follow-up by a PCP seems to lead to the same health outcomes as specialist follow-up with good patient satisfaction. If a patient with early-stage breast cancer (tumor <5 cm and <4 positive nodes) desires follow-up exclusively by a PCP, care may be transferred to the PCP approximately 1 yr after diagnosis. If care is transferred to a PCP, both the PCP and the patient should be informed of the appropriate follow-up and management strategy. Re-referral for further oncology assessment may be considered, as needed, especially for patients who are receiving adjuvant endocrine therapy.
NOT RECOMMENDED	
Routine blood tests	<i>CBC testing</i> is not recommended for routine breast cancer surveillance. <i>Automated chemistry studies</i> are not recommended for routine breast cancer surveillance.
Imaging studies	<i>Chest x-rays</i> are not recommended for routine breast cancer surveillance. <i>Bone scans</i> are not recommended for routine breast cancer surveillance. <i>Ultrasound of the liver</i> is not recommended for routine breast cancer surveillance. <i>CT scanning</i> is not recommended for routine breast cancer surveillance. <i>FDG-PET scanning</i> is not recommended for routine breast cancer surveillance. <i>Breast MRI</i> is not recommended for routine breast cancer surveillance.
Breast cancer tumor marker testing	The use of <i>CA 15-3</i> or <i>CA 27.29</i> is not recommended for routine surveillance of patients with breast cancer after primary therapy. <i>CEA</i> testing is not recommended for routine surveillance of patients with breast cancer after primary therapy.

Breast Cancer “Tailored Follow-up” in Italian Oncology Units: A Web-Based Survey

Clara Natoli^{1*}, Davide Brocco¹, Isabella Sperduti², Antonio Nuzzo³, Nicola Tinari¹, Michele De Tursi¹, Antonino Grassadonia¹, Lorenzo Mazzilli⁴, Stefano Iacobelli¹, Teresa Gamucci⁵, Patrizia Vici⁶, and the “FOLLOW-UP” Study Group[†]

1 Department of Experimental and Clinical Sciences, University “G. d’Annunzio”, Chieti, Italy, **2** Unit of Biostatistics, Regina Elena National Cancer Institute, Rome, Italy, **3** Oncology Department, “Floraspe Renzetti” Hospital, Lanciano, Italy, **4** Clinical Governance Unit, “SS. Annunziata” Hospital, Chieti, Italy, **5** Department of Oncology, “S.S. Trinita” Hospital, Sora, Italy, **6** Division of Medical Oncology B, Regina Elena National Cancer Institute, Rome, Italy

Purpose: Breast cancer follow-up procedures after primary treatment are still a controversial issue. Aim of this study was to investigate, through a web-based survey, surveillance methodologies selected by Italian oncologists in everyday clinical practice.

Methods: Referents of Italian medical oncology units were invited to participate to the study via e-mail through the SurveyMonkey website. Participants were asked how, in their institution, exams of disease staging and follow-up are planned in asymptomatic women and if surveillance continues beyond the 5th year.

February 2013-May 2013:

134 responders/233 invited referents of Italian Medical Oncology Units;

125 surveys were completed.

Table 2. Selection of exams independently of the risk of disease relapse.

	<i>At diagnosis</i>		<i>At follow-up</i>		<i>P value</i>
	<i>NO</i>	<i>YES</i>	<i>NO</i>	<i>YES</i>	
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	
<i>Blood chemistry tests</i>	0	25 (100.0)	10 (40.0)	15 (60.0)	<0.0001
<i>Tumor markers</i>	3 (12.0)	22 (88.0)	5 (20.0)	20 (80.0)	0.47
<i>Chest radiograph</i>	3 (12.0)	22 (88.0)	18 (72.0)	7 (28.0)	<0.0001
<i>Liver ultrasound</i>	0	25 (100.0)	14 (56.0)	11 (44.0)	<0.001
<i>Bone scan</i>	1 (4.2)	24 (96.0)	20 (80.0)	5 (20.0)	<0.0001
<i>Whole-body CT scan</i>	19 (76.0)	6 (24.0)	25 (100.0)	-	0.01
<i>Whole-body PET/CT scan</i>	25 (100.0)	0	25 (100.0)	-	-

doi:10.1371/journal.pone.0094063.t002

Conclusions

90.4% do not apply the minimal follow up procedure after primary treatments

78.4% continue follow up in all patients beyond 5 years

77.6% planned follow up at diagnosis according to the «risk of disease progression»

9.6% apply minimal follow up procedures according to international guidelines

0% applied minimal follow up in high risk asymptomatic women

Indicatori per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici del tumore della mammella

A set of indicators to monitor the adherence to the guidelines for the diagnosis and treatment of breast cancer

Antonio Russo,¹ Anita Andreano,² Emanuela Anghinoni,³ Mariangela Autelitano,⁴ Aldo Bellini,⁵ Maurizio Bersani,⁶ Sabrina Bizzoco,³ Luca Cavalieri d'Oro,⁷ Adriano Decarli,⁸ Silvia Lucchi,⁹ Salvatore Mannino,³ Emerico Panciroli,⁵ Magda Rognoni,⁷ Giuseppe Sampietro,¹⁰ Maria Grazia Valsecchi,² Marco Villa,⁹ Carlo Zocchetti,⁶ Alberto Zucchi¹⁰

Epidemiol Prev 2014; 38 (1): 16-28

- Studio di coorte retrospettivo
- 12988 casi incidenti di carcinoma della mammella nel periodo 2007-2009
- Registri tumori di 6 ASL della Lombardia (definizione del caso e stadio)
- 34 indicatori (validati da un team di oncologi) per misurare l'appropriatezza delle prestazioni erogate nelle fasi di: diagnosi, trattamento, follow up
- Analisi di ogni indicatore in relazione a: età, stadio, indice di deprivazione, tipo di trattamento erogato, volume di procedure specifiche dell'ospedale dove è stata eseguito l'intervento chirurgico primario

SCOPO: sviluppare una metodologia per definire indicatori che misurino la distanza tra le linee guida e la pratica clinica corrente

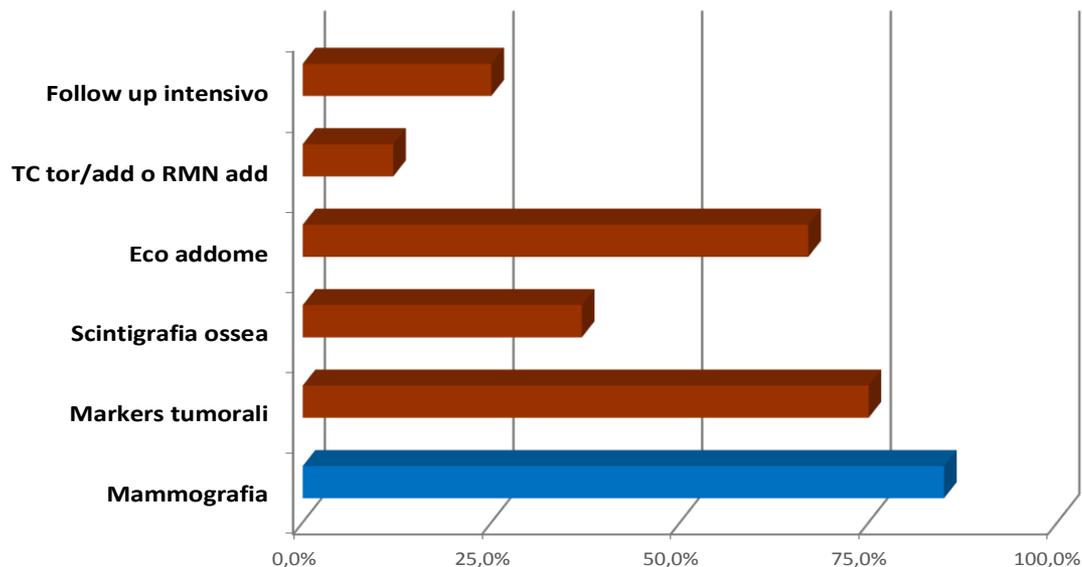
Risultati: “scostamenti maggiori si sono rilevati per gli indicatori di follow up con un eccesso di prestazioni”



Indicatori per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici del tumore della mammella

A set of indicators to monitor the adherence to the guidelines for the diagnosis and treatment of breast cancer

Antonio Russo,¹ Anita Andreano,² Emanuela Anghinoni,³ Mariangela Autelitano,⁴ Aldo Bellini,⁵ Maurizio Bersani,⁶ Sabrina Bizzoco,³ Luca Cavalieri d'Oro,⁷ Adriano Decarli,⁸ Silvia Lucchi,⁹ Salvatore Mannino,³ Emerico Panciroli,⁵ Magda Rognoni,⁷ Giuseppe Sampietro,¹⁰ Maria Grazia Valsecchi,² Marco Villa,⁹ Carlo Zocchetti,⁶ Alberto Zucchi¹⁰



Costo stimato del follow up annuale € 200

Costo reale

N0 € 1600

N+ € 2100

Dosaggio del marker tumorale in maniera inappropriata	75%
Indagine strumentale eco/TC/RMN	67%
Scintigrafia ossea	37%
Scintigrafia ossea per stadiazione (in genere non indicata in I-II stadio)	32%
Follow up intensivo (dosaggio marker tumorali+scintigrafia ossea+indagine radiologica epatica)	25%

Considerazioni conclusive:

Necessità di ridurre la variabilità
Necessità di contenere indagini inutili o inappropriate per i pazienti
Necessità di ridurre il sovraccarico organizzativo degli ospedali

Capacità da parte del sistema sanitario (che deve essere equo e sostenibile) di garantire l'applicazione di protocolli/procedure basati su evidenze scientifiche disponibili.

FATTORI DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI NEOPLASIA

< 2% i portatori di mutazioni con sindromi ereditarie del rischio neoplastico

- BRCA 1 e 2 : incremento di rischio di cancro mammario e/o ovarico
- PALB 2, MSH 2 e MLH1: incremento di rischio per cancro del colon retto non poliposico

40% correlato a STILI DI VITA

AUMENTATA sorveglianza su riabilitazione e stili di vita



**Incremento di prevenzione «primaria»
Aumento risorse per progetti di ricerca
Aumento di risorse per nuove terapie**

Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio

	USA, 2012*	Regno Unito, 2010**
Fattore di rischio	%	%
Tabacco	33	19
Dieta	5	9
Sovrappeso, obesità	20	5
Inattività fisica	5	1
Abuso di bevande alcoliche	3	4
Fattori occupazionali	5	4
Infezioni	8	3
Radiazioni ionizzanti e esposizione a raggi UV	2	5
Inquinamento ambientale	2	-

	Sufficiente evidenza negli umani	Limitata evidenza negli umani
Agenti chimici e composti		
Formaldeide	Leucemia, nasofaringe	Cavità nasali e seni paranasali
Benzene	Leucemie	
Occupazioni		
Alluminio	Polmone, vie urinarie	
Alcool isopropilico	Cavità nasali e seni paranasali	
Metalli		
Cromo	Polmone	Cavità nasali e seni paranasali
Nichel	Polmone, cavità nasali e seni paranasali	
Polveri e fibre		
Asbesto	Laringe, polmone, mesotelioma, ovaio	Colon-retto, faringe, stomaco
Polveri di cuoio, polveri di legno	Cavità nasali e seni paranasali	
Radiazioni		
Radio 222	Polmone	Leucemia
Radio 226 e radio 228	Osso, processo mastoide, seni paranasali	
Agenti biologici		
Virus Epstein-Barr	Linfomi, nasofaringe	Carcinoma linfoepiteliale, stomaco
Virus epatite B, C	Carcinoma epatocellulare	Colangiocarcinoma
Papilloma virus 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Cervice	
Helicobacter pylori	Linfoma, stomaco	
Abitudini personali		
Alcool	Mammella, colon-retto, laringe, fegato, esofago, cavità orale, faringe	Pancreas
Fumo di tabacco	Leucemia mieloide, cervice, colon-retto, rene, laringe, fegato, polmone, cavità nasali e seni paranasali, esofago, cavo orale, ovaio, pancreas, faringe, stomaco, uretere, vescica; in figli di fumatori: epatoblastoma	Mammella; in figli di fumatori: leucemia
Farmaci		
Ciclosporine	Linfomi non-Hodgkin, cute, altre sedi	
Estrogeni in menopausa	Endometrio, ovaio	Mammella
Contraccettivi con estrogeni e progesterone	Mammella, cervice, fegato,	
Estrogeni e progesterone in menopausa	Mammella, endometrio	

TABELLA 2. Agenti cancerogeni per l'uomo e relativi tumori associati. IARC, 2011 (modificata da: Cogliano VJ, Baan R, Straif K, et al. Preventable exposures associated with human cancers. J Natl Cancer Inst 2011; 103 (24): 1827-39. doi: 10.1093/jnci/djr483. Epub 2011 Dec 12).

Sindrome metabolica e rischio di tumore mammario

Valentina Rosato¹, Cristina Bosetti¹, Renato Talamini², Fabio Levi³, Eva Negri¹, Carlo La Vecchia^{1,4,5}

Tabella 1. Distribuzione di 3.869 donne in post-menopausa con tumore mammario e 4.082 controlli in post-menopausa, e corrispondenti rischi relativi (RR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%, in base al numero delle componenti della sindrome metabolica. Italia e Svizzera, 1983-2007¹³.

Numero delle componenti della sindrome metabolica	Casi:Controlli	RR (IC al 95%) ^{a,b}
0	1784:1930	1 ^c
1	1305:1431	1,07 (0,96-1,18)
2	589:579	1,24 (1,08-1,43)
≥3	191:142	1,75 (1,37-2,22)
P-value per trend		<0,0001

^aStimati da modelli di regressione logistica aggiustati per età, Centro di studio, livello di istruzione, consumo di alcol, età al menarca, età al primo parto, età alla menopausa, uso di terapie ormonali sostitutive e storia familiare di tumore mammario.

^bLa sindrome metabolica è definita come l'insieme di diabete, ipertensione, iperlipidemia, circonferenza vita ≥88 cm, o indice di massa corporea ≥30 kg/m² per le donne con informazioni mancanti sulla circonferenza vita.

^cCategoria di riferimento

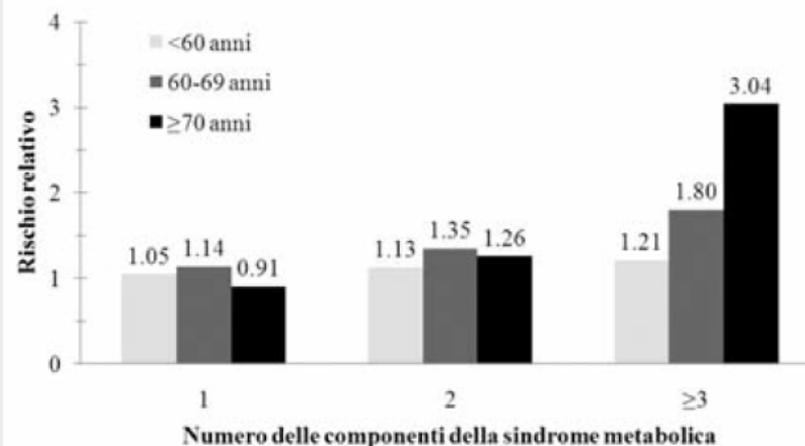


Figura 1. Rischi relativi di tumore mammario nelle donne in post-menopausa in base al numero delle componenti della sindrome metabolica in diverse fasce di età. Italia e Svizzera, 1983-2007¹³.

Stimati da modelli di regressione logistica aggiustati per età, Centro di studio, livello di istruzione, consumo di alcol, età al menarca, età al primo parto, età alla menopausa, uso di terapie ormonali sostitutive, e la storia familiare di tumore mammario. Categoria di riferimento: donne con nessuna componente.

Effect of Obesity on Prognosis After Early-Stage Breast Cancer

Marianne Ewertz, Maj-Britt Jensen, Katrin Á. Gunnarsdóttir, Inger Højris, Erik H. Jakobsen, Dorte Nielsen, Lars E. Stenbygaard, Ulla B. Tange, and Søren Cold

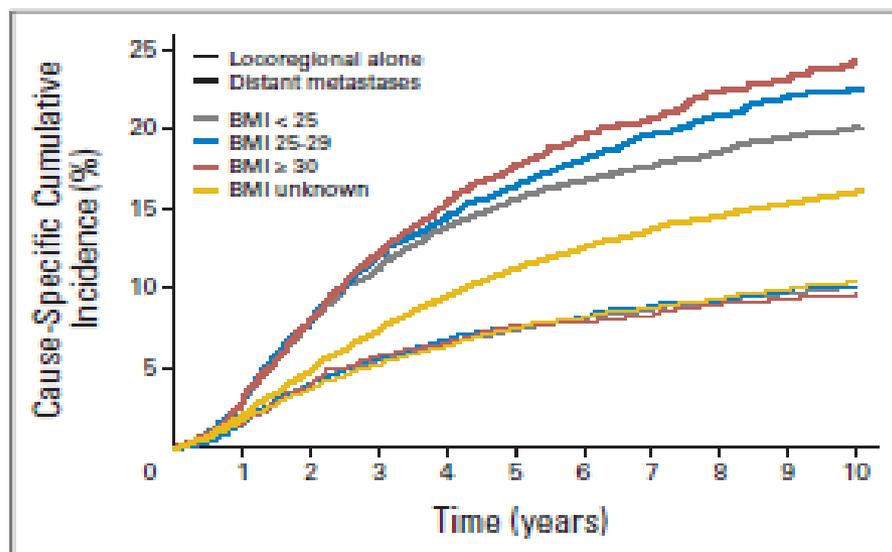


Fig 1. Cumulative incidence of first events (locoregional recurrences and distant metastases) in relation to body mass index (BMI) among 53,816 patients with early-stage breast cancer in Denmark, 1977 to 2006.

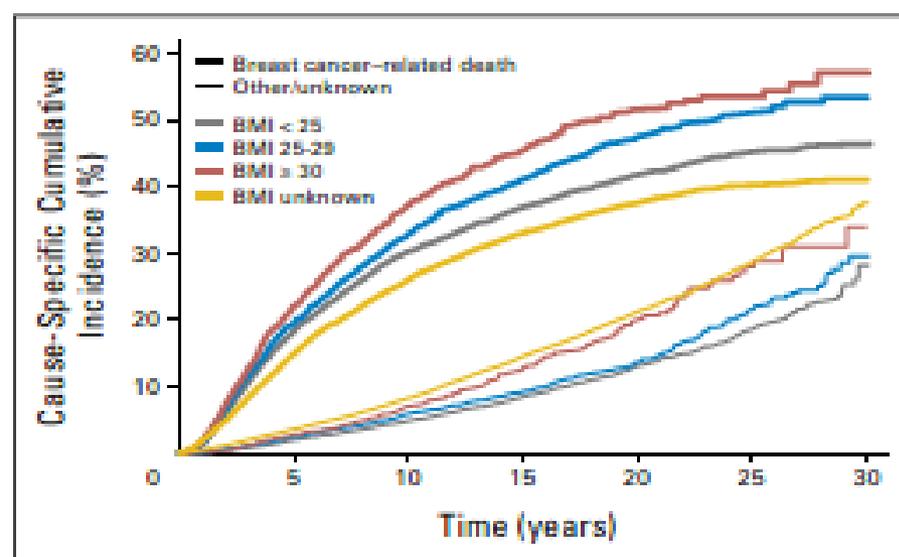


Fig 2. Risk of death as a result of breast cancer and other causes in relation to body mass index (BMI) among 53,816 patients with early-stage breast cancer in Denmark, 1977 to 2006.

Conclusion

Obesity is an independent prognostic factor for developing distant metastases and for death as a result of breast cancer; the effects of adjuvant therapy seem to be lost more rapidly in patients with breast cancer and obesity.

DALLA «PRATICA DEL FOLLOW UP»

Riduzione dell'intensità della sorveglianza e miglioramento dell'appropriatezza

Pianificazione e personalizzazione della sorveglianza

Impegno nella tutela della salute e nella correzione degli stili di vita

Valorizzazione della medicina territoriale

Definizione di un modello organizzativo

Informazione ai cittadini

CULTURA DI «SURVIVORSHIP CARE»

LINEE GUIDA AIOM E «FOLLOW UP»: QUALE PERCORSO?

CRITERI UTILIZZATI PER LINEE GUIDA 2014

Raccolta dati su:

- relazione tra OS e anticipazione di trattamento per ricaduta di malattia diagnosticata in follow up
- quali accertamenti eseguire
- quale frequenza devono avere le visite di controllo
- quali esami da eseguire “routinariamente”
- follow up «diversificato» in base a stadio o caratteristiche istologiche/molecolari?

Raccomandazioni su procedure per:

- sorveglianza su tossicità tardive
- sorveglianza su stili di vita
- sorveglianza su secondi tumori

Follow up distinto per pazienti «unfit»

Ruoli distinti per i vari specialisti e per il MMG

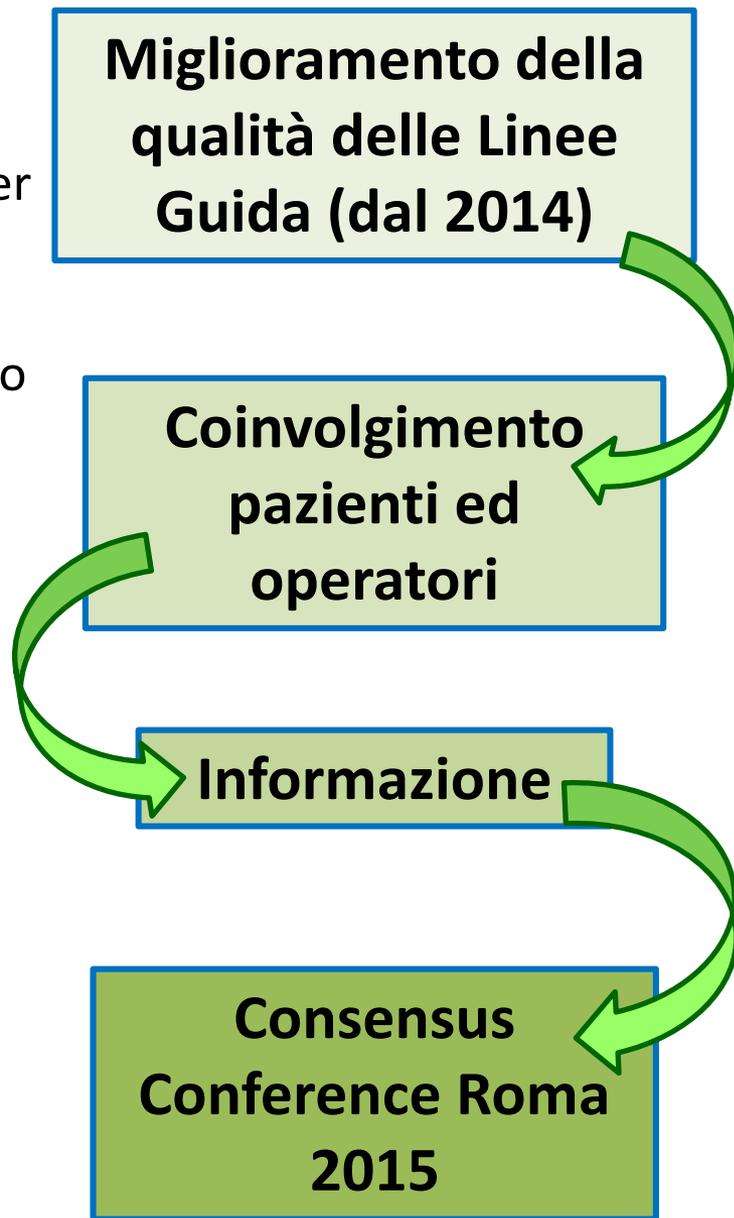
Durata del follow up

Miglioramento della qualità delle Linee Guida (dal 2014)

Coinvolgimento pazienti ed operatori

Informazione

Consensus Conference Roma 2015



RICHIAMO ALL'APPROPRIATEZZA

I costi attesi del follow up sono relativamente contenuti ma i costi reali stimati sono di circa 10 volte superiori per diffusa inappropriata richiesta di esami e di visite.

-Il follow up intensivo (l'aggiunta di esami strumentali e di laboratorio) ha una efficacia variabile: da scoraggiare l'utilizzo di procedure non suffragate da evidenza né da linee guida

-La conduzione di studi clinici e la raccolta di dati su larga scala sono fortemente raccomandati, in quanto unico approccio per consentire il miglioramento delle conoscenze.

VALORIZZAZIONE DELL'ESAME CLINICO/ANAMNESI

-In caso di segni/sintomi sospetti per recidiva di malattia o di nuova patologia oncologica è necessario procedere con le indagini mirate.

-Personalizzazione della sorveglianza

COORDINAMENTO TRA OPERATORI/PROGRAMMAZIONE/INFORMAZIONE DEL PAZIENTE

-I Servizi Sanitari dovrebbero prevedere percorsi di accesso prioritari e definizione di canali di comunicazione tra MMG e Specialista (rapide consultazioni e decisioni condivise).

-Una persona guarita dopo terapia oncologica deve poter ricevere la proposta di un iter di cura, riabilitazione, e controlli periodici concordata tra lo specialista di riferimento e il MMG. Tale iter deve essere proporzionato alle condizioni generali e ai bisogni del paziente



Progetto speciale follow up, riabilitazione e fertilità

IL FOLLOW UP NEL PAZIENTE ONCOLOGICO RACCOMANDAZIONI PER LA CURA DEI LUNGO-SOPRAVVIVENTI DOPO NEOPLASIA

L'attività di controllo specialistico per i pazienti senza evidenza di malattia va distinta dalla attività per il paziente con neoplasia attiva

Il follow up multispecialistico va scoraggiato per ridurre il rischio di sovrapposizione di visite ed esami da parte dei diversi specialisti implicati nelle fasi di cura e diagnosi

Il MMG deve essere il referente del paziente e coordinatore degli altri specialisti finalizzato al benessere complessivo e non solo all'individuazione della recidiva

Il follow up va pianificato con il MMG secondo programmi di cura individuali (survivorship care plans)

Consensus Conference

Dalla pratica del follow up alla cultura di «survivorship care»
(Roma 10-11 settembre 2015) - DOCUMENTO DI CONSENSO

Previsione dei trattamenti

Plasticità organizzativa

Contenimento dei costi

Facile applicabilità

Calcolo di rischio di recidiva

FOLLOW UP «MODELLO PERSONALIZZATO»
Oncologo ↔ Medico Medicina Generale
(rischio di ricadute, effetti collaterali tardivi, contesto clinico)

Pazienti a basso rischio
reindirizzati
precocemente al MMG

Pazienti a rischio intermedio
modello sequenziale
(alternanza tra lo specialista e il MMG)

Pazienti ad alto rischio
maggiore e continuativo
coinvolgimento dello
specialista nei primi anni
di terapia primaria

Pazienti «unfit»
(anziani, gravi comorbidità,
non suscettibile di
trattamenti attivi,
aspettativa di vita inferiore
alla prognosi oncologica):
valutazioni cliniche
guidate dalla
comparsa dei sintomi

«Survivorship Care Plan» o Programma di follow up Consensus Conference – Roma, 2015

Informazioni sulla patologia, trattamenti ricevuti, possibili sintomi di recidiva, possibili effetti tossici dei trattamenti ricevuti a breve e lungo termine

Indicazioni relative alle visite di follow up e alla loro periodicità con facilità di contatto tra MMG e Centro Specialistico; programmazione dei test indicati per la sorveglianza della patologia e per il monitoraggio di tossità tardive

Indicazioni pratiche di prevenzione legata agli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica)

Progetto di adozione di una cartella unica informatizzata tra Struttura Specialistica e MMG: strumento ottimale per garantire continuità di cure, ottimizzazione delle prestazioni e prevenzione di duplicazione di procedure

Progetto di pianificazione e di integrazione multiprofessionale : continuità assistenziale e di gestione tra specialisti e «territorio» (modello già presente per alcune malattie croniche quali diabete, IRC, cardiopatia e che potrebbe essere preso come riferimento)

Progetto di riabilitazione multiprofessionale : contributo al ripristino delle condizioni di salute del paziente (sia psico-fisiche che sociali)

Progetto di modalità di interazione tra Centro Specialistico e MMG: percorso diffuso a tutti gli operatori coinvolti con definizione di specifici indicatori verificabili che permettano di monitorarne l'aderenza



Incontri di aggiornamento del Dipartimento Oncologico

La gestione del paziente oncologico: il follow up

OBIETTIVI DEL FOLLOW UP

Grazie dell'attenzione

Dr. Monica Turazza

Negrar, 5 Novembre 2016



Ospedale
Sacro Cuore Don Calabria
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO - REGIONE VENETO



Cancer Care Center
Numero Verde
800 143 143
Numero per la Cura del Tumore