Progetto speciale follow up, riabilitazione e fertilità

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

Numerose evidenze suggeriscono che nella pratica clinica il follow up oncologico è soggetto ad un elevato grado di inappropriatezza, determinato in particolare dalla sovrapposizione di visite specialistiche e dall'abuso di esami di laboratorio e strumentali. L'utilizzo delle risorse potenzialmente improprio che ne deriva costituisce oggi un paradossale ostacolo alla capacità di mantenere la qualità dell'assistenza a favore dei pazienti più bisognosi di cure oncologiche.

Le società scientifiche che sottoscrivono questo documento ritengono perciò necessario proporre l'adozione di misure finalizzate a promuovere l'appropriatezza delle attività di follow up e modelli di cura integrata che includano l'assistenza primaria, l'assistenza specialistica, le attività di riabilitazione e il supporto sociale.

In particolare, si raccomanda l'adozione di comportamenti clinici e modalità organizzative che siano basate sulle evidenze scientifiche disponibili supportando ogni iniziativa volta ad individuare percorsi multi professionali e interdisciplinari per la cura dei lungo-sopravviventi delle principali neoplasie. Questi percorsi dovranno essere adattati alle diverse realtà organizzative, alle risorse locali e alle necessità dei singoli pazienti.

Premesse

Il follow-up è una attività specifica e distinta dalle altre attività oncologiche che presenta alcune caratteristiche peculiari:

a. Riguarda soggetti senza evidenza di malattia oncologica e potenzialmente guariti.
b. L'impatto sulla storia naturale della malattia e sulla attesa di vita del paziente è incerto, in molti casi (ad esempio neoplasie della mammella) è marginale. E' sicuramente più importante, al fine di garantire la migliore qualità delle cure, che al momento della comparsa di sintomi o segni di allarme il ricorso all'approfondimento diagnostico e al trattamento avvenga in tempi brevi ed in maniera mirata.
c. Oltre alla sorveglianza della malattia oncologica di base dovrebbe prendere in considerazione altri aspetti della salute: le tossicità tardive, i secondi tumori, le comorbidità, la fatigue, l'educazione a stili di vita corretti (nutrizione, attività fisica, astensione da fumo e alcool), l'impatto psico-sociale della malattia e tutte quelle condizioni comunque legate alla malattia oncologica che ostacolano il ritorno alla normale quotidianità e per le quali esistono strumenti e procedure di provata utilità ed efficacia.
d. E' una attività a bassa complessità solitamente basata su un'anamnesi accurata, sull'esame obiettivo generale e, in alcuni casi, su pochi esami strumentali, ben definiti da linee guida e da documenti di raccomandazione.

Raccomandazioni

1. Il medico di medicina generale (MMG) è il referente della salute del paziente ed ha quindi un ruolo centrale; attorno alla sua figura di coordinamento ruotano gli altri specialisti e le altre figure professionali secondo un programma dichiarato, e noto al paziente, finalizzato al suo benessere complessivo e non alla sola individuazione della recidiva. Il MMG deve quindi partecipare attivamente ad ogni fase del follow up: può assumere un ruolo esclusivo nella gestione del paziente dopo un periodo di tempo definito, oppure da subito in popolazioni selezionate di pazienti (basso rischio di ripresa di malattia, comorbidità severe e condizionanti la sopravvivenza, età avanzata, scelta del/della paziente).
2. L'attività di controllo specialistico per i pazienti senza evidenza di malattia va in ogni caso considerata distinta dalle attività per il paziente con neoplasia attiva.
3. Va scoraggiato il follow up multispecialistico a favore di soluzioni organizzative che evitino la sovrapposizione delle visite e degli esami richiesti dai diversi specialisti che hanno contribuito alla fase diagnostica ed al trattamento iniziale.
4. In accordo al punto precedente, il follow-up andrebbe pianificato con il MMG secondo programmi di cura individuali ("*survivorship care plans*") semplici e conformi alle linee guida, che devono essere illustrati e condivisi con la persona coinvolta fin dal completamento della fase di trattamento.
5. All'ingresso del paziente nei percorsi di follow up è di fondamentale rilevanza prestare attenzione alle necessità riabilitative e all'informazione circa i possibili percorsi di riabilitazione. Ove necessario, il ricorso a tali presidi deve essere precoce e continuativo.
6. Si raccomanda l'impiego di strumenti di registrazione delle visite che consentano la disponibilità e la circolarità delle informazioni cliniche:
   a. La cartella informatica oncologica dovrebbe essere lo strumento principale;
   b. In assenza di tale strumento si consiglia l'utilizzo di un referto strutturato della visita con indicazione distinta del programma (previsioni a medio lungo termine relative alle modalità di follow up) e delle conclusioni (contingenti e relative al singolo episodio visita), che possa essere aggiornato da ogni specialista e dal MMG.
7. Si raccomanda l'interruzione del follow up specialistico per tutti i pazienti che non presentino tossicità tardive da trattamento o segni /sintomi sospetti di ripresa di malattia. Il prolungamento di attività di controllo specialistico in assenza di evidenze scientifiche a supporto va considerato non appropriato e contrario all'interesse del paziente, tenendo conto dell'impatto sulla qualità di vita di una persistente medicalizzazione e dei rischi potenziali diretti ed indiretti legati ad indagini diagnostiche futili.
8. Al termine del follow up specialistico va indirizzato al paziente e al MMG un documento di sintesi che fornisca gli elementi più rilevanti della diagnosi e delle terapie adottate, unitamente alle informazioni necessarie in merito alla eventuale prosecuzione dei controlli clinici periodici e all'esecuzione di alcuni esami strumentali (ad esempio la mammografia nelle pazienti con neoplasia mammella e la colonscopia nelle neoplasie del colon-retto) ove indicati. Il documento deve inoltre contenere informazioni complete riguardanti il controllo delle tossicità tardive, la sorveglianza dei secondi tumori (ad esempio re-ingresso nei programmi di screening) e sostenere l'importanza di corretti stili di vita.
9. Si raccomanda fortemente l'istituzione di percorsi dedicati per i pazienti che presentino segni o sintomi di allarme riguardo ad una possibile ripresa di malattia. Devono essere concordate con il MMG modalità di consultazione dello specialista e percorsi per l'accesso prioritario di questi pazienti al centro oncologico di riferimento, laddove il MMG ne ravvisi la necessità.
10. Si raccomanda l'istituzione di programmi formativi/informativi permanenti rivolti ai MMG che aggiornino periodicamente le conoscenze relative al corretto svolgimento dell'attività di assistenza ai lungo-sopravviventi e la definizione, a livello locale, di percorsi che favoriscano la continuità di cura ospedale-territorio in questo ambito. Si raccomanda che siano forniti strumenti di informazione alle persone oggetto dei programmi di cura per favorire da parte loro decisioni consapevoli riguardo alla propria salute.

Bibliografia

1. Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, Blayney DW, Ganz PA, Mulvey TM, Wollins DS. American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: the top five list for oncology. J Clin Oncol 2012, DOI: 10.1200/JCO.2012.42.8375

2. Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, Grunfeld E, Muss HB, Vogel VG, Halberg F, Somerfield MR, Davidson NE. American Society of Clinical Oncology 2006 Update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. J Clin Oncol 2006, 24:5091-5097.

3. Desch CE, Benson III Al B, Somerfield MR, Flynn PJ, Krause C, Loprinzi CL, Minsky BD, Pfister DG, Virgo KS, Petrelli NJ, for the American Society of Clinical Oncology Colorectal Cancer Surveillance: 2005 update of an American Society of Clinical Oncology practice guideline. J Clin Oncol 2005, 23:8512-8519.

4. National Comprehensive Cancer Network guidelines for treatment of cancer by site. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site

5. European Society for Medical Oncology clinical practice guidelines. http://www.esmo.org/education-research/esmo-clinical-practice-guidelines.html

6. Earle CC. Failing to plan is planning to fail: improving the quality of care with survivorship care plans. J Clin Oncol 2006, 24:5112-5116.