



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI TESTA-COLLO** tenutosi in data **19 dicembre 2017** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O. Ordine Mauriziano

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

ASL Asti

ASL Biella

ASL CN 1

ASL Città di Torino (Ex ASL TO 1 e ASL TO 2)

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

ASL Vercelli

ASL VCO

AUSL Valle d'Aosta

IRCCS Candiolo

Dipartimento Rete Oncologica

Alle ore 14,30 la riunione ha inizio. Si procede quindi alla discussione dei punti all'ordine del giorno.

**1) Follow-up: stato dell'arte** (Relatori dott. Vitiello e dott. Lerda – Cuneo): i controlli nel paziente trattato per patologia oncologica della testa e del collo rispondono di fatto a due esigenze, oncologiche e non oncologiche. Tra le prime vi è la ricerca precoce della recidiva di malattia, nella speranza di procedere con ulteriori trattamenti curativi. Le seconde, non meno importanti, comprendono per esempio la gestione delle tossicità a lungo termine delle terapie, la promozione della salute, la riabilitazione e il reinserimento. Ad oggi tuttavia non esistono evidenze forti su quello che dovrebbe essere il follow-up ottimale. Fatte salve le peculiarità che rendono ogni paziente un caso a sé con esigenze sue specifiche, il clinico oggi dovrebbe orientarsi tra poche evidenze sparse, linee guida discordi e su non univoci orientamenti di buona pratica clinica. Il risultato è che esiste una certa disomogeneità gestionale tra centro e centro. Salvo la diffusa indicazione a seguire con visite ravvicinate il paziente nei primi 1-2 anni, non esistono per esempio indicazioni salde sull'impiego dell'imaging in follow-up, come non esiste per esempio un ruolo definito dell'EBV-DNA nei pazienti trattati per carcinoma del rinofaringe. Neanche sulla durata del follow-up specialistico esiste una raccomandazione inequivocabile: se di solito si indica di proseguire i controlli per 5



anni, esistono situazioni in cui potrebbe essere opportuno prolungare i controlli ben oltre questa data (estensioneuroblastoma, alcuni tumori salivari, carcinomi HPV+). Dato il peso medico-legale che le linee guida rivestiranno nel prossimo futuro (legge 8 marzo 2017 n. 24 cosiddetta legge Gelli), a livello di Rete Oncologica è importante stabilire entro breve un documento che raccolga quelle che per evidenza o esperienza dovranno essere i principi guida del follow-up.

**2) Il CAS che vorremmo.** Le caratteristiche generali dei CAS della Rete sono definite, ma, come si evince dai PDTA presentati, il funzionamento di ognuno di questi avviene secondo le dinamiche specifiche delle rispettive realtà assistenziali. Si propone la elaborazione di un questionario conoscitivo su quelle che dovrebbero essere le caratteristiche del CAS ideale, questionario aperto a nuovi aspetti non già esaminati. Le conoscenze acquisite potrebbero aiutare a migliorare le carenze e uniformare almeno in parte la condotta di queste fondamentali strutture.

**3) Il paziente fragile in oncologia cervico-cefalica.** La presenza sempre maggiore dell'anziano negli ambulatori oncologici e la diffusione di fragilità di altra natura rendono quanto mai utile la produzione di documenti di valutazione della fragilità stessa, al fine di trovare quindi soluzioni condivise ed efficaci all'interno della Rete. Lo studio di questi aspetti viene affidato alla commissione ad hoc già a suo tempo identificata.