



In un affollato Auditorium del Ministero della Salute la giornata precongressuale

“FOLLOW-UP, ALLEANZA FRA ONCOLOGI E MEDICI DI FAMIGLIA”

I presidenti di Fondazione AIOM, Iacono, e di AIOM Cascinu: “Così possiamo rispondere ai bisogni degli ex pazienti”

L'aspetto scientifico si unisce a quello sociale. È questo il significato storico della giornata precongressuale. Dobbiamo saper rispondere ai bisogni delle persone guarite dal cancro. Complessità è la parola chiave per affrontare le sfide che ci aspettano, nella direzione indicata da Marco Venturini, che è stato un presidente 'sociale' proprio per l'attenzione e la sensibilità che ha sempre riservato alle esigenze dei pazienti". Con queste parole il presidente **Stefano Cascinu** ha aperto la giornata che precede l'avvio del XIV Congresso Nazionale, dedicata al "Follow up in oncologia", nell'Auditorium del Ministero della Salute. Nel nostro Paese 2 milioni e 250 mila italiani vivono con una diagnosi di tumore. Circa 1 milione e 285mila sono 'lungosopravvissuti', persone che hanno superato la soglia dei 5 anni senza ricadute della malattia e tornano alla vita di tutti i giorni: riprendono il lavoro, praticano sport, diventano genitori. "Abbiamo organizzato un tavolo di lavoro con FAVO, CIPOMO, SIMG, SIPO e AIRO – ha spiegato il presidente della



Il tavolo dei relatori

qualità della vita e allo stesso tempo di rendere possibile la prevenzione terziaria. Le persone guarite dal cancro hanno il diritto di essere informate su tutti i loro diritti, a partire da quelli relativi al ritorno al lavoro e alla riabilitazione. Senza quest'ultima anche le visite di controllo non hanno significato". **Gianmauro Numico** dell'Oncologia di Aosta ha illustrato il progetto speciale sul follow up condotto dall'AIOM, determinato dalla consapevolezza che la malattia induce un bisogno di salute che non si interrompe con la fine delle terapie. "Il controllo – ha spiegato Numico – non riguarda solo la possibilità di recidiva: devono essere considerate anche le tossicità tardive dei trattamenti, il rischio di seconde neoplasie, le comorbidità. Sappiamo che l'impatto epidemiologico è esplosivo. E la visita di controllo è una prestazione a basso livello di complessità clinica". Va inoltre valutato il problema delle risorse disponibili. Ad esempio, è stato calcolato che un centro che effettua 200 visite all'anno per casi di tumore al seno (della durata di circa 20 minuti), in 5 anni eseguirà 8400 visite (per 2800 ore di carico di lavoro per medico). Quali solo dunque le possibilità di intervento? Non solo è stato elaborato un documento con le 10 raccomandazioni (vedi p.2). Nella prima indagine sull'organizzazione del follow up, che ha coinvolto sia gli oncologi che i pazienti, non è trascurabile la percentuale degli specialisti che dichiarano di mantenere in cura i pazienti per tutta la vita: 60% nel caso delle neoplasie del seno e

30% di quelle del colon-retto. "Deve essere anche ottimizzata l'organizzazione del follow up – ha continuato Numico -. Stiamo predisponendo strumenti per migliorare l'appropriatezza. Vi sono resistenze al cambiamento determinate sia dalla iper-intensificazione, con la difficoltà nel concepire una realtà multidisciplinare, che dalla de-intensificazione, con il rischio di svalutare la prestazione. Evitare di pianificare il follow up significa decretarne il fallimento". Nella survey più del 90% degli oncologi ha affermato che il ruolo del medico di famiglia andrebbe valorizzato meglio.

E la necessità di implementare un modello di gestione che integri in maniera ottimale le figure dell'oncologo e del medico di famiglia è stata ribadita da **Maurizio Cancian**, responsabile area oncologica della SIMG. "I general practitioner riscontrano oggi sempre più difficoltà nella pianificazione del follow-up – ha spiegato Cancian -. Questo perché trattiamo pazienti, di età anche molto avanzata, in continua crescita. Persone ormai considerate guarite dal cancro ma che si sottopongono a follow-up continuo. Il dato emerge chiaramente anche dai dati epidemiologici del progetto Health Search, avviato dalla SIMG nel 1998 per raccogliere informazioni derivanti dalla pratica clinica su tutto il territorio. Informazioni che coincidono con quelle diffuse dall'AIOM e dall'AIRTUM nel volume 'I numeri del cancro in Italia 2012'. Ma il punto è che, oltre ai costi che derivano da questa gestione, vanno considerati anche gli aspetti legati alle malattie croniche. Ogni MMG ha in carico, in media, 100 persone con diagnosi di tumore. Se consideriamo che la maggior parte è over 65 ed è quindi spesso colpita da altre patologie (diabete, pneumopatie, demenze, ecc.) si capisce la dimensione del problema. Riusciranno quindi i medici di famiglia a sostenere l'esplosione delle malattie croniche? Una collaborazione integrata fra oncologo e MMG, con una precisa pianificazione del follow-up sul territorio, è quello di cui il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno.

Purtroppo per ora siamo carenti in risorse, comunicazione e assistenza". Sensibilizzare le aziende sui bisogni dei pazienti è fondamentale. "In Italia nel

2011 85.000 persone hanno perso il lavoro per un tumore – ha sottolineato **Dario Francolino**, consigliere della Fondazione SODALITAS, l'unica organizzazione di sostenibilità d'impresa italiana che riunisce 95 aziende del nostro Paese e si occupa di progetti rivolti al no-profit e al sociale -. Favorire il ritorno del malato alla vita di tutti i giorni e stimolare una nuova inclusione sociale sono quindi obiettivi da non trascurare. Soprattutto ora che consistente fetta di popolazione può tornare ad un'esistenza 'normale'. Per questo abbiamo premiato l'AIMAC con il Premio Sodalitas Social Innovation per il progetto 'Pro-Job. Lavorare durante e dopo il cancro: una risorsa per l'impresa e per il lavoratore'. Un'idea sviluppata in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano e l'Istituto Nazionale Tumori". **Onofrio De Lucia** dell'INPS ha inoltre sottolineato la necessità di istituire anche in Italia una società di oncologia forense, come in molti altri Paesi europei, indispensabile per evitare letture distorte delle norme. E un chiaro riferimento alla cronaca di questi giorni. "Il nostro Istituto dispone di un osservatorio privilegiato – ha evidenziato -. Per quanto riguarda le prestazioni assistenziali per tumori, la Puglia si colloca al primo posto a livello nazionale. E Taranto è la città in cima alla classifica con il 52% di risarcimenti per patologie neoplastiche. Spesso basta saper leggere i dati a disposizione". **Antonio Federici** del Dipartimento della Prevenzione del Dicastero della Salute ha portato il saluto del Ministro Balduzzi.



Gianmauro Numico

"È importante – ha spiegato – garantire l'equità e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale. Abbiamo gli strumenti per raggiungere questo obiettivo. È stato raggiunto con le Regioni l'accordo sull'Health Technology Assessment e sulle reti oncologiche. La risposta alle aspettative dei pazienti è nell'appropriatezza". Infine De Lorenzo ha provocatoriamente chiesto a Federici se il PON è ancora un documento valido. "Tutto è fermo da 18 mesi", ha denunciato il presidente FAVO. "Gruppi di lavoro – ha rassicurato il dirigente del Ministero – stanno lavorando, abbiamo sollecitato le Regioni e all'inizio del 2013 sarà pronto in documento condiviso sulle reti oncologiche".



Antonio Federici

Fondazione AIOM **Carmelo Iacono** - per scattare una fotografia del territorio e indicare nuovi modelli organizzativi, le raccomandazioni sul follow up da proporre alle Istituzioni". La voce dei pazienti nelle parole del presidente della FAVO **Francesco De Lorenzo**.

"La definizione condivisa delle prime linee guida del follow up per le persone guarite dal cancro è una grande conquista – ha sottolineato -. Risponde alla legittima aspettativa di migliorare la



La platea segue i lavori



IL DECALOGO PER L'ASSISTENZA SUL TERRITORIO

Presentati ieri i 10 punti per promuovere l'appropriatezza delle attività di assistenza sul territorio ai pazienti oncologici, frutto della collaborazione tra AIOM, CIPOMO, SIMG, FAVO, AIRO e SIPO. Una semplice guida per contrastare l'elevato grado di inappropriatezza che caratterizza ancora il follow-up.

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 colonoscopia 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-sopravvissuti 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.



Un momento della presentazione

IL VALORE DELL'INFORMAZIONE E DEI TESTIMONIAL

Parlare con efficacia di cancro, svolgendo un importante ruolo sociale e di informazione, significa raggiungere il maggior numero di persone possibile, non solo gli 'addetti ai lavori'. Per questo, durante la Giornata Precongressuale, sono stati invitati due relatori 'esterni', che nella vita non fanno il medico ma ricoprono ruoli importanti nell'ambito della comunicazione al grande pubblico. Uno è Francesco Marabotto, Caporedattore centrale dell'ANSA, la principale agenzia di stampa del nostro Paese, da 25 anni firma autorevole del giornalismo scientifico italiano ed ex paziente, guarito vincente da un tumore.

L'altra è Margherita Granbassi, campionessa mondiale di scherma e testimonial dell'AIOM, da tempo impegnata in campagne di sensibilizzazione a fianco degli oncologi. "Il ruolo di un'informazione precisa e attendibile è fondamentale – ha spiegato Marabotto –. Come giornalisti, dobbiamo preoccuparci di denunciare le storture e le ingiustizie del sistema. Ma il nostro compito è anche quello di comunicare fiducia nelle strutture ospedaliere e



Francesco Marabotto

nei medici, sottolineando i progressi compiuti dalla scienza medica in questi anni. Non è possibile che, nel 2012, si legga ancora di persone che si recano all'estero per sottoporsi a 'cure alternative', con risultati nefasti. Tutto questo quando abbiamo a disposizione trattamenti rivoluzionari, come le *target therapies*, o strumenti di screening eccezionali. L'Italia può considerarsi inoltre un'eccellenza, perché gode di un Sistema Sanitario unico, universalistico, che non fa distinzioni di categorie. Ma, ne sono certo, il bisogno di informazione principale è comunque quello

che si risolve nel rapporto medico-paziente. Qui si concentra la comunicazione più importante, dove il malato guadagna in termini di attenzione e cura, anche quando i trattamenti non servono più a molto". "Lo sport è la mia ragione d'essere – ha commentato Granbassi –. Non si tratta soltanto di voglia di competere e di vincere, ma è uno stile di vita, che fa della voglia di star bene il suo elemento essenziale. So quanto l'esercizio possa essere uno dei più importanti strumenti di prevenzione delle malattie.

Il progetto AIOM "Non fare autogol", che seguo in quanto conduttrice di una trasmissione su RaiSport, media partner dell'iniziativa, rappresenta uno dei migliori esempi di come una società scientifica possa rap-

portarsi con i giovani, attraverso le testimonianze degli atleti. Ma al tempo stesso voglio sottolineare come lo sport sia anche una vetrina di persone normali, a cui è capitato di affrontare l'avversario più difficile: il cancro. Tanti miei colleghi hanno dimostrato che il tumore non è più un male incurabile. Mi riferisco a Pato, Lea Pericoli, Sylvain Abidal. Oggi possiamo seguire il loro esempio per sconfiggere la malattia, impegnandoci al massimo perché tutti conoscano l'importanza di uno stile di vita sano e dei controlli, che possono farci capire quando qualcosa non va".



Margherita Granbassi

L'appello dei giovani oncologi nel pomeriggio della giornata pregressuale per avere maggiori risorse

“DATECI L'OPPORTUNITÀ DI FARE RICERCA E MATURARE COMPETENZE”

I finanziamenti sono essenziali per condurre gli studi e formare validi professionisti. Il confronto con ESMO Young Oncologist Committee, che annovera rappresentanti italiani

La Sessione Educazionale dedicata ai giovani oncologi, come l'anno scorso, si è svolta nella giornata precedente l'inizio dei lavori del Congresso Nazionale. Intitolata “Let's project together: giovani oncologi e progetti di ricerca in Italia e in Europa”, la sessione è stata pensata e disegnata dai colleghi del Working Group AIOM giovani, con il pieno sostegno del direttivo AIOM, che ha condiviso l'importanza strategica dell'argomento scelto. Il pomeriggio di lavori della sessione è stato diviso in tre parti, dal taglio diverso ma unite dal filo conduttore dell'interesse dei giovani per i progetti di ricerca, occasione di crescita particolarmente sentita da chi ha iniziato il percorso professionale nella nostra specialità.

Nella prima parte, i giovani partecipanti hanno fatto propri importanti consigli metodologici su come interpretare correttamente i dati esistenti in letteratura, premessa fondamentale per impostare un buon progetto e su come disegnare correttamente un progetto di ricerca, sia traslazionale che clinico. La seconda parte è stata invece focalizzata su un aspetto più “pratico”, ma decisamente rilevante per poter fare ricerca: la disponibilità di un adeguato supporto economico, che per un giovane oncologo vuol dire poter accedere ad una borsa di studio, ad una *fellowship*, ad un *grant* o ad un finanziamento. L'argomento è di importanza cruciale e vede coinvolti, tra gli altri, enti pubblici, *charities*, aziende farmaceutiche e, non ultime, le società scientifiche. La terza e ultima parte della sessione è stata proprio pensata come momento di testimonian-



Un momento della Sessione Educazionale Giovani

za da parte di alcuni giovani colleghi vincitori di borse o *fellowship* indette da AIOM e da ESMO. Tra l'altro, la sessione ha rappresentato un importante momento di incontro e di confronto tra il Working Group AIOM giovani oncologi e lo ESMO Young Oncologist Committee, che attualmente annovera tra i suoi membri diversi rappresentanti italiani, tra cui Valentina Guarneri ed Erika Martinelli. “Attraverso i programmi educa-

zionali e il finanziamento di *fellowship*” – ha ricordato Valentina Guarneri – “sia AIOM che ESMO offrono ai giovani oncologi importanti opportunità per la loro maturazione professionale”.

Erika Martinelli ha ribadito: “Nel 2004 ho vinto una borsa di studio dell'ESMO che mi ha permesso di trascorrere un anno in uno dei centri di ricerca più prestigiosi d'Europa. Da allora si è aperto un importante canale di collaborazio-

ne scientifica e sono nati rapporti umani straordinari”.

Le esperienze riportate dai giovani colleghi nell'ultima parte del pomeriggio testimoniano proprio il contributo che le società scientifiche si sforzano di dare alla formazione e alla crescita professionale dei giovani oncologi. Nel 2012, ad esempio, la Fondazione AIOM ha assegnato 13 borse di studio per un periodo di frequenza di 4 mesi presso importanti istituzioni italiane. “Tornando a casa mi aspetto di portare con me delle competenze in più” – ha detto con entusiasmo Antonio Passaro, uno dei 13 vincitori, che sta attualmente svolgendo il periodo di frequenza presso l'Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – “e mi aspetto sia di crescere dal punto di vista clinico che di accrescere il mio bagaglio di competenze di ricerca”.

L'auspicio è che simili importanti opportunità possano essere garantite anche in futuro: i giovani interessati sono tanti e lo documenta anche la numerosa partecipazione ai lavori della sessione educativa.

Massimo Di Maio

Working Group Giovani Oncologi

Simultaneous care: questa mattina per la prima volta una sessione educativa

AIOM ANTICIPA ASCO NEL MODELLO DI CURA

Il 2012 vede un importante passo in avanti nelle cure simultanee: l'ASCO alla luce di 7 studi randomizzati che dimostrano il vantaggio in qualità di vita (e in qualche caso anche in sopravvivenza dei pazienti) ha decretato il modello ottimale di presa in carico del paziente nella integrazione precoce delle terapie oncologiche e delle cure deputate al controllo dei sintomi (Smith TJ et al J Clin Oncol March 10, 2012). In questo caso possiamo davvero dire che AIOM ha anticipato ASCO. Infatti, fin dal 2004, alcune oncologie italiane hanno aderito al programma ESMO di certificazione dei centri che attuano l'integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative. Nel 2008 è nata la task force AIOM, costituita dai centri italiani ESMO accreditati. E il modello di cure simultanee è stato proposto e inserito nel Piano Oncologico Nazionale 2010-13. Oggi l'Italia è al primo posto in Europa per numero di centri ESMO accreditati (26 oncologie italiane), seguita dalla Germania che ne ha 20. All'ESMO 2012 i centri italiani hanno presentato l'esito di una survey sul modello organizzativo che permette in Italia di realizzare le cure simultanee e che sarà oggetto a breve di pubblicazione. L'ASCO propone per tutti i pazienti oncologici in fase metastatica e/o con elevata presenza di sintomi, una precoce integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative. Come dice infatti Bruera: “le cure palliative iniziano quando inizia la sofferenza del malato oncologico e dei famigliari”. Per la prima volta il convegno nazionale AIOM dedica quest'anno una sessione educativa alle cure simultanee e al controllo dei sintomi. Credo sia un notevole passo avanti sia culturale che di riconoscimento del lavoro svolto dalla Task force che si è impegnata per diffondere la cultura delle cure palliative, e il riconoscimento dei centri ESMO accreditati. Una relazione di cura “terapeutica” con il malato è il primo passo, accompagnata da specifiche competenze professionali per il rilievo e controllo routinario dei sintomi nei pazienti con malattia avanzata o metastatica. Questa sessione educativa che vede coinvolti membri del tavolo di lavoro, pone l'accento su alcuni dei principali sintomi (dolore, dispnea, nutrizione, occlusione intestinale, sedazione palliativa). In accordo a quanto sostenuto dall'ESMO e da ASCO, una relazione franca e una visione realistica della malattia e della opzioni di trattamento antitumorale, costituisce un elemento imprescindibile nella presa in carico dei malati di tumore nei quali l'obiettivo non può essere la guarigione, sebbene ancora molto ci sia da fare nel settore della ricerca per meglio definire come ottimizzare l'integrazione precoce. Di recente è apparso un consensus per la standardizzazione del best supportive care nei clinical trials, che vede nella multidisciplinarietà, nella documentazione delle terapie di supporto, nella valutazione dei sintomi e loro trattamento, i 4 aspetti principali (Zafar SY et al. Lancet oncology 2012;13:e77-82). Ciò aiuterà sicuramente, a meglio identificare il setting di vantaggio mantenuto delle terapie antitumorali in fase metastatica, rispetto alle sole terapie di supporto. Al fine di facilitare gli oncologi medici italiani nel rilievo e controllo dei sintomi, il tavolo di lavoro AIOM ha preparato un pocket tascabile, scaricabile anche su chiavetta, ritirabile presso la segreteria AIOM. Ci auguriamo che possa essere un utile strumento di lavoro quotidiano per ottimizzare la relazione di cura e la qualità della vita dei pazienti oncologici.

Vittorina Zagonel

Tavolo di lavoro “Continuità di cura”

I PRINCIPALI APPUNTAMENTI DI OGGI

Auditorium / 9.00 - 11.50

Sessione educativa:
Tumore del colon

Sala Villa Adriana / 10.45 – 11.45

Sessione speciale:
Trattamenti oncologici nei pazienti con comorbilità

Sala Villa Ada / 11.30 - 13.05

Sessione speciale:
AIOM incontra AIFA.
Equità d'accesso ai nuovi farmaci: dall'EMA ai prontuari terapeutici regionali

Sala Villa Adriana / 11.50 - 13.20

Sessione educativa:
Tumori genito-urinari

Sala Villa Borghese / 15.40-17.05

Comunicazioni orali:
Tumori del tratto gastrointestinale alto

Auditorium / 17.10 - 18.10

Cerimonia inaugurale:
Presidential Address – Consegna del premio giornalistico “Giovanni Maria Pace” e del premio alla carriera



Domani alle 17 e 30 sessione speciale dedicata alla nuova edizione delle raccomandazioni

LINEE GUIDA 2012: RIVISTI I LIVELLI DI FORZA ED EVIDENZA

Migliorati gli standard metodologici e garantita l'uniformità d'impostazione. La parte descrittiva è stata integrata con una veste grafica che prende spunto dal National Comprehensive Cancer Network

Il progetto delle linee guida (LG) AIOM ha visto la luce per la prima volta nel 2004 con lo scopo di supportare medici, pazienti e Istituzioni nel complesso e articolato percorso di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neoplastiche. Il progetto è in continua evoluzione sia in termini di miglioramento nella ricerca dell'appropriatezza degli interventi diagnostico terapeutici sia in termini di implementazione della modalità di consultazione. Le LG AIOM sono andate a coprire nel tempo tematiche non solo d'organo ma anche trasversali (per esempio, problematiche generali delle neoplasie dell'anziano) o inerenti terapie di supporto, sempre più frequentemente impiegate nella gestione del paziente neoplastico.

Parallelamente, nel processo di evoluzione che si è verificato in questi anni, si è cercato di dar forza al lavoro assicurando il coinvolgimento di altre Associazioni. Questo obiettivo è stato ottenuto anche con la condivisione *ab initio* del lavoro, frutto di una reale collaborazione tra Associazioni. Con questa nuova edizione si è cercato di risolvere un limite evidente delle LG precedenti, consistente nella mancanza di uniformità stilistica e nell'utilizzo di metodi di analisi della letteratura non omogenei fra le varie LG. Queste LG sono un primo tentativo, certamente ulteriormente migliorabile, per andare in questa direzione, fortemente voluta dall'attuale Consiglio Direttivo ed ancor prima da Marco Venturini, per migliorare gli standard metodologici e dare uniformità d'impostazione delle LG. Per questa ragione la parte nelle LG e si è scelto di affrontare solo quelli che, a detta del WG, risultassero al momento più importanti. La direzione è stata presa e anche se il termine più adeguato per descrivere questo momento è "in progress", tuttavia riteniamo che l'obiettivo di questa prima fase sia stato raggiunto. Si tratta di una scelta lungimirante che include uno sforzo metodologico e organizzativo importante anche per il coinvolgimento attivo degli oncologi che afferiscono ad AIOM. Parallelamente è stato chiesto agli estensori di omogeneizzare le linee guida, che ancora non rispondevano ad un principio di uniformità, mediante la revisione dei

livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni per le informazioni già incluse nel testo. L'obiettivo è ricondurre ad un solo grading i livelli di evidenza descritti mediante i diversi metodi utilizzati. E' stata proposta la classificazione SIGN -Scottish Intercollegiate Guidelines Network - che, a differenza del GRADE, mantiene ancora la valutazione della qualità delle evidenze dipendente dal disegno di studio ma è sufficientemente dettagliata e analitica per consentire la traduzione dei livelli di evidenza già presenti nelle LG AIOM. Per quanto riguarda la forza delle raccomandazioni è stata proposta una scala su 4 livelli mutuata dal GRADE. A questo sforzo hanno contribuito varie realtà, ed il ringraziamento doveroso va a tutti i Colleghi del Working Group, agli Estensori, ai Revisori che hanno permesso la realizzazione di questo volume, al supporto metodologico per il GRADE fornito dall'Istituto 'Mario Negri', all'uniformità grafica ottenuta grazie al lavoro del gruppo EmmEffe del dr. Massimo Farina e alla Sig.ra Elena Moro ed al Sig. Giovanni Ratti della Segreteria AIOM, essenziali in un lavoro di coordinamento particolarmente impegnativo.

Ma un ringraziamento particolare va al presidente Venturini, che ha fortemente creduto in questa iniziativa e ha messo al centro degli impegni presi dalla sua presidenza proprio questo salto di qualità che abbiamo tentato. Il Consiglio Direttivo ha pienamente condiviso e portato avanti questa iniziativa e ci auguriamo che questo libro possa sempre più rappresentare uno strumento di riferimento per gli oncologi e di interlocuzione con le Istituzioni.

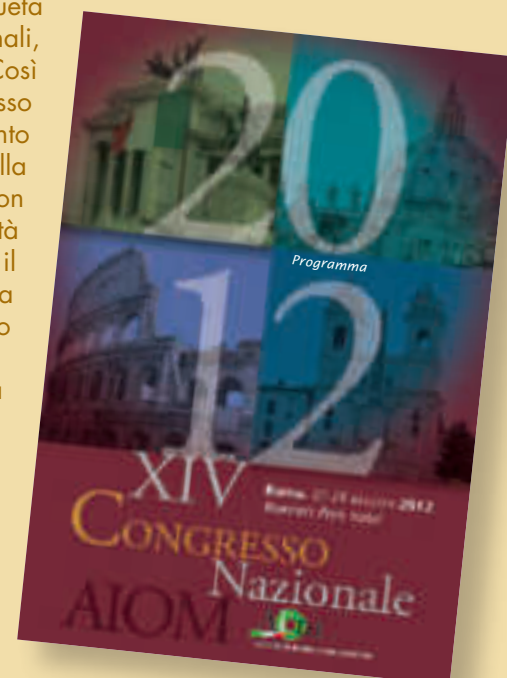
Evaristo Maiello e Valter Torri
Coordinatori WG AIOM Linee Guida

LINEE GUIDA AIOM 2012		
ARGOMENTO	COORDINATORE	SEGRETARIO
TERAPIA ANTIEMETICA	FAUSTO ROILA	Lucia Mentuccia
TUMORI DELL'ANZIANO (parte generale)	LAZZARO REPETTO	Andrea Luciani
TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLA CACHESSIA NEOPLASTICA	GIAMPIERO PORZIO	Federica Merlin
TUMORI DEL COLON RETTO	GIORDANO BERETTA	Lisa Salvatore
TUMORI DELL'ESOFAGO	ALBERTO G. LUPORINI	Monika Ducceschi
GESTIONE DELLA TOSSICITA' EMATOPOIETICA IN ONCOLOGIA	MARCO DANOVA	Antonella Brunello
NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	STEFANIA GORI	Alessia Levaggi
MELANOMA	PAOLO ASCIERTO	Ester Simeone
TRATTAMENTO DELLE METASTASI OSSEE	DANIELE SANTINI	Bruno Vincenzi
NEOPLASIE CEREBRALI	ALBA BRANDES	Enrico Franceschi
TUMORI DELL'OVAIO	PIERFRANCO CONTE	Roberto Sabbatini
CARCINOMA DEL PANCREAS ESOCRINO	GIUSEPPE COLUCCI	Nicola Silvestris
NEOPLASIE POLMONARI	LUCIO CRINO'	Massimo Di Maio
TROMBOEMBOLISMO VENOSO NEI PAZIENTI CON TUMORI SOLIDI	SANDRO BARNI	Maria Cristina Petrella
CARCINOMA DELLA PROSTATA	FRANCESCO BOCCARDO	Francesco Ricci
SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	ALESSANDRO COMANDONE	Ilaria Marcon
NEOPLASIE DELLO STOMACO	STEFANO CASCINU	Enrico Vasile
TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO	LISA LICITRA	Giacomo Baldi
TUMORE DEL TESTICOLO	GIOVANNI ROSTI	Ugo De Giorgi
CARCINOMA DELLA VESCICA	CORA N. STERNBERG	Fabio Calabrò
LINFOMI	MASSIMO FEDERICO	Stefano Luminari
MIELOMA	ARMANDO SANTORO	Andrea Nozza
TERAPIA DEL DOLORE IN ONCOLOGIA	MARCO MALTONI	Emiliano Tamburini
CURE PSICOSOCIALI PER I PAZIENTI ADULTI CON CANCRO	RODOLFO PASSALACQUA	Caterina Caminiti
EPATOCARCINOMA	BRUNO DANIELE	Gennaro Daniele
TUMORI DEL RENE	GIACOMO CARTENI'	Mimma Rizzo
PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' NEI PAZIENTI ONCOLOGICI	LUCIA DEL MASTRO	Matteo Lambertini

ROMA "CAPITALE" DELL'ONCOLOGIA ITALIANA

Inizia oggi a Roma la XIV edizione del Congresso AIOM: oltre 3.000 specialisti sono attesi per una intensa tre giorni di confronti e dibattiti, che vedrà scendere in campo i protagonisti dell'oncologia italiana. Le giornate congressuali si aprono con la Cerimonia Inaugurale delle 17.10 in Auditorium, cui seguirà il Presidential Address, la consegna del Premio Giovanni Maria Pace e del Premio alla carriera. Il Convegno vedrà la consueta collaborazione con le più importanti Società Scientifiche, nazionali e internazionali, che anche quest'anno sono rappresentate in sessioni o gruppi dedicati. Così come prosegue la partnership con gli infermieri, con un vero e proprio congresso autonomo, che si apre oggi alle 9 in Sala Villa Pamphili. Alle 12.30 l'appuntamento con la prima conferenza stampa ufficiale del Congresso, dedicata al tema della prevenzione oncologica e in particolare al Progetto "Non fare autogol". Non mancherà, infine, il tradizionale momento di riflessione collettiva sulla spiritualità della malattia oncologica e la sua importanza nelle strategie della lotta contro il cancro: domenica mattina alle 10 nella Sala Villa Pamphili si svolgerà la messa celebrata dal Reverendo Padre Augusto Chendi, Sottosegretario del Pontificio Consiglio Vaticano.

Durante i lavori verrà dedicato ampio spazio alla ricerca, cui l'AIOM si concentra da sempre per ottenere cure sempre più efficaci e terapie sempre meno invasive. Non mancheranno gli approfondimenti sull'epidemiologia, sull'importanza del ritorno a una vita normale dopo il cancro, sulla collaborazione con le Associazioni dei Pazienti e del volontariato oncologico. Grande risalto, infine, alla prevenzione, cui verranno dedicati importanti momenti per sottolineare come uno dei ruoli principali di AIOM sia di informare e sensibilizzare i cittadini sui fattori di rischio oncologici, soprattutto in un momento tanto delicato e difficile per la salute di molti nostri connazionali.



Il giornale del congresso è realizzato da Intermedia Ufficio Stampa Ufficiale AIOM

Via Malta 12/b Brescia
Tel. 030-226105
intermedia@intermedianews.it

Direttore responsabile:
Mauro Boldrini

Direttore editoriale:
Sabrina Smerrieri

Redazione:
Paolo Cabra, Davide Antonioli,
Alessandro Andriolo, Carlotta Spera