

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

## Cinque raccomandazioni del Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

<b>1</b>	<p><b>Non prescrivere antibiotici allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.</b></p> <p>La complicanza più frequente della chemioterapia è la mielotossicità con particolare riferimento alla neutropenia che rappresenta una grave causa di compromissione delle difese immunitarie con rischio d'infezioni, sepsi e setticemia. Di norma gli agenti patogeni interessati sono di tipo batterico, anche se non si possono escludere infezioni virali o micotiche. Per molti anni si è ritenuto indicato un trattamento profilattico con antibiotici a largo spettro, come ad esempio i chinolonici. Oggi sappiamo che non esiste alcuna evidenza scientifica dell'utilità di tale pratica.</p> <p>Il trattamento con antibiotici è indicato solo nei casi di neutropenia febbrile, che nel paziente neoplastico immunocompromesso rappresenta un'evenienza molto grave, talvolta letale, e nei rari casi d'infezione clinica afebrile. In entrambi i casi è indicato eseguire un antibiogramma allo scopo di prescrivere una terapia antibiotica mirata. Se la situazione di particolare urgenza clinica lo richiede, nell'attesa del responso dell'antibiogramma, può essere indicato un trattamento antibiotico urgente, scelto con criteri empirici di ordine clinico.</p> <p>È noto che la somministrazione di antibiotici può provocare reazioni allergiche anche gravi, fino allo shock anafilattico e generare resistenza dei batteri agli antibiotici, soprattutto se impiegati in modo inappropriato (senza indicazione), con posologia sotto dosata o per un tempo troppo breve.</p>
<b>2</b>	<p><b>Di norma non prescrivere markers tumorali sierici in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori.</b></p> <p>I markers tumorali sierici sono spesso richiesti in modo inappropriato in quanto richiedono un semplice prelievo ematico. Dato l'elevato costo di ciascun test e l'alto numero di test richiesti la prescrizione rappresenta un notevole spreco di risorse, oltre ad essere fonte di ansia per il paziente in caso di risultato falsamente positivo. Alla prescrizione inappropriata in pazienti asintomatici possono poi conseguire, in presenza di un valore del test superiore alla norma, ulteriori accertamenti diagnostici e trattamenti medici e chirurgici inappropriati. In fase diagnostica i markers possono essere presi in considerazione soltanto in ben definiti tipi di neoplasie maligne, tra l'altro non particolarmente frequenti (epatocarcinoma, tumori del testicolo, carcinoma del pancreas). I markers tumorali possono trovare indicazione solo come monitoraggio della terapia in atto e nel follow-up dei pazienti con diagnosi accertata di neoplasia, nei rari casi in cui sono previsti da specifiche linee guida.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non effettuare di routine terapia antitumorale nei pazienti affetti da tumori solidi con Performance Status (PS) compromesso (3-4) o in progressione dopo 2-3 linee terapeutiche, ma privilegiare le cure palliative.</b></p> <p>I trattamenti antitumorali in genere hanno probabilità di essere inefficaci nei pazienti affetti da tumori solidi con le seguenti caratteristiche: basso performance status (3-4), non risposta a precedenti terapie evidence-based, non eleggibilità per un trial clinico, assenza di prove di efficacia di un ulteriore trattamento. Uniche eccezioni i pazienti in cui le limitazioni funzionali risultano dovute ad altre condizioni patologiche con un conseguente basso PS o pazienti con caratteristiche di malattia (ad esempio mutazioni genetiche) che suggeriscono un'alta probabilità di risposta alla terapia. La scelta di un approccio di rinuncia alle terapie antitumorali deve essere caratterizzata da appropriata terapia palliativa e di supporto (cure simultanee).</p>
<b>4</b>	<p><b>Non eseguire esami del sangue incluso il profilo biochimico, scansioni ossee, radiografie toraciche, ecografie epatica e pelvica, TAC, PET e marker tumorali, dopo terapia sistemica precauzionale, in pazienti operate per cancro della mammella, asintomatiche e in assenza di risultati specifici all'esame clinico.</b></p> <p>L'esame fisico (visita medica) dovrebbe essere eseguito ogni 3 - 6 mesi per i primi 3 anni, ogni 6 - 12 mesi per il quarto e quinto anno e successivamente una volta all'anno. Nelle donne sottoposte a chirurgia conservativa della mammella dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale post-trattamento, un anno dopo quella iniziale e almeno 6 mesi dopo il completamento dei cicli di radioterapia. Quindi, se non indicato diversamente, dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale ogni anno.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non prescrivere né la chemioterapia né la radioterapia nel trattamento del carcinoma duttale in situ della mammella</b></p> <p>La diffusione degli screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella ha comportato la frequente identificazione di forme precoci di neoplasia, in particolare di carcinomi in situ: carcinoma lobulare in situ e più frequentemente, carcinoma duttale in situ (DCIS). Poiché tali tipi di tumore possono evolvere verso forme infiltranti, il trattamento locale e quello sistemico hanno lo scopo di prevenire l'insorgenza del carcinoma invasivo e, per quanto riguarda il trattamento sistemico, di quello nella mammella contro laterale.</p> <p>Il DCIS può essere trattato con chirurgia conservativa oppure mastectomia semplice. Non esistono dimostrazioni a sostegno dell'impiego della chemioterapia né della radioterapia, per quanto tale atteggiamento terapeutico fosse abbastanza diffuso fino a poco tempo fa. Viceversa, studi randomizzati di fase III supportano l'impiego del Tamoxifene dopo il trattamento chirurgico locale.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

## Come si è giunti alla creazione della lista

CIPOMO (Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica Ospedalieri) ha istituito nel 2011 il gruppo di lavoro Green Oncology, impegnato per un nuovo paradigma dell'oncologia che tenga conto, a parità di risultati, della sostenibilità economica e ambientale. Nel 2012 ha stilato e presentato Il Manifesto Green Oncology di CIPOMO (vedi sito CIPOMO [www.cipomo.it](http://www.cipomo.it)). Il gruppo di lavoro è costituito da 6 oncologi medici, un medico di medicina generale e un infermiere.

Nell'ambito della campagna "Choosing Wisely" e della collaborazione con Slow Medicine, sono state identificate 13 procedure che rispondevano ai criteri "Fare di più non significa fare meglio", per rischio d'inappropriatezza, diffusione nella pratica della oncologia medica, possibile rischio per i pazienti e la cui messa in discussione poteva essere considerato "comportamento saggio". Tra queste, tenuto conto delle indicazioni di "Slow Medicine", sono state individuate le cinque procedure più coerenti rispetto a: "Non fare", "Non eseguire", "Non prescrivere", "Non richiedere".

Nel 2013, al Congresso Nazionale di Roma del CIPOMO, sono stati presentati i 10 Comportamenti Saggi di CIPOMO, che rappresentano delle vere e proprie raccomandazioni agli oncologi medici: tra esse figurano 2 dei 5 punti presentati per il progetto "Fare di più non significa fare meglio" ([www.cipomo.it](http://www.cipomo.it)). Nell'estate 2013, i 13 punti sono stati sottoposti al vaglio e all'approvazione della Associazione di pazienti "Bianco Airone", di cui è Presidente Aldo Sardoni. L'associazione ha approvato le 13 procedure, pur avanzando suggerimenti e rilievi critici. La documentazione è disponibile per chiunque fosse interessato. Attualmente il gruppo Green Oncology è impegnato nel Progetto "Buone Pratiche", con l'obiettivo di diffondere e promuovere le buone pratiche cliniche già realizzate nell'ambito della Green Oncology.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NCCN Guidelines Version 1.2013. NCCN Prevention and Treatment of Cancer-related Infections Guidelines. <a href="http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/infections.pdf">http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/infections.pdf</a></li> <li>2. Freifeld AG, et al. Clin Infect Dis 2011; 52:e56-93.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guida all'uso clinico dei biomarcatori in Oncologia 2010": Gion M, Trevison C, Pregno S, Aline S.C. F; Edizioni Biomedica.</li> <li>2. Deliberazione Regione Liguria N. 1347 del 11/11/2011 "Indicazioni per la limitazione dell'uso diagnostico di alcuni biomarcatori tumorali.</li> <li>3. NCCN Suppl, Vol 9 Suppl 5, version November 2011, NCCN Task Force report: evaluating the clinical utility of tumor markers in oncology. <a href="http://www.nccn.org/JNCCN/supplements/PDF/TumorMarkers_Task_Force_Report.full.pdf">http://www.nccn.org/JNCCN/supplements/PDF/TumorMarkers_Task_Force_Report.full.pdf</a></li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Engstrom PF, Benson AB 3rd, Chen YJ, et al: Colon cancer clinical practice guidelines. J Natl Compr Canc Netw 3:468-491, 2005.</li> <li>2. Smith TJ, Hillner BE: Bending the cost curve in cancer care. N Engl J Med 364:2060-2065, 2011.</li> <li>3. Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, et al: American Society of Clinical Oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 29:755-760, 2011.</li> <li>4. Azzoli CG, Temin S, Aliff T, et al: 2011 focused update of 2009 American Society of Oncology clinical practice guideline update on chemotherapy for stage IV non-small cell lung cancer. J Clin Oncol 29:3825-3831, 2011.</li> <li>5. McCarthy M. Chemotherapy does not improve quality of life in cancer patients at end of life, US study finds BMJ 2015;351:h4139 doi: 10.1136/bmj.h4139</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. J Clin Oncol. 2013 Mar 1;31(7):961-5. doi: 10.1200/JCO.2012.45.9859. Epub 2012 Nov 5.</li> <li>2. The GIVIO investigators. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled study JAMA 1994; 271: 1587-1592.</li> <li>3. Palli D., RussoA, Saieva C, et al. Intensive versus clinical follow-up after treatment of primary breast cancer: 10-year update of a randomized trial. National Research Council Project on Breast Cancer Follow-up. JAMA 1999; 281:1586.</li> <li>4. Hurria A, Leung D., Trainor K et al. Screening chest studies are not effective in the follow-up of breast cancer patients. J Oncol Manag 2003; 12: 13-15.</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <a href="http://www.nccn.org/patients/guidelines/breast/files/assets/basic-html/page62.html">http://www.nccn.org/patients/guidelines/breast/files/assets/basic-html/page62.html</a></li> <li>2. Linee Guida dell'Oncologia Italiana AIOM 2012 pag 22-25,edizioni AIOM Milano.</li> <li>3. De Mascarel I, et al. Breast ductal carcinoma in situ with microinvasion: a definition supported by a long-term study of 1248 serially sectioned ductal carcinomas. Cancer 2002; 94: 2134-2142</li> <li>4. Adamovich TL, et al. Ductal carcinoma in situ with microinvasion. Am J Surg 2003; 186:112-116</li> <li>5. Esserman L.J. et al., Overdiagnosis and overtreatment in Cancer, JAMA July 29, 2013 <a href="http://jama.jamanetwork.com">http://jama.jamanetwork.com</a> on 07/29/2013</li> <li>6. Narod SA, Iqbal J, Giannakeas V, Sopik V, Sun P. Breast Cancer Mortality After a Diagnosis of Ductal Carcinoma In Situ. JAMA Oncol. 2015 Oct;1(7):888-96. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.2510</li> </ol>

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy" in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

**CIPOMO** è il Collegio Italiano dei Primari di Oncologia Medica Ospedalieri e si prefigge di tutela lo sviluppo della assistenza e della ricerca clinica in Oncologia medica. Di esso sono membri tutti i Direttori di Struttura Complessa di Oncologia degli Ospedali italiani. <http://www.cipomo.it/>

**Green Oncology** è un gruppo di lavoro di CIPOMO per affermare il nuovo paradigma dell'oncologia italiana teso ad una oncologia nel segno della sostenibilità economica ed ambientale. Questo nell'ottica dell'Etica della Responsabilità e del modello Bio-psico-sociale di rapporto medico-paziente.