

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

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Italiana di Radioterapia e Oncologia Clinica (AIRO)

1	<p>Non definire un programma terapeutico che comprenda la radioterapia senza che l'oncologo radioterapista sia coinvolto fin dall'inizio (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia) nella definizione del programma stesso.</p> <p>L'oncologia moderna si avvale della chirurgia, della radioterapia e delle terapie sistemiche (ormonoterapia, chemioterapia, terapie a bersaglio molecolare, immunoterapie). L'oncologo radioterapista è specialista nell'impiego della terapia radiante, da sola o in combinazione con la terapia medica sistemica, ed è l'unico autorizzato a prescrivere un trattamento radioterapico. La maggior parte dei percorsi terapeutici prevede oggi l'impiego di più modalità terapeutiche, variamente integrate tra loro, e la radioterapia è impiegata nel trattamento del 70% circa delle neoplasie. Ne deriva che il mancato coinvolgimento dell'oncologo radioterapista fin dal primo momento (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia) nella definizione del programma terapeutico, può comportare errori nella indicazione alla radioterapia, nella valutazione dei possibili effetti collaterali e/o nella scelta della sequenza dei trattamenti. A molti di tali errori non si può ovviare in un secondo momento.</p>
2	<p>Non raccomandare l'impiego di tecniche od apparecchiature radioterapiche "speciali" senza un parere motivato dell'oncologo radioterapista.</p> <p>L'elevato livello tecnologico raggiunto dalla radioterapia rappresenta un beneficio per il malato oncologico, perché consente di ottenere, in selezionate situazioni cliniche, risultati molto validi e garantisce la sicurezza di ciascuna modalità tecnica, purché impiegata secondo corrette indicazioni. Tale beneficio è oggi disponibile per la grande maggioranza delle apparecchiature per radioterapia; tutte le apparecchiature, anche quelle destinate a trattamenti più semplici, sono soggette a controlli di qualità che ne garantiscono la sicurezza: l'impiego delle apparecchiature e delle tecniche più complesse e costose, disponibili in un numero limitato di Centri, trova indicazione in casi particolari, che solo la professionalità dell'oncologo radioterapista è in grado di definire.</p>
3	<p>Non trascurare di privilegiare, dove esistono le evidenze scientifiche, schemi di trattamento radioterapico ipofrazionato.</p> <p>Numerosi studi clinici hanno documentato che, in pazienti sottoposti a trattamento radioterapico curativo sulla mammella e a radioterapia radicale per neoplasia prostatica schemi moderatamente ipofrazionati (ridotto numero di frazioni con dose/frazione >2 Gy/frazione) hanno la stessa efficacia rispetto agli schemi convenzionali. Inoltre trattamenti radioterapici con ipofrazionamento spinto (stereotassi) sono risultati superiori a quelli convenzionali nel trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio iniziale. L'utilizzo degli schemi ipofrazionati, a parità di efficacia e con minime differenze in termini di tossicità, può permettere di ridurre i costi economici e sociali del trattamento, aumentando la compliance del paziente e riducendo le liste d'attesa per la radioterapia.</p>
4	<p>Non utilizzare, per quanto possibile, trattamenti radioterapici prolungati a fini sintomatici palliativi ed in persone malate con aspettativa di vita ridotta.</p> <p>Numerosi studi clinici hanno documentato che, in pazienti con ridotta aspettativa di vita, cure prolungate basate sui chemioterapici e sulla radioterapia sono inefficaci in termini di aumento della sopravvivenza. La radioterapia ha viceversa un ruolo fondamentale nella gestione di complicanze legate alla diffusione di malattia e in pazienti con ridotta aspettativa di vita (es. dolore, sanguinamenti, compressione del midollo spinale, ecc.) perché caratterizzata da elevati tassi di risposta con conseguente miglioramento della qualità di vita anche nel paziente con malattia avanzata. Tuttavia, eseguire trattamenti prolungati in tali situazioni cliniche riduce il tempo di vita disponibile al di fuori delle strutture sanitarie (poiché comporta un prolungamento dell'ospedalizzazione o dell'accesso al reparto di radioterapia), creando disagio al paziente ed alla famiglia, a fronte di risultati simili ottenibili con trattamenti più brevi e di conseguenza va evitato per quanto possibile.</p>
5	<p>Limitare gli esami strumentali nelle forme di neoplasia prostatica e di neoplasia mammaria in fase iniziale a basso rischio di metastasi. Limitare utilizzo dei marcatori tumorali nelle forme iniziali di neoplasia mammaria.</p> <p>Eseguire una corretta stadiazione nei pazienti affetti da una qualunque forma neoplastica è assolutamente necessario. Tuttavia nelle forme iniziali di alcune neoplasie (carcinoma prostatico a rischio basso o molto basso, tumore mammario in fase iniziale a basso rischio di diffusione metastatica ab initio) il rischio di metastatizzazione è estremamente basso e non giustifica la stadiazione in tutti i casi. L'impiego di metodiche diagnostiche, usate in modo inappropriato, può comportare costi non giustificati oltre che un'esposizione non necessaria a radiazioni, nonché ritardare l'inizio del trattamento radioterapico. L'utilizzo dei marcatori tumorali (biomarkers) ed esami strumentali in pazienti asintomatiche affette da neoplasia mammaria a basso rischio di metastasi non ha mostrato alcun beneficio. Inoltre il non trascurabile tasso di falsi-positivi può danneggiare il paziente attraverso l'utilizzo di procedure invasive non necessarie, sovra-trattamento, preoccupazione immotivata, ed esposizione a radiazioni ionizzanti non giustificate.</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

La metodologia attraverso cui si è giunti alla individuazione delle cinque pratiche a rischio di inappropriatazza ha visto, dopo la richiesta da parte di SLOW MEDICINE al Presidente AIRO, la creazione di una apposita Commissione all'interno del Consiglio Direttivo. Dal lavoro della Commissione e dalla revisione da parte della Commissione Scientifica AIRO è nata la proposta del documento all'intero Consiglio Direttivo, che dopo discussione collegiale e relative modifiche, ha validato il documento finale. Le raccomandazioni sono state riviste a giugno 2021.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none">1. Valentini V, Bourhis J, Hollywood D, ESTRO 2012 Strategy Meeting: Vision for Radiation Oncology. <i>Radiotherapy and Oncology</i> 103 (2012) 99–1022. NCCN guidelines at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp3. Kozower BD, Lamer JM, Dettlerbeck FC, et al. Special treatment issues in non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. <i>Chest</i>. 2013 May;143(5 Suppl):e369S-99S.4. van de Velde CJ, Aristei C, Boelens PG et al. EURECCA colorectal: Multidisciplinary Mission statement on better care for patients with colon and rectal cancer in Europe. <i>Eur J Cancer</i>. 2013 Sep; 49(13): 2784-90.5. https://mariecurielegacy.org/wp-content/uploads/2018/11/Radiotherapy_seizing_the_opportunity_in_cancer_care.pdf. Accessed 25th April 2021
2	<ol style="list-style-type: none">1. L'appropriatazza in Radioterapia Oncologica: indicazioni e considerazioni dell'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) http://www.radioterapiaitalia.it/index.php?L=&ID=703&CERCA=appropriatazza#7032. Seung SK, Larson DA, Galvin JM, et al. American College of Radiology (ACR) and American Society for Radiation Oncology (ASTRO) Practice Guideline for the Performance of Stereotactic Radiosurgery (SRS). <i>Am J Clin Oncol</i>. 2013 Jun; 36(3): 310-5.3. Garibaldi C. et al. Recent advances in radiotherapy. <i>Ecanermedicalscience</i>. 2017 Nov 30;11:785
3	<ol style="list-style-type: none">1. Morgan SC et al. Hypofractionated Radiation Therapy for Localized Prostate Cancer: Executive Summary of an ASTRO, ASCO and AUA Evidence-Based Guideline. <i>J Urol</i> 2019 Mar;201(3):528-534.2. Mottet N. et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. <i>Eur Urol</i> 2021 Feb;79(2):243-2623. Fang M et al. Hypofractionated and hyper-hypofractionated radiation therapy in postoperative breast cancer treatment. <i>Rev Assoc Med Bras</i> (1992) 2020 Sep;66(9):1301-13064. Ball D. et al. Stereotactic ablative radiotherapy versus standard radiotherapy in stage 1 non-small-cell lung cancer (TROG 09.02 CHISEL): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. <i>Lancet Oncol</i> 2019;20:494-503.
4	<ol style="list-style-type: none">1. La Radioterapia nel trattamento delle metastasi ossee (Linee Guida AIOM-AIRO) http://www.aiom.it/area+pubblica/area+medica/prodotti+scientifici/linee+guida2. ACR Appropriateness Criteria® spinal bone metastases. Expert Panel on Radiation Oncology-Bone Metastases, Lo SS, Lutz ST, Chang EL, Galanopoulos N, Howell DD, Kim EY, Kanski AA, Pandit-Taskar ND, Rose PS, Ryu S, Silverman LN, Sloan AE, Van Poznak C. <i>J Palliat Med</i>. 2013 Jan; 16(1): 9-19.3. ACR Appropriateness Criteria® non-spine bone metastases. Expert Panel On Radiation Oncology-Bone Metastases, Lutz ST, Lo SS, Chang EL, Galanopoulos N, Howell DD, Kim EY, Kanski AA, Pandit-Taskar ND, Ryu S, Silverman LN, Van Poznak C, Weber KL. <i>J Palliat Med</i>. 2012 May; 15(5): 521-6.4. Lutz S, Berk L, Chang E, et al. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys</i> 2011; 79(4): 965e976.
5	<ol style="list-style-type: none">1. Mottet N. et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. <i>Eur Urol</i> 2021 Feb;79(2):243-262 (pag. 248, tab. 8)2. National Comprehensive Cancer Network: NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines)- Prostate Cancer Version 2.2021 (pag.PROS-2).3. National Comprehensive Cancer Network: NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines)- Breast Cancer Version 2.2021 (pag.BINV-1)4. 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. <i>J Clin Oncol</i>. 2012 May 10;30(14):1715-24. doi: 10.1200/JCO.2012.42.8375. Epub 2012 Apr 3. PMID: 22493340.5. Runowicz C et al ACS/ASCO Breast Cancer Survivorship Care Guidelines. doi: 10.3322/caac.21319. Available online at cancerjournal.com tab 1, pag 5 (racc 1.3)6. Cardoso F et al Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. <i>Annals of Oncology</i> 30: 1194–1220, 2019, doi:10.1093/annonc/mdz173. (pag 1198)

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 inappropriatazza 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; www.slowmedicine.it

L'Associazione Italiana di Radioterapia e Oncologia Clinica (AIRO) ha come finalità principale quella di contribuire al progresso e allo sviluppo della Radioterapia e dell'Oncologia Clinica italiana. Promuove la ricerca scientifica e l'insegnamento nelle discipline oncologiche e favorisce l'aggiornamento culturale e scientifico dei Soci. Elabora linee guida, trials e ricerche scientifiche anche in collaborazione con Agenzie Regionali, Società scientifiche e altri Enti, Organismi o Istituzioni. Valorizza la professionalità del radioterapista oncologo e favorisce il razionale incremento qualitativo e quantitativo dei centri di Radioterapia Oncologica. Promuove la collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Aziende Sanitarie ed altri Enti, Organismi od Istituzioni ai fini del migliore sviluppo della Radioterapia Oncologica. <https://www.radioterapiaitalia.it/>