

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

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO)

<p>1</p>	<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, ecc...). L'oncologo radioterapista è specialista nell'impiego della radioterapia, da sola o in combinazione con la chemioterapia, 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 dall'inizio (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>
<p>2</p>	<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>
<p>3</p>	<p>Non utilizzare, per quanto possibile, trattamenti radioterapici prolungati quando la finalità della radioterapia è quella sintomatico-paliativa 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>
<p>4</p>	<p>Non eseguire un trattamento radioterapico per patologie articolari degenerative (benigne), specie al di sotto dei 60 anni.</p> <p>L'impiego della radioterapia nel trattamento di ben selezionate patologie benigne è largamente documentato in letteratura. Le indicazioni sono limitate a casi con gravissime problematiche funzionali o addirittura con minaccia per la vita stessa. Tuttavia, i dati pubblicati non giustificano il trattamento radioterapico delle patologie articolari degenerative, specie al di sotto dei 60 anni di età, per i rischi connessi con tale pratica.</p>
<p>5</p>	<p>Al di fuori di studi clinici, non eseguire PET, TC e scintigrafia ossea per la stadiazione del tumore della prostata, in pazienti candidati a trattamento radioterapico radicale, per i quali il rischio di metastasi è minimo.</p> <p>Eseguire una corretta stadiazione nei pazienti affetti da una qualunque forma neoplastica è assolutamente necessario. Tuttavia TC, PET e scintigrafia ossea vengono spesso impiegate anche nella stadiazione delle forme cliniche iniziali di tumore prostatico, in cui il rischio di metastasi è minimo; le evidenze di letteratura non supportano infatti l'impiego di queste metodiche nel paziente a basso rischio di metastasi a distanza (Stadio T1c/T2a; antigene prostatico specifico - PSA - inferiore a 10 ng/ml e punteggio di Gleason minore o uguale a 6). L'impiego di tali metodiche diagnostiche, usate in modo inappropriato, può comportare costi non giustificati e un'esposizione non necessaria a radiazioni, nonché ritardare l'inizio del trattamento radioterapico.</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 inappropriata 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 è nata la proposta del documento all'intero Consiglio, che dopo discussione collegiale e relative modifiche, ha validato il documento finale.

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. Radiotherapy and Oncology 103 (2012) 99–1022. NCCN guidelines at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp3. Kozower BD, Lamer JM, Detterbeck 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. Chest. 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. Eur J Cancer. 2013 Sep; 49(13): 2784-90.
2	<ol style="list-style-type: none">1. L'appropriatezza in Radioterapia Oncologica: indicazioni e considerazioni dell'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) http://www.radioterapiaitalia.it/index.php?L=&ID=703&CERCA=appropriatezza#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). Am J Clin Oncol. 2013 Jun; 36(3): 310-5.
3	<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, Konski AA, Pandit-Taskar ND, Rose PS, Ryu S, Silverman LN, Sloan AE, Van Poznak C. J Palliat Med. 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, Konski AA, Pandit-Taskar ND, Ryu S, Silverman LN, Van Poznak C, Weber KL. J Palliat Med. 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. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011; 79(4): 965e976.
4	<ol style="list-style-type: none">1. Radiation Therapy of Benign Diseases: A Clinical Guide - Stanley Elias Order, Sarah S. Donaldson - 2003 , Springer.
5	<ol style="list-style-type: none">1. Makarov DV, Desai RA, Yu JB, et al. The population level prevalence and correlates of appropriate and inappropriate imaging to stage incident prostate cancer in the medicare population. J Urol. 2012 Jan; 187(1): 97-102.2. National Comprehensive Cancer Network: NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines)- Prostate Cancer Version 4.2013.3. Thompson I, Thrasher JB, Aus G, et AUA Prostate Cancer Clinical Guideline Update Panel. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. J Urol. 2007 Jun; 177(6): 2106-31.

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 inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

L'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (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.