



Linee guida TERAPIA ANTIEMETICA

Edizione 2024

Aggiornata a gennaio 2024

In collaborazione con





Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Roma, 21 settembre 2020

Aggiornamento 12 luglio 2021

Aggiornamento 13 gennaio 2025

Coordinatore	Sonia Fatigoni <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia Medica, AO S. Maria della Misericordia, Perugia
Segretario	Lucia Mentuccia <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia Medica, Ospedale SS. Trinità, Sora (FR)
Membri del panel di esperti	Fausto Roila <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia, AO Santa Maria della Misericordia, Perugia (in pensione)
	Claudia Caserta <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia, AO Santa Maria, Terni
	Alessandra Fabi <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia Medica I, IFO Regina Elena, Roma
	Alessandro Parisi <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia Medica, AOU delle Marche, Ancona
	Antonio Pontoriero <i>Radioterapista Oncologo</i>	AIRO	Radioterapia, Università degli Studi di Messina, Dipartimento BIOMORF; Radioterapia AOU “G. Martino”, Messina
Revisori esterni	Luigi Celio <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia Medica 4, Istituto Nazionale Tumori, Milano
	Mimma Raffaele <i>Oncologo Medico</i>	AIOM	Oncologia Cassia, Sant’Andrea, Anziani Dipartimento Oncologico - ASL Roma 1
	Fabio Trippa <i>Radioterapista Oncologo</i>	AIRO	Radioterapia, AO Santa Maria, Terni
Gruppo metodologico	Michela Cinquini		Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS – Valutazione e sintesi della letteratura
	Ivan Moschetti		Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS – Valutazione e sintesi della letteratura
	Veronica Andrea Fittipaldo		Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS – Ricerca bibliografica

Indice

Come leggere le raccomandazioni	4
Scopo e obiettivi della Linea guida	6
1. Principi di terapia antiemetica	7
2. Prevenzione dell'emesi da dosi singole di cisplatino.....	9
2.1 Emesi acuta.....	9
2.2 Emesi ritardata.....	17
3. Dosi e modalità di somministrazione dei 5-HT3 antagonisti	21
4. Prevenzione dell'emesi da chemioterapia con AC/EC.....	22
4.1 Emesi acuta.....	22
4.2 Emesi ritardata.....	26
5. Prevenzione dell'emesi da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno (dosi singole per via endovenosa di ciclofosfamide, adriamicina, epirubicina, carboplatino, oxaliplatino e irinotecan usati da soli o in combinazione).....	30
6. Prevenzione dell'emesi in pazienti sottoposti a chemioterapia in più giorni consecutivi	39
7. Prevenzione dell'emesi da chemioterapia a potere emetogeno basso e minimo	42
8. Terapia antiemetica di salvataggio ed emesi refrattaria	44
9. Prevenzione dell'emesi anticipatoria	47
10. Prevenzione dell'emesi da alte dosi di chemioterapia	49
11. Nausea e vomito radioindotti	52
12. Bibliografia	55
13. Tabelle	60
<i>Appendice 1: Strategia di ricerca e PRISMA flow di selezione degli studi</i>	<i>67</i>
<i>Appendice 2: Manuale metodologico AIOM: LINEE GUIDA AIOM 2021. Finalità e caratteristiche. Metodologia applicata alle linee guida AIOM</i>	<i>88</i>
<i>Appendice 3: Commenti dei revisori esterni.....</i>	<i>115</i>
<i>Appendice 4: Conflitti di interesse</i>	<i>117</i>

Come leggere le raccomandazioni *

Le raccomandazioni cliniche fondamentali vengono presentate in tabelle e vengono corredate dalla qualità delle evidenze a supporto e dalla forza della raccomandazione.

La riga d'intestazione della tabella è **arancione**, sia nel caso di applicazione dell'intero processo formale del metodo GRADE (vedi capitolo specifico), sia nel caso in cui la sola valutazione della qualità delle evidenze sia stata prodotta secondo le dimensioni suggerite dal metodo GRADE.

Qualità globale delle prove (1)	Raccomandazione clinica (2)	Forza della raccomandazione (3)
ALTA	I pazienti con tumore pN+ oppure sottoposti a intervento resettivo senza adeguata linfadenectomia (<D2) o anche R1 devono essere sottoposti a radiochemioterapia adiuvante (68, 73)	Forte a favore



(1) QUALITÀ GLOBALE DELLE PROVE: PRECEDE LA RACCOMANDAZIONE

Per raccomandazioni prodotte dal 2016, infatti, la tabella delle raccomandazioni si avvicina a quella derivante da tutto il processo formale GRADE (ALTA, MODERATA, BASSA, MOLTO BASSA).

(2) RACCOMANDAZIONE CLINICA

Deve esprimere l'importanza clinica di un intervento/procedura. Dovrebbe essere formulata sulla base del PICO* del quesito (popolazione, intervento, confronto, outcome). In alcuni casi può contenere delle specifiche per i sottogruppi, indicate con il simbolo √.

QUESITI AFFRONTATI CON APPROCCIO FORMALE GRADE

Le raccomandazioni scaturite dall'applicazione di tutto il processo formale GRADE sono strutturate come nell'esempio sottostante.

QUESITO xx:
RACCOMANDAZIONE:
Forza della raccomandazione:
Motivazioni/commenti al bilancio beneficio/danno: <i>Sono state rilevate le seguenti limitazioni:</i> <i>Conclusioni per motivare il bilancio beneficio/danno:</i>
Implicazioni per le ricerche future:
Qualità delle prove La qualità delle prove è stata giudicata per i seguenti motivi:
Qualità globale delle prove:

(3) FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE CLINICA

La forza della raccomandazione clinica viene graduata in base all'importanza clinica, su quattro livelli:

Forza della raccomandazione clinica	Terminologia	Significato
Forte a favore	“Nei pazienti con (criteri di selezione) l’intervento xxx dovrebbe essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione”	L’intervento in esame dovrebbe essere considerato come prima opzione terapeutica (evidenza che i benefici sono prevalenti sui danni)
Condizionata a favore	“Nei pazienti con (criteri di selezione) l’intervento xxx può essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione, in alternativa a yyy”	L’intervento in esame può essere considerato come opzione di prima intenzione, consapevoli dell’esistenza di alternative ugualmente proponibili (incertezza riguardo alla prevalenza dei benefici sui danni)
Condizionata a sfavore	“Nei pazienti con (criteri di selezione) l’intervento xxx non dovrebbe essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione, in alternativa a yyy”	L’intervento in esame non dovrebbe essere considerato come opzione di prima intenzione; esso potrebbe comunque essere suscettibile di impiego in casi altamente selezionati e previa completa condivisione con il paziente (incertezza riguardo alla prevalenza dei danni sui benefici)
Forte a sfavore	“Nei pazienti con (criteri di selezione) l’intervento xxx non deve essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione”	L’intervento in esame non deve essere in alcun caso preso in considerazione (evidenza che i danni sono prevalenti sui benefici)

CONFLITTO DI INTERESSE

Come da Manuale metodologico LG AIOM 2021, i membri del panel si astengono dalla votazione della forza della raccomandazione quando fanno parte dell’authorship di uno o più lavori considerati per la raccomandazione. Nelle tabelle riassuntive delle raccomandazioni viene espressamente indicato il potenziale conflitto di interesse per ciascuna raccomandazione (vedi esempio sottostante).

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
MODERATA	In pazienti con melanoma in stadio IIIA (con metastasi al linfonodo sentinella di almeno 1 mm), IIIB, IIIC o IIID con mutazione BRAF V600 una terapia adiuvante con dabrafenib + trametinib dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione terapeutica	Forte a favore
COI: Astenuti per possibili conflitti di interesse: Dr. XX, Dr. YY		

* La descrizione completa della metodologia applicata alle LG AIOM e la modalità di formulazione del quesito clinico sono reperibili sul sito www.aiom.it/

GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

Le informazioni complete relative al processo GRADE (quando applicato) e le appendici con il flow della selezione dei lavori pertinenti sono riportate alla fine del documento.

Scopo e obiettivi della Linea guida

Le finalità delle Linee guida AIOM sono:

1. Migliorare e standardizzare “la pratica clinica”.
2. Offrire al paziente sull’intero territorio nazionale la possibilità della “migliore cura”.
3. Garantire un riferimento basato sull’evidenza per le istituzioni nazionali e regionali, per gli organismi regolatori ed i “payers”.

Attualmente le Linee guida AIOM sono rivolte solo all’utilizzo medico, ma non ristretto al solo ambito oncologico. Sono disponibili da aprile 2015 nel sito di AIOM Fondazione opuscoli informativi per i pazienti, redatti dai singoli Gruppi di Lavoro delle Linee guida, in attesa di produrre anche Linee guida formali rivolte ai pazienti.

All’interno del testo, nella sezione di appartenenza, vengono riportati i quesiti clinici, ai quali la Linea guida intende rispondere, formulati secondo l’acronimo PICO. Per i quesiti NON sviluppati con l’intero processo GRADE, ma per i quali solo la certezza delle prove è stata valutata secondo metodo GRADE, la forza della raccomandazione si basa su un consenso informale tra i membri del panel.

Per i quesiti affrontati con l’intero processo GRADE viene cercata ad hoc la letteratura riguardante i valori e preferenze dei pazienti. Qualora tale letteratura fosse assente, il panel esprime la sua opinione.

La Linea guida AIOM Terapia antiemetica ha lo scopo di: formulare le raccomandazioni per quanto riguarda i principi generali della terapia antiemetica e la prevenzione dell’emesi in specifiche situazioni (emesi da dosi singole di cisplatino, da chemioterapia con antracicline e ciclofosfamide, da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno, in pazienti sottoposti a chemioterapia in più giorni consecutivi, da chemioterapia a potere emetogeno basso e minimo), analizzare la terapia antiemetica di salvataggio e l’emesi refrattaria, prevenire l’emesi anticipatoria e quella da alte dosi di chemioterapia, la nausea e il vomito radioindotti.

La popolazione cui si rivolge è rappresentata da tutti i pazienti sottoposti ad un trattamento oncologico; la presente linea guida non può sostituire la valutazione complessiva di ciascun paziente (condizioni cliniche, età, comorbidità, interazioni farmacologiche), per cui si rimanda al giudizio del clinico che ha in cura il soggetto.

1. Principi di terapia antiemetica

I pazienti sottoposti a chemioterapia antitumorale presentano tre differenti tipi di emesi ognuno dei quali, avendo caratteristiche particolari, richiede un diverso approccio profilattico e terapeutico:

- **emesi acuta**, che insorge nelle prime 24 ore dopo la somministrazione del farmaco antitumorale;
- **emesi ritardata**, che arbitrariamente è stata definita come l'emesi che insorge a partire da 24 ore dopo la somministrazione della chemioterapia, può persistere per alcuni giorni e talora fino al ciclo successivo di chemioterapia;
- **emesi anticipatoria**, che insorge immediatamente prima della somministrazione della chemioterapia antitumorale in pazienti con pregressa esperienza di emesi acuta o ritardata da chemioterapia. È in genere scatenata dalla vista e/o dall'odore dell'ambulatorio dove la terapia viene somministrata.

Nelle tabelle 1 e 2 (capitolo 13) è riportata la classificazione aggiornata dei farmaci antitumorali in base al loro potenziale emetogeno prodotta dalla Consensus Conference sugli antiemetici della Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) e della European Society of Medical Oncology (ESMO) (1).

Il potenziale emetogeno dei farmaci antitumorali, distinti a seconda che siano somministrati per via parenterale o per via orale, è classificato in quattro gruppi: alto (rischio di emesi >90%), moderato (tra 30% e 90%), basso (tra 10% e 30%) e minimo (<10%). Tale classificazione è arbitraria perché di molti farmaci non si conoscono le caratteristiche emetogene (frequenza, intensità, durata, tempo di insorgenza dopo la somministrazione, ecc.). A ciò va aggiunto che l'emesi indotta da un farmaco antitumorale varia anche in base alla sua eventuale combinazione con altri farmaci antitumorali, alla dose, alla durata dell'infusione e ad alcune caratteristiche dei pazienti quali sesso, età, precedente esperienza di emesi durante la gravidanza, cinetosi, ecc. Molti dei nuovi farmaci antitumorali sono usati per via orale; in questi casi il loro potenziale emetogeno è stato classificato non sulla base di una loro singola somministrazione, come per i farmaci per via endovenosa, ma sull'intero ciclo di terapia.

Di seguito sono riportate le Linee guida della profilassi antiemetica per i pazienti sottoposti a chemioterapia per via endovenosa e a radioterapia, suggerite sulla base di studi clinici in cui differenti trattamenti

antiemetici sono stati posti a confronto (tabella 3). Queste raccomandazioni non si applicano ai farmaci antitumorali somministrati per via orale, in quanto mancano studi clinici randomizzati placebo-controllati a supporto.

2. Prevenzione dell'emesi da dosi singole di cisplatino

Si tratta di uno dei regimi chemioterapici più utilizzati ed a più alto potenziale emetogeno e per tale motivo anche uno dei più studiati dal punto di vista della profilassi antiemetica.

2.1 Emesi acuta

La classe di farmaci che ha determinato un netto miglioramento del controllo dell'emesi in questo setting è costituita dagli NK1 antagonisti, antagonisti cioè del recettore per la neurochinina 1.

Il primo ad essere stato introdotto è stato aprepitant, a formulazione orale ed assunzione in 3 giorni consecutivi, al dosaggio di 125 mg al giorno 1 e 80 mg nei giorni 2-3 della chemioterapia; aprepitant viene associato a desametasone alla dose di 12 mg ev e ad un 5-HT3 antagonista ev al giorno 1, subito prima della chemioterapia, mentre nei giorni 2-3 viene utilizzato insieme al desametasone alla dose di 8 mg. Il giorno 4 dopo la chemioterapia viene impiegato desametasone da solo alla dose di 8 mg.

Nei due studi iniziali che hanno valutato l'aggiunta di aprepitant in pazienti sottoposti per la prima volta a chemioterapia con cisplatino a dosi ≥ 70 mg/m² è stato dimostrato un aumento significativo della risposta completa nel giorno 1, nei giorni 2-5 e nei giorni 1-5 (63% vs 43% nei giorni 1-5, 83% vs 68% nel giorno 1 e 68% vs 47% nei giorni 2-5 in uno studio; 73% vs 52% nei giorni 1-5, 89% vs 78% nel giorno 1 e 75% vs 56% nei giorni 2-5) (2-3).

Aprepitant è in genere ben tollerato; negli studi gli effetti collaterali più frequenti, ma non significativamente aumentati rispetto al braccio di controllo, erano: singhiozzo (4,6% vs 2,9%), aumento della alanina amino transferasi (ALT) (2,8% vs 1,1%), dispepsia (2,6% vs 2%), stipsi (2,4% vs 2%), cefalea (2% vs 1,8%) e diminuzione dell'appetito (2% vs 0,5%).

È importante ricordare che esiste un'interazione farmacologica fra aprepitant e desametasone, tale da raddoppiare i livelli plasmatici di quest'ultimo; il dosaggio di desametasone, quando somministrato con aprepitant, deve essere quindi ridotto di circa il 50%.

Va ricordato, inoltre, che aprepitant è un induttore dei citocromi CYP3A4 e del CYP2C9, con possibili altre interazioni farmacologiche, che dovrebbero sempre essere verificate.

Fosaprepitant è la formulazione endovenosa corrispondente ad aprepitant. Viene utilizzata solo al giorno 1 al

dosaggio di 150 mg ev, sempre in combinazione con desametasone 12 mg e un 5-HT3 antagonista. Quando si usa fosaprepitant al giorno 1, nei giorni 2-4 dopo la chemioterapia viene somministrato solo desametasone per la prevenzione dell'emesi ritardata. Il profilo di tollerabilità del farmaco è molto simile a quello di aprepitant; fosaprepitant, però, può indurre reazioni di ipersensibilità (eritema, dolore ed edema nel sito di infusione). La FDA ha approvato un'altra formulazione ev di aprepitant, HTX-019, priva di polisorbato 80 e di surfattante sintetico, che sembra indurre minor incidenza di reazioni di ipersensibilità (4-6). Diversi studi, anche recenti, hanno dimostrato la non inferiorità di fosaprepitant rispetto ad aprepitant (7-8).

Più di recente sono stati sviluppati altri due antagonisti dei recettori NK1, il **netupitant** (NEPA, in combinazione in un'unica compressa con palonosetron 0,5 mg) ed il **rolapitant**, quest'ultimo sia in formulazione orale che endovenosa (9-12).

Dopo un mese dalla commercializzazione della formulazione ev di rolapitant sono stati segnalati shock anafilattici e altre gravi reazioni di ipersensibilità, che hanno determinato un'avvertenza della FDA e la decisione di sospendere la distribuzione della formulazione ev da parte della casa produttrice.

Uno studio di fase III di non inferiorità, in doppio-cieco, double-dummy, ha confrontato su 834 pazienti netupitant, palonosetron e desametasone (braccio sperimentale) vs aprepitant giorni 1-3, granisetron e desametasone (braccio standard) in pazienti sottoposti per la prima volta a chemioterapia con cisplatino ≥ 50 mg/m² (13), con l'obiettivo di verificare eventuali differenze di efficacia fra gli NK1 antagonisti valutati. L'endpoint primario era la risposta completa nei giorni 1-5. Il trattamento con netupitant, palonosetron e desametasone è stato dimostrato non inferiore al trattamento standard (risposte complete nel 73,8% vs 72,4% nei giorni 1-5, 84,5% vs 87% nel giorno 1 e 77,9% vs 74,3% nei giorni 2-5). Anche la percentuale di pazienti senza vomito e con nausea non significativa (VAS < 25) era simile. Gli effetti collaterali non erano significativamente differenti tra i due trattamenti.

Uno studio di non inferiorità del 2021 (14) ha confrontato fosnetupitant rispetto a fosaprepitant, entrambi in combinazione con palonosetron e desametasone, nella prevenzione dell'emesi da farmaci altamente emetogeni, evidenziando la non inferiorità di fosnetupitant 235 mg ev rispetto a fosaprepitant 150 mg ev, con un'incidenza minore di reazioni nel sito d'infusione.

Quesito 1. Per la prevenzione dell'emesi acuta da cisplatino può essere utilizzato un regime a tre farmaci comprendente un NK1 antagonista, il desametasone e un 5-HT3 antagonista?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Le revisioni sistematiche sono state pubblicate tra il 2016 e il 2019 ed hanno evidenziato il vantaggio dell'aggiunta degli NK1 antagonisti nella prevenzione dell'emesi da farmaci altamente emetogeni (15-17).

La revisione sistematica e metanalisi di Chow et al. 2018 (15) ha valutato 17 studi che confrontavano la combinazione di NK1 antagonisti + palonosetron + desametasone vs altri regimi antiemetici (a 2 o 3 farmaci); 12 studi erano su pazienti sottoposti a regimi altamente emetogeni e 5 su pazienti sottoposti a regimi moderatamente emetogeni.

Per quanto riguarda i farmaci altamente emetogeni, la tripletta di antiemetici valutata è risultata superiore agli altri regimi antiemetici in termini di risposte complete nell'intero periodo (no emesi e no bisogno di farmaci antiemetici rescue nella fase acuta + ritardata) (Odds Ratio [OR] 1,25; IC95% 1,01-1,55) e nel controllo completo (no emesi, no farmaci antiemetici rescue, non più di una nausea lieve) nella fase ritardata (OR 1,40; IC95% 1,20-1,64) e nell'intero periodo (OR 1,32; IC95% 1,14-1,54). Questo risultato è limitato dal fatto che nella metanalisi sono stati inclusi anche studi che utilizzavano un NK1 antagonista in entrambi i bracci di trattamento, cambiando solo il tipo di 5-HT3 antagonista, elemento che ovviamente confonde i risultati riguardanti l'efficacia nella fase acuta.

La metanalisi di Zhang et al. 2017 (16) ha valutato 36 studi che confrontavano la tripletta di farmaci antiemetici (NK1 antagonisti + 5-HT3 antagonisti + desametasone) vs la doppietta (5-HT3 antagonisti + desametasone) in pazienti sottoposti a chemioterapia moderatamente o altamente emetogena. Di questi studi, 21 riguardavano farmaci altamente emetogeni, 11 farmaci moderatamente emetogeni e 4 entrambi i regimi.

Per quanto riguarda i farmaci altamente emetogeni, la tripletta di farmaci antiemetici è risultata statisticamente superiore rispetto alla doppietta nelle risposte complete nella fase acuta (OR 1,52; IC95% 1,32-1,75), ritardata (OR 1,73; IC95% 1,53-1,96) e nell'intero periodo (OR 1,72; IC95% 1,53-1,93). Non sono state evidenziate

differenze tra i diversi 5-HT3 antagonisti, né tra i diversi NK1 antagonisti, né tra le diverse dosi di desametasone combinate con un 5-HT3 antagonista. Non sono state evidenziate differenze significative in tossicità.

La metanalisi di Abdel-Rahman 2016 (17) ha incluso 19 studi clinici randomizzati che valutavano l'aggiunta di NK1 antagonisti in pazienti sottoposti a chemioterapia altamente emetogena dimostrando, anche in questo caso, un aumento di risposte complete nell'intero periodo (acuto + ritardato) con la tripletta di farmaci antiemetici. Inoltre, casopitant/granisetron o ondansetron/desametasone e aprepitant/granisetron o ondansetron/desametasone sono risultati superiori in risposte complete rispetto a rolapitant/ondansetron o granisetron/desametasone (OR 1,62, CrI 95% 1,14-2,23, e OR 1,28, CrI 95% 1,01-1,59, rispettivamente).

Non è stata evidenziata, invece, una maggiore efficacia nella riduzione della nausea significativa, sempre nell'intero periodo (da 0 a 120 ore dopo la chemioterapia). Anche in questo caso non sono state evidenziate differenze di efficacia tra i diversi NK1 antagonisti, né tossicità aggiuntive.

Limiti: Non sono state trovate limitazioni nel disegno di studio, per imprecisione, indirectness, eterogeneità e publication bias.

Bilancio beneficio/danno: Considerando tutti gli studi con NK1 antagonisti, l'aggiunta di questa classe di farmaci al 5-HT3 antagonista e al desametasone ha aumentato la percentuale di risposte complete (non vomito né terapia di salvataggio) nelle prime 24 ore dopo la somministrazione del cisplatino dal 4% al 14% rispetto al 5-HT3 antagonista più desametasone. Questo aumento non solo è statisticamente significativo, ma anche clinicamente rilevante, perché impatta anche sull'incidenza di emesi ritardata dello stesso ciclo di chemioterapia e sull'incidenza di emesi acuta e ritardata dei cicli di chemioterapia successivi. Gli effetti collaterali complessivamente sono modesti e facilmente gestibili. La scelta fra i tre NK1 antagonisti dovrebbe essere basata sul loro rispettivo costo di acquisto.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Alta	Per la prevenzione dell’emesi acuta da cisplatino, una combinazione a 3 farmaci includente dosi singole di un 5-HT3 antagonista, desametasone e un NK1 antagonista (aprepitant, fosaprepitant, netupitant o rolapitant) somministrata prima della chemioterapia dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione (15-17) La dose di desametasone, orale o endovenosa, raccomandata in associazione ad aprepitant, fosaprepitant e netupitant è 12 mg, mentre è 20 mg in associazione al rolapitant (15-17)	Forte a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Dopo l’introduzione degli NK1 antagonisti, negli ultimi anni è emerso il possibile ruolo dell’**olanzapina** nella prevenzione dell’emesi in pazienti oncologici: si tratta di un antipsicotico che blocca numerosi neurotrasmettitori nel sistema nervoso centrale: i recettori della dopamina D₁, D₂, D₃, della serotonina 5-HT_{2a}, 5-HT_{2c}, 5-HT₃ e 5-HT₆, gli α₁-adrenergici, i muscarinici e quelli dell’istamina H₁.

Diversi studi, in particolare, hanno valutato olanzapina nei pazienti sottoposti a chemioterapia ad elevato potere emetogeno, sia in alternativa agli NK1 antagonisti, sia in aggiunta alla tripletta NK1-RA, 5-HT3-RA e desametasone (18-24).

Nel 2011 è stato pubblicato il primo studio di fase III eseguito su 251 pazienti sottoposti a cisplatino o ciclofosfamida + adriamicina, che ha valutato l’efficacia e la tossicità dell’olanzapina 10 mg, rispetto all’aprepitant, nel prevenire il vomito da chemioterapia (18-19), evidenziando una risposta completa non significativamente diversa tra i due trattamenti antiemetici nel giorno 1 (97% vs 87%), nei giorni 2-5 (77% vs 73%) e nei giorni 1-5 (77% vs 73%), rispettivamente. La risposta completa della nausea nei giorni 1-5 era superiore con l’olanzapina (69% vs 38%). Più recentemente uno studio di fase II ha dimostrato un’alta percentuale di risposte complete ed un’alta percentuale di protezione dalla nausea in pazienti sottoposti a cisplatino quando l’olanzapina era associata ad un 5-HT3 antagonista, al desametasone e ad un NK1 antagonista (20), dati confermati da un successivo studio di fase III (21).

L’effetto collaterale principale nella pratica clinica è la sedazione, frequente e spesso mal tollerata dai pazienti, soprattutto se utilizzata a dosaggi elevati. Proprio per tale motivo, diversi studi hanno provato a valutare dosaggi diversi di olanzapina, ad esempio 5 mg o 2,5 mg.

Uno studio di questo tipo è uno studio di fase II, in doppio-cieco, dose-finding eseguito su 153 pazienti sottoposti per la prima volta a chemioterapia con cisplatino, che ha valutato efficacia e tossicità di 5 mg vs 10 mg di olanzapina somministrata dal giorno 1 al giorno 4 dopo la chemioterapia. Ambedue le dosi erano associate a palonosetron, aprepitant e desametasone. La percentuale di risposte complete era simile nel giorno 1 (98,7% con 5 mg e 100% con 10 mg), nei giorni 2-5 (85,7% vs 77,6%) e nei giorni 1-5 (85,7% vs 77,6%, rispettivamente). La sedazione riferita non è risultata significativamente differente tra i due bracci dello studio (45,5% vs 53,3% dei pazienti) (22).

Nel 2020 sono stati pubblicati 2 studi che hanno valutato dosi diverse di olanzapina.

Il primo studio (23) è uno studio randomizzato, in doppio-cieco, controllato, che ha valutato 710 pazienti sottoposti per la prima volta a cisplatino, che venivano randomizzati a ricevere olanzapina 5 mg vs placebo nei giorni 1-4, in aggiunta ad aprepitant + palonosetron + desametasone. Nella fase acuta ha ricevuto una protezione completa il 94% dei pazienti con olanzapina vs l'88% dei pazienti con placebo; nella fase ritardata, il 79% vs il 66% rispettivamente; nell'intero periodo il 76% vs il 61% rispettivamente. Riguardo alla nausea, nei giorni 1-5 non si sono evidenziate differenze statisticamente significative tra i due bracci di trattamento, mentre nei giorni 2-4 si è avuta una minore nausea con olanzapina rispetto al placebo. Riguardo alla tossicità, 1 paziente ha presentato stipsi G3 ed 1 paziente sonnolenza G3 correlate ad olanzapina. Recentemente è stata pubblicata un'analisi secondaria predefinita dello studio che conferma il beneficio dell'aggiunta di olanzapina, indipendentemente dai fattori di rischio emetogeni dei pazienti (24).

Il secondo studio (25) ha valutato 141 pazienti sottoposti per la prima volta a cisplatino (37 pazienti) o antraciclina-ciclofosfamide (104 pazienti). I pazienti venivano randomizzati a ricevere aprepitant oppure olanzapina 10 mg (giorni 1-4) oppure olanzapina 5 mg (giorni 1-4), in aggiunta ad ondansetron e desametasone.

I pazienti che non hanno presentato nausea nei giorni 1-5 sono risultati il 33% con aprepitant, il 43,2% con olanzapina 10 mg e il 37% con olanzapina 5 mg; la risposta completa è risultata invece simile nei tre bracci.

Riguardo alla tossicità, i due dosaggi di olanzapina sono risultati ben tollerabili, senza differenze significative, neanche riguardo alla sonnolenza, tra 10 e 5 mg.

Olanzapina 5 mg nei giorni 1-4 è stata valutata rispetto al placebo in aggiunta alla triptetta con aprepitant + desametasone + ondansetron in donne con carcinoma della mammella sottoposte a chemioterapia con cisplatino o a base di antracicline (26), ottenendo una riduzione della prevalenza della nausea acuta/ritardata nei diversi cicli di terapia, con un aumento della sedazione di grado 1-2.

Sono necessari studi di confronto dell'efficacia e tossicità di diverse dosi di olanzapina (ad esempio 2,5 mg vs 5 mg vs 10 mg, sempre associate alla triptetta di antiemetici) e di diverse schedule (ad esempio somministrazione di olanzapina solo al giorno 1 o per più giorni) per identificare la dose meno tossica ed ugualmente efficace di olanzapina. Questa dose di olanzapina dovrebbe essere associata alla triptetta e valutata vs la sola triptetta di antiemetici sia in pazienti sottoposti a cisplatino che in donne affette da carcinoma della mammella sottoposte ad antracicline + ciclofosfamide per confermare i risultati degli studi già pubblicati.

Quesito 2. Per la prevenzione dell'emesi acuta da cisplatino (o da antracicline-ciclofosfamide) può essere utilizzata l'olanzapina?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text 1 solo nuovo studio è stato incluso.

Nel 2018 è stata pubblicata una revisione sistematica Cochrane (27) che ha considerato gli studi randomizzati che hanno valutato olanzapina rispetto ad altri agenti (placebo/nessun trattamento, desametasone, NK1-RA, 5-HT3-RA, procinetici). Sono stati inclusi 14 RCT, 12 con terapia altamente o moderatamente emetogena, 1 studio con chemio-radioterapia ed 1 studio di terapia palliativa.

Le conclusioni degli autori sono che probabilmente l'olanzapina riduce la nausea ritardata (Risk Ratio [RR] 1,71; IC95% 1,40-2,09; 585 pazienti; 3 studi) e il vomito ritardato (RR 1,28; IC95% 1,14-1,42; 702 pazienti; 5 studi), che probabilmente aumenta la possibilità di non avere nausea o vomito durante la chemioterapia rispetto al placebo/nessun trattamento se aggiunta alla terapia antiemetica standard (RR 1,98; IC95% 1,59-2,47; 561 pazienti; 3 studi). È incerto il beneficio di 5 mg rispetto a 10 mg e non c'è una sicura differenza in effetti collaterali tra i due dosaggi, soprattutto per quanto riguarda la sonnolenza.

Nel 2019 è stata pubblicata una revisione sistematica e metanalisi che ha preso in considerazione 27 studi clinici randomizzati che confrontavano 12 differenti regimi antiemetici (28). Due di questi regimi includevano

olanzapina, in combinazione a 5-HT3 antagonisti e desametasone o in combinazione a NK1 antagonisti + 5-HT3 antagonisti + desametasone. Gli autori concludono che i regimi contenenti olanzapina sono i più efficaci nella prevenzione della nausea e del vomito da chemioterapia altamente emetogena: in particolare, la combinazione a 4 farmaci ha la maggiore probabilità di essere il regime più efficace in termini di risposte complete, seguita dalla combinazione a 3 farmaci a base di olanzapina. Gli autori sottolineano, inoltre, che olanzapina potrebbe essere un'alternativa meno costosa rispetto agli NK1 antagonisti.

A conclusioni simili sono giunti anche gli autori di un'altra metanalisi pubblicata nel 2018 (29), che ha preso in considerazione 43 studi, non solo randomizzati, che hanno valutato un regime a 3 farmaci a base di olanzapina verso una combinazione a 3 farmaci a base di NK1-RA per la prevenzione dell'emesi da farmaci altamente emetogeni. La tripletta a base di olanzapina ha evidenziato un'assenza di nausea significativamente maggiore nel periodo completo e nella fase ritardata (OR 3,18 e 3, rispettivamente), rispetto alle triplette a base di aprepitant, casopitant (3,78 e 4,12, rispettivamente), fosaprepitant (3,08 e 4,10, rispettivamente) e rolapitant (3,45 e 3,20, rispettivamente).

Non sono state evidenziate differenze significative in tossicità.

Una recente revisione sistematica e metanalisi (30) ha incluso 25 studi controllati che valutavano il ruolo dell'olanzapina in pazienti trattati con terapia ad alto e moderato potenziale emetogeno (3 per il trattamento rescue della CINV [Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting] incidente, 22 nel setting profilattico). In tutti gli studi in pazienti adulti trattati con terapia ad alto potenziale emetogeno e in setting profilattico, olanzapina 10 mg è risultata superiore rispetto al controllo relativamente a 8 endpoint su 9 (tranne protezione dall'emesi nella fase acuta), senza risultare associata ad una maggiore incidenza di effetti collaterali severi.

Limiti: Gli studi con olanzapina presentano complessivamente diverse limitazioni: prendono in considerazione pazienti sottoposti a **regimi antiemetici** diversi, valutano dosaggi diversi del farmaco e diverse combinazioni antiemetiche, molti sono in aperto e questo influenza molto un endpoint come la nausea, su cui peraltro olanzapina sembra avere l'effetto maggiore.

Bilancio beneficio/danno: Olanzapina è un farmaco discretamente tollerato, il cui problema principale è la sedazione, da tenere in considerazione soprattutto in pazienti anziani. I regimi contenenti olanzapina in

aggiunta a NK1 antagonisti, 5-HT3 antagonisti e desametasone, probabilmente aumentano la protezione dalla nausea e vomito da chemioterapia altamente emetogena. Non è ancora ben definito il dosaggio ottimale del farmaco. L'olanzapina potrebbe, inoltre, essere impiegata in alternativa rispetto agli NK1 antagonisti ad un costo inferiore, ma con i problemi di tossicità e di dosaggio riportati sopra.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	Per la prevenzione dell'emesi acuta da cisplatino una combinazione a 4 farmaci includente dosi singole di un 5-HT3 antagonista, desametasone, un NK1 antagonista (aprepitant, fosaprepitant, netupitant o rolapitant) e olanzapina somministrata prima della chemioterapia può essere presa in considerazione (27-30)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

2.2 Emesi ritardata

Data l'elevata incidenza di emesi ritardata, tutti i pazienti sottoposti a dosi singole di cisplatino dovrebbero ricevere una profilassi antiemetica.

I 5-HT3 antagonisti, usati da soli, non si sono dimostrati particolarmente efficaci nel controllo del vomito ritardato indotto da cisplatino. Invece le combinazioni di desametasone (8 mg 2 volte/die nei giorni 2-3 e 4 mg 2 volte/die nei giorni 4-5 per via orale o intramuscolare) con metoclopramide (0,5 mg/kg o 20 mg per os 4 volte/die nei giorni 2-5) o un 5-HT3 antagonista (ad esempio, ondansetron 8 mg per os 2 volte/die nei giorni 2-5), iniziate 24 ore dopo la chemioterapia e per un minimo di 72 ore, si sono dimostrate efficaci ed erano considerate il migliore trattamento per prevenire l'emesi ritardata da cisplatino, prima dell'introduzione degli NK1 antagonisti.

L'introduzione degli NK1 antagonisti ha migliorato il controllo dell'emesi ritardata in maniera significativa (2-3, 9-13): l'aggiunta di un NK1 antagonista in pazienti sottoposti a cisplatino aumenta dell'8-21% la risposta nei giorni 2-5.

Nel 2021 è stata pubblicata una network metanalisi che aveva l'obiettivo di confrontare l'efficacia e la sicurezza delle diverse combinazioni che includono un NK1 antagonista, un 5-HT3 antagonista e un corticosteroide nella profilassi della CINV sia acuta che ritardata, da farmaci altamente e moderatamente

emetogeni. Per quanto riguarda la prevenzione dell'emesi ritardata da dosi singole di cisplatino, i risultati della network metanalisi suggeriscono che non ci sono differenze tra le varie combinazioni né in termini di efficacia né in termini di sicurezza e qualità di vita dei pazienti (31). Parte dell'effetto antiemetico degli NK1 antagonisti dei giorni 2-5 potrebbe essere però dovuta ad un effetto di dipendenza dai risultati superiori ottenuti con l'aggiunta dell'NK1 antagonista nelle prime 24 ore. Negli studi che hanno valutato l'effetto degli NK1 antagonisti, infatti, i pazienti sottoposti ai due diversi trattamenti antiemetici avevano ottenuto una diversa risposta completa nelle prime 24 ore, condizione che può aver influenzato i risultati ottenuti nei giorni 2-5.

Per identificare il trattamento più efficace nel vomito ritardato sarebbe necessario, quindi, che tutti i pazienti ricevessero la stessa terapia antiemetica nelle prime 24 ore, o che almeno venisse eseguita un'analisi multifattoriale che valuti l'efficacia ottenuta nel prevenire l'emesi ritardata a parità di risultati ottenuti nel prevenire l'emesi acuta. Tale analisi non è stata condotta in nessuno degli studi sopra riportati che hanno valutato gli NK1 antagonisti, e lo stesso è avvenuto in un altro studio, in cui si confrontava aprepitant più desametasone rispetto ad ondansetron più desametasone nei giorni 2-4 dopo la chemioterapia (32).

Un crescente interesse è inoltre rivolto alla possibilità di ridurre la dose e l'uso del desametasone nei regimi a 3 farmaci nella prevenzione dell'emesi ritardata, sia per ridurre l'incidenza di eventi avversi dovuti allo steroide (diabete mellito, ipertensione, ritenzione di liquidi, osteoporosi), sia per evitare l'effetto immunosoppressivo del desametasone nei pazienti che ricevono un trattamento combinato di chemio-immunoterapia. Recentemente sono stati pubblicati i risultati di un'analisi combinata di 2 studi randomizzati di fase III, di non inferiorità, che hanno valutato l'uso di una singola dose rispetto alle dosi multiple giornaliere di desametasone in combinazione con palonosetron e un NK1 antagonista per la prevenzione dell'emesi da cisplatino. L'analisi combinata ha incluso 242 pazienti e ha dimostrato che la singola dose di desametasone in combinazione con palonosetron e un NK1 antagonista non riduce la protezione contro CINV causata da cisplatino (33).

Quesito 3. Per la prevenzione dell'emesi ritardata da cisplatino possono essere utilizzati NK1 antagonisti e desametasone oppure metoclopramide + desametasone?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Il vantaggio dall'aggiunta degli NK1 antagonisti è dimostrato dalle metanalisi e revisioni sistematiche già riportate in precedenza (vedere il Quesito 1 per il dettaglio dei risultati) (12-14). Nella valutazione specifica del vantaggio nell'emesi ritardata, però, le metanalisi inevitabilmente risentono del limite principale della maggior parte degli studi clinici che hanno valutato l'aggiunta degli NK1 antagonisti. La differente protezione al giorno 1 legata all'utilizzo di NK1 antagonista + 5-HT3 antagonista + desametasone in un braccio vs 5-HT3 antagonista + desametasone si ripercuote anche sulla protezione nei giorni successivi, in quanto il non presentare emesi al giorno 1 è uno dei fattori principali di protezione anche per i giorni successivi. In molti studi, inoltre, spesso non è stata utilizzata la terapia considerata standard come profilassi dell'emesi ritardata ed anche questo elemento condiziona i risultati ottenuti.

Per cercare di definire meglio il reale ruolo degli NK1 antagonisti nella prevenzione dell'emesi ritardata, nel 2015 è stato pubblicato uno studio randomizzato e controllato, condotto in doppio-cieco su 288 pazienti sottoposti a cisplatino (34); tutti i pazienti arruolati ricevevano la stessa profilassi per il vomito acuto (aprepitant 125 mg per os, desametasone 12 mg ev e palonosetron 0,25 mg ev). A partire da 24 ore dopo la somministrazione della chemioterapia, i pazienti erano randomizzati a ricevere metoclopramide 20 mg per os 4 volte/die + desametasone 8 mg per os 2 volte/die nei giorni 2-4 o aprepitant 80 mg per os nei giorni 2-3 + desametasone 8 mg per os/die nei giorni 2-4. Lo studio è stato pianificato come uno studio di superiorità e voleva dimostrare che l'aprepitant inducesse almeno un 12% in più di risposte complete dal vomito ritardato. La risposta completa (no vomito né terapia di salvataggio) era simile nelle prime 24 ore quando i pazienti ricevevano la stessa terapia antiemetica. Nei giorni 2-5 la risposta completa era altresì non significativamente diversa (80% con aprepitant + desametasone vs 82% con metoclopramide + desametasone). Anche gli altri endpoint secondari (no vomito, no nausea, ecc.) erano non significativamente differenti nei due bracci di trattamento così come gli eventi avversi. In conclusione, l'aprepitant non è superiore alla metoclopramide nella profilassi dell'emesi ritardata da cisplatino, ma ottiene simile efficacia e tossicità della metoclopramide costando di più.

È corretto ricordare la nota EMA recepita dall'AIFA che limita l'utilizzo di metoclopramide alla dose massima

di 0,5 mg/kg al giorno per 1 settimana per i possibili effetti collaterali di tipo neurologico (sindrome extrapiramidale).

Limiti: Negli studi inclusi nelle metanalisi spesso non è stato utilizzato il trattamento standard per la profilassi del vomito ritardato indotto da cisplatino, rappresentato da una combinazione di desametasone + metoclopramide o un 5-HT3 antagonista e i pazienti non ricevevano tutti lo stesso trattamento antiemetico al giorno 1. Questo può condizionare i risultati dei singoli studi per quanto concerne la protezione dall'emesi ritardata. Lo studio di Roila et al. 2015 (34) non presenta, invece, tale limite.

Bilancio beneficio/danno: In pazienti sottoposti a chemioterapia altamente emetogena con cisplatino dovrebbe sempre essere considerata la profilassi per l'emesi ritardata. Pazienti che hanno ricevuto aprepitant al giorno 1, aprepitant + desametasone o metoclopramide + desametasone hanno dimostrato una significativa riduzione dell'emesi ritardata; lo stesso vale per il desametasone da solo nei pazienti che hanno ricevuto un NK1 antagonista a somministrazione unica al giorno 1. Tali farmaci hanno evidenziato effetti collaterali minimi e ben gestibili.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	In pazienti che nelle prime 24 ore abbiano assunto una combinazione di aprepitant, 5-HT3 antagonista e desametasone per la prevenzione del vomito acuto indotto da cisplatino, una combinazione di aprepitant + desametasone o metoclopramide + desametasone può essere presa in considerazione per la prevenzione del vomito ritardato (15-17, 34)	Condizionata a favore
Moderata	Nei pazienti sottoposti a cisplatino, che abbiano assunto una combinazione di un NK1 antagonista in unica somministrazione (fosaprepitant, netupitant e rolapitant) + un 5-HT3 antagonista e desametasone per la prevenzione del vomito acuto, un trattamento con solo desametasone per la prevenzione dell'emesi ritardata può essere preso in considerazione (15-17, 34)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

3. Dosi e modalità di somministrazione dei 5-HT3 antagonisti

Nonostante tutti concordino che i 5-HT3 antagonisti vadano somministrati in dose singola immediatamente prima della chemioterapia, c'è un'ampia differenza nelle dosi singole approvate per via endovenosa. Ad esempio, negli Stati Uniti la dose approvata di ondansetron, 32 mg, è 4 volte più alta rispetto alla dose approvata in Europa (8 mg) mentre l'opposto vale per il granisetron (1 mg rispetto a 3 mg).

Dal giugno 2012, la dose singola massima di ondansetron per via endovenosa è stata ridotta dagli enti regolatori a 16 mg. Questo sulla base dei risultati di uno studio che ha evidenziato con dosi superiori un prolungamento dose-dipendente dell'intervallo QT corretto (QTc) che può indurre aritmie potenzialmente pericolose per la vita.

Nella tabella 4 sono riportate le dosi, la via e la modalità di somministrazione dei 5-HT3 antagonisti ritenute essere terapeuticamente equivalenti nella prevenzione dell'emesi acuta, come dimostrato in numerosi studi controllati in doppio-cieco.

Il palonosetron, che ha un'emivita molto lunga (circa 40 ore), è stato confrontato in 3 studi con l'ondansetron ed il granisetron in pazienti sottoposti a cisplatino (35-37). In tutti e tre gli studi non vi erano differenze nella percentuale di risposte complete (non vomito né terapia di salvataggio) ottenute nelle prime 24 ore. Due dei tre studi evidenziavano però una percentuale di risposte complete superiori nei giorni 2-5 con il palonosetron.

Nella prevenzione dell'emesi da chemioterapia moderatamente o altamente emetogena della durata di 3-5 giorni consecutivi, in pazienti in cui la somministrazione di antiemetici per via orale sia complicata da fattori che rendono difficoltosa la deglutizione, è disponibile la formulazione di granisetron come cerotto transdermico, che contiene 34,3 mg di granisetron, rilascia 3,1 mg di farmaco ogni 24 ore per 7 giorni e deve essere applicato 24-48 ore prima dell'inizio della chemioterapia.

4. Prevenzione dell'emesi da chemioterapia con AC/EC

Il regime ciclofosfamide + adriamicina (AC)/ciclofosfamide + epirubicina (EC) utilizzato nelle donne con carcinoma della mammella è stato riclassificato nelle Linee guida 2016 come una combinazione altamente emetogena (1), quindi con un potere emetogeno >90%, per cui è stata studiata la profilassi per l'emesi acuta e ritardata in maniera analoga a quanto è stato effettuato per il cisplatino.

Va sottolineato che, in pazienti trattate con tale combinazione, il grado di protezione dall'emesi acuta ha una grande influenza sull'incidenza dell'emesi ritardata. Infatti, l'incidenza globale di vomito ritardato e nausea ritardata moderata-severa è inferiore al 20-30% nelle pazienti che non presentano vomito e nausea moderata-severa nelle prime 24 ore, ed è circa del 55-75% in quelle che presentano vomito e nausea moderata-severa nelle prime 24 ore.

4.1 Emesi acuta

La combinazione di un 5-HT3 antagonista con il desametasone si è dimostrata significativamente più efficace del desametasone da solo o di un 5-HT3 antagonista da solo ed è stata considerata la prevenzione ottimale dell'emesi acuta da questi farmaci fino all'introduzione in commercio dell'aprepitant (1).

L'**aprepitant**, in maniera analoga a quanto avvenuto per il cisplatino, è stato il primo NK1 antagonista ad essere stato valutato in questo gruppo di pazienti. È stato utilizzato al dosaggio di 125 mg il giorno 1 e 80 mg i giorni 2-3; al giorno 1 era utilizzato in combinazione con ondansetron e desametasone. Tale combinazione a 3 farmaci è stata confrontata con il regime a 2 farmaci (giorno 1: ondansetron 8 mg per os + desametasone 20 mg per os prima della chemioterapia e ondansetron 8 mg per os 8 ore dopo; giorni 2-3: ondansetron 8 mg ogni 12 ore). La risposta completa era significativamente superiore con l'aprepitant nel giorno 1 (76% vs 69%), nei giorni 2-5 (55% vs 49%) e nei giorni 1-5 (51% vs 42%). Invece la protezione completa dalla nausea non era significativamente diversa tra i due trattamenti; anche la tollerabilità non è risultata significativamente diversa tra i due bracci di trattamento (38).

Più recentemente è stato valutato in questo setting di pazienti il netupitant in combinazione nella stessa compressa al palonosetron (**NEPA**) rispetto alla combinazione di palonosetron e desametasone. Il NEPA era

significativamente superiore al palonosetron sia nei giorni 2-5 (77% vs 70%) che nel giorno 1 (88% vs 85%) e nei giorni 1-5 (74% vs 67%).

Da notare che l'aggiunta dell'antagonista dei recettori NK1 aumentava la percentuale di risposte complete di circa il 7%, percentuale molto simile a quella che si otteneva con l'aggiunta dell'aprepitant (39).

Nel 2019 è stato pubblicato uno studio che ha valutato la formulazione endovenosa del NEPA (**fosnetupitant**) rispetto al NEPA orale, con una sostanziale sovrapposibilità di efficacia e tollerabilità (40).

Un altro studio ha valutato il ruolo del **rolapitant**, alla dose di 180 mg per os in unica somministrazione prima della chemioterapia al giorno 1, in 1369 pazienti sottoposti a chemioterapia moderatamente emetogena (per l'80% circa erano donne, oltre il 50% delle quali sottoposte a AC o EC per cancro della mammella) (41).

La risposta completa nei giorni 2-5, che era l'endpoint primario dello studio, era significativamente superiore con rolapitant (71% vs 62%) così come la risposta completa nei giorni 1-5 (69% vs 58%). Invece la frequenza della nausea è risultata simile.

Quesito 4. Per la prevenzione dell'emesi acuta da antracicline e ciclofosfamide nelle pazienti con carcinoma della mammella può essere utilizzato un regime a tre farmaci comprendente un NK1 antagonista, il desametasone e un 5-HT3 antagonista?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Si fa quindi riferimento alle stesse 3 revisioni sistematiche valutate per i Quesiti 1 e 3 e che hanno evidenziato il vantaggio dell'aggiunta degli NK1 antagonisti nella prevenzione dell'emesi da farmaci altamente emetogeni (15-17).

La revisione sistematica e metanalisi di Chow et al. 2018 (15) ha valutato 17 studi che confrontavano la combinazione di NK1 antagonisti + palonosetron + desametasone vs altri regimi antiemetici (a 2 o 3 farmaci); 12 studi erano su pazienti sottoposti a regimi altamente emetogeni e 5 su pazienti sottoposti a regimi moderatamente emetogeni (ricordiamo che la combinazione di antracicline e ciclofosfamide è stata riclassificata da moderatamente ad altamente emetogena nel 2016).

Per quanto riguarda i farmaci moderatamente emetogeni, la tripletta di antiemetici valutata è risultata superiore agli altri regimi antiemetici in termini di risposte complete nell'intero periodo (no emesi e no bisogno di farmaci antiemetici rescue nella fase acuta + ritardata) (OR 1,82; IC95% 1,53-2,18) e nella fase ritardata (OR 1,57; IC95% 1,15-2,14), oltre che nel controllo completo (no emesi, no farmaci antiemetici rescue, non più di una nausea lieve) nella fase ritardata (OR 1,40; IC95% 1,20-1,64) e nell'intero periodo (OR 1,32; IC95% 1,14-1,54). Questo risultato è limitato dal fatto che nella metanalisi sono stati inclusi anche studi che utilizzavano un NK1 antagonista in entrambi i bracci di trattamento, cambiando solo il tipo di 5-HT3 antagonista, elemento che ovviamente confonde i risultati riguardanti l'efficacia nella fase acuta.

Nella metanalisi di Zhang et al. 2017 (16), come già riportato in precedenza, per quanto riguarda i farmaci altamente emetogeni (che qui comprendevano anche i regimi con antracicline e ciclofosfamide), la tripletta di farmaci antiemetici è risultata statisticamente superiore rispetto alla doppietta nelle risposte complete nella fase acuta (OR 1,52; IC95% 1,32-1,75), ritardata (OR 1,73; IC95% 1,53-1,96) e nell'intero periodo (OR 1,72; IC95% 1,53-1,93). Non sono state evidenziate differenze tra i diversi 5-HT3 antagonisti, né tra i diversi NK1 antagonisti, né tra le diverse dosi di desametasone combinate con un 5-HT3 antagonista. Non sono state evidenziate differenze significative in tossicità. I risultati di questa metanalisi, quindi, sono in linea sostanzialmente con quelle dei vari studi registrativi.

La metanalisi di Abdel-Rahman 2016 (17) ha incluso 19 studi clinici randomizzanti che valutavano l'aggiunta di NK1 antagonisti in pazienti sottoposti a chemioterapia altamente emetogena dimostrando, anche in questo caso, un aumento di risposte complete nell'intero periodo (acuto + ritardato) con la tripletta di farmaci antiemetici. Non è stata evidenziata, invece, una maggiore efficacia nella riduzione della nausea significativa, sempre nell'intero periodo (da 0 a 120 ore dopo la chemioterapia).

Limiti: Nelle metanalisi sono stati inclusi anche studi che utilizzavano un NK1 antagonista in entrambi i bracci di trattamento, cambiando solo il tipo di 5-HT3 antagonista, elemento che ovviamente confonde i risultati riguardanti l'efficacia nella fase acuta.

Bilancio beneficio/danno: Nella prevenzione dell'emesi acuta in pazienti affette da carcinoma della mammella sottoposte a chemioterapia con AC/EC, l'aggiunta di un NK1 antagonista ha aumentato la risposta

completa dallo 0% al 7% rispetto alla combinazione di un 5-HT3 antagonista + desametasone senza NK1 antagonista. Anche in questo sottogruppo di pazienti attendiamo studi di confronto fra i tre NK1 antagonisti per identificare quello più efficace. In assenza di questi studi la scelta andrà verso quello più economico. Gli effetti collaterali di tali regimi antiemetici sono modesti e ben gestibili.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	La combinazione di aprepitant, fosaprepitant, netupitant o rolapitant con un 5-HT3 antagonista ed il desametasone dovrebbe essere considerata come prima opzione per la prevenzione dell'emesi acuta indotta da ciclofosfamide + antracicline in donne affette da cancro della mammella (15-17)	Forte a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Quesito 5. Per la prevenzione dell'emesi acuta da ciclofosfamide + antraciclina si può utilizzare olanzapina per aumentare l'efficacia?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text 1 solo studio è stato incluso. L'olanzapina, in associazione ad un 5-HT3 antagonista, desametasone e un NK1 antagonista, è stata valutata anche in questo sottogruppo di pazienti e sulla base dei dati attualmente disponibili, l'aggiunta di olanzapina ad un regime a 3 farmaci (NK1 antagonista + 5-HT3 antagonista + desametasone) può essere presa in considerazione (**per la trattazione dettagliata di questo Quesito, fare riferimento al Quesito 2**).

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	Per la prevenzione dell'emesi acuta da chemioterapia con antracicline e ciclofosfamide in pazienti affette da carcinoma della mammella, una combinazione a 4 farmaci includente dosi singole di un 5-HT3 antagonista, desametasone, un NK1 antagonista (aprepitant, fosaprepitant, netupitant o rolapitant) e olanzapina somministrata prima della chemioterapia può essere presa in considerazione (27-30)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

4.2 Emesi ritardata

Prima dell'avvento degli NK1 antagonisti, solo pochi studi sono stati eseguiti nel corso del tempo per valutare l'efficacia dei farmaci antiemetici nella prevenzione dell'emesi ritardata nelle pazienti con carcinoma della mammella sottoposte ad antracicline + ciclofosfamide; tali studi, in genere, includevano sia regimi AC/EC, sia farmaci moderatamente emetogeni. In ogni caso, il desametasone o un 5-HT3 antagonista somministrati per via orale si sono dimostrati efficaci (protezione completa dal vomito ritardato in circa il 40-60% dei pazienti).

In particolare, il desametasone è stato valutato in uno studio in doppio-cieco controllato del 2000 (42), che ha dimostrato la necessità di eseguire una profilassi antiemetica per il vomito ritardato in tutti i pazienti sottoposti a chemioterapia di moderato potere emetogeno, categoria cui apparteneva fino al 2016 anche la combinazione antraciclina-ciclofosfamide; lo studio non aveva come endpoint se trattare tutti i pazienti o meno, ma era stratificato in due popolazioni a basso ed alto rischio di emesi.

Nell'alto rischio (pazienti che avevano presentato vomito o nausea moderata-severa durante le prime 24 ore) tutti i pazienti ricevevano una profilassi antiemetica per il vomito ritardato confrontando due diversi trattamenti (desametasone 4 mg 2 volte/die nei giorni 2-3 oppure lo stesso desametasone in combinazione con ondansetron 8 mg); l'arruolamento di questi pazienti è risultato basso e non sufficiente a dimostrare una differenza significativa tra i due bracci, per cui in questo sottogruppo la migliore profilassi dell'emesi ritardata resta da chiarire.

Nei pazienti a basso rischio (cioè quelli che non avevano presentato vomito o nausea moderata-severa nelle prime 24 ore) erano previsti gli stessi due bracci di trattamento più un braccio con solo placebo. In questi pazienti lo studio ha dimostrato un beneficio con una profilassi rispetto al placebo (protezione completa dall'emesi ritardata nell'87,4% con desametasone, nel 91,8% con desametasone + ondansetron, nel 76,8% con placebo), senza una differenza statisticamente significativa tra i due bracci con desametasone o desametasone + ondansetron. Non sono stati riportati eventi avversi seri o non attesi.

Aprepitant è stato valutato nello studio di Warr et al. di fase III, in cui la protezione completa dal vomito ritardato (giorni 2-5) era significativamente superiore nelle pazienti che ricevevano aprepitant (80 mg per os

nei giorni 2 e 3 dopo la chemioterapia) rispetto a quelle sottoposte ad ondansetron (38). In questo studio non è stato utilizzato il trattamento standard per la profilassi del vomito ritardato indotto da chemioterapia di moderato potere emetogeno, rappresentato dal desametasone.

Includendo anche gli studi sul netupitant e sul rolapitant (39-41) gli NK1 antagonisti aumentavano del 6-9% la protezione completa dall'emesi ritardata nei giorni 2-5. Questo miglioramento non è solo statisticamente significativo, ma anche clinicamente rilevante, grazie al potenziale impatto positivo sulla risposta completa nei cicli successivi di chemioterapia. Ovviamente anche in questo caso le differenze nel beneficio ottenuto possono essere influenzate da differenze nel regime antiemetico di controllo. Inoltre, nessuno degli studi eseguiti nel controllo dell'emesi da AC/EC era specificatamente pianificato per verificare l'impatto sull'emesi ritardata degli NK1 antagonisti e almeno una parte dell'efficacia dimostrata nel controllo dell'emesi ritardata è da attribuire ad un effetto di dipendenza dai risultati ottenuti nel controllo dell'emesi acuta.

Quesito 6. Per la prevenzione dell'emesi ritardata da antracicline e ciclofosfamide nelle pazienti con carcinoma della mammella possono essere utilizzati aprepitant o desametasone?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Il vantaggio ottenuto dall'aggiunta degli NK1 antagonisti è dimostrato dalle metanalisi e revisioni sistematiche già riportate in precedenza (vedere il Quesito 3 per la trattazione dettagliata) (15-17). Anche in questo caso, però, nella valutazione specifica del vantaggio nell'emesi ritardata, le metanalisi inevitabilmente risentono del limite principale della maggior parte degli studi clinici che hanno valutato l'aggiunta degli NK1 antagonisti, in quanto la diversa protezione al giorno 1 legata all'aggiunta di un NK1 antagonista influenza anche la protezione nei giorni successivi; in molti studi, inoltre, non è stata utilizzata la terapia considerata standard come profilassi dell'emesi ritardata ed anche questo elemento condiziona i risultati ottenuti.

Per cercare di definire meglio il reale ruolo degli NK1 antagonisti nella prevenzione dell'emesi ritardata, nel 2014 è stato pubblicato uno studio che ha valutato aprepitant rispetto al desametasone per la profilassi dell'emesi ritardata (43). Tutte le pazienti ricevevano la profilassi standard per l'emesi acuta (aprepitant + un

5-HT3 antagonista + desametasone) e venivano randomizzate a ricevere per via orale aprepitant 80 mg nei giorni 2 e 3 o desametasone 4 mg ogni 12 ore nei giorni 2 e 3. I risultati nelle prime 24 ore erano simili tra i due gruppi di pazienti. Nei giorni 2-5 la percentuale di protezione completa era identica: 79% dei pazienti sia con desametasone che con aprepitant. Non vi erano differenze neanche nei risultati degli endpoint secondari dello studio (no vomito, no nausea significativa, percentuale di protezione completa, qualità di vita, ecc.). L'incidenza di insonnia (2,9% vs 0,4%) e di pirosi gastrica (8,1% vs 3,6%) era significativamente superiore con desametasone, ma la differenza da un punto di vista clinico era marginalmente significativa.

Limiti: Negli studi che hanno valutato questa problematica e che sono stati inclusi nelle metanalisi le pazienti non ricevevano tutte lo stesso trattamento antiemetico al giorno 1 e ciò influenza la risposta nei giorni successivi; in alcuni studi, inoltre, non è stato utilizzato nel braccio di confronto il trattamento standard per la profilassi del vomito ritardato indotto da antracicline e ciclofosfamide, rappresentato dal desametasone. Questo può condizionare i risultati dei singoli studi per quanto concerne la protezione dall'emesi ritardata. Tali limiti non sono stati riscontrati nello studio di Roila et al. 2014 (43).

Bilancio beneficio/danno: In conclusione, nelle pazienti sottoposte a chemioterapia con antracicline e ciclofosfamide, è necessaria la prevenzione dell'emesi ritardata. Nelle pazienti che hanno ricevuto aprepitant + 5-HT3 antagonista + desametasone al giorno 1, il desametasone ha la stessa efficacia dell'aprepitant nel prevenire l'emesi ritardata ed una simile tossicità. I costi sono però significativamente diversi, in quanto l'aprepitant per la profilassi dell'emesi ritardata costa molto più del desametasone in Italia.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	Aprepitant o desametasone possono essere presi in considerazione nella prevenzione del vomito ritardato indotto da ciclofosfamide + adriamicina o epirubicina in donne affette da carcinoma della mammella che nelle prime 24 ore abbiano assunto una combinazione di aprepitant, un 5-HT3 antagonista e desametasone per prevenire il vomito acuto (15-17, 43)	Condizionata a favore
√	Nelle pazienti, invece, che hanno ricevuto fosaprepitant, netupitant e rolapitant nelle prime 24 ore non dovrebbero essere presi in considerazione altri farmaci per prevenire il vomito ritardato da AC/EC	Condizionata a sfavore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Uno studio di non inferiorità ha confrontato desametasone in dose unica al giorno 1 (12 mg ev) vs desametasone per 3 giorni consecutivi (12 mg ev il giorno 1 e 8 mg ev o per os nei giorni 2 e 3 dopo la somministrazione della chemioterapia) (44).

Il desametasone era associato a palonosetron 0,75 mg ev il giorno 1 e ad un NK1 antagonista (fosaprepitant 150 mg ev il giorno 1 o aprepitant orale 125 mg il giorno 1 e 80 mg i giorni 2 e 3). I pazienti erano sottoposti per la prima volta a chemioterapia con cisplatino ≥ 50 mg/m² (23%) o una combinazione di antracicline + ciclofosfamide (77%). L'endpoint primario dello studio, che mirava a ridurre l'uso del desametasone, era la percentuale di risposte complete nei giorni 1-5. Globalmente sono stati arruolati 396 pazienti e la risposta completa nei giorni 1-5 non era significativamente diversa tra i due bracci dello studio (46,9% con 3 giorni di desametasone vs 44% con un giorno di desametasone). Non si evidenziavano differenze inoltre nel giorno 1 (63,3% vs 64,5%) e nei giorni 2-5 (56,6% vs 51,5%, rispettivamente). L'analisi per sottogruppi dimostrava una non inferiorità tra i due regimi nei pazienti sottoposti ad antracicline + ciclofosfamide, ma non nei pazienti sottoposti a cisplatino. Per quanto riguarda la tossicità, vampate di calore e tremori nei giorni 4 e 5 erano più frequenti con 3 giorni di desametasone mentre anoressia, depressione e fatigue erano più frequenti nei giorni 2 e 3 con 1 giorno di desametasone.

Questo è importante sottolinearlo perché conferma che la profilassi con desametasone del vomito ritardato (giorni 2 e 3 dopo la chemioterapia) è raccomandata sempre nei pazienti sottoposti a cisplatino (in associazione ad aprepitant nei pazienti che hanno ricevuto al giorno 1 questo NK1 antagonista, o da solo nei pazienti che hanno ricevuto gli altri NK1 antagonisti). Nelle pazienti con cancro della mammella trattate con antracicline + ciclofosfamide, il desametasone si può usare in alternativa all'aprepitant nei giorni 2-3 quando quest'ultimo è stato utilizzato al giorno 1, ma non è raccomandato con tutti gli altri NK1 antagonisti.

Anche una metanalisi pubblicata di recente conferma le stesse conclusioni (45), pur avendo preso in considerazione sia studi che includevano pazienti sottoposte ad antracicline e ciclofosfamide, sia pazienti che ricevevano regime a moderato potenziale emetogeno.

5. Prevenzione dell'emesi da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno (dosi singole per via endovenosa di ciclofosfamide, adriamicina, epirubicina, carboplatino, oxaliplatino e irinotecan usati da soli o in combinazione)

Questo gruppo di chemioterapici include diversi farmaci ai quali viene attribuito un potenziale emetogeno tra il 30% e il 90%, per cui viene quindi raccomandato di utilizzare una profilassi antiemetica, sia per l'emesi acuta che per quella ritardata.

La dose, la via e la modalità di somministrazione ottimale dei corticosteroidi nella prevenzione dell'emesi acuta da farmaci di moderato potenziale emetogeno sono state determinate da uno studio in doppio-cieco controllato (46) in cui 587 pazienti sono stati randomizzati a ricevere nelle prime 24 ore 3 diverse dosi e modalità di somministrazione del desametasone: 1) 8 mg ev 30 minuti prima della chemioterapia e 4 mg per via orale, iniziati contemporaneamente alla somministrazione della chemioterapia, ripetuti ogni 6 ore per 4 volte nelle prime 24 ore; 2) 24 mg ev in dose singola e 3) 8 mg ev in dose singola immediatamente prima della chemioterapia. Tutti i pazienti ricevevano ondansetron 8 mg ev associato al desametasone nelle prime 24 ore e desametasone 4 mg per os 2 volte/die nei giorni 2-5 dopo la chemioterapia.

La protezione completa dal vomito/nausea nelle prime 24 ore non era significativamente diversa nei tre gruppi di pazienti: 85%/67%, 84%/57%, 89%/61% rispettivamente, con 8 mg ev + 16 mg per os, 24 mg ev e 8 mg ev. Anche la protezione completa dal vomito/nausea ritardati era simile tra i tre trattamenti: 81%/47%, 81%/45%, 80%/46%, rispettivamente. Gli effetti collaterali erano lievi e non significativamente differenti fra i tre gruppi; gli eventi avversi più frequenti sono stati astenia e mal di testa.

La dose ottimale di desametasone per prevenire l'emesi acuta indotta da farmaci moderatamente emetogeni è 8 mg ev immediatamente prima della chemioterapia (46).

Negli ultimi anni un'attenzione particolare è stata rivolta al palonosetron, un 5-HT₃ antagonista che si differenzia dagli altri per la maggiore emivita, come già detto sopra. Il suo utilizzo con i farmaci a moderato potenziale emetogeno è stato valutato inizialmente in tre differenti studi, che però includevano anche pazienti con carcinoma della mammella sottoposte a AC/EC, regimi che sono stati poi riclassificati come ad alto potenziale emetogeno.

Nei primi due studi, dosi differenti di palonosetron (0,25 e 0,75 mg ev) sono state confrontate con dolasetron 100 mg ev (47) e ondansetron 32 mg ev (48) in pazienti naive o pre-trattati, sottoposti a regimi moderatamente emetizzanti. Il palonosetron in ambedue gli studi è risultato superiore agli altri 5-HT3 antagonisti.

Il primo studio (47) ha valutato 569 pazienti sottoposti a terapia moderatamente emetogena (di cui oltre il 60% antracicline e ciclofosfamide). La risposta completa nella fase acuta è risultata del 63% con palonosetron 0,25 mg, 57,1% con palonosetron 0,75 mg e 52,9% con dolasetron 100 mg. La risposta completa nella fase ritardata è risultata superiore per il palonosetron (54% con palonosetron 0,25 mg, 56,6% con palonosetron 0,75 mg e 38,7% con dolasetron). Non si sono registrati effetti collaterali gravi relativi al farmaco e la maggior parte di quelli riportati era di grado lieve-moderato, non correlata al farmaco e con incidenza simile tra i bracci.

Il secondo studio (48) ha valutato 563 pazienti. La risposta completa è risultata superiore con palonosetron sia nella fase acuta (81% con palonosetron 0,25 mg vs 68,6% con ondansetron) che nella fase ritardata (74,1% vs 55,1%). La risposta completa ottenuta con palonosetron 0,75 mg non è risultata significativamente superiore rispetto all'ondansetron. Entrambi i trattamenti sono risultati ben tollerati.

Nel terzo studio il palonosetron 0,75 mg ev è stato confrontato con granisetron, ambedue combinati a 16 mg ev di desametasone in pazienti sottoposti a chemioterapia altamente emetogena con cisplatino o regime AC/EC (36). Lo studio ha randomizzato 1114 pazienti. Nella fase acuta la risposta completa è risultata del 75,3% con palonosetron rispetto al 73,3% con granisetron (differenza non significativa). Nella fase ritardata, la risposta completa è risultata di 56,8% con palonosetron vs 44,5% con granisetron. Gli eventi avversi più frequenti correlati al trattamento sono risultati la stipsi ed un aumento transitorio delle transaminasi, con un'incidenza simile nei due bracci.

Quesito 7. Per la prevenzione dell'emesi acuta da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno può essere impiegata la combinazione di palonosetron + desametasone?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Perciò si fa riferimento alla metanalisi del 2014 (49) che ha incluso 16 studi randomizzati ed ha valutato

palonosetron rispetto agli altri 5-HT3 antagonisti, concludendo che il palonosetron era superiore ad altri 5-HT3 antagonisti. In particolare, venivano valutati 5 endpoint: le risposte complete, il controllo completo, l'assenza di episodi di emesi, l'assenza di episodi di nausea, il non uso dei farmaci "rescue"; questi venivano valutati nella fase acuta, ritardata e nell'intero periodo. Palonosetron si è dimostrato superiore nella maggior parte degli endpoint valutati e nel periodo complessivo si riportano i seguenti dati: risposte complete OR 1,54, IC95% 1,34-1,77; controllo completo OR 1,54, IC95% 1,31-1,81; no emesi OR 1,54, IC95% 1,32-1,80; no nausea OR 1,51, IC95% 1,20-1,88; no farmaci rescue OR 1,53, IC95% 1,11-20,13. Solo per 3 degli endpoint (risposte complete nella fase ritardata, controllo completo nella fase ritardata e nell'intero periodo) il beneficio superava il 10% in differenza di rischio specificata da MASCC/ESMO come livello di significatività clinica. Tale lavoro ha il limite importante di aver incluso studi con pazienti sottoposti a chemioterapici a diverso potenziale emetogeno e che ricevevano una differente profilassi antiemetica.

Nel 2018 è stata pubblicata una revisione sistematica e metanalisi di 24 studi clinici randomizzati (50) da cui emerge che palonosetron è statisticamente superiore rispetto agli altri 5-HT3 antagonisti per 10 dei 19 endpoint valutati; solo per 1 endpoint riguardante l'emesi nell'intero periodo e per 2 endpoint sulla nausea (nell'intero periodo e nella fase ritardata) il beneficio si avvicinava alla soglia del 10% in differenza di rischio specificata da MASCC/ESMO come livello di significatività clinica.

La revisione conclude pertanto che il palonosetron non sembrerebbe superiore in efficacia e sicurezza rispetto agli altri 5-HT3 antagonisti.

Limiti: Tra le limitazioni delle metanalisi (49-50), oltre ai limiti dei singoli studi considerati inclusi riportati precedentemente, va sottolineato il fatto che molti degli studi sul palonosetron non associavano la somministrazione degli steroidi e che le metanalisi includono studi su pazienti sottoposti a chemioterapici a diverso potenziale emetogeno.

Bilancio beneficio/danno: Alla luce dei limiti sopra riportati, viene raccomandata la combinazione di un 5-HT3 antagonista + desametasone, senza che sia possibile suggerirne uno rispetto ad un altro. Gli effetti collaterali sono modesti e sovrapponibili tra i diversi farmaci.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	Per prevenire l'emesi acuta indotta da chemioterapia di moderato potere emetogeno un regime a base di palonosetron e desametasone può essere preso in considerazione (49-50), senza che sia possibile stabilirne la superiorità rispetto ad altri 5-HT3 antagonisti	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Recentemente è stato pubblicato uno studio randomizzato, in doppio-cieco, per identificare la dose di palonosetron da utilizzare per via orale in 639 pazienti sottoposti a chemioterapia di moderato potenziale emetogeno (51). Questi ricevevano dosi di 0,25 mg, 0,50 mg o 0,75 mg di palonosetron per via orale che erano confrontate con 0,25 mg per via endovenosa. La percentuale di risposte complete ottenute nei giorni 1, 1-5 e 2-5 non era significativamente differente tra le tre dosi orali e quella endovena di palonosetron. È stata scelta una dose di 0,50 mg in quanto dava una percentuale numericamente superiore di risposte complete rispetto alla dose di 0,25 mg e 0,75 mg. Questa è la dose che è stata utilizzata in associazione al netupitant negli studi di fase II e III.

Quesito 8. Per la prevenzione dell'emesi acuta da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno possono essere utilizzati gli NK1 antagonisti?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text sono stati inclusi 2 studi.

Il primo studio, condotto su 848 pazienti, ha valutato la combinazione di un 5-HT3 antagonista + desametasone ± un NK1 antagonista (52). Circa metà dei pazienti riceveva AC, che all'epoca era considerato un regime moderatamente emetogeno. L'endpoint primario, non vomito nei giorni 1-5, era significativamente superiore nei pazienti che erano sottoposti al NK1 antagonista. In particolare, la percentuale di pazienti sottoposti a regimi non AC con assenza di vomito nei giorni 1-5 era più frequente nel gruppo aprepitant (giorni 1-5: 83% vs 71%; giorno 1: 96% vs 92%; giorni 2-5: 84% vs 74%). Non è stata eseguita una valutazione statistica perché questa era un'analisi post hoc. In ogni caso non tutti i pazienti trattati con MEC [Moderate Emetogenic Chemotherapy] potrebbero richiedere un NK1 antagonista già fin dal primo ciclo di chemioterapia.

Il secondo studio, in doppio-cieco, placebo-controllato, ha confrontato fosaprepitant (150 mg ev) + ondansetron per os (8 mg prima della chemioterapia e 8 mg dopo 8 ore) + desametasone per os (12 mg) vs ondansetron per os alle stesse dosi nelle prime 24 ore + 8 mg ogni 12 ore nei giorni 2 e 3 + desametasone (20 mg) in 1015 pazienti ricevanti chemioterapia moderatamente emetogena non AC (53). Il fosaprepitant aumentava significativamente la percentuale di risposte complete nei giorni 2-5, endpoint primario (79% vs 68%), così come le risposte complete nei giorni 1-5 (77% vs 67%) ma non le risposte complete nel giorno 1 (93% vs 91%).

Due farmaci meritano una riflessione particolare, cioè il carboplatino e l'oxaliplatino.

Nel 2018 è stata pubblicata una metanalisi degli studi che hanno valutato l'efficacia degli NK1 antagonisti nella prevenzione della nausea e del vomito in pazienti sottoposti a chemioterapia con **carboplatino**. Tale lavoro ha preso in considerazione 9 studi: di questi, 6 avevano incluso solo pazienti sottoposti a carboplatino (di questi 6 studi, solo 2 pubblicati in una rivista peer-reviewed, di cui uno era uno studio di fase III) ed altri 3 studi su pazienti sottoposti a vari regimi moderatamente emetogeni, con analisi per sottogruppi specifiche per il carboplatino.

Rispetto alla combinazione di desametasone e un 5-HT3 antagonista, l'aggiunta di un NK1 aumenta significativamente la risposta completa nei giorni 1 (94,5% vs 90,1%), nei giorni 2-5 (76,4% vs 61,7%) e nei giorni 1-5 (75,3% vs 60,4%) (54).

Infine, alcuni studi hanno valutato il ruolo degli NK1 antagonisti nei pazienti sottoposti a chemioterapia con **oxaliplatino**. Uno studio in doppio-cieco, eseguito in 710 pazienti affetti da carcinoma del colon-retto sottoposti a chemioterapia a base di oxaliplatino, ha valutato il ruolo del casopitant 90 mg ev nel giorno 1 rispetto al placebo, ambedue associati a ondansetron (8 mg 2 volte/die nei giorni 1-3) + desametasone (8 mg ev il giorno 1). La risposta completa nei giorni 1-5 era 86% con casopitant e 85% con placebo. L'incidenza di non vomito nei giorni 1-5 era alta in ambedue i bracci dello studio (90% e 89%, rispettivamente), mentre l'incidenza di non nausea nei giorni 1-5 era 55% e 63% (55).

Uno studio randomizzato in aperto eseguito su 413 pazienti sottoposti a chemioterapia a base di oxaliplatino ha confrontato un 5-HT3 antagonista somministrato solo nel giorno 1 associato al desametasone

(sommministrato nei giorni 1-4) e all'aprepitant rispetto al 5-HT3 antagonista più desametasone (56). L'endpoint primario era la percentuale di pazienti con non vomito. La percentuale di pazienti con non vomito era significativamente superiore nel braccio con aprepitant sia nei giorni 1-5 che 2-5 (96% vs 84%, e 96% vs 85%, rispettivamente).

A questi si aggiunge un recente studio pubblicato da Cheng et al. nel 2022 (57), randomizzato, in aperto, condotto su 320 pazienti asiatici trattati con mFOLFOX6, che ha confrontato aprepitant rispetto al desametasone, entrambi in combinazione a palonosetron, con una risposta completa nei giorni 1-5 che è risultata essere significativamente superiore nel gruppo trattato con aprepitant sia nella fase globale (88,8% vs 74,2%) che in quella ritardata (90,6% vs 75,5%), ma non in quella acuta (93,8% vs 93,5); nel braccio con aprepitant si aveva una ridotta incidenza di insonnia, flushing e dispepsia.

La recente network meta-analisi condotta dal gruppo Cochrane, già citata in precedenza (31), ha incluso 38 studi coinvolgenti 12.038 partecipanti trattati con chemioterapia a moderato potenziale emetogeno, confrontando 15 combinazioni di NK1 + 5-HT3 inibitori vs 5-HT3 inibitori da soli, sempre in associazione a corticosteroidi; la metanalisi include anche i 2 studi sopracitati con il carboplatino, ma non sono stati riportati i risultati in base al tipo di chemioterapia.

In generale, le evidenze non suggeriscono la superiorità di un regime contenente un NK1 inibitore + un 5-HT3 antagonista rispetto ad un 5-HT3 antagonista da solo. Il tipo del 5-HT3 antagonista potrebbe avere un'influenza sulla protezione dall'emesi, anche gli autori sottolineano che non necessariamente le differenze evidenziate si traducono in una differenza clinicamente significativa.

Limiti: Gli studi che hanno valutato una combinazione comprendente gli NK1 antagonisti per la prevenzione dell'emesi acuta da farmaci a moderato potenziale emetogeno hanno considerato regimi chemioterapici diversi. Degli studi che hanno considerato il carboplatino, solo uno è di fase III e per 3 studi i dati sul carboplatino derivano da analisi per sottogruppi. Riguardo agli studi con oxaliplatino, i dati non sono concordanti.

Bilancio beneficio/danno: In generale, come per altri regimi chemioterapici, l'aggiunta di un NK1 antagonista per la prevenzione dell'emesi non comporta tossicità aggiuntiva. Dai dati ad ora disponibili, l'aggiunta di un NK1 antagonista si traduce in un beneficio chiaro solo per i pazienti sottoposti a carboplatino.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	La combinazione di un NK1 antagonista, un 5-HT3 antagonista ed il desametasone dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione per la prevenzione dell'emesi acuta indotta da carboplatino (31, 52-54)	Forte a favore
Moderata	La combinazione di un NK1 antagonista, un 5-HT3 antagonista ed il desametasone non dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione per la prevenzione dell'emesi acuta indotta da oxaliplatino (55-57)	Condizionata a sfavore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Quesito 9. Per la prevenzione dell'emesi ritardata da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno può essere utilizzato il desametasone?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Come sottolineato prima, in questi pazienti il grado di protezione dall'emesi acuta ha una grande influenza sull'incidenza dell'emesi ritardata.

Lo studio in doppio-cieco controllato del 2000 già descritto in precedenza ha dimostrato la necessità di eseguire una profilassi antiemetica per il vomito ritardato nei pazienti sottoposti a chemioterapia di moderato potere emetogeno (42). Si tratta di uno studio quindi importante per questo motivo, anche se con dei limiti legati al fatto di essere stato condotto ormai più di 20 anni fa: una quota dei pazienti sottoposti a MEC era rappresentata da donne che ricevevano antracicline e ciclofosfamide o pazienti sottoposti a carboplatino, per cui la profilassi dell'emesi acuta con desametasone e 5-HT3 antagonisti sappiamo essere subottimale; per la profilassi dell'emesi ritardata veniva individuato nel desametasone (anche in associazione ad ondansetron) un possibile farmaco da utilizzare.

In anni più recenti, con l'impiego dei nuovi regimi antiemetici, la riclassificazione delle combinazioni AC/EC come altamente emetogene e la necessità di impiegare gli NK1 antagonisti anche con il carboplatino, è diventato più difficile valutare l'efficacia del desametasone nella prevenzione dell'emesi ritardata da MEC. Considereremo 3 metanalisi pubblicate e descritte di seguito, i cui limiti verranno analizzati successivamente (vedi la sezione "Limiti").

Nel 2015 è stata pubblicata una prima revisione sistematica comprendente 9 studi clinici randomizzati con NK1 antagonisti, palonosetron o olanzapina (58) con vari regimi moderatamente emetogeni, che conclude che manca una solida evidenza riguardo alla migliore protezione per l'emesi ritardata in questi pazienti, pur considerando la buona tollerabilità del desametasone.

Nel 2019 sono state pubblicate due altre metanalisi (45, 59).

Nella metanalisi di Celio et al. (45) vengono considerati 8 studi con pazienti sottoposti a HEC (High Emetogenic Chemotherapy) e MEC, che ricevevano tutti palonosetron + desametasone al giorno 1, e in 3 studi anche un NK1 antagonista; tale metanalisi valutava l'impatto del desametasone-sparing nei giorni 2-3. Il lavoro conclude che il "dex-sparing" non causa una perdita significativa di protezione da nausea e vomito ritardati.

La metanalisi di Okada et al. (59) considera 5 studi (2 con AC e 3 con MEC, di cui uno però anche con AC), valutando anche in questo caso regimi di 1 giorno rispetto a 3 giorni di desametasone in pazienti che ricevevano tutti palonosetron al giorno 1. Il lavoro conclude che usare il desametasone solo al giorno 1 non comporta una perdita di protezione dall'emesi nei giorni 2-3.

Uno studio osservazionale, non compreso nelle metanalisi citate, in 44 pazienti affetti da neoplasie del colon-retto trattati con irinotecan (allora a maggior ragione occorre lasciare al medico di valutare la necessità di utilizzo del dex), acido folinico e fluorouracile e che ricevevano desametasone e ondansetron nel giorno 1, ha dimostrato una risposta completa durante l'emesi ritardata nell'82% dei pazienti (60).

I dati specifici disponibili riguardo al carboplatino riportati in precedenza (54) non sembrano indicare un vantaggio dall'uso del desametasone nella prevenzione dell'emesi ritardata quando nelle prime 24 ore viene somministrato un NK1 antagonista in dose singola prima della chemioterapia.

Limiti: Gli studi considerati nelle metanalisi sono diversi tra loro nel disegno, nel tipo di trattamento chemioterapico considerato, nel regime antiemetico utilizzato e nella popolazione inclusa. La metanalisi del 2015 considera 9 studi, di cui 2 con il palonosetron, 1 studio con palonosetron desametasone-sparing, 3 studi con gli NK1 antagonisti, 1 studio con il NEPA, 1 con olanzapina ed 1 con meggestrolo acetato, in differenti tipi di MEC; nella maggior parte degli studi, inoltre, venivano considerati anche pazienti sottoposti a regime AC/EC o HEC. La metanalisi di Celio et al. del 2019 considera 8 studi, di cui 4 nell'HEC (prevalentemente

AC, 1 studio anche cisplatino) e 4 nel MEC (in 1 anche AC, 2 con carboplatino); i pazienti ricevevano tutti palonosetron + desametasone al giorno 1 e in 2 studi anche un NK1 antagonista; 4 studi erano in aperto. Nella metanalisi di Okada et al. del 2019 vengono considerati 5 studi, di cui 2 randomizzati in cieco in regimi AC e 3 in aperto in regimi MEC non AC, eccetto 1 studio che ammetteva anche AC; tutti i pazienti ricevevano palonosetron + desametasone per la profilassi dell'emesi acuta. Da queste metanalisi non è possibile trarre indicazioni circa l'effettiva utilità del desametasone nella prevenzione del vomito ritardato nei pazienti sottoposti a regimi considerati attualmente MEC. Il rischio di bias è alto.

Bilancio beneficio/danno: La documentazione dell'efficacia del desametasone per la prevenzione del vomito ritardato indotto da farmaci moderatamente emetogeni risale a circa 20 anni fa e la popolazione allora studiata era costituita prevalentemente da donne sottoposte ad AC/EC (oggi considerato HEC) o pazienti sottoposti a carboplatino, tutti regimi in cui oggi si impiegano gli NK1 antagonisti per la profilassi dell'emesi acuta. La somministrazione di desametasone per la prevenzione dell'emesi ritardata in queste due popolazioni di pazienti non è oggi raccomandata in chi riceve gli NK1 antagonisti al giorno 1 (tranne che come alternativa all'aprepitant nei giorni 2-3). Le tre metanalisi non rispondono al quesito sull'uso del desametasone per l'emesi ritardata nella popolazione sottoposta a chemioterapia oggi considerata MEC, perché, come prima descritto, valutano studi in cui spesso la chemioterapia impiegata era il regime AC/EC o il carboplatino. Gli studi disponibili suggeriscono la possibilità che in alcune condizioni si possa non utilizzare il desametasone per la profilassi dell'emesi ritardata da farmaci moderatamente emetogeni non AC, soprattutto se i pazienti ricevono palonosetron al giorno 1. Ciò non significa che il trattamento con steroidi non possa essere utilizzato per l'emesi ritardata in pazienti che hanno presentato al ciclo precedente nausea/vomito ritardati.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della Raccomandazione
Bassa	Nella prevenzione del vomito ritardato da farmaci moderatamente emetogeni, desametasone 4 mg per os 2 volte/die nei giorni 2-3 dopo la chemioterapia non dovrebbe essere considerato (42, 58-60), tranne che nei pazienti che hanno presentato emesi ritardata nei cicli precedenti	Condizionata a sfavore
COI: nessun conflitto dichiarato		

6. Prevenzione dell'emesi in pazienti sottoposti a chemioterapia in più giorni consecutivi

I pazienti sottoposti a chemioterapia con cisplatino a basse dosi ripetute meritano un'attenzione particolare, poiché si tratta spesso di persone giovani, in genere operate per tumori del testicolo, più a rischio di presentare nausea e vomito da chemioterapia. Negli ultimi anni l'aggiunta degli NK1 antagonisti è stata valutata proprio in questo specifico setting di terapia.

Quesito 10. Per la prevenzione dell'emesi in pazienti sottoposti a cisplatino a basse dosi ripetute (20-40 mg/m²/die per 3-5 giorni) può essere utilizzato il desametasone + un 5-HT3 antagonista? Possono essere utilizzati anche gli NK1 antagonisti?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Una combinazione per via endovenosa di un 5-HT3 antagonista + desametasone, considerata standard in questi pazienti prima dell'arrivo degli NK1 antagonisti, si è dimostrata efficace ed in grado di determinare circa il 55-83% di protezione completa durante i 3-5 giorni di somministrazione del cisplatino. Tale combinazione si è dimostrata superiore alla metoclopramide ad alte dosi per via endovenosa + desametasone, all'alizapride + desametasone e ad un 5-HT3 antagonista da solo.

Nel 2012 è stato pubblicato uno studio in doppio-cieco di valutazione dell'efficacia dell'aprepitant in combinazione con un 5-HT3 antagonista + desametasone rispetto alla sola associazione di un 5-HT3 antagonista + desametasone in 69 pazienti con tumori del testicolo sottoposti a cisplatino per più giorni consecutivi (61).

Tutti i pazienti ricevevano un 5-HT3 antagonista per 5 giorni e desametasone 20 mg i primi 2 giorni della chemioterapia. Nei giorni successivi i pazienti sono stati randomizzati a ricevere aprepitant 125 mg per os il giorno 3 e 80 mg per os nei giorni 4-7 + desametasone 4 mg per os 2 volte/die nei giorni 6-8 oppure placebo nei giorni 4-7 + desametasone 8 mg 2 volte/die i giorni 6-7 e 4 mg 2 volte/die il giorno 8. La risposta completa era significativamente superiore con aprepitant rispetto a placebo (42% vs 13% dei pazienti). Aprepitant era

inoltre preferito dai pazienti (38 vs 11 pazienti). Non è stato riportato un aumento della tossicità con aprepitant rispetto al placebo (un paziente è stato ospedalizzato con una febbre grado 3 nel braccio con il placebo, un paziente ha avuto fatigue grado 3). Lo studio ha purtroppo arruolato solo pochi pazienti e la dose e la schedula dell'aprepitant non erano state testate in precedenti studi.

Due studi di fase II, eseguiti in Australia e Giappone, hanno confermato i dati di questo studio (62-63). Il primo studio (62), su 50 pazienti, ha evidenziato assenza di emesi al giorno 1, assenza di emesi nei giorni 1-7, assenza di nausea nel giorno 1 e assenza di nausea nei giorni 1-7 rispettivamente nel 96%, 82%, 71% e 27% dei soggetti, senza che siano stati riportati eventi avversi seri o inattesi. Il secondo studio (63) è stato condotto su 30 pazienti ed ha evidenziato una protezione completa del 90% al 1° ciclo di chemioterapia, dell'82,1% e 78,3% al 2° e 3° ciclo. Gli eventi avversi sono stati singhiozzo (13,3%), anoressia (3,3%) ed epigastralgia (3,3%); non sono stati riportati eventi avversi inattesi o di grado 3-4.

Nel 2016 è stato pubblicato uno studio di fase II da parte degli stessi autori dello studio di fase III del 2012 sopra riportato, che ha valutato la combinazione di fosaprepitant + 5-HT3 antagonista + desametasone in 65 pazienti. Lo studio ha riportato una risposta completa del 24,1%; sembrerebbe quindi da questo studio che il fosaprepitant non fornisca la stessa protezione di aprepitant, ma si tratta di un dato proveniente da un unico studio, non randomizzato e pertanto da verificare in ulteriori studi (64).

Nel 2018 uno studio di fase II ha valutato aprepitant (125 mg al giorno 1, 80 mg nei giorni 2-7) in associazione a palonosetron (0,75 mg ev al giorno 1) e desametasone (6,6 mg nei giorni 1-7) su 25 pazienti con carcinoma del testicolo sottoposti a chemioterapia con cisplatino per 5 giorni. L'endpoint primario era la risposta completa, che è risultata del 62,5%; l'evento avverso più frequente è risultato il singhiozzo (65).

Limiti: Gli studi che hanno valutato una combinazione comprendente gli NK1 antagonisti per la prevenzione dell'emesi da cisplatino a basse dosi ripetute in pazienti operati per carcinoma del testicolo sono piccoli e solo uno è di fase III. I dati sono però concordi nell'indicare una maggiore protezione dall'emesi.

Bilancio beneficio/danno: I pazienti affetti da neoplasia del testicolo ricevuti cisplatino a basse dosi per più giorni consecutivi dovrebbero ricevere aprepitant, un 5-HT3 antagonista + desametasone per prevenire l'emesi acuta e aprepitant + desametasone per prevenire l'emesi ritardata, in considerazione della maggiore protezione

dall'emesi e dei minimi effetti collaterali. Non ci sono studi di dose-finding che abbiano identificato le dosi e la durata ottimali dei 5-HT3 antagonisti e del desametasone, sia per la fase acuta che ritardata.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	Nei pazienti affetti da neoplasia del testicolo ricevanti cisplatino a basse dosi per più giorni consecutivi possono essere presi in considerazione aprepitant, un 5-HT3 antagonista + desametasone per prevenire l'emesi acuta e aprepitant + desametasone per prevenire l'emesi ritardata (61-65)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Anche l'olanzapina è stata valutata in questo setting.

Nel 2018, uno studio prospettico, di dose-escalation, ha valutato olanzapina nei giorni 1-5 (alla dose di 2,5 mg, 5 mg o 10 mg) in aggiunta a granisetron ev e a desametasone su 9 pazienti (66). Tutti i dosaggi sono stati ben tollerati (gli eventi avversi più frequenti sono stati secchezza del cavo orale e stipsi). Olanzapina dovrà essere valutata in ulteriori studi, possibilmente di confronto o associazione con aprepitant.

Nel 2022 2 studi randomizzati non in doppio-cieco hanno valutato olanzapina 5 mg in pazienti sottoposti a 3 giorni di chemioterapia con cisplatino.

Il primo studio ha valutato olanzapina 5 mg nei giorni 1-3 in aggiunta ad aprepitant, tropisetron e desametasone rispetto alla tripla olanzapina, tropisetron e desametasone in 132 pazienti; l'endpoint primario era il controllo completo nei giorni 1-5, che è risultato del 76% vs 67% con l'aggiunta di olanzapina, rispetto alla tripla, senza tossicità aggiuntive (67).

Il secondo studio ha valutato olanzapina 5 mg nei giorni 1-4 in alternativa ad aprepitant, entrambi in combinazione con tropisetron e desametasone in 210 pazienti; l'endpoint primario era il controllo completo nella fase acuta, ritardata e nell'intero periodo, risultato essere 94,23% vs 95,45% nella fase acuta, 54,81% vs 54,72% nella fase ritardata e 54,81% vs 54,72% nell'intero periodo; tra gli effetti collaterali si segnalano aumento di peso, insorgenza di diabete mellito e sedazione (68).

7. Prevenzione dell'emesi da chemioterapia a potere emetogeno basso e minimo

Quesito 11. Per la prevenzione dell'emesi da farmaci a potere emetogeno basso e minimo si può utilizzare desametasone o metoclopramide o un 5-HT3 antagonista?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Molte delle nuove terapie a bersaglio molecolare rientrano nella categoria dei farmaci di basso o minimo potenziale emetogeno. Per pazienti sottoposti a chemioterapia di basso o minimo potenziale emetogeno ci sono poche evidenze che supportano la scelta di un determinato antiemetico o di qualsiasi farmaco. Inoltre, il grado di nausea e vomito correlati a questi agenti non è stato ben documentato, né ci sono studi clinici randomizzati che descrivano chiaramente l'incidenza e l'intensità della nausea e del vomito indotti da questi farmaci.

Nel 2013 uno studio ha confrontato il granisetron rispetto al desametasone e alla metoclopramide in pazienti sottoposti a chemioterapia di basso potenziale emetogeno (69). Il granisetron determinava una più alta percentuale di risposte complete nelle prime 24 ore, ma non vi erano differenze in termini di protezione dalla nausea acuta e dalla nausea e dal vomito ritardati. Inoltre, un altro studio del 2011 ha dimostrato che con una profilassi dell'emesi acuta solo il 6% dei pazienti presenta emesi acuta, ma il 23% dei pazienti presenta emesi ritardata (70).

Limiti: Mancano evidenze riguardo all'effettiva incidenza di emesi acuta e ritardata in questi pazienti, nonché alla migliore profilassi antiemetica. Qualunque indicazione può derivare soltanto dall'opinione degli esperti.

Bilancio beneficio/danno: Si può consigliare un antiemetico appartenente alla classe dei 5-HT3 antagonisti oppure desametasone oppure metoclopramide, in base al tipo di trattamento e al singolo paziente, in considerazione dei modesti effetti collaterali attesi dall'uso di un antiemetico.

Good practice statement:

- *Nei pazienti sottoposti a farmaci a basso potere emetogeno può essere preso in considerazione un antiemetico (desametasone, un 5-HT3 antagonista o un antagonista dei recettori della dopamina) immediatamente prima della loro somministrazione.*

-
- *Può essere preso in considerazione un antiemetico di salvataggio nel caso in cui si dovesse presentare emesi ritardata.*
 - *Nei pazienti sottoposti a chemioterapia a minimo potere emetogeno può essere considerata una terapia di salvataggio nel momento in cui presentassero emesi acuta e/o ritardata.*

8. Terapia antiemetica di salvataggio ed emesi refrattaria

In generale, è importante ricordare che gli antiemetici sono più efficaci quando somministrati in profilassi, pertanto è preferibile usare la terapia più efficace fin dal primo ciclo di chemioterapia piuttosto che eseguire un trattamento antiemetico di salvataggio, che dovrebbe comunque avere un diverso meccanismo d'azione rispetto a quelli usati in profilassi.

Il trattamento antiemetico di salvataggio è quello che viene somministrato, a richiesta del paziente, in presenza di nausea e vomito, nonostante una profilassi antiemetica. Solo di recente sono stati condotti studi in doppio-cieco controllato vs placebo per valutare l'efficacia dei farmaci antiemetici in questa condizione. In particolare, di seguito prenderemo in considerazione i dati riguardanti olanzapina, farmaco promettente in questa particolare condizione.

Quesito 12. L'olanzapina può essere utilizzata come terapia antiemetica di salvataggio?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text, 1 studio è stato incluso.

Due revisioni in particolare hanno considerato anche il possibile ruolo dell'olanzapina come terapia di salvataggio, evidenziandone il possibile beneficio (71-72). Tali revisioni hanno incluso, per questo Quesito, 3 studi randomizzati, tutti quanti pubblicati da Navari et al., di cui uno del 2013 in doppio-cieco controllato (in pazienti sottoposti a terapia altamente emetogena) e 2 precedenti non in cieco (in pazienti sottoposti a terapia moderatamente emetogena) e presentati solo in forma di abstract. Gli studi evidenziavano un beneficio dell'olanzapina. In particolare, nello studio del 2013, 108 di 276 pazienti trattati con chemioterapia altamente emetogena hanno presentato nausea e vomito nonostante una profilassi con palonosetron 0,25 mg ev + fosaprepitant 150 mg ev + desametasone 12 mg ev nel giorno 1 e 8 mg per via orale nei giorni 2-4 (73). Questi 108 pazienti sono stati randomizzati a ricevere olanzapina 10 mg per os per 3 giorni vs una bassa dose di metoclopramide, 10 mg per os 3 volte/die per 3 giorni. Non sono stati osservati ulteriori episodi di vomito durante le 72 ore di osservazione nel 70% dei pazienti sottoposti ad olanzapina vs 31% di quelli trattati con metoclopramide. Inoltre, il 68% dei pazienti non ha presentato nausea con olanzapina rispetto al 23% di quelli trattati con metoclopramide. L'olanzapina ha indotto sedazione lieve-moderata.

Nel 2014 è stato pubblicato 1 studio di supporto di fase II (74), che ha valutato l'olanzapina alla dose di 5 mg 2 volte/die in 46 pazienti con emesi refrattaria. Il controllo dell'emesi si è avuto nel 60,9% dei pazienti, quello della nausea nel 50% dei casi; gli eventi avversi riportati più di frequente sono stati vertigini, fatigue e dispepsia, in genere di grado moderato.

Nel 2017, 1 studio randomizzato ha valutato su 62 pazienti sottoposti a trapianto di midollo olanzapina 10 mg/die (in aggiunta a ondansetron 8 mg 3 volte/die ev) rispetto ad una dose unica di palonosetron 0,25 mg/ev, rispetto a 32 mg di infusione continua di ondansetron 32 mg/die come terapia antiemetica di salvataggio (75). L'endpoint primario era un endpoint composito di no emesi, no rescue medication e riduzione della nausea: tale endpoint è stato raggiunto nel 45% vs 6% vs 18% dei pazienti.

Nella revisione sistematica già citata in precedenza (30) si sottolinea la potenziale efficacia dell'olanzapina in questo setting, pur con la scarsità di studi mirati disponibili.

Limiti: Dei 3 studi considerati dalle metanalisi, 1 solo era in doppio-cieco e pubblicato per esteso, mentre degli altri 2 non conosciamo i dettagli e soprattutto non erano in cieco. I 2 studi riportati e non inclusi nelle metanalisi sono piccoli ed uno di essi non è randomizzato.

Bilancio beneficio/danno: Nonostante i dati a disposizione in favore dell'olanzapina non siano molto solidi, non esistono valide alternative terapeutiche e il beneficio rispetto al placebo e ad altri antiemetici appare consistente, a fronte di effetti collaterali, principalmente la sonnolenza, ben gestibili.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Bassa	Nei pazienti che hanno sofferto di nausea e/o vomito nonostante una profilassi antiemetica standard, il trattamento con olanzapina alla dose di 10 mg/die per 3 giorni può essere preso in considerazione (30, 72-75)	Condizionata a favore
√	La presenza di sedazione lieve-moderata specie in pazienti anziani è un potenziale problema dell'uso dell'olanzapina	
COI: nessun conflitto dichiarato		

Per quanto riguarda invece l'emesi refrattaria, definita come presenza di nausea e vomito nel precedente ciclo di chemioterapia, ma in assenza di emesi prima del ciclo successivo (non vomito anticipatorio), numerosi approcci sono stati testati tra cui il passare ad un differente 5-HT3 antagonista, o l'aggiunta di un antagonista

della dopamina o una benzodiazepina (1). Due studi randomizzati (76-77) hanno valutato pazienti con emesi refrattaria. In questi studi, la metopimazina ha aumentato l'efficacia dell'ondansetron e dell'ondansetron + metilprednisolone nei pazienti con emesi refrattaria, ma sono necessari maggiori dati prima di poter trarre conclusioni definitive. Alcuni studi hanno documentato l'attività antiemetica degli NK1 antagonisti in pazienti che non hanno ottenuto una risposta completa dall'emesi quando trattati con desametasone ed un 5-HT3 antagonista (1).

Uno studio del 2017 ha valutato olanzapina, in combinazione con palonosetron e desametasone, rispetto ad aprepitant + palonosetron + desametasone, nei cicli successivi con terapia altamente emetogena, in 54 pazienti che avevano presentato nausea ritardata \geq G2 con o senza vomito nel ciclo precedente con aprepitant (78). La risposta completa è risultata dell'80% vs 20% nella fase acuta, 90% vs 18% nella fase ritardata e 74% vs 5% nell'intero periodo. Nel braccio con olanzapina è stata riportata una maggiore sonnolenza di grado moderato. Anche in questi casi sembra ragionevole aggiungere un antiemetico con un altro meccanismo di azione rispetto a quello usato nel precedente ciclo di chemioterapia.

9. Prevenzione dell'emesi anticipatoria

Quesito 13. Per la prevenzione dell'emesi anticipatoria possono essere utilizzate tecniche di desensibilizzazione, ipnosi o benzodiazepine?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

L'emesi anticipatoria insorge solo se il paziente ha sofferto precedentemente di frequente e/o severa nausea e vomito post-chemioterapia. Pertanto, la migliore prevenzione dell'emesi anticipatoria è il controllo ottimale dell'emesi acuta e ritardata post-chemioterapia. I trattamenti farmacologici attualmente disponibili non sono in grado di determinare una protezione completa dalla nausea e dal vomito anticipatorio.

Anche se non sono molti gli studi che hanno valutato possibili trattamenti per l'emesi anticipatoria, nel 2014 è stata pubblicata una revisione che ha cercato di fare il punto riguardo ai possibili rimedi sia farmacologici che non farmacologici (79).

Tra i farmaci, le benzodiazepine (alprazolam, lorazepam) hanno dimostrato di ridurre l'incidenza dell'emesi anticipatoria in maniera significativa e gli effetti collaterali riportati sono modesti (leggera sedazione e amnesia). Si tratta di studi piccoli e risalenti agli anni '90: uno studio del 1993 in doppio-cieco, placebo-controllato, ha valutato alprazolam alle dosi di 0,5-2 mg che ha dimostrato di ridurre l'incidenza di emesi anticipatoria del 18% vs lo 0% del placebo; uno studio del 1995 ha valutato lorazepam, che ha dimostrato di ridurre l'emesi anticipatoria significativamente di più rispetto al placebo.

Tra gli interventi non farmacologici si sono dimostrati efficaci gli interventi psicologici-comportamentali, quali le tecniche di desensibilizzazione e l'ipnosi, anche in questo caso in pochi studi su pochi pazienti. Una revisione sistematica e metanalisi del 2007 ha considerato in modo particolare l'ipnosi per la nausea e il vomito da chemioterapia: anche se 5 su 6 degli studi valutati riguardavano i bambini, l'ipnosi sembra poter avere un ruolo in questo campo, da valutare in ulteriori studi (80).

Limiti: Gli studi con le benzodiazepine per prevenire l'emesi anticipatoria sono pochi e piccoli, per cui il beneficio che hanno dimostrato rispetto al placebo non si basa su dati solidi. La revisione sistematica e metanalisi del 2007 sull'ipnosi ha dimostrato un beneficio significativo nella riduzione dell'emesi

anticipatoria, soprattutto nei bambini. Dei 6 studi inclusi, infatti, 5 riguardavano i bambini. Anche in questo caso, quindi, sarebbero necessari studi di conferma più ampi.

Bilancio beneficio/danno: In considerazione della mancanza di alternative terapeutiche efficaci e della sostanziale assenza di importanti effetti collaterali, si possono prendere in considerazione le benzodiazepine o l'ipnosi per ridurre l'incidenza dell'emesi anticipatoria.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Bassa	Nei pazienti che hanno sofferto di frequente o severa nausea/vomito post-chemioterapia, a rischio di nausea e vomito anticipatori, possono essere prese in considerazione sia tecniche di desensibilizzazione e ipnosi, sia la somministrazione di benzodiazepine (79-80)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

10. Prevenzione dell'emesi da alte dosi di chemioterapia

Quesito 14. Per la prevenzione dell'emesi in pazienti sottoposti a chemioterapia ad alte dosi può essere utilizzato un regime a 3 farmaci comprendente un NK1 antagonista, il desametasone e un 5-HT3 antagonista? Può essere considerata anche l'aggiunta di olanzapina?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text nessuno studio è stato ritenuto includibile.

Solo pochi studi hanno descritto la storia naturale dell'emesi indotta da alte dosi di chemioterapia. L'emesi in questi casi ha parecchie concause, quali l'uso profilattico di antibiotici e oppioidi, prescritti per combattere il dolore da mucosite, o l'uso dell'irradiazione corporea totale.

Tre piccoli studi randomizzati hanno evidenziato una superiorità dei 5-HT3 antagonisti rispetto ai vecchi antiemetici e diversi piccoli studi hanno valutato l'attività di un 5-HT3 antagonista associato al desametasone. L'interpretazione di questi studi è problematica a causa dei diversi trattamenti chemioterapici usati, delle piccole dimensioni del campione, della durata delle alte dosi di chemioterapia, delle differenti popolazioni di pazienti e dei diversi tipi di neoplasia.

Negli ultimi anni, data l'incidenza comunque elevata di emesi in questi pazienti nonostante la combinazione di 5-HT3 antagonisti e desametasone, si è cercato di valutare se l'aggiunta di un NK1 antagonista potesse aumentare la protezione. Uno studio pilota in doppio-cieco, randomizzato, placebo-controllato, in 40 pazienti sottoposti ad alte dosi di ciclofosfamide prima del trapianto di midollo ha evidenziato la superiorità dell'aprepitant + ondansetron e desametasone rispetto all'ondansetron + desametasone (risposte complete nel 40% vs 20% dei pazienti) (81). Un altro studio più grande ha valutato 179 pazienti trattati con alte dosi di ciclofosfamide prima del trapianto di midollo (82). I pazienti erano randomizzati a ricevere ondansetron e desametasone con o senza aprepitant somministrati ogni giorno e per 3 giorni dopo il completamento del trapianto. Lo studio ha dimostrato una significativa riduzione dell'emesi senza un aumento della tossicità o della terapia di salvataggio. Infatti, la percentuale di risposte complete (no vomito e no - o solo lieve - nausea) era dell'82% con l'aprepitant rispetto al 66% con il placebo. Purtroppo, non vi era differenza nell'intensità di nausea e nella quantità di trattamenti di salvataggio.

Diversi studi hanno valutato l'aggiunta degli NK1 antagonisti in pazienti sottoposti a terapia con alte dosi di melfalan e trapianto autologo di midollo.

Nel 2019 è stata pubblicata una revisione sistematica riguardante la prevenzione della nausea e del vomito in questi pazienti, che ha incluso 11 lavori, di cui 8 che valutavano l'aggiunta degli NK1 antagonisti (83). Di questi, 2 studi confrontavano un regime a 3 farmaci rispetto ad un regime a 2 farmaci (desametasone + 5-HT3 antagonista), dimostrando la maggiore efficacia dell'aggiunta degli NK1 antagonisti, con effetti collaterali modesti e ben gestibili; anche i trial non comparativi evidenziavano un beneficio degli NK1 antagonisti. Lo studio più grande e meglio disegnato compreso nella revisione è uno studio randomizzato, in doppio-cieco, pubblicato nel 2019 che ha valutato 362 pazienti sottoposti ad alte dosi di melfalan e trapianto autologo di midollo che confrontava l'aggiunta dell'aprepitant (125 mg per os nel giorno 1 e 80 mg nei giorni 2-4) al desametasone (4 mg per os nel giorno 1 e 2 mg per os nei giorni 2-3) e al granisetron (2 mg per os nei giorni 1-4) rispetto alla combinazione di desametasone (8 mg per os nel giorno 1 e 4 mg nei giorni 2-3) e granisetron. La risposta completa nei giorni 1-5 era significativamente superiore con aprepitant (59% vs 42%). Anche l'incidenza di vomito (22% vs 35%) e di nausea significativa (6% vs 12%) era inferiore nei pazienti che ricevevano aprepitant.

Limiti: Degli studi disponibili, uno è ampio e ben disegnato, gli altri sono più piccoli e presentano dei limiti metodologici; ciò nonostante, i risultati evidenziano tutti un beneficio dall'aggiunta degli NK1 antagonisti alla doppietta con desametasone e 5-HT3 antagonista in questo gruppo di pazienti che presentano un rischio molto elevato di emesi.

Bilancio beneficio/danno: In considerazione del beneficio e dei modesti effetti collaterali, l'aggiunta di un NK1 antagonista può essere considerata.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	La combinazione di aprepitant più desametasone e un 5-HT3 antagonista può essere presa in considerazione nella prevenzione dell'emesi da alte dosi di chemioterapia (81-83)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Successivamente, è stata valutata anche l'aggiunta dell'olanzapina, il cui ruolo in questo setting di pazienti non è stato ancora del tutto chiarito.

La revisione sopra citata (83) include 1 studio retrospettivo che confrontava olanzapina vs aprepitant o fosaprepitant (in aggiunta a desametasone + 5-HT3 antagonista) evidenziando una maggiore protezione dall'emesi con olanzapina.

Recentemente uno studio in doppio-cieco, controllato con placebo, ha valutato efficacia e tossicità dell'olanzapina 10 mg associata alla tripletta di farmaci antiemetici standard (fosaprepitant, ondansetron e desametasone) rispetto alla stessa tripletta standard in 101 pazienti ematologici sottoposti a chemioterapia altamente emetogena somministrata in dose singola o per più giorni (melfalan, BEAM, BuCy, BuFlu, BuMel, ecc.) (84); olanzapina era somministrata tutti i giorni della chemioterapia e fino a 3 giorni dopo. L'endpoint primario dello studio era la risposta completa dal giorno della somministrazione della chemioterapia per 5 giorni consecutivi. La risposta completa globale era significativamente superiore con olanzapina (55% vs 26%) così come lo era per l'emesi ritardata (60,8% vs 30%), ma non per l'emesi acuta. Risultati altrettanto importanti erano ottenuti nel controllo della nausea.

Limiti: L'unico limite riscontrato è l'imprecisione delle stime dovuta alla numerosità campionaria (OIS non raggiunta).

Bilancio beneficio/danno: In considerazione del beneficio e dei modesti effetti collaterali, l'aggiunta di olanzapina può essere considerata.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	La combinazione di un NK1 antagonista, desametasone, un 5-HT3 antagonista e olanzapina può essere presa in considerazione nella prevenzione dell'emesi da alte dosi di chemioterapia (84)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

11. Nausea e vomito radioindotti

Nausea e vomito indotti dalla radioterapia (RINV) sono ancora spesso sottovalutati dai radioterapisti oncologi, sebbene il fenomeno riguardi circa 1/3 dei pazienti sottoposti a radioterapia (85-86).

Oltre all'impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti, la RINV, in particolare negli schemi di radioterapia frazionata, può causare ritardi o interruzioni del trattamento, con ripercussioni negative sull'evoluzione della neoplasia. Incidenza e gravità di nausea e vomito dipendono da fattori legati alla radioterapia (sede corporea irradiata, dosi singola e totale, frazionamento della dose, volume irradiato, tecnica radiante) e da fattori correlati al malato (sesso, condizioni generali, età, pregressa chemioterapia, condizioni psicologiche e stadio di malattia) (86-87).

Il rischio di emesi in radioterapia è diviso in: alto, moderato, basso e minimo (tabella 5). Il livello di rischio dipende dal sito di irradiazione e non prende in considerazione la dose di radiazione, il frazionamento o altri fattori di rischio, come le dimensioni del campo. Il rischio viene classificato in base all'incidenza di emesi in studi clinici ed opinioni di esperti. Due studi osservazionali dell'Italian Group for Antiemetic Research in Radiotherapy hanno identificato che la regione irradiata (addome superiore), le dimensioni del campo >400 cm² e la chemioterapia concomitante sono fattori di rischio indipendenti per lo sviluppo di RINV (86-87). Il solo fattore di rischio identificato, correlato al paziente, è il precedente trattamento con la chemioterapia: in pazienti sottoposti a chemio-radioterapia gli antiemetici vanno prescritti in rapporto al rischio emetogeno della chemioterapia, a meno che il rischio di nausea o vomito da radioterapia sia superiore.

Quesito 15. Per la prevenzione dell'emesi da radioterapia ad alto e moderato potere emetogeno può essere considerato un 5-HT3 antagonista?

È stato eseguito un aggiornamento della ricerca bibliografica sulle banche dati Medline ed Embase dal 2020 fino a maggio 2023. Dopo la rimozione dei duplicati e l'acquisizione dei full-text 1 solo studio è stato incluso. Le Linee guida MASCC, ASCO, NCCN sull'uso degli antiemetici in radioterapia sono piuttosto diverse fra loro sia nella classificazione del rischio che nella prescrizione farmacologica suggerita (88). Questa diversità nelle raccomandazioni riflette la scarsità di pubblicazioni scientifiche con alto livello di evidenza sull'argomento (pochi studi randomizzati e un numero basso di malati entrati in ciascuna sperimentazione).

Le Linee guida MASCC/ESMO dividono le sedi d'irradiazione in 4 livelli di rischio emetogeno: alto, moderato, basso, minimo. Nella tabella 5 il potenziale emetogeno associato alla radioterapia e le raccomandazioni per l'uso appropriato dei farmaci antiemetici sono riportati in base alla regione corporea irradiata e all'eventuale associazione della chemioterapia concomitante. La maggior parte degli studi disponibili ha valutato un 5-HT3 antagonista nei pazienti sottoposti a radioterapia; minori sono i dati riguardanti gli steroidi associati al 5-HT3 antagonista; di recente, è stato pubblicato il primo studio randomizzato, in doppio-cieco, in donne con carcinoma della cervice che ha confrontato palonosetron + desametasone e fosaprepitant rispetto al palonosetron + desametasone (89). Vi era un rischio cumulativo di emesi significativamente inferiore nel gruppo di pazienti che ricevevano fosaprepitant rispetto a quelli che ricevevano il placebo. Sono necessari ulteriori studi che possano valutare l'aggiunta di desametasone e di un NK1 antagonista nei pazienti a maggiore rischio di emesi da radioterapia. Nel 2022 un piccolo studio di fase II pubblicato da Wang et al. (90) ha valutato l'aggiunta di aprepitant alla doppietta ondansetron + desametasone in 43 pazienti sottoposti a chemio-radioterapia con cisplatino trisettimanale, evidenziando il possibile beneficio di aprepitant.

Nel 2012 una revisione sistematica degli studi randomizzati disponibili ha valutato la profilassi con 5-HT3 in pazienti sottoposti a dosi singole o multiple di radioterapia. Sono stati inclusi ed analizzati 9 studi per una metanalisi che ha dimostrato un vantaggio con i 5-HT3 antagonisti rispetto al placebo o agli antagonisti della dopamina nel prevenire l'emesi da radioterapia, mentre l'evidenza è meno solida per il controllo della nausea (91).

La dose e la durata della profilassi con un 5-HT3 antagonista rimangono non chiare, così come il confronto fra differenti 5-HT3 antagonisti.

Nello stesso anno, una revisione sistematica di studi randomizzati e non randomizzati, focalizzata sul tempo e la durata della profilassi con 5-HT3 antagonisti dell'emesi indotta da radioterapia, ha valutato 25 studi (92). Sono state identificate 33 coorti di pazienti: 11 di pazienti sottoposti a radioterapia altamente emetogena, 22 coorti di pazienti sottoposti a radioterapia a potere emetogeno moderato o basso; le diverse coorti hanno ricevuto i 5-HT3 antagonisti per una durata superiore, uguale o inferiore alla durata della radioterapia. A

causa dell'eterogeneità degli studi inclusi (diverse popolazioni di pazienti, diversi schemi di radioterapia, diversi endpoint considerati), non è risultata una correlazione tra la durata della profilassi e la percentuale di risposta.

Nel 2017 è stata pubblicata un'ulteriore revisione sistematica che ha analizzato 17 studi clinici randomizzati (93). Nei pazienti sottoposti a radioterapia dell'addome/pelvi, la profilassi con 5-HT3 antagonisti si è dimostrata superiore rispetto al placebo o alla metoclopramide e anche rispetto alla combinazione di desametasone e metoclopramide; l'aggiunta di desametasone al 5-HT3 antagonista fornisce un modesto beneficio aggiuntivo rispetto al 5-HT3 antagonista da solo; nei pazienti sottoposti a Total Body Irradiation, i 5-HT3 antagonisti sono più efficaci di altri agenti (placebo, combinazione di metoclopramide, desametasone e lorazepam).

Limiti: Gli studi disponibili sono molto eterogenei e rendono difficile identificare il dosaggio e la durata ottimale dei 5-HT3 antagonisti, ma dimostrano comunque una superiorità nella protezione dell'emesi da radioterapia con il loro impiego.

Bilancio beneficio/danno: In considerazione del beneficio e dei modesti effetti collaterali, l'uso di un 5-HT3 antagonista dovrebbe essere considerato.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Moderata	Un 5-HT3 antagonista dovrebbe essere preso in considerazione come prima opzione nella prevenzione dell'emesi da radioterapia (90-93)	Forte a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

12. Bibliografia

1. Roila F, Molassiotis A, Herrstedt J, et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy-and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Ann Oncol.* 2016; 27(Suppl. 5):119-33.
2. Poli-Bigelli S, Rodrigues-Pereira J, Carides AD, et al. Addition of the neurokinin 1 receptor antagonist aprepitant to standard antiemetic therapy improves control of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Cancer.* 2003; 97:3090-8.
3. Hesketh PJ, Grunberg SM, Gralla RJ, et al. The oral neurokinin-1 antagonist aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a multinational, randomized, double-blind, placebo-controlled trial in patients receiving high-dose cisplatin. The Aprepitant Protocol 052 Study Group. *J Clin Oncol.* 2003; 21:4112-9.
4. Grunberg S, Chua D, Maru A, et al. Single-dose fosaprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with cisplatin therapy: randomized, double-blind study Protocol-EASE. *J Clin Oncol.* 2011; 29:1495-501.
5. Saito H, Yoshizawa H, Yoshimori K, et al. Efficacy and safety of single-dose fosaprepitant in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving high-dose cisplatin: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Ann Oncol.* 2013; 24:1067-73.
6. Navari RM. HTX-019: polysorbate 80- and synthetic surfactant-free neurokinin 1 receptor antagonist for chemotherapy-induced nausea and vomiting prophylaxis. *Future Oncol.* 2019; 15:241-55.
7. Zhang Z, Yang Y, Lu P, et al. Fosaprepitant versus aprepitant in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving cisplatin-based chemotherapy: a multicenter, randomized, double-blind, double-simulated, positive-controlled phase III trial. *Ann Transl Med.* 2020; 8:234-45.
8. Zhao Y, Zhao B, Chen G, et al. Validation of different personalized risk models of chemotherapy-induced nausea and vomiting: results of a randomized, double-blind, phase III trial of fosaprepitant for cancer patients treated with high-dose cisplatin. *Cancer Communications.* 2023; 43:246-56.
9. Hesketh PJ, Rossi G, Rizzi G, et al. Efficacy and safety of NEPA, an oral combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following highly emetogenic chemotherapy: a randomized, dose-ranging pivotal study. *Ann Oncol.* 2014; 25:1340-6.
10. Schwartzberg L, Roeland E, Andric Z, et al. Phase III safety of intravenous NEPA: a novel fixed antiemetic combination of fosnetupitant and palonosetron in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. *Ann Oncol.* 2018; 29:1535-40.
11. Rapoport BL, Chasen MR, Gridelli C, et al. Safety and efficacy of rolapitant for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting after administration of cisplatin-based highly emetogenic chemotherapy in patients with cancer: two randomized, active-controlled, double-blind, phase 3 trials. *Lancet Oncol.* 2015; 16:1079-89.
12. Wang X, Zhang Z, Powers D, et al. Bioequivalence of intravenous and oral rolapitant: results from a randomized, open-label pivotal study. *J Clin Pharmacol.* 2017; 57:1600-6.
13. Zhang L, Lu S, Feng J, et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy of single-dose NEPA, a fixed antiemetic combination of netupitant and palonosetron, versus an aprepitant regimen for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients receiving highly emetogenic chemotherapy (HEC). *Ann Oncol.* 2018; 29:452-8.
14. Hata A, Okamoto I, Inui N, et al. Randomized, double-blind, phase III study of fosnetupitant versus fosaprepitant for prevention of highly emetogenic chemotherapy induced nausea and vomiting: CONSOLE. *J Clin Oncol.* 2021; 40:180-8.
15. Chow R, Tsao M, Chiu L, et al. Efficacy of the combination neurokinin-1 receptor antagonist, palonosetron, and dexamethasone compared to others for the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Palliat Med.* 2018; 7:221-33.
16. Zhang Y, Yang Y, Zhang Z. Neurokinin-1 receptor antagonist-based triple regimens in preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting: a network meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2017; 109(2):1-11.
17. Abdel-Rahman O. Neurokinin-1 inhibitors in the prevention of nausea and vomiting from highly emetogenic chemotherapy: a network meta-analysis. *Ther Adv Med Oncol.* 2016; 8:396-406.
18. Navari RM, Gray SE, Kerr AC. Olanzapine versus aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized phase III trial. *J Support Oncol.* 2011; 9:188-95.
19. Navari RM, Gray SE, Kerr AC. Olanzapine versus aprepitant in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized phase III trial. *J Support Oncol.* 2011; 9(5):188-95.
20. Abe M, Hirashima Y, Kasamatsu Y, et al. Efficacy and safety of olanzapine combined with aprepitant,

- palonosetron, and dexamethasone for preventing nausea and vomiting induced by cisplatin-based chemotherapy in gynecological cancer: KCOG-G1301 phase II trial. *Support Care Cancer*. 2016; 24:675-82.
21. Navari RM, Qin R, Ruddy KJ, et al. Olanzapine for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med*. 2016; 375:134-42.
 22. Yanai T, Iwasa S, Hashimoto H, et al. A double-blind randomized phase II dose-finding study of olanzapine 10 mg or 5 mg for the prophylaxis of emesis induced by highly emetogenic cisplatin-based chemotherapy. *Int J Clin Oncol*. 2018; 23:382-8.
 23. Hashimoto H, Abe M, Tokuyama O, et al. Olanzapine 5 mg plus standard antiemetic therapy for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (J-FORCE): a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2020; 21:242-9.
 24. Abe M, Yamaguchi G, Fujita Y, et al. Efficacy of olanzapine in addition to standard triplet antiemetic therapy for cisplatin-based chemotherapy: a secondary analysis of the J-FORCE randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2023; 6:e2310894.
 25. Ithimakin S, Theeratrakul P, Laocharoenkiat A. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of aprepitant versus two dosages of olanzapine with ondansetron plus dexamethasone for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving high-emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2020; 28(11):5335-42.
 26. Clemons M, Dranitsaris G, Sienkiewicz M, et al. A randomized trial of individualized versus standard of care antiemetic therapy for breast cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Breast*. 2020; 54:278-85.
 27. Sutherland A, Naessens K, Plugge E, et al. Olanzapine for the prevention and treatment of cancer-related nausea and vomiting in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 9:CD012555.
 28. Yokoe T, Hayashida T, Nagayama A, et al. Effectiveness of antiemetic regimens for highly emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review and network meta-analysis. *Oncologist*. 2019; 4:e347-57.
 29. Zhang Z, Zhang Y, Chan G, et al. Olanzapine-based triple regimens versus neurokinin-1 receptor antagonist-based triple regimens in preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with highly emetogenic chemotherapy: a network meta-analysis. *Oncologist*. 2018; 23:603-16.
 30. Chow R, Herrstedt J, Aapro M, et al. Olanzapine for the prophylaxis and rescue of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review, meta-analysis, cumulative meta-analysis and fragility assessment of the literature. *Supp Care Cancer*. 2021; 29:3439-59.
 31. Piechotta V, Adams A, Haque M, et al. Antiemetics for adults for prevention of nausea and vomiting caused by moderately or highly emetogenic chemotherapy: a network meta-analysis (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 11(11):CD012775.
 32. Schmoll HJ, Aapro MS, Poli-Bigelli S, et al. Comparison of an aprepitant regimen with a multiple-day ondansetron regimen, both with dexamethasone, for antiemetic efficacy in high-dose cisplatin treatment. *Ann Oncol*. 2006; 17:1000-6.
 33. Celio L, Bonizzoni E, Montani E, et al. Efficacy of the dexamethasone-sparing triplet regimen for preventing cisplatin-induced emesis: a combined analysis. *Future Oncol*. 2022; 18:3389-97.
 34. Roila F, Ruggeri B, Ballatori E, et al. Aprepitant versus metoclopramide, both combined with dexamethasone, for the prevention of cisplatin-induced delayed emesis: a randomized double-blind study. *Ann Oncol*. 2015; 26:1248-53.
 35. Aapro MS, Grunberg SM, Manikhas GM, et al. A phase III, double-blind, randomized trial of palonosetron, compared with ondansetron in preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting following highly emetogenic chemotherapy. *Ann Oncol*. 2006; 17:1441-9.
 36. Saito M, Aogi K, Sekine I, et al. Palonosetron plus dexamethasone versus granisetron plus dexamethasone for prevention of nausea and vomiting during chemotherapy: a double-blind, double-dummy, randomized, comparative phase III trial. *Lancet Oncol*. 2009; 10:115-24.
 37. Suzuki K, Yamanaka T, Hashimoto H, et al. Randomized, double-blind, phase III trial of palonosetron versus granisetron in the triplet regimen for preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting after highly emetogenic chemotherapy: TRIPLE study. *Ann Oncol*. 2016; 27:1601-6.
 38. Warr DG, Hesketh PJ, Gralla RJ, et al. Efficacy and tolerability of aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer after moderately emetogenic chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2005; 23:2822-30.
 39. Aapro M, Rugo H, Rossi G, et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy and safety of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy. *Ann Oncol*. 2014; 25:1328-33.
 40. Schwartzberg L, Navari R, Clark-Snow R, et al. Safety of intravenous (IV) NEPA and oral NEPA for prevention

- of CINV in patients (pts) with breast cancer (BC) receiving anthracycline/cyclophosphamide (AC) chemotherapy (CT). *J Clin Oncol*. 2019; 37:e589-97.
41. Schwartzberg LS, Modiano MR, Rapoport BL, et al. Safety and efficacy of rolapitant for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting after administration of moderately emetogenic chemotherapy or anthracycline and cyclophosphamide regimens in patients with cancer: a randomized, active-controlled, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2015; 16:1071-8.
 42. The Italian Group for Antiemetic Research. Dexamethasone alone or in combination with ondansetron for the prevention of delayed nausea and vomiting induced by chemotherapy. *N Engl J Med*. 2000; 342:1554-9.
 43. Roila F, Ruggeri B, Ballatori E, et al. Aprepitant versus dexamethasone for preventing chemotherapy-induced delayed emesis induced by anthracyclines + cyclophosphamide chemotherapy in patients with breast cancer patients: a randomized double-blind, multicenter, randomized study. *J Clin Oncol*. 2014; 32:101-6.
 44. Ito Y, Tsuda T, Minatogawa H, et al. Placebo-controlled, double-blinded phase III study comparing dexamethasone on day 1 with dexamethasone on days 1 to 3 with combined neurokinin-1 receptor antagonist and palonosetron in high emetogenic chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2018; 36:1000-6.
 45. Celio L, Bonizzoni E, Zattarin E, et al. Impact of dexamethasone-sparing regimens on delayed nausea caused by moderately or highly emetogenic chemotherapy: a meta-analysis of randomized evidence. *BMC Cancer*. 2019; 19:1268-80.
 46. The Italian Group for Antiemetic Research. Randomized, double-blind, dose-finding study of dexamethasone in preventing acute emesis induced by anthracyclines, carboplatin, or cyclophosphamide. *J Clin Oncol*. 2004; 22:7259.
 47. Eisenberg P, Figueroa-Vadillo J, Zamora R, et al. Improved prevention of moderately emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting with palonosetron, a pharmacologically novel 5-HT₃ receptor antagonist. Results of a phase III, single-dose trial versus dolasetron. *Cancer*. 2003; 98:2473-82.
 48. Gralla R, Lichinitser M, Van der Vegt S, et al. Palonosetron improves prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy: results of a double-blind randomized phase III trial comparing single doses of palonosetron with ondansetron. *Ann Oncol*. 2003; 14:1570-7.
 49. Popovic M, Warr DG, Deangelis C, et al. Efficacy and safety of palonosetron for the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Support Care Cancer*. 2014; 22:1685-97.
 50. Chow R, Warr DG, Navari RM, et al. Should palonosetron be a preferred 5-HT₃ receptor antagonist for chemotherapy-induced nausea and vomiting? An updated systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2018; 26:2519-49.
 51. Boccia R, Grunberg S, Franco-Conzales E, et al. Efficacy of oral palonosetron compared to intravenous palonosetron for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with moderately emetogenic chemotherapy: a phase 3 trial. *Support Care Cancer*. 2013; 21:1453-60.
 52. Rapoport BL, Jordan K, Boice JA, et al. Aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with a broad range of moderately emetogenic chemotherapies and tumor types: a randomized, double-blind study. *Support Care Cancer*. 2010; 18:423-31.
 53. Weinstein C, Jordan K, Green SA, et al. Single-dose fosaprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with moderately emetogenic chemotherapy: results of a randomized, double-blind phase III trial. *Ann Oncol*. 2016; 27:172-8.
 54. Di Maio M, Baratelli C, Bironzo P, et al. Efficacy of neurokinin-1 receptor antagonists in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving carboplatin-based chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Critical Review Oncol/Hematol*. 2018; 124:21-8.
 55. Hesketh PJ, Wright O, Rosati G, et al. Single-dose intravenous casopitant in combination with ondansetron and dexamethasone for the prevention of oxaliplatin-induced nausea and vomiting: a multicenter, randomized, double-blind, active-controlled, two arm, parallel group study. *Support Care Cancer*. 2012; 2(7):1471-8.
 56. Nishimura J, Satoh T, Fukunaga M, et al. Combination antiemetic therapy with aprepitant/fosaprepitant in patients with colorectal cancer receiving oxaliplatin-based chemotherapy (SENRI trial): a multicenter, randomized, controlled phase III trial. *Eur J Cancer*. 2015; 51:1274-82.
 57. Cheng Y, Wu, Z, Shi L, et al. Aprepitant plus palonosetron versus dexamethasone plus palonosetron in preventing chemotherapy induced nausea and vomiting in patients with moderate-emetogenic chemotherapy: a randomized, open-label, phase 3 trial. *eClinicalMedicine*. 2022; 49:101480.
 58. Van der Vorst MJ, Neefjes EC, Konings IR, et al. Prophylactic treatment for delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting after non-AC based moderately emetogenic chemotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Support Care Cancer*. 2015; 23:2499-509.
 59. Okada Y, Oba K, Furuikawa N, et al. One-day versus three-day dexamethasone in combination with palonosetron for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review and individual patient

- data-based meta-analysis. *Oncologist*. 2019; 24:1593-600.
60. Hesketh PJ, Bosnjak SM, Nikolic V, et al. Incidence of delayed nausea and vomiting in patients with colorectal cancer receiving irinotecan-based chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2011; 19:2063-6.
 61. Albany C, Brames MJ, Fausel C, et al. Randomized phase III, placebo-controlled crossover study evaluating the oral neurokinin-1 antagonist aprepitant in combination with a 5-HT₃ receptor antagonist and dexamethasone in patients with germ cell tumors receiving 5-day cisplatin combination chemotherapy regimens: a Hoosier Oncology Group (HOG) study. *J Clin Oncol*. 2012; 30:3998-4003.
 62. Olver I, Grimson P, Chatfield M, et al. Results of a 7-day aprepitant schedule for the prevention of nausea and vomiting in a 5-day cisplatin-based germ cell tumor chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2013; 21:1561-8.
 63. Hamada S, Hinotsu S, Kawaj K, et al. Antiemetic efficacy and safety of a combination of palonosetron, aprepitant and dexamethasone in patients with testicular germ cell tumor receiving 5-day cisplatin-based combination chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2014; 22:2161-6.
 64. Adra N, Albany C, Brames MJ, et al. Phase II study of fosaprepitant + 5HT₃ receptor antagonist + dexamethasone in patients with germ cell tumors undergoing 5-day cisplatin-based chemotherapy: a Hoosier Cancer Research Network study. *Support Care Cancer*. 2016; 24:2837-42.
 65. Ioroi T, Furukawa J, Kume M, et al. Phase II study of palonosetron, aprepitant and dexamethasone to prevent nausea and vomiting induced by multiple-day emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2018; 26:1419-23.
 66. Bun S, Yonemori K, Akagi T, et al. Feasibility of olanzapine, multi acting receptor targeted antipsychotic agent, for the prevention of emesis caused by continuous cisplatin- or ifosfamide-based chemotherapy. *Invest New Drugs*. 2018; 36:151-5.
 67. Gao J, Zhao J, Jiang C, et al. Olanzapine (5 mg) plus standard triple antiemetic therapy for the prevention of multiple-day cisplatin chemotherapy-induced nausea and vomiting: a prospective randomized controlled study. *Support Care Cancer*. 2022; 30:6225-32.
 68. Li G, Jin Y, Jiang Y, et al. A comparison of the efficacy of 5 mg olanzapine and aprepitant in the prevention of multiple-day cisplatin chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Int J Clin Prac*. 2022; 5954379.
 69. Keat CH, Phua G, Kassim MSA, et al. Can granisetron injection used as a primary prophylaxis improve the control of nausea and vomiting with low-emetogenic chemotherapy? *Asia Pacific J Cancer Prev*. 2013; 14:469-73.
 70. Fabi A, Barduagni M, Lauro S, et al. Is delayed chemotherapy-induced emesis well managed in oncological clinical practice? An observational study. *Support Care Cancer*. 2011; 11:156-61.
 71. Hocking CM, Kichenadasse G. Olanzapine for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2014; 22:1143-51.
 72. Chiu L, Chow R, Popovic M, et al. Efficacy of olanzapine for the prophylaxis and rescue of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2016; 24:2381-92.
 73. Navari RM, Nagy CK, Gray SE, et al. The use of olanzapine versus metoclopramide for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2013; 21:1655-63.
 74. Chanthawong S, Subongkot S, Sookprasert A. Effectiveness of olanzapine for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting. *J Med Assoc Thai*. 2014; 97:349-55.
 75. Nakagaki M, Barras M, Curley C, et al. A randomized trial of olanzapine versus palonosetron versus infused ondansetron for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2017; 25:607-13.
 76. Herrstedt J, Sigsgaard T, Boesgaard M, et al. Ondansetron plus metopimazine compared with ondansetron alone in patients receiving moderately emetogenic chemotherapy. *N Engl J Med*. 1993; 328:1076-80.
 77. Lebeau B, Depierre A, Giovannini M, et al. The efficacy of a combination of ondansetron, methylprednisolone and metopimazine in patients previously uncontrolled with a dual antiemetic treatment in cisplatin-based chemotherapy. *Ann Oncol*. 1997; 8:887-92.
 78. Mehra N, Gasenas P, Ganesan TS. Effectiveness of olanzapine in patients who fail therapy with aprepitant while receiving highly emetogenic chemotherapy. *Med Oncol*. 2017; 35:12.
 79. Kamen C, Tejani MA, Chandwani K, et al. Anticipatory nausea and vomiting due to chemotherapy. *Eur J Pharmacol*. 2014; 722:172-9.
 80. Richardson J, Smith JE, McCall G, et al. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care*. 2007; 16:402-12.
 81. Bubalo J, Mulverhill K, Meyers G, et al. A randomized, placebo-controlled pilot trial of aprepitant combined with standard antiemetic therapy for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients undergoing cyclophosphamide-based conditioning regimens prior to hematopoietic stem cell transplant (HSCT).

- Bone Marrow Transplant. 2018; 53:1010-8.
82. Stiff PJ, Fox-Geiman MP, Kiley K, et al. Prevention of nausea and vomiting associated with stem cell transplant: results of a prospective, randomized trial of aprepitant used with highly emetogenic preparative regimens. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2013; 19:49-55.
 83. Tendas A, Marchesi F, Mengarelli A, et al. Prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting after high-dose melphalan and stem cell transplantation: review of the evidence and suggestions. *Support Care Cancer.* 2019; 27:793-803
 84. Clemmons AB, Orr J, Andrick B, et al. Randomized, placebo-controlled, phase III trial of fosaprepitant, ondansetron, dexamethasone (FOND) versus FOND plus olanzapine (FOND-O) for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with hematologic malignancies receiving highly emetogenic chemotherapy and hematopoietic cell transplantation regimens: the FOND-O trial. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2018; 24:2065-71.
 85. Enblom A, Bergius Axelsson B, Steineck G, et al. One third of patients with radiotherapy-induced nausea consider their antiemetic treatment insufficient. *Support Care Cancer.* 2009; 17:23-32.
 86. Italian Group for Antiemetic Research. Radiation-induced emesis: a prospective observational multicenter Italian trial. The Italian Group for Antiemetic Research in Radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1999; 44:619-25.
 87. Maranzano E, De Angelis V, Pergolizzi S, et al. A prospective observational trial on emesis in radiotherapy: analysis of 1020 patients recruited in 45 Italian radiation oncology centres. *Radiother Oncol.* 2010; 94:36-41.
 88. McKenzie E, Zaki P, Raman S, et al. Radiation-induced nausea and vomiting: a comparison between MASCC/ESMO, and ASCO, and NCCN antiemetic guidelines. *Support Care Cancer.* 2019; 27:783-91.
 89. Ruhlmann CH, Christensen TB, Dohn LH, et al. Efficacy and safety of fosaprepitant for the prevention of nausea and emesis during 5 weeks of chemoradiotherapy for cervical cancer (the GAND-emesis study): a multinational, randomized, placebo-controlled, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2016; 17:509-18.
 90. Wang Z, Liu W, Zhang J, et al. Antiemetic prophylaxis for chemoradiotherapy-induced nausea and vomiting in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma: a prospective phase II trial. *Strahlenther Onkol.* 2022; 198:949-57.
 91. Salvo N, Doble B, Khan L, et al. Prophylaxis of radiation-induced nausea and vomiting using 5-hydroxytryptamine-3 serotonin receptor antagonists: a systematic review of randomized trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012; 82:408-17.
 92. Dennis K, Makhani L, Maranzano E, et al. Timing and duration of 5-HT3 receptor antagonist therapy for the prophylaxis of radiotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review of randomized and non-randomized studies. *J Radiat Oncol.* 2012; 2:271-84.
 93. Li WS, van der Velden JM, Ganesh V, et al. Prophylaxis of radiation-induced nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Palliat Med.* 2017; 6:104-17.

13. Tabelle

Tabella 1: Potenziale emetogeno dei farmaci antitumorali (somministrati per via endovenosa)

GRADO	FARMACO
Alto	Cisplatino Mecloretamina Streptozocina Ciclofosfamide >1500 mg/m ² Carmustina Dacarbazina Regimi AC o EC (in pazienti con ca. mammella)
Moderato	Oxaliplatino Citarabina >1 g/m ² Carboplatino Ifosfamide Ciclofosfamide ≤1500 mg/m ² Adriamicina Epirubicina Daunorubicina Idarubicina Irinotecan Bendamustina Clofarabina Azacitidina Romidepsina Temozolomide Thiotepa Trabectedina Alentuzumab
Basso	Docetaxel Paclitaxel Mitoxantrone Topotecan Etoposide Pemetrexed Metotrexate Mitomicina Gemcitabina Citarabina ≤1000 mg/m ² Fluorouracile Adriamicina liposomiale Bortezomib Cetuximab Temozolomide Cabazitaxel Catumaxumab Ixabepilone Panitumumab Aflibercept

GRADO	FARMACO
Basso	Belinostatat Blinatumomab Brentuximab Carfilzomib Eribulina Ipilimumab Nab-paclitaxel Pertuzumab Trastuzumab-emtansine Vinflunina
Minimo	Bleomicina Busulfano 2-Clordeossadenosina Fludarabina Vinblastina Vincristina Vinorelbina Trastuzumab Bevacizumab Cladribina Nivolumab Ofatumumab Pembrolizumab Pixantrone Pralatrexate Rituximab

Tabella 2: Potenziale emetogeno dei farmaci antitumorali (somministrati per via orale)

GRADO	FARMACO
Alto	Exametilmelamina Procarbazina
Moderato	Ciclofosfamide Temozolomide Vinorelbina Imatinib Bosutinib Ceritinib Crizotinib
Basso	Capecitabina Etoposide Fludarabina Tegafur-uracile Everolimus Lapatinib Sunitinib Lenalidomide Talidomide Afatinib Axatinib Dabrafenib Dasatinib Ibrutinib Idelalisib Olaparib Nilotinib Pazopanib Ponatinib Regorafenib Vandetanib Vorinostat
Minimo	Clorambucile Idrossiurea L-Fenilalanina mostarda 6-Tioguanina Metotrexate Gefitinib Sorafenib Erlotinib Melfalan Pomalidomide Ruxolitinib Vemurafenib Vismodegib

Tabella 3: Linee guida di profilassi antiemetica*

Chemioterapia	Antiemetici
Dosi singole di cisplatino	
Emesi acuta	<ul style="list-style-type: none"> • Aprepitant o fosaprepitant o netupitant orolapitant + 5-HT3 antagonista + desametasone ± olanzapina***
Emesi ritardata	<ul style="list-style-type: none"> • Aprepitant** + desametasone*** • Metoclopramide + desametasone • 5-HT3 antagonista + desametasone
Chemioterapia contenente ciclofosfamide ± epirubicina o adriamicina in donne con carcinoma della mammella	
Emesi acuta	<ul style="list-style-type: none"> • Aprepitant o fosaprepitant o netupitant orolapitant + 5-HT3 antagonista + desametasone ± olanzapina***
Emesi ritardata	<ul style="list-style-type: none"> • Aprepitant** o desametasone
Chemioterapia di moderato potere emetogeno	
<i>Carboplatino</i>	
Emesi acuta	<ul style="list-style-type: none"> • Aprepitant o fosaprepitant o netupitant o rolapitant + 5-HT3 antagonista + desametasone
<i>Altra</i>	
Emesi acuta	<ul style="list-style-type: none"> • 5-HT3 antagonista + desametasone
Emesi ritardata	<ul style="list-style-type: none"> • Desametasone (solo per pazienti con emesi al ciclo precedente)***
Dosi basse e ripetute di cisplatino	<ul style="list-style-type: none"> • Aprepitant + 5-HT3 antagonista + desametasone (desametasone per vomito ritardato)***
Chemioterapia con basso potere emetogeno	
Emesi acuta	<ul style="list-style-type: none"> • (Desametasone, o un antagonista della dopamina o un 5-HT3 antagonista)***

Emesi ritardata	• Solo terapia di salvataggio
Chemioterapia con minimo potere emetogeno	
Emesi acuta	• Solo terapia di salvataggio
Emesi ritardata	• Solo terapia di salvataggio
Qualsiasi chemioterapia	
Emesi anticipatoria	• Tecniche di desensibilizzazione • Ipnosi • Benzodiazepine
Alte dosi di chemioterapia	
Emesi acuta e ritardata	• Aprepitant + 5-HT3 antagonista + desametasone ± olanzapina

N.B. L'aprepitant nella prevenzione di dosi basse e ripetute di cisplatino e di alte dosi di chemioterapia non è stato approvato dagli enti regolatori.

* Vedi testo e tabelle per dosi, via e modalità di somministrazione consigliate.

** Se somministrato aprepitant per os nelle prime 24 ore.

*** Vedi testo per questa indicazione.

Tabella 4: Dose, via e modalità di somministrazione dei 5-HT3 antagonisti nella prevenzione dell'emesi acuta

Farmaco	Dose giornaliera	Modalità di somministrazione	Via
Ondansetron	8 mg o 0,15 mg/kg * 16 mg**	Dose singola Dose singola	EV Orale
Granisetron	1 mg o 0,01 mg/kg 2 mg (o 1 mg***)	Dose singola Dose singola	EV Orale
Tropisetron	5 mg 5 mg	Dose singola Dose singola	EV Orale
Dolasetron	100 mg	Dose singola	Orale
Palonosetron	0,25 mg 0,50 mg	Dose singola Dose singola	EV Orale

* Non superare la dose singola massima di 16 mg ev.

** Studi randomizzati hanno testato ondansetron 8 mg 2 volte/die per via orale.

*** Dose preferita da alcuni.

Tabella 5: Nausea e vomito da radioterapia*

Livello di rischio emetogeno	Area di trattamento	Linee guida	Grado di raccomandazione SIGN	Forza della raccomandazione clinica
Alto	Irradiazione corporea totale	Profilassi con 5-HT3 antagonisti + DEX	A (per l'aggiunta di DEX: D)	Forte a favore (per l'aggiunta di DEX: condizionata a favore)
Moderato	Addome superiore, craniospinale	Profilassi con 5-HT3 antagonisti + DEX opzionale	A (per l'aggiunta di DEX: D)	Forte a favore (per l'aggiunta di DEX: condizionata a favore)
Basso	Cranio	Profilassi o salvataggio con DEX	C	Condizionata a favore
	H&N, regione torace, pelvi	Profilassi o salvataggio con DEX, antagonisti dei recettori della dopamina o dei 5-HT3	C (per il salvataggio: D)	Per il salvataggio: condizionata a favore
Minimo	Estremità, mammella	Salvataggio con DEX, antagonisti dei recettori della dopamina o dei 5-HT3	D	Condizionata a favore

H&N: testa-collo, DEX: desametasone.

* In caso di radio-chemioterapia concomitante, la profilassi antiemetica va prescritta in base alle categorie delle Linee guida dell'emesi indotta dalla chemioterapia. Fanno eccezione i casi in cui il rischio emetogeno radioindotto sia maggiore di quello chemioindotto.



Appendice 1: Strategia di ricerca e flow di selezione degli studi



Q1: Per la prevenzione dell'emesi acuta da cisplatino può essere utilizzato un regime a tre farmaci comprendente un NK1 antagonista, il desametasone e un 5-HT3 antagonista?

Q11: Per la prevenzione dell'emesi da farmaci a potere emetogeno basso e minimo, si può utilizzare desametasone o metoclopramide o un 5-HT3 antagonista?

MEDLINE (PubMed) (marzo 2020 a maggio 2023)

((((((((((("Antiemetics"[Mesh]) OR "Nausea"[Mesh:NoExp]) OR "Vomiting"[Mesh:NoExp])) OR ('Antiemetic Drugs'[Title/Abstract] OR 'Anti-emetics'[Title/Abstract] OR 'Anti emetics'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Agents'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effect'[Title/Abstract] OR Antiemetic*[Title/Abstract] OR Emetics[Title/Abstract] OR nausea[Title/Abstract] OR vomiting[Title/Abstract]))) AND (((((((("Neurokinin-1 Receptor Antagonists"[Mesh]) OR "rolapitant" [Supplementary Concept])) OR ("Aprepitant"[Mesh]) OR "fosaprepitant" [Supplementary Concept])) OR ('NK1 receptor antagonists'[Title/Abstract] OR NK1[Title/Abstract] OR 'Neurokinin-1 (NK1)'[Title/Abstract] OR 'Neurokinin-1 (NK1) receptor antagonists'[Title/Abstract] OR 'NK1 receptor antagonist'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1 receptor antagonist'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1 receptor antagonists'[Title/Abstract] OR varubi[Title/Abstract] OR rolapitant[Title/Abstract] OR emend[Title/Abstract] OR aprepitant[Title/Abstract] OR Cinvanti[Title/Abstract] OR 'Emend for injection'[Title/Abstract] OR 'fosaprepitant dimeglumine'[Title/Abstract] OR fosaprepitant[Title/Abstract]))) AND (((((((("itasetron" [Supplementary Concept]) OR "Mirtazapine"[Mesh]) OR "Palonosetron"[Mesh]) OR "Tropisetron"[Mesh]) OR "Vortioxetine"[Mesh])) OR ('itasetron hydrochloride'[Title/Abstract] OR itasetron[Title/Abstract] OR Rexer[Title/Abstract] OR Remeron[Title/Abstract] OR Norset[Title/Abstract] OR Remergil[Title/Abstract] OR Zispin[Title/Abstract] OR Esmirtazapine[Title/Abstract] OR Mirtazapine[Title/Abstract] OR Aloxi[Title/Abstract] OR Palonosetron[Title/Abstract] OR Navoban[Title/Abstract] OR Tropisetron[Title/Abstract] OR Brintellix[Title/Abstract] OR 'Vortioxetine Hydrobromide'[Title/Abstract] OR Vortioxetine[Title/Abstract]))) AND ((("Dexamethasone"[Mesh]) OR ('Methylfluorprednisolone'[Title/Abstract] OR Hexadecadrol[Title/Abstract] OR Decameth[Title/Abstract] OR Decaspray[Title/Abstract] OR Dexasone[Title/Abstract] OR Dexpak[Title/Abstract] OR Maxidex[Title/Abstract] OR Millicorten[Title/Abstract] OR Oradexon[Title/Abstract] OR Decaject[Title/Abstract] OR Hexadrol[Title/Abstract]))) AND ((("Cisplatin"[Mesh]) OR ('cis-Diamminedichloroplatinum(II)'[Title/Abstract] OR 'Platinum Diamminodichloride'[Title/Abstract] OR 'cis-Platinum'[Title/Abstract] OR 'cis Platinum'[Title/Abstract] OR 'Dichlorodiammineplatinum'[Title/Abstract] OR 'cis-Diamminedichloroplatinum'[Title/Abstract] OR 'cis Diamminedichloroplatinum'[Title/Abstract] OR 'cis-Dichlorodiammineplatinum(II)'[Title/Abstract] OR Platino[Title/Abstract] OR Platinol[Title/Abstract] OR Biocisplatinum[Title/Abstract] OR Platidium[Title/Abstract]))) AND (((((((("systematic review"[Title]) OR "meta-analysis "[Publication Type]) OR ("meta-analysis"[Title] OR "meta synthesis"[Title] OR "meta-analy*" [Title] OR "integrative review"[Title] OR "integrative research review"[Title])) OR "systematic literature review"[Title]) OR ("this systematic review"[Text Word] OR "pooling project"[Text Word])) OR ((("systematic review"[Title/Abstract]) AND review[Publication Type])))

Records: 8

Embase (Embase.com) (marzo 2020 a maggio 2023)

#1 'antiemetics therapy'/exp/mj OR 'nausea and vomiting'/exp/mj
#2 'antiemetic drugs' OR 'anti-emetics' OR 'anti emetics' OR 'antiemetic agents' OR 'antiemetic effect' OR 'anti-emetic effects' OR 'anti emetic effects' OR 'antiemetic effects' OR 'anti-emetic effect' OR 'anti emetic effect' OR antiemetic* OR emetics OR nausea OR vomiting:ti,ab
#3 #1 OR #2
#4 'cisplatin'/exp/mj
#5 platino OR platinol OR biocisplatinum OR platidium:ti,ab
#6 #4 OR #5
#7 'neurokinin 1 receptor antagonist'/exp/mj
#8 'rolapitant'/exp/mj OR 'aprepitant'/exp/mj OR 'fosaprepitant'/exp/mj
#9 'nk1 receptor antagonists' OR nk1 OR 'neurokinin-1 (nk1)' OR 'neurokinin-1 (nk1) receptor antagonists' OR 'nk1 receptor antagonist' OR 'neurokinin 1' OR 'neurokinin 1 receptor antagonist' OR 'neurokinin 1 receptor antagonists' OR varubi OR rolapitant OR emend OR aprepitant OR cinvanti OR 'emend for injection' OR 'fosaprepitant dimeglumine' OR fosaprepitant:ti,ab
#10 #7 OR #8 OR #9
#11 'itasetron'/exp/mj OR 'mirtazapine'/exp/mj OR 'palonosetron'/exp/mj OR 'vortioxetine'/exp/mj
#12 'itasetron hydrochloride' OR itasetron OR rexa OR remeron OR norset OR remergil OR zispin OR esmirtazapine OR mirtazapine OR aloxi OR palonosetron OR navoban OR tropisetron OR brintellix OR 'vortioxetine hydrobromide' OR vortioxetine OR '5-ht3 receptor antagonists':ti,ab
#13 #11 OR #12
#14 'dexamethasone derivative'/exp/mj
#15 'methylfluorprednisolone' OR hexadecadrol OR decameth OR decaspray OR dexasone OR dexpak OR maxidex OR millicorten OR oradexon OR decaject OR hexadrol OR dexamethasone:ti,ab

#16 #14 OR #15

#17 #3 OR (#10 AND #13 AND #16)

#18 #17 AND #6 AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim) AND [embase]/lim

Records: 41

Selezionati 0 records (Q1:0; Q11:0)

Q2: Per la prevenzione dell'emesi acuta da cisplatino (o da antracicline-ciclofosfamide) può essere utilizzata olanzapina?

Q6: Per la prevenzione dell'emesi ritardata da antracicline e ciclofosfamide nelle pazienti con carcinoma della mammella possono essere utilizzati aprepitant o desametasone?

MEDLINE (PubMed) (marzo 2020 a maggio 2023)

((((((("Antiemetics"[Mesh]) OR "Nausea"[Mesh:NoExp]) OR "Vomiting"[Mesh:NoExp])) OR ('Antiemetic Drugs'[Title/Abstract] OR 'Anti-emetics'[Title/Abstract] OR 'Anti emetics'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Agents'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effect'[Title/Abstract] OR Antiemetic*[Title/Abstract] OR Emetics[Title/Abstract] OR nausea[Title/Abstract] OR vomiting[Title/Abstract]))) AND (((((((("Cyclophosphamide"[Mesh]) OR (Sendoxan[Title/Abstract] OR 'Cyclophosphamide Anhydrous'[Title/Abstract] OR Cytophosphane[Title/Abstract] OR 'Cyclophosphamide Monohydrate'[Title/Abstract] OR Cytophosphan[Title/Abstract] OR Cytoxan[Title/Abstract] OR Endoxan[Title/Abstract] OR Neosar[Title/Abstract] OR Procytox[Title/Abstract] OR Cyclophosphane[Title/Abstract]))) AND ((("Anthracyclines"[Mesh]) OR Anthracyclines[Title/Abstract]))) OR (((("Cisplatin"[Mesh]) OR ('cis-Diamminedichloroplatinum(II)'[Title/Abstract] OR 'Platinum Diamminodichloride'[Title/Abstract] OR 'cis-Platinum'[Title/Abstract] OR 'cis Platinum'[Title/Abstract] OR 'Dichlorodiammineplatinum'[Title/Abstract] OR 'cis-Diamminedichloroplatinum'[Title/Abstract] OR 'cis Diamminedichloroplatinum'[Title/Abstract] OR 'cis-Dichlorodiammineplatinum(II)'[Title/Abstract] OR Platino[Title/Abstract] OR Platinol[Title/Abstract] OR Biocisplatinum[Title/Abstract] OR Platidiam[Title/Abstract]))) AND (((("Aprepitant"[Mesh]) OR (Aprepitant[Title/Abstract] OR Emend[Title/Abstract])) OR (Dexamethasone"[Mesh]) OR (Decameth[Title/Abstract] OR Decaspray[Title/Abstract] OR Dexasone[Title/Abstract] OR Dexpak[Title/Abstract] OR Maxidex[Title/Abstract] OR Millicorten[Title/Abstract] OR Oradexon[Title/Abstract] OR Decaject[Title/Abstract] OR dexamethasone[Title/Abstract]) OR Zyprexa[Title/Abstract] OR Zolafren[Title/Abstract]) OR ("Olanzapine"[Mesh]) Filters: Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review

Records: 61

Embase (Embase.com) (marzo 2020 a maggio 2023)

#1 'antiemetics therapy'/exp/mj OR 'nausea and vomiting'/exp/mj

#2 'antiemetic drugs' OR 'anti-emetics' OR 'anti emetics' OR 'antiemetic agents' OR 'antiemetic effect' OR 'anti-emetic effects' OR 'anti emetic effects' OR 'antiemetic effects' OR 'anti-emetic effect' OR 'anti emetic effect' OR antiemetic* OR emetics OR nausea OR vomiting:ti,ab

#3 #1 OR #2

#4 'cisplatin'/exp/mj

#5 platino OR platinol OR biocisplatinum OR platidiam:ti,ab

#6 #4 OR #5

#7 'cyclophosphamide'/exp/mj OR sendoxan OR 'cyclophosphamide anhydrous' OR cytophosphane OR 'cyclophosphamide monohydrate' OR cytophosphan OR cytoxan OR endoxan OR neosar OR procytox OR cyclophosphane:ti,ab

#8 'anthracycline'/exp/mj OR 'anthracycline':ti,ab

#9 #7 AND #8

#10 #6 OR #9

#11 'aprepitant'/exp/mj OR 'olanzapine'/exp/mj 'aprepitant' OR 'dexamethasone'/exp/mj OR emend OR desametasone OR zyprexa OR zolafren OR 'olanzapine pamoate' OR olanzapine OR Decameth OR Decaspray OR Dexasone OR Dexpak OR Maxidex OR Millicorten OR Oradexon OR Decaject:ti,ab

#12 #3 AND #10

Records: 44

Selezionati 1 records (Q2:1; Q6: 0)

Q3: Per la prevenzione dell'emesi ritardata da cisplatino possono essere utilizzati NK1 antagonisti e desametasone oppure metoclopramide + desametasone?

MEDLINE (PubMed) (marzo 2020 a maggio 2023)

((((((("Antiemetics"[Mesh]) OR "Nausea"[Mesh:NoExp]) OR "Vomiting"[Mesh:NoExp])) OR ('Antiemetic

Drugs'[Title/Abstract] OR 'Anti-emetics'[Title/Abstract] OR 'Anti emetics'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Agents'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effect'[Title/Abstract] OR Antiemetic*[Title/Abstract] OR Emetics[Title/Abstract] OR nausea[Title/Abstract] OR vomiting[Title/Abstract] AND (((((((("Dexamethasone"[Mesh]) OR ('Methylfluorprednisolone'[Title/Abstract] OR Hexadecadrol[Title/Abstract] OR Decameth[Title/Abstract] OR Decaspray[Title/Abstract] OR Dexasone[Title/Abstract] OR Dexpak[Title/Abstract] OR Maxidex[Title/Abstract] OR Millicorten[Title/Abstract] OR Oradexon[Title/Abstract] OR Decaject[Title/Abstract] OR Hexadrol[Title/Abstract]) OR Dexamethasone[Title/Abstract])) AND (('Metoclopramide"[Mesh]) OR (Metaclopramide[Title/Abstract] OR Maxolon[Title/Abstract] OR Rimetin[Title/Abstract] OR 'Metoclopramide Hydrochloride'[Title/Abstract] OR 'Metoclopramide Monohydrochloride'[Title/Abstract] OR Primperan[Title/Abstract] OR Reglan[Title/Abstract] OR Cerucal[Title/Abstract] OR 'Metoclopramide Dihydrochloride' OR)))) OR (((("Neurokinin-1 Receptor Antagonists"[Mesh]) OR "rolapitant" [Supplementary Concept]) OR ("Aprepitant"[Mesh]) OR "fosaprepitant" [Supplementary Concept]) OR ('NK1 receptor antagonists'[Title/Abstract] OR NK1[Title/Abstract] OR 'Neurokinin-1 (NK1)'[Title/Abstract] OR 'Neurokinin-1 (NK1) receptor antagonists'[Title/Abstract] OR 'NK1 receptor antagonist'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1 receptor antagonist'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1 receptor antagonists'[Title/Abstract] OR varubi[Title/Abstract] OR rolapitant[Title/Abstract] OR emend[Title/Abstract] OR aprepitant[Title/Abstract] OR Cinvanti[Title/Abstract] OR 'Emend for injection'[Title/Abstract] OR 'fosaprepitant dimeglumine'[Title/Abstract] OR fosaprepitant[Title/Abstract])) AND (((((((("systematic review"[Title] OR "meta-analysis "[Publication Type]) OR ("meta-analysis"[Title] OR "meta synthesis"[Title] OR "meta-analy*" [Title] OR "integrative review"[Title] OR "integrative research review"[Title])) OR "systematic literature review"[Title]) OR ("this systematic review"[Text Word] OR "pooling project"[Text Word])) OR ("systematic review"[Title/Abstract] AND review[Publication Type])))))))

Records: 249

Embase (Embase.com) (marzo 2020 a maggio 2023)

#1 'antiemetics therapy'/exp/mj OR 'nausea and vomiting'/exp/mj
#2 'antiemetic drugs' OR 'anti-emetics' OR 'anti emetics' OR 'antiemetic agents' OR 'antiemetic effect' OR 'anti-emetic effects' OR 'anti emetic effects' OR 'antiemetic effects' OR 'anti-emetic effect' OR 'anti emetic effect' OR antiemetic* OR emetics OR nausea OR vomiting:ti,ab
#3 #1 OR #2
#4 'cisplatin'/exp/mj
#5 platino OR platinol OR biocisplatinum OR platidiam:ti,ab
#6 #4 OR #5
#7 metaclopramide OR maxolon OR rimetin OR 'metoclopramide hydrochloride' OR 'metoclopramide monohydrochloride' OR primperan OR reglan OR cerucal OR 'metoclopramide dihydrochloride':ti,ab
#8 'metoclopramide'/exp/mj

Records: 11

Selezionati 0 record

Q4: Per la prevenzione dell'emesi acuta da antracicline e ciclofosfamide nelle pazienti con carcinoma della mammella può essere utilizzato un regime a tre farmaci comprendente un NK1 antagonista, il desametasone e un 5-HT3 antagonista?

MEDLINE (PubMed) (marzo 2020 a maggio 2023)

((((((((((((((((((((((("Antiemetics"[Mesh]) OR "Nausea"[Mesh:NoExp]) OR "Vomiting"[Mesh:NoExp])) OR ('Antiemetic Drugs'[Title/Abstract] OR 'Anti-emetics'[Title/Abstract] OR 'Anti emetics'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Agents'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effect'[Title/Abstract] OR Antiemetic*[Title/Abstract] OR Emetics[Title/Abstract] OR nausea[Title/Abstract] OR vomiting[Title/Abstract])))))))))) AND (Dexasone[Title/Abstract] OR Dexpak[Title/Abstract] OR Maxidex[Title/Abstract] OR Millicorten[Title/Abstract] OR Oradexon[Title/Abstract] OR Decaject[Title/Abstract] OR dexamethasone[Title/Abstract])) OR "Serotonin 5-HT3 Receptor Antagonists"[Mesh] OR "5-HT3 Antagonist"[Title/Abstract] OR "5 HT3 Antagonist"[Title/Abstract] OR NK1 antagonist[Title/Abstract]) AND (('Breast Neoplasms"[Mesh]) AND (breast[Title/Abstract] AND (cancer[Title/Abstract] OR tumo*[Title/Abstract] OR neoplasm*[Title/Abstract]))))

Records: 19

Embase (Embase.com) (marzo 2020 a maggio 2023)

#1 'antiemetics therapy'/exp/mj OR 'nausea and vomiting'/exp/mj
#2 'antiemetic drugs' OR 'anti-emetics' OR 'anti emetics' OR 'antiemetic agents' OR 'antiemetic effect' OR 'anti-emetic effects' OR 'anti emetic effects' OR 'antiemetic effects' OR 'anti-emetic effect' OR 'anti emetic effect' OR antiemetic* OR emetics OR nausea OR vomiting:ti,ab

#3 #1 OR #2

#4 'dexamethasone derivative'/exp/mj OR 'methylfluorprednisolone' OR hexadecadrol OR decameth OR decaspray OR dexasone OR dexpak OR maxidex OR millicorten OR oradexon OR decaject OR hexadrol OR dexamethasone:ti,ab

#5 'serotonin 3 antagonist'/exp/mj OR "5-HT3 Antagonist" OR "5 HT3 Antagonist" OR NK1 antagonist:ti,ab

#6 #4 OR #5

#7 #3 AND #6

Records: 28

Selezionati 0 record

Q5: Per la prevenzione dell'emesi acuta da ciclofosfamide + antraciclina si può utilizzare olanzapina per aumentare l'efficacia?

Q7: Per la prevenzione dell'emesi acuta da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno può essere impiegata la combinazione di palonosetron + desametasone?

Q8: Per la prevenzione dell'emesi acuta da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno possono essere utilizzati gli NK1 antagonisti?

Q9: Per la prevenzione dell'emesi ritardata da chemioterapia con moderato potenziale emetogeno può essere utilizzato il desametasone?

Q10: Per la prevenzione dell'emesi in pazienti sottoposti a cisplatino a basse dosi ripetute (20-40 mg/m²/giorno per 3-5 giorni) può essere utilizzato il desametasone + un 5-HT3 antagonista? Possono essere utilizzati anche gli NK1 antagonisti?

MEDLINE (PubMed) (marzo 2020 a maggio 2023)

((((((((((((((((((("Antiemetics"[Mesh]) OR "Nausea"[Mesh:NoExp]) OR "Vomiting"[Mesh:NoExp])) OR ('Antiemetic Drugs'[Title/Abstract] OR 'Anti-emetics'[Title/Abstract] OR 'Anti emetics'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Agents'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effect'[Title/Abstract] OR Antiemetic*[Title/Abstract] OR Emetics[Title/Abstract] OR nausea[Title/Abstract] OR vomiting[Title/Abstract])))))) AND (((Dexamethasone[Mesh] OR Dexamethasone[Title/Abstract]) AND (Palonosetron[Mesh] OR Palonosetron[Title/Abstract])) OR (("Olanzapine"[Mesh]) OR ("Olanzapine"[Title/Abstract])) OR (((("Aprepitant"[Mesh]) OR (emend[Title/Abstract] OR aprepitant[Title/Abstract])))

Records: 472

Embase (Embase.com) (marzo 2020 a maggio 2023)

#1 'antiemetics therapy'/exp/mj OR 'nausea and vomiting'/exp/mj

#2 'antiemetic drugs' OR 'anti-emetics' OR 'anti emetics' OR 'antiemetic agents' OR 'antiemetic effect' OR 'anti-emetic effects' OR 'anti emetic effects' OR 'antiemetic effects' OR 'anti-emetic effect' OR 'anti emetic effect' OR antiemetic* OR emetics OR nausea OR vomiting:ti,ab

#3 #1 OR #2

#4 'dexamethasone derivative'/exp/mj

#5 'methylfluorprednisolone' OR hexadecadrol OR decameth OR decaspray OR dexasone OR dexpak OR maxidex OR millicorten OR oradexon OR decaject OR hexadrol OR dexamethasone:ti,ab

#6 'anthracycline'/exp/mj OR 'anthracycline':ti,ab

#7 Aprepitant/ exp/mj OR (emend OR aprepitant:ti,ab)

#8 'cyclophosphamide'/exp/mj OR sendoxan OR 'cyclophosphamide anhydrous' OR cytophosphane OR 'cyclophosphamide monohydrate' OR cytophosphan OR cytoxan OR endoxan OR neosar OR procytox OR cyclophosphane:ti,ab

#9 'anthracycline'/exp/mj OR 'anthracycline':ti,ab

#10 #3 AND (OR #4-#9)

Records: 172

Selezionati 8 records (Q5:0; Q7:0; Q8:2; Q9:0; Q10:6)

Q12: Olanzapina può essere utilizzata come terapia antiemetica di salvataggio?

Q13: Per la prevenzione dell'emesi anticipatoria possono essere utilizzate tecniche di desensibilizzazione, ipnosi o benzodiazepine?

Q14: Per la prevenzione dell'emesi in pazienti sottoposti a chemioterapia ad alte dosi può essere utilizzato un regime a tre farmaci comprendente un NK1 antagonista, il desametasone e un 5-HT3 antagonista? Può essere considerata anche l'aggiunta di olanzapina?

Q15: Per la prevenzione dell'emesi da radioterapia può essere considerato un 5-HT3 antagonista?

MEDLINE (PubMed) (marzo 2020 a maggio 2023)

((((((((((((((("Antiemetics"[Mesh]) OR "Nausea"[Mesh:NoExp]) OR "Vomiting"[Mesh:NoExp])) OR ('Antiemetic Drugs'[Title/Abstract] OR 'Anti-emetics'[Title/Abstract] OR 'Anti emetics'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Agents'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Antiemetic Effects'[Title/Abstract] OR 'Anti-Emetic Effect'[Title/Abstract] OR 'Anti Emetic Effect'[Title/Abstract] OR Antiemetic*[Title/Abstract] OR Emetics[Title/Abstract] OR nausea[Title/Abstract] OR vomiting[Title/Abstract])))))) AND (((((((("Dexamethasone"[Mesh]) OR ('Methylfluorprednisolone'[Title/Abstract] OR Hexadecadrol[Title/Abstract] OR Decameth[Title/Abstract] OR Decaspray[Title/Abstract] OR Dexasone[Title/Abstract] OR Dexpak[Title/Abstract] OR Maxidex[Title/Abstract] OR Millicorten[Title/Abstract] OR Oradexon[Title/Abstract] OR Decaject[Title/Abstract] OR Hexadrol[Title/Abstract]) OR Dexamethasone[Title/Abstract]))) OR (('Olanzapine"[Mesh]) OR (Zyprexa[Title/Abstract] OR Zolafren[Title/Abstract] OR 'Olanzapine Pamoate'[Title/Abstract] OR olanzapine[Title/Abstract])) OR ('NK1 receptor antagonists'[Title/Abstract] OR NK1[Title/Abstract] OR 'Neurokinin-1 (NK1)'[Title/Abstract] OR 'Neurokinin-1 (NK1) receptor antagonists'[Title/Abstract] OR 'NK1 receptor antagonist'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1 receptor antagonist'[Title/Abstract] OR 'neurokinin 1 receptor antagonists'[Title/Abstract] OR 5-HT3 Antagonist[Title/Abstract]

Records: 310

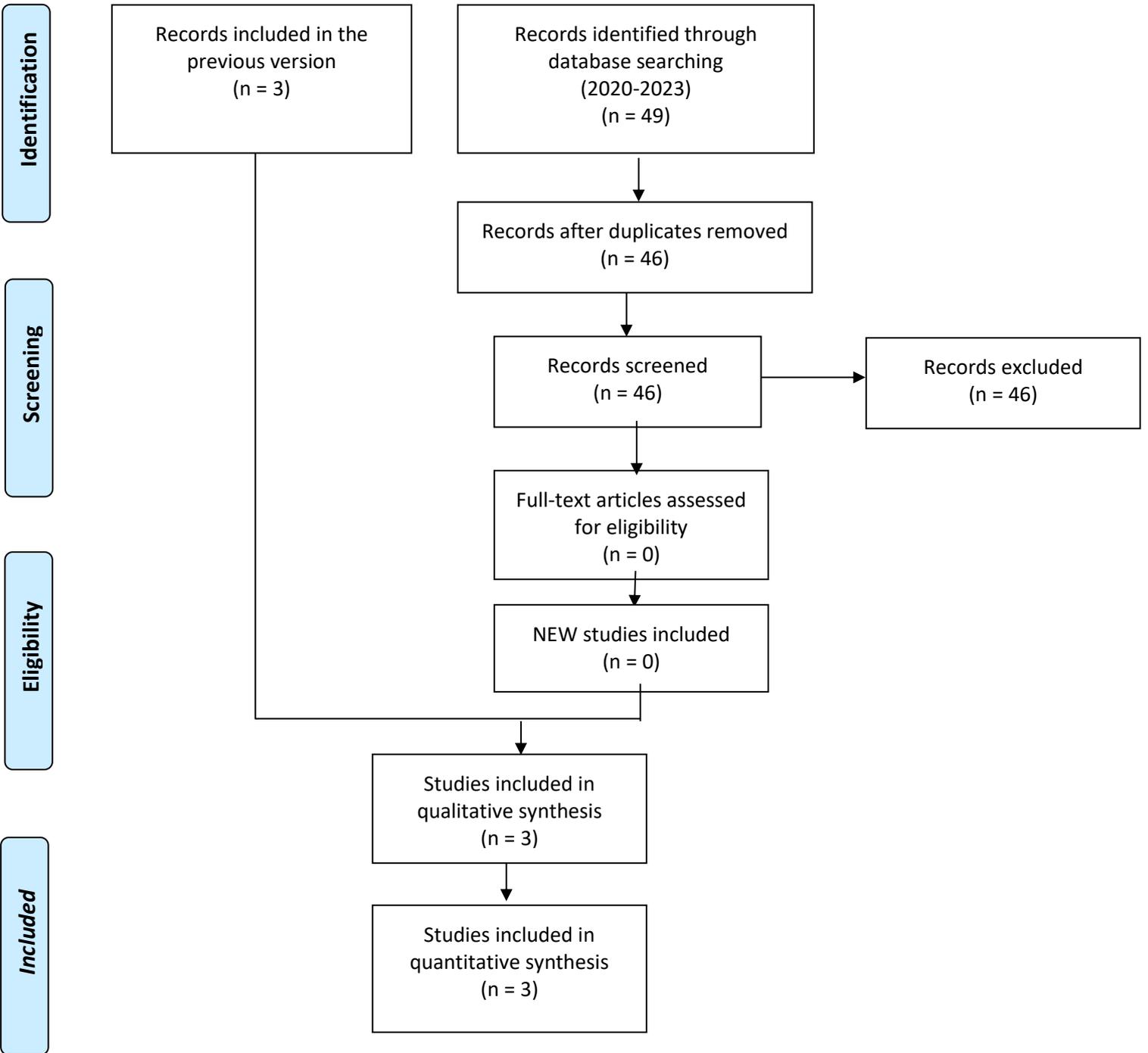
Embase (Embase.com) (marzo 2020 a maggio 2023)

#1 'antiemetics therapy'/exp/mj OR 'nausea and vomiting'/exp/mj
#2 'antiemetic drugs' OR 'anti-emetics' OR 'anti emetics' OR 'antiemetic agents' OR 'antiemetic effect' OR 'anti-emetic effects' OR 'anti emetic effects' OR 'antiemetic effects' OR 'anti-emetic effect' OR 'anti emetic effect' OR antiemetic* OR emetics OR nausea OR vomiting:ti,ab
#3 #1 OR #2
#4 'dexamethasone derivative'/exp/mj
#5 'methylfluorprednisolone' OR hexadecadrol OR decameth OR decaspray OR dexasone OR dexpak OR maxidex OR millicorten OR oradexon OR decaject OR hexadrol OR dexamethasone:ti,ab
#6 'olanzapine'/exp/mj OR zyprexa OR zolafren OR 'olanzapine pamoate' OR olanzapine:ti,ab
#7 'NK1 receptor antagonists' OR NK1 OR 'Neurokinin-1 (NK1)' OR 'Neurokinin-1 (NK1) receptor antagonists' OR 'NK1 receptor antagonist' OR 'neurokinin 1' OR 'neurokinin 1 receptor antagonist' OR 'neurokinin 1 receptor antagonists' OR 5-HT3 Antagonist:ti,ab
#8 #3 AND (OR#4-#7)

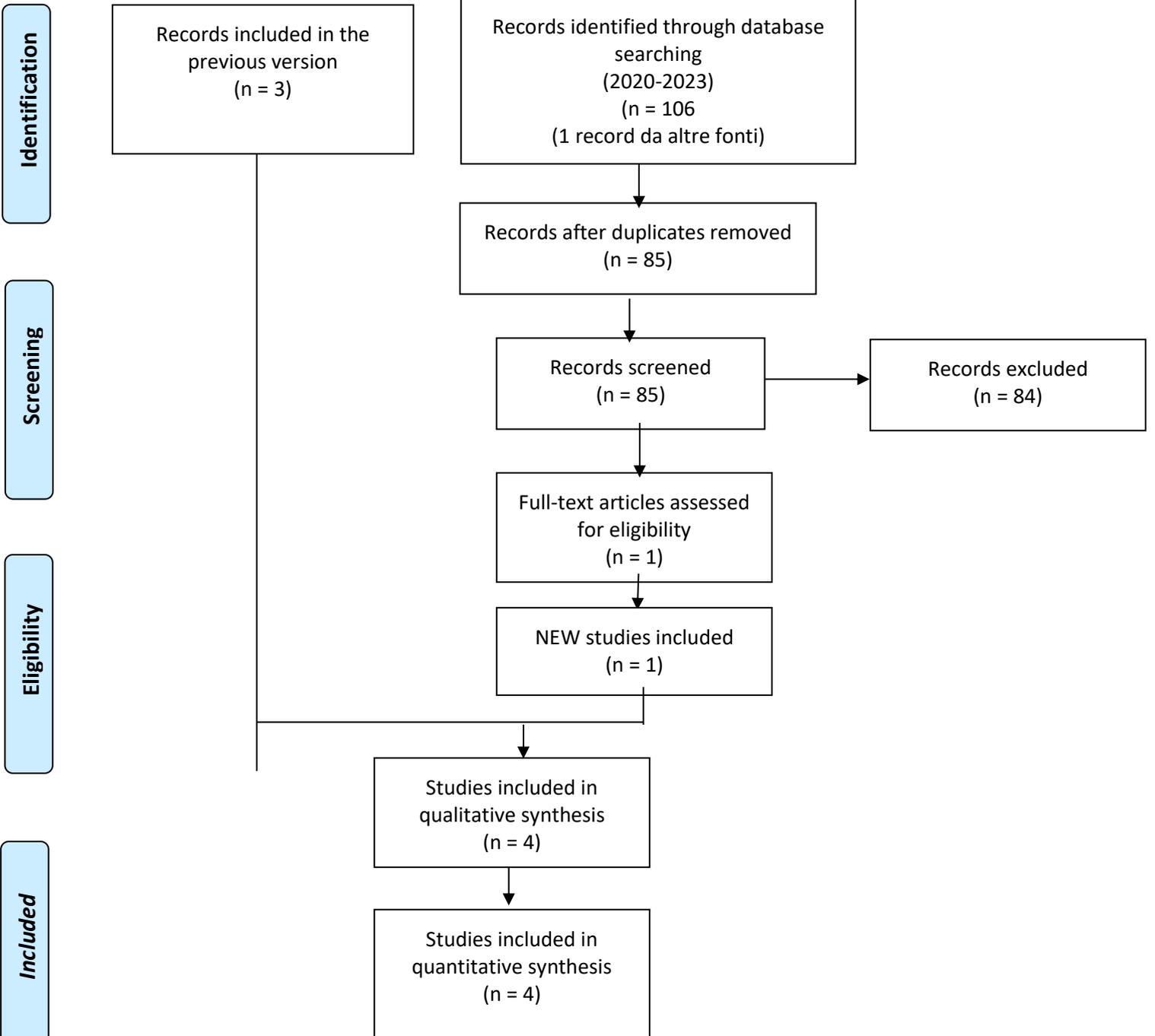
Records: 229

Selezionati 2 records (Q12:1; Q13:0; Q14:0; Q15:1)

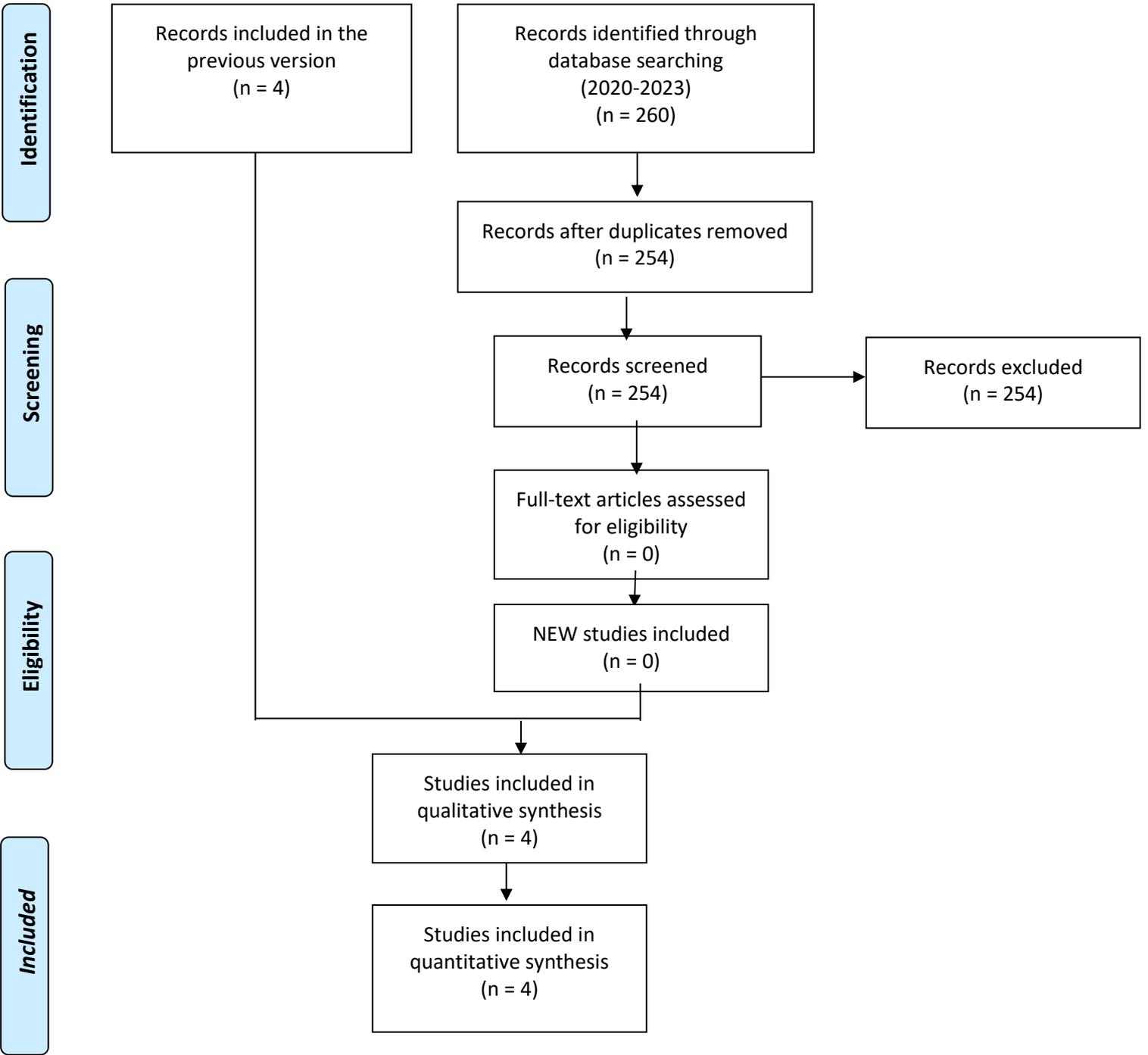
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q1



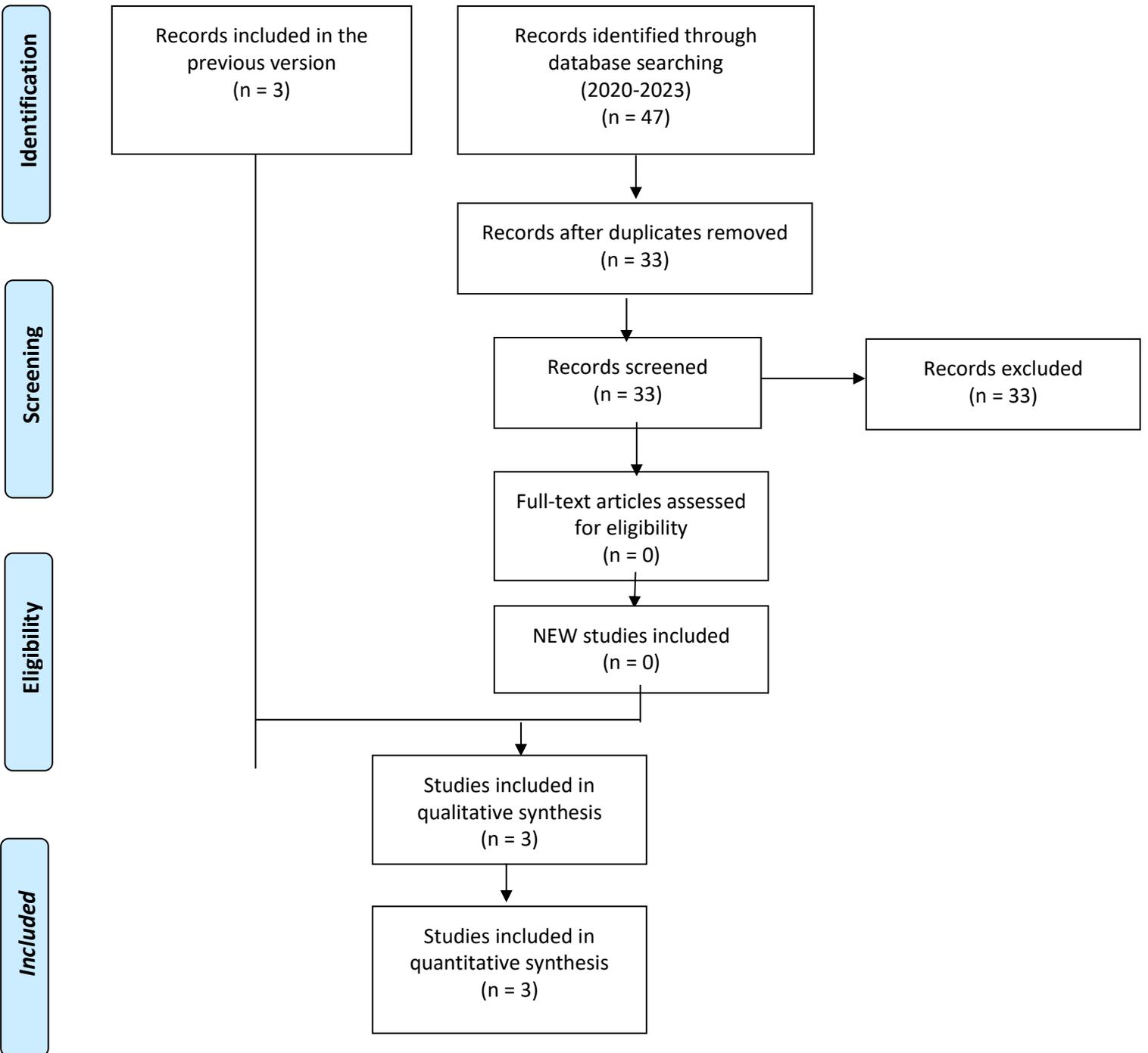
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q2



PRISMA 2009 Flow Diagram: Q3



PRISMA 2009 Flow Diagram: Q4



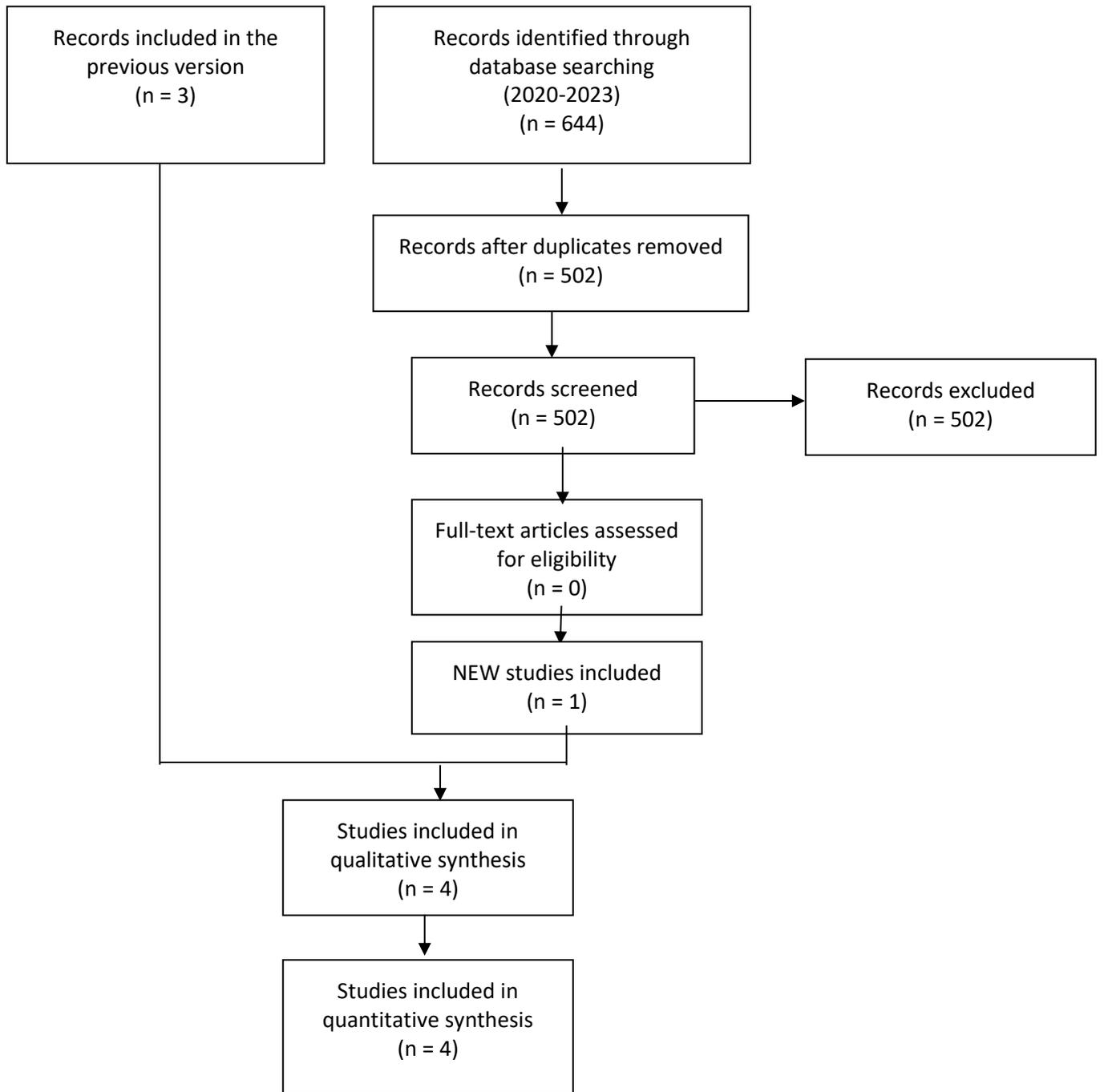
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q5

Identification

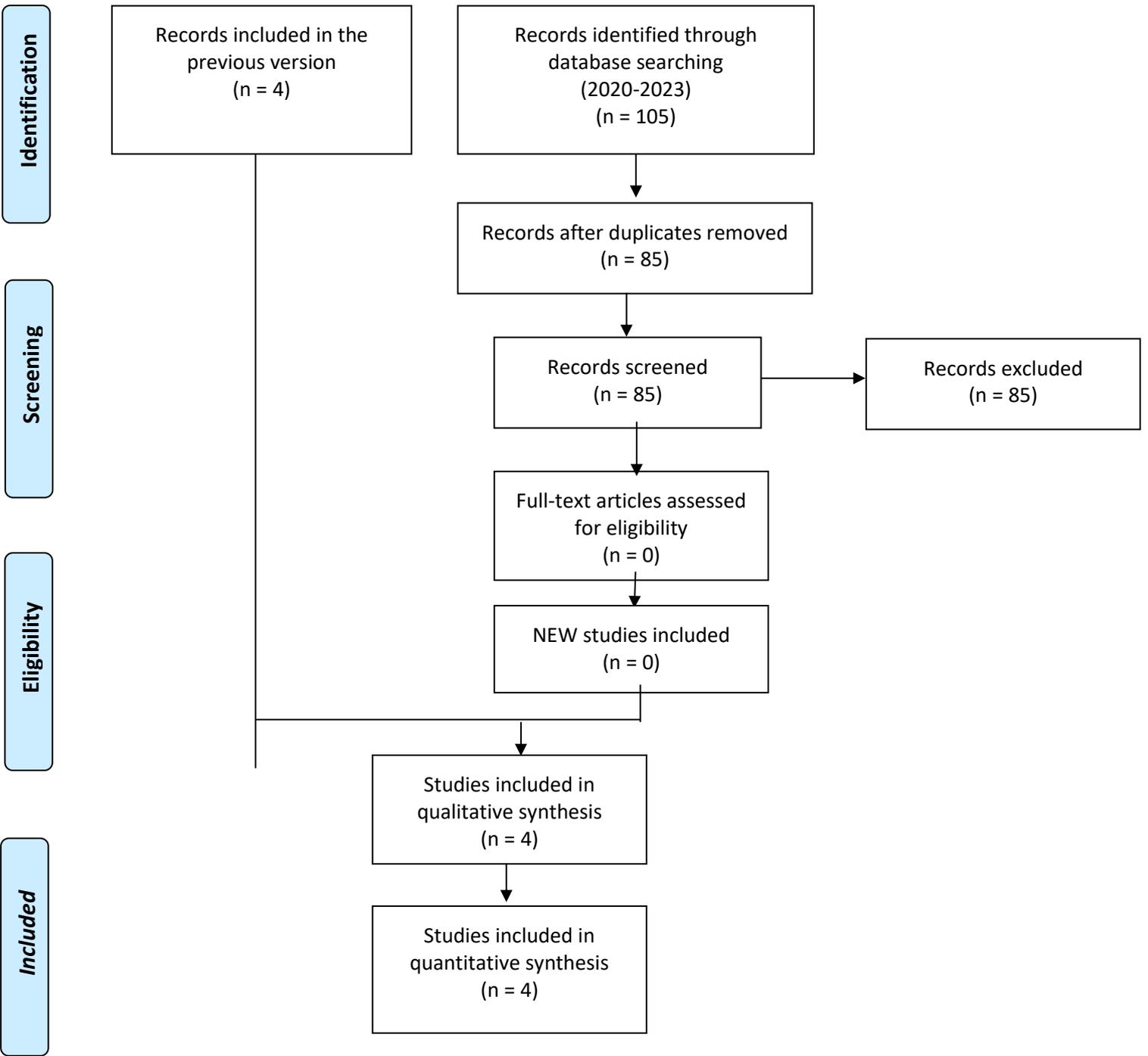
Screening

Eligibility

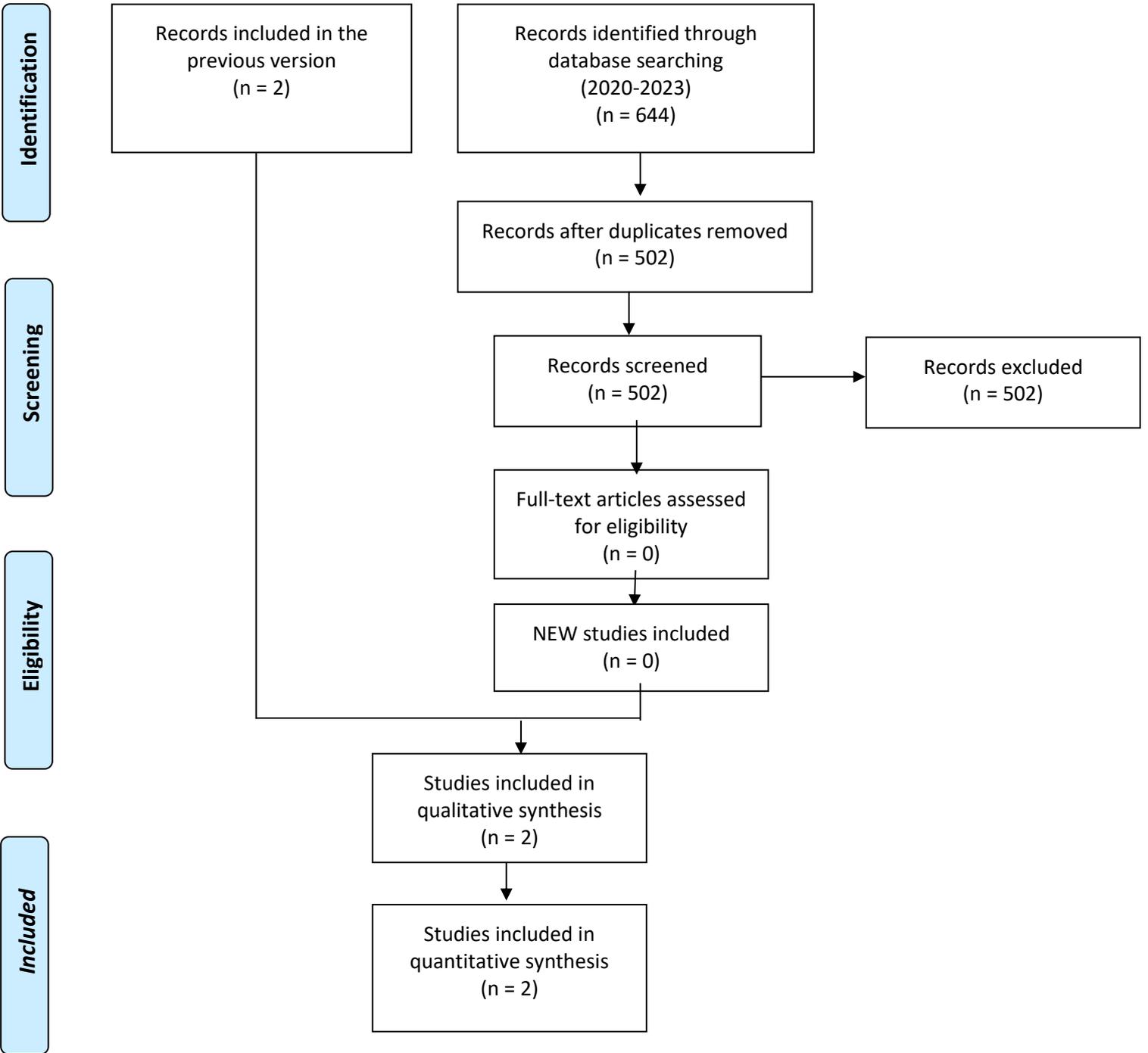
Included



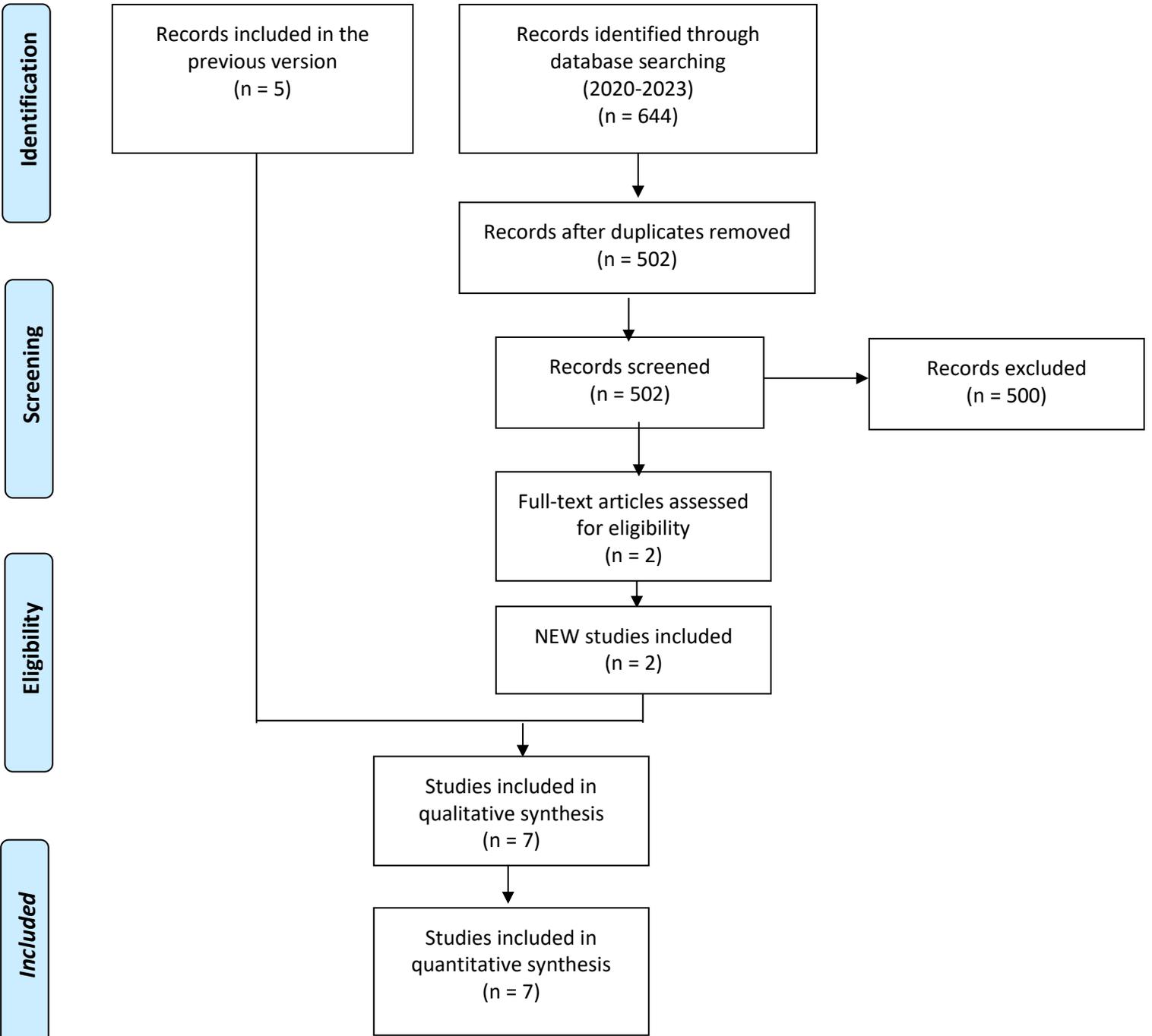
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q6



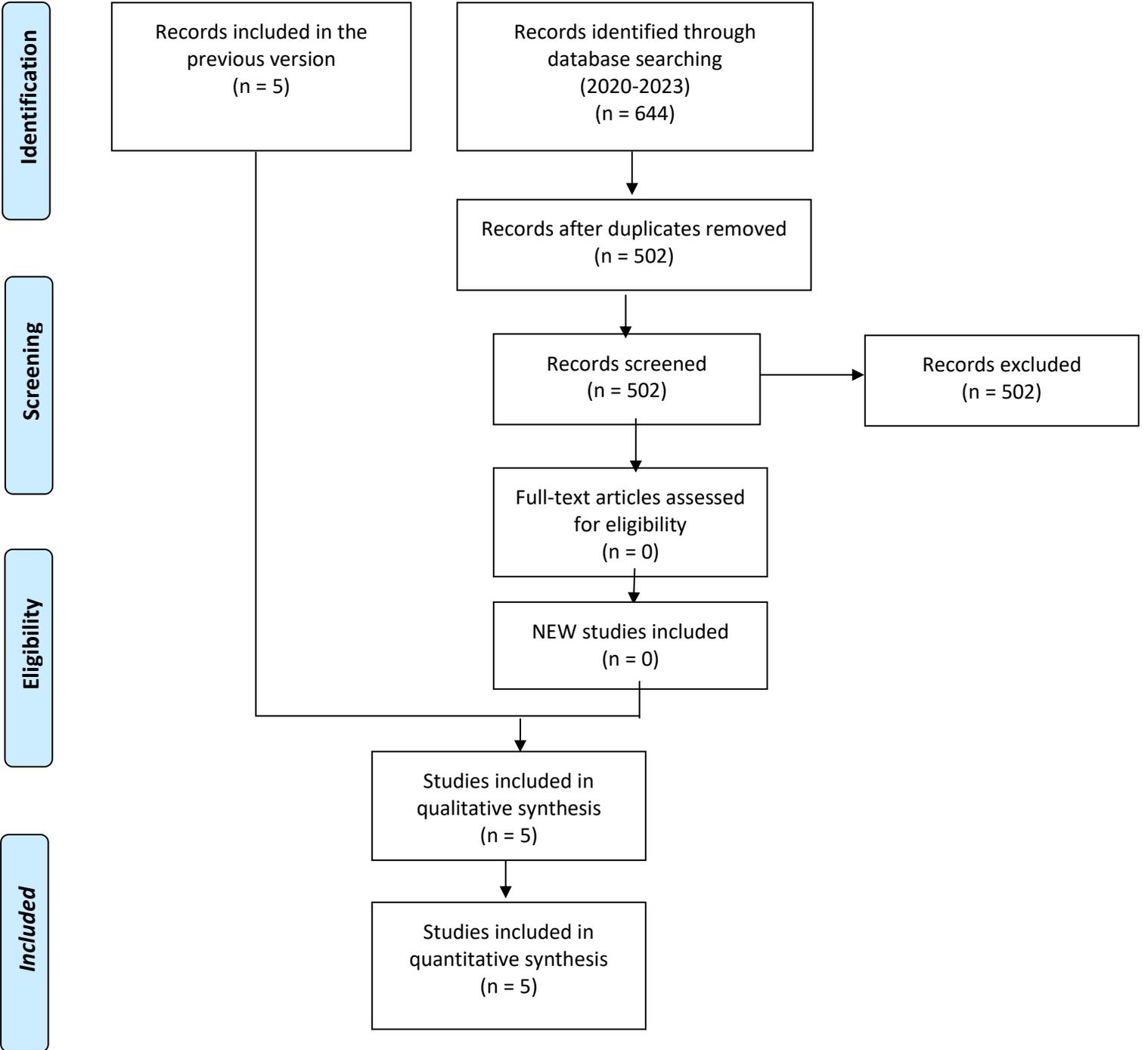
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q7



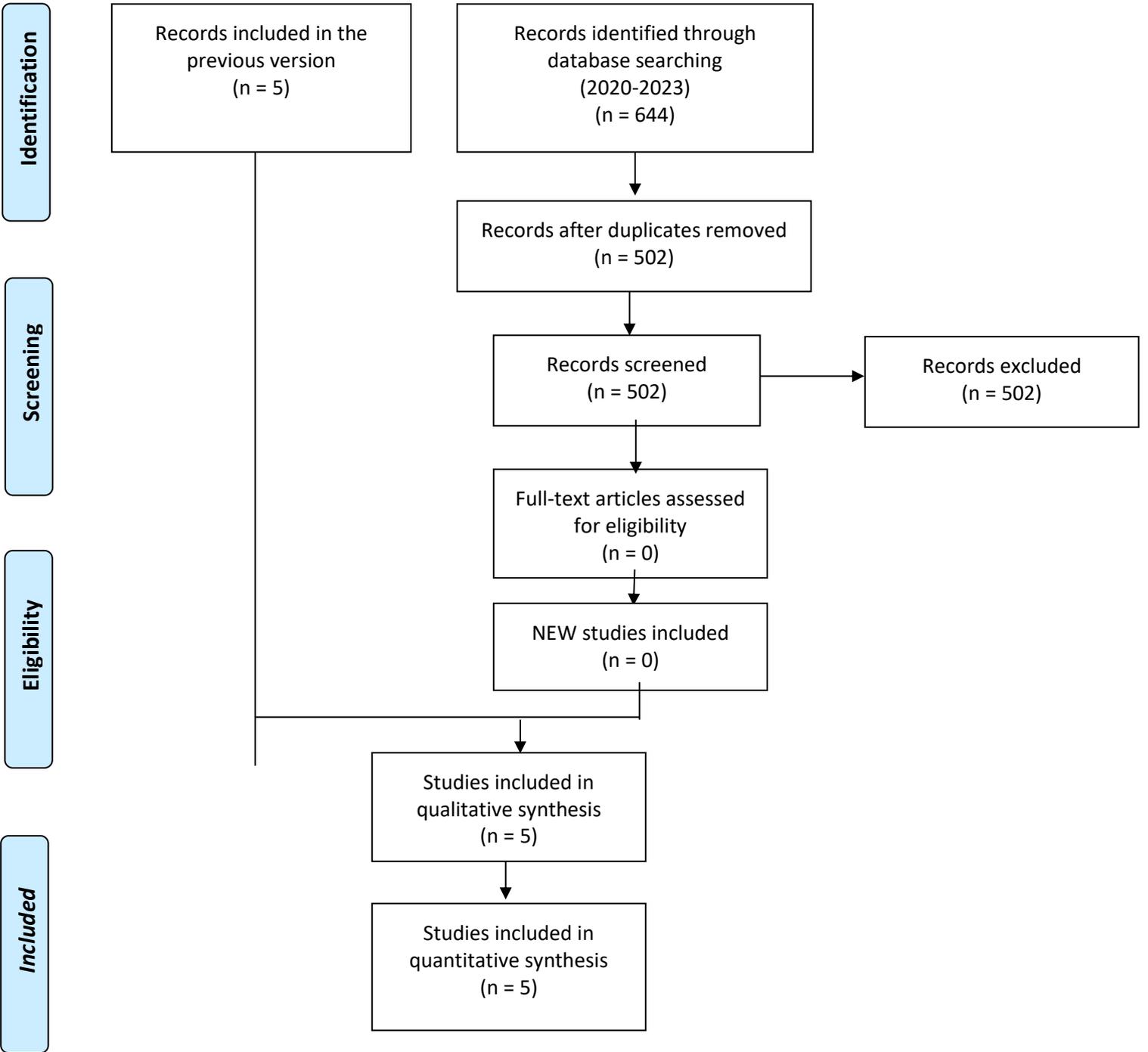
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q8



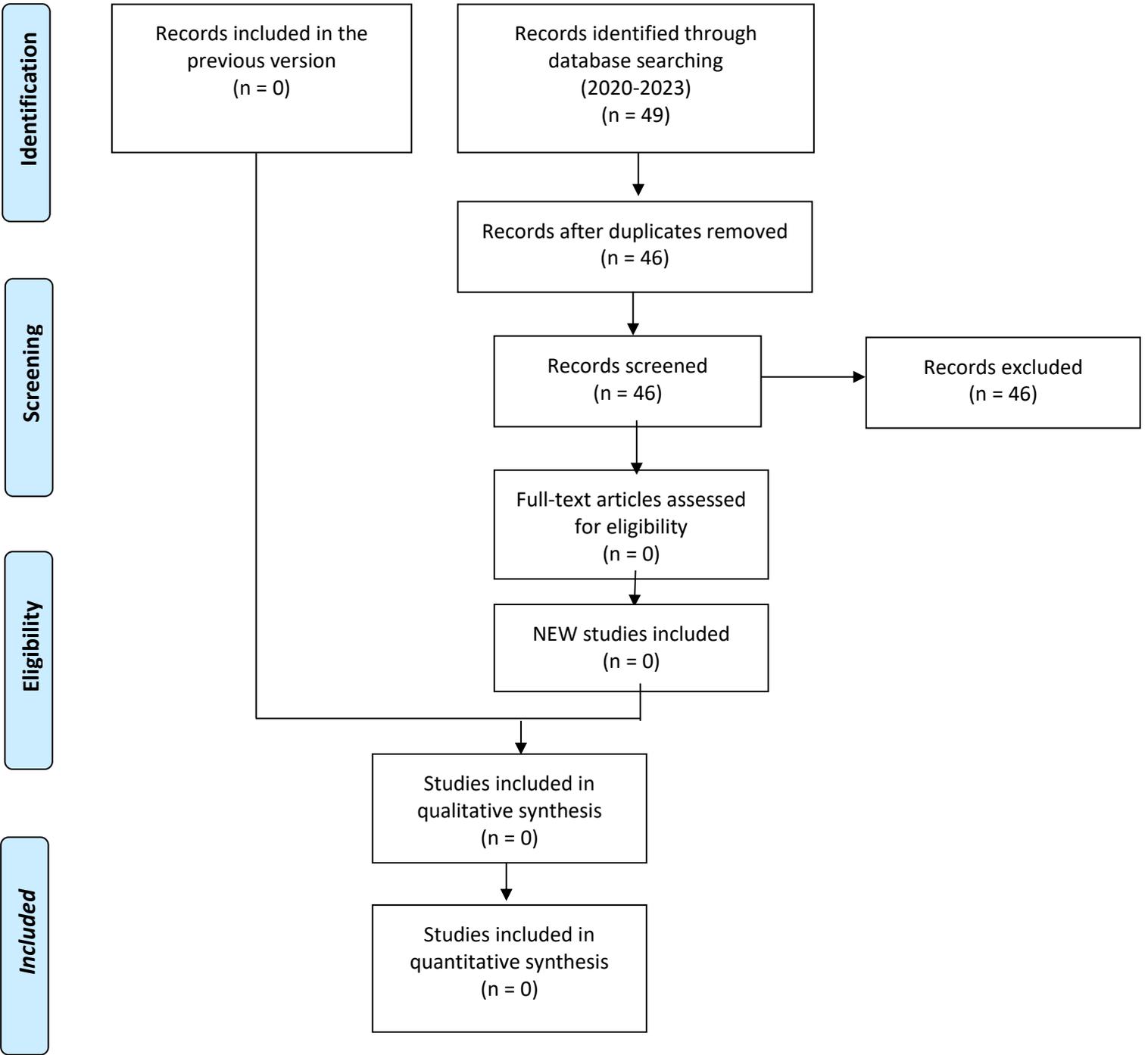
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q9



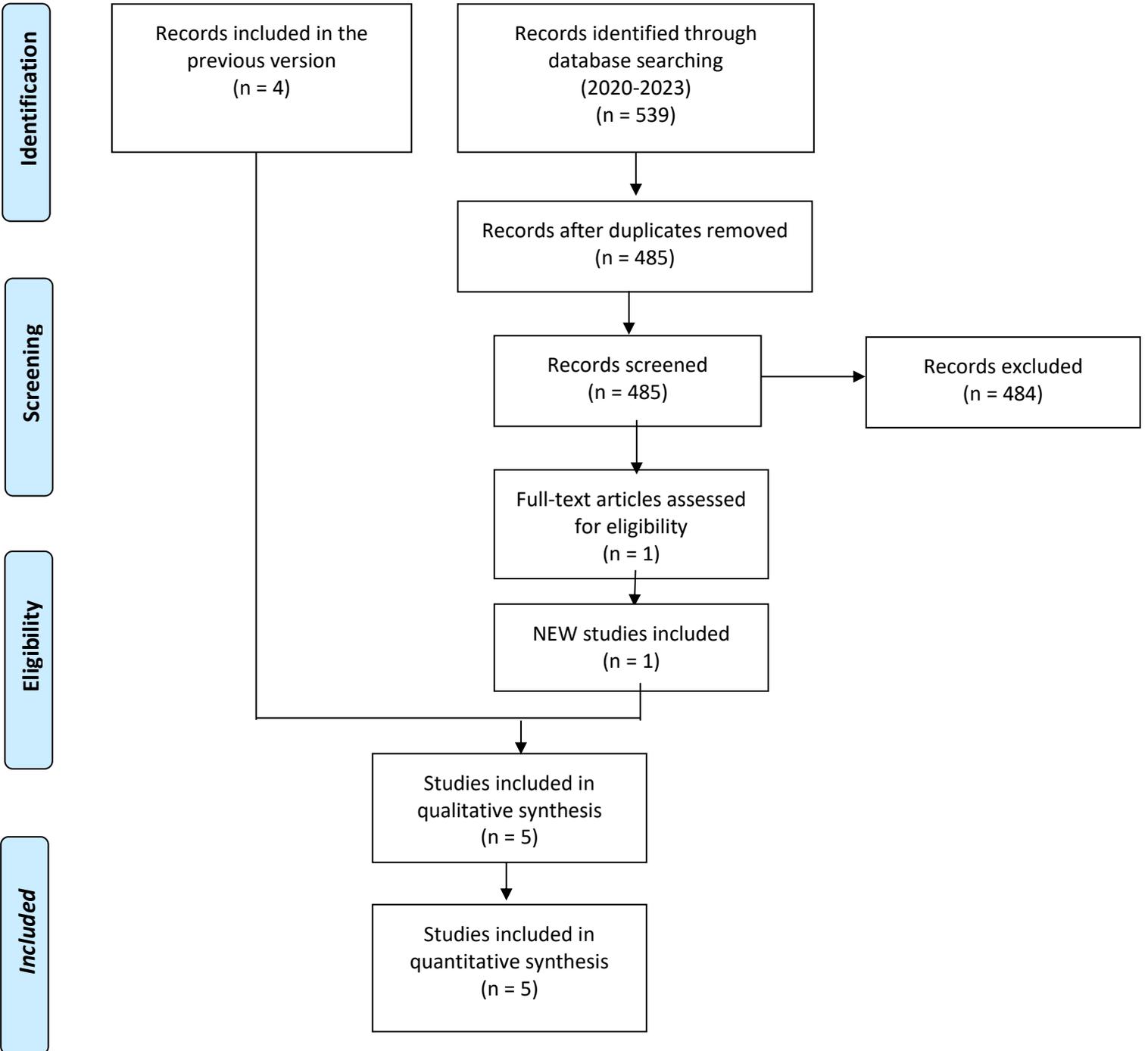
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q10



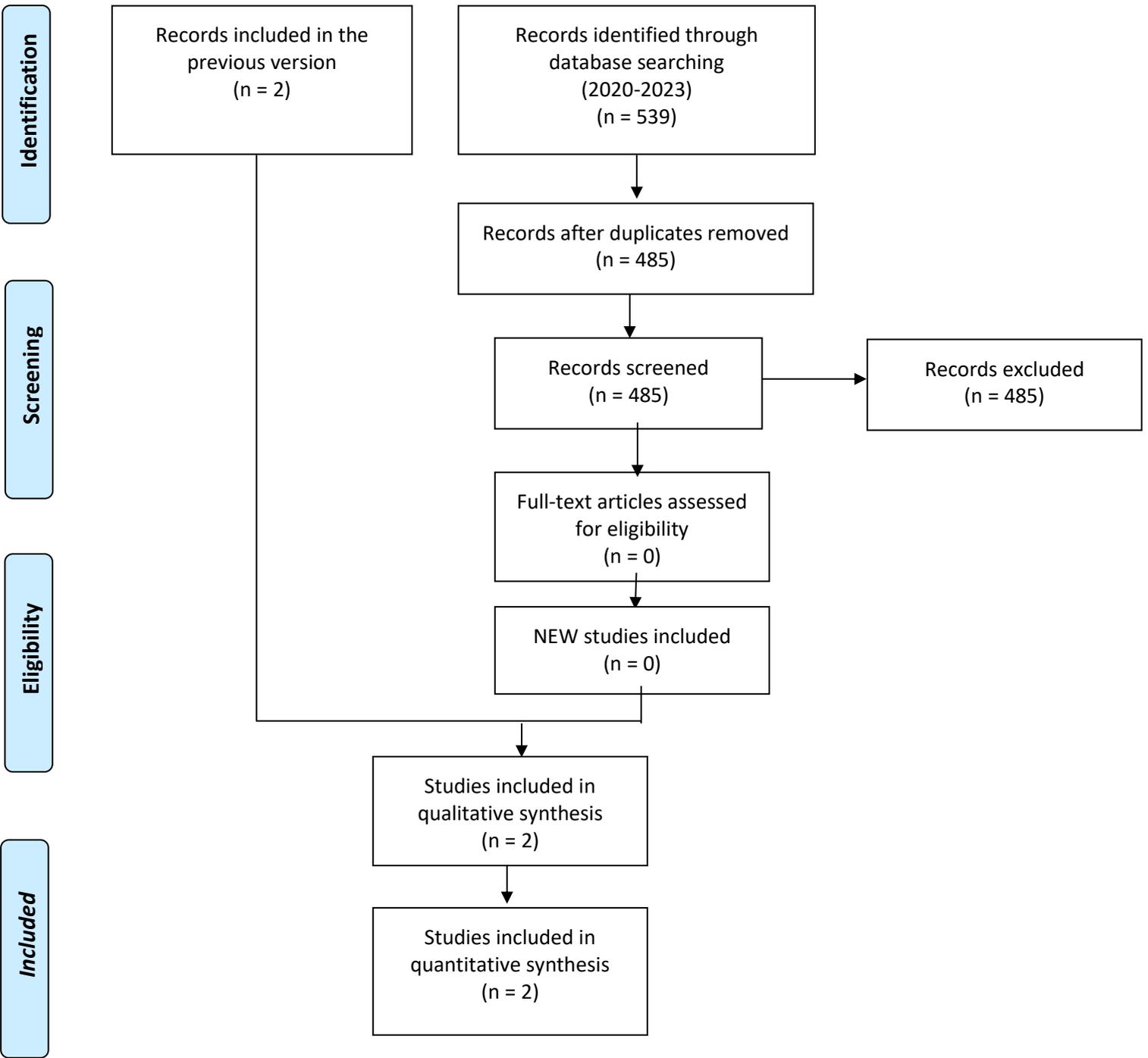
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q11



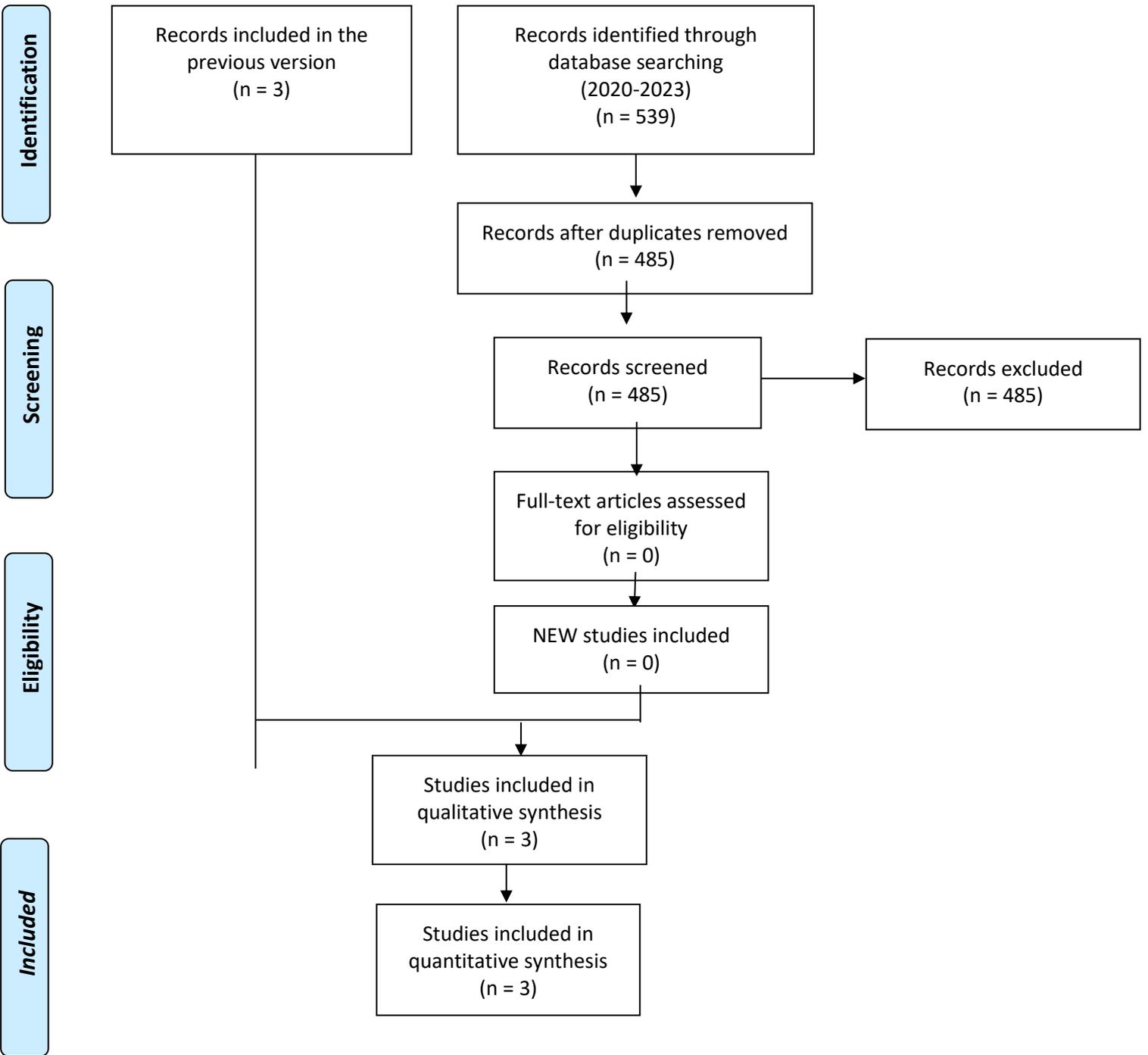
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q12



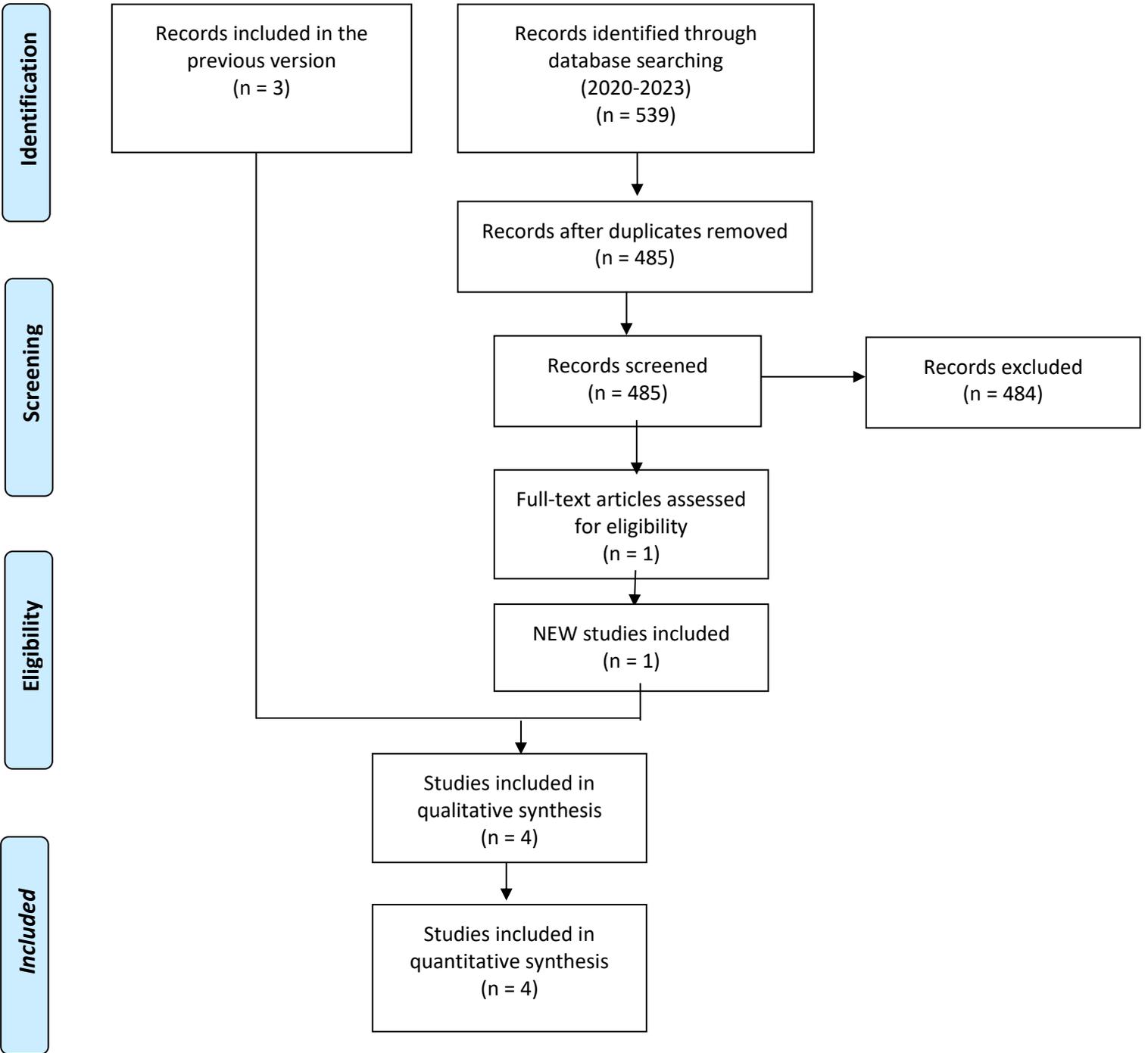
PRISMA 2009 Flow Diagram: Q13

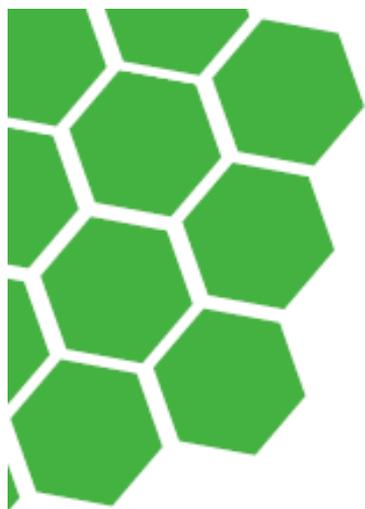


PRISMA 2009 Flow Diagram: Q14



PRISMA 2009 Flow Diagram: Q15





Appendice 2: Manuale metodologico AIOM





**LINEE GUIDA AIOM 2021.
Finalità e caratteristiche.
Metodologia applicata alle linee guida AIOM.**

24 giugno 2021

Indice

LINEE GUIDA AIOM 2021: FINALITÀ E CARATTERISTICHE	91
1. FINALITÀ E UTENTI TARGET	91
2. CARATTERISTICHE DELLE LINEE GUIDA AIOM.....	91
A. STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	91
B. COMPOSIZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO DELLE SINGOLE LG.....	91
C. METODOLOGIA.....	92
D. REVISIONE DEI DOCUMENTI.....	96
E. INDIPENDENZA E CONFLITTO DI INTERESSE.....	96
F. AGGIORNAMENTO PERIODICO	96
G. PUBBLICAZIONE NEL SITO AIOM	96
H. VALUTAZIONE DELLA IMPLEMENTAZIONE	96
3. CONFRONTO CON LE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI	97
4. BIBLIOGRAFIA.....	99
METODOLOGIA APPLICATA ALLE LINEE GUIDA AIOM.....	100
1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	100
2. METODOLOGIA SCIENTIFICA.....	100
2.1. Formulazione del Quesito Clinico.....	100
2.2. Selezione della letteratura a supporto delle raccomandazioni cliniche	101
2.3. Valutazione critica della letteratura a supporto delle raccomandazioni cliniche.....	102
2.3.1. La descrizione degli studi per esteso.....	102
2.3.2. Qualità dell'evidenza (SIGN) – da considerare solo per la lettura delle raccomandazioni prodotte fino al 2015.....	103
2.3.2.1. Considerazioni sulla “estrapolazione delle evidenze”	104
Qualità dell'evidenza (GRADE).....	105
2.3.3. Bilancio tra benefici e danni	107
2.3.4. Evidence to Decision Framework (EtD).....	108
3. Raccomandazioni cliniche	108
3.1. Tabelle sinottiche raccomandazioni cliniche.....	109
3.2. GRADE-Adolopment	111
4. SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA.....	111
5. CRITICAL APPRAISAL.....	111
6. Voci bibliografiche.....	114

LINEE GUIDA AIOM 2021: FINALITÀ E CARATTERISTICHE

Michela Cinquini, Giovanni Pappagallo, Ivan Moschetti

La produzione di Linee Guida (LG) rappresenta uno degli elementi principali della medicina basata sull'evidenza; esse rappresentano una delle modalità con cui vengono trasferite nella pratica clinica le conoscenze prodotte dalla ricerca, sintetizzando le migliori prove di efficacia disponibili. Scopo delle Linee Guida è di produrre raccomandazioni per la pratica clinica attraverso un processo sistematico e trasparente. Le raccomandazioni devono essere coerenti con il rapporto tra benefici e danni connessi all'intervento in esame.

1. FINALITÀ E UTENTI TARGET

Le finalità delle Linee Guida AIOM sono:

4. Migliorare e standardizzare "la pratica clinica"
5. Offrire al paziente sull'intero territorio nazionale la possibilità della "migliore cura"
6. Garantire un riferimento basato sull'evidenza per le istituzioni nazionali e regionali, per gli organismi regolatori ed i "payers".

Attualmente le Linee Guida AIOM sono rivolte solo all'utilizzo medico. Sono disponibili da aprile 2015 nel sito di AIOM Fondazione opuscoli informativi per i pazienti, redatti dai singoli Gruppi di Lavoro delle Linee Guida, in attesa di produrre anche Linee Guida formali rivolte ai pazienti.

2. CARATTERISTICHE DELLE LINEE GUIDA AIOM

A. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il Gruppo Linee Guida AIOM comprende il Presidente AIOM, il Presidente eletto, due membri del direttivo nazionale AIOM a rappresentanza del Direttivo stesso e da altri professionisti, oncologi medici AIOM.

È inoltre costituito da metodologi, da un rappresentante pazienti, e in prospettiva da un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

Il Gruppo di Lavoro Linee Guida AIOM è coordinato dal Presidente Nazionale AIOM, in considerazione del fatto che, a seguito della Legge Biondi-Gelli del marzo 2017 e del Decreto Ministeriale Lorenzin del 2 agosto 2017, la produzione di Linee Guida è diventato uno dei due obiettivi strategici della Associazione Italiana di Oncologia Medica.

Questa organizzazione rende più rapida e efficace la parte organizzativa e operativa nella produzione di LG nelle fasi di produzione e aggiornamento annuali. Il Gruppo Metodologico svolge un ruolo fondamentale. Costituito da 4 metodologi, il gruppo infatti indica la metodologia da utilizzare per la stesura delle LG, supporta l'applicazione della metodologia valutando la qualità delle evidenze e producendo i documenti riassuntivi ed inoltre svolge attività di formazione per il gruppo di lavoro di ogni LG.

B. COMPOSIZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO DELLE SINGOLE LG

Attualmente i Gruppi di Lavoro sono 40 e la maggior parte è composta da soli medici (oncologi e altri specialisti coinvolti nella gestione multidisciplinare del paziente).

Dal 2016, come raccomandato dalla WHO (Schunemann HJ et al., 2006), è in corso l'estensione alla partecipazione di medici di medicina generale e pazienti, fornendo anche a tali figure le competenze atte alla valutazione e alla decisione. In alcune Linee Guida ha preso parte a tutto il processo decisionale anche il paziente o una Associazione di pazienti.

Figure più tipicamente "tecniche" (farmacisti, metodologi, economisti sanitari) possono partecipare ai gruppi di lavoro con la funzione di supporto formativo e conoscitivo, senza diritto di voto.

C. METODOLOGIA

Dal 2016 le raccomandazioni formulate nelle Linee Guida AIOM vengono prodotte adattando la metodologia GRADE (Manuale Metodologico 2015-2019, www.aiom.it) al contesto italiano.

Con il metodo GRADE, complesso e oneroso in termini di tempo e di impegno per i metodologi e per i componenti dei Gruppi di Lavoro di ogni LG, vengono affrontati per il momento soltanto quesiti diagnostici/terapeutici clinici riguardanti:

- ✓ test diagnostici il cui bilancio tra benefici e danni risulti non essere chiarito in modo definitivo;
- ✓ farmaci/trattamenti di recente commercializzazione il cui bilancio tra benefici e danni risulti non essere chiarito in modo definitivo;
- ✓ farmaci/trattamenti storici qualora siano emersi nuovi dati di efficacia e/o sicurezza.

Approccio comune a tutte le LG rimane quello di formulare il quesito clinico verso il quale sarà prodotta la raccomandazione seguendo l'acronimo P.I.C.O. (P=popolazione; I=intervento; C=confronto; O=Outcome), evitando quesiti generici (ad es.: qual è il ruolo dell'intervento XXX nel trattamento del").

Quindi, il quesito dovrebbe essere posto in tal modo:

P: *Nei pazienti con (menzionare le specifiche caratteristiche di paziente, malattia, stadio, ecc.)*

I: *il trattamento con (descrivere l'intervento terapeutico oggetto del quesito)*

C: *è suscettibile di impiego in alternativa a (descrivere il trattamento altrimenti considerato in alternativa all'intervento in esame)*

Gli esiti vengono elencati e descritti nel testo a supporto delle raccomandazioni:

O: *con riferimento agli outcome di beneficio e di danno (elencare i parametri clinico-laboratoristici – misure di effetto, outcome – ritenuti essenziali/importanti per la proposta terapeutica)"*

- **Il Gruppo di Lavoro** (gruppo multidisciplinare) sceglie gli outcome di beneficio e di danno a mezzo di una votazione sulla criticità degli stessi nel processo di formulazione della proposta clinica;
- Il processo di ricerca sistematica della letteratura avviene senza restrizione di lingua o limite temporale su più database (PubMed, EMBASE, CENTRAL, database area-specifici) e letteratura grigia (registri dei trial, WHO, ecc.) ed è effettuata da parte di una bibliometrista esperta.
- **Il panel** identifica, **indipendentemente dal Gruppo Metodologico**, gli studi potenzialmente eleggibili e ne valuta l'inclusione. A seconda del quesito clinico, i tipi di disegni di studio più appropriati per rispondere alla domanda saranno tenuti in considerazione. Non saranno invece

inclusi editoriali, position paper, commenti, lettere, revisioni narrative, o case report. Qualora ci fosse la necessità di portare a supporto una Linea Guida già prodotta e pubblicata, questa dovrà avere almeno un punteggio pari a 75% della scala di valutazione AGREE II (maggiore attenzione sarà data al dominio 3: rigore metodologico).

- **Il gruppo metodologico è competente nel valutare la qualità delle evidenze per singolo outcome**, che si basata su 5 dimensioni (*risk of bias, imprecision, inconsistency, indirectness, publication bias*), ed è sintetizzata in 4 livelli (alta, moderata, bassa, molto bassa), produce le tavole sinottiche delle evidenze e applica l’Evidence to Decision Framework (EtD) strumento che tiene presente anche i valori e le preferenze dei pazienti più una serie di altre dimensioni come fattibilità, equità, ecc.
- Il panel procede poi alla valutazione del rapporto benefici/danni correlati all’intervento in oggetto (votazione) e, tramite EtD e discussione, partecipa alla votazione della forza della raccomandazione relativa al quesito clinico posto. Votazione che viene espressa secondo maggioranza. In casi in cui la maggioranza non venga ottenuta in prima battuta, la votazione sarà ripetuta dopo nuova discussione/confronto con o senza nuove evidenze fino a un livello soddisfacente. In caso l’esito della votazione mostri costantemente un panel chiaramente diviso su posizioni differenti si suggerisce di riportare l’esito a seguire la raccomandazione spiegandone ove possibile la/le ragioni.
- Nel caso in cui mancassero evidenze di qualsiasi rango, sarà possibile esitare il quesito in un “good practice statement” solo nel caso siano state soddisfatte le seguenti condizioni:
 - le valutazioni fornite sono realmente necessarie in rispetto all’attuale situazione dell’assistenza sanitaria;
 - la ricerca e la sintesi dell’evidenza non costituiscono, in questo momento, un uso appropriato delle risorse;
 - dopo aver considerato tutti gli esiti rilevanti e le potenziali conseguenze delle raccomandazioni fornite, l’implementazione di tali “good practice statement” avrà un impatto netto positivo sulla gestione della problematica;
 - esiste evidenza indiretta che supporta tali raccomandazioni (di seguito viene riportata la bibliografia essenziale per statement critici, oggetto di discussione e di ri-valutazioni condivise, riportati nelle raccomandazioni attuali)
- Inoltre, alla fine di ogni raccomandazione verrà riportato il numero o la dicitura per esteso delle referenze che la supportano.
- La raccomandazione per la pratica clinica esprime l’importanza clinica di un intervento/procedura e la forza della raccomandazione clinica viene graduata su 4 livelli (tabella 1).

Forza della raccomandazione clinica	Terminologia	Significato
Forte a favore	“Nei pazienti con (<i>criteri di selezione</i>) l’intervento xxx dovrebbe essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione”	L’intervento in esame dovrebbe essere considerato come prima opzione terapeutica (evidenza che i benefici sono prevalenti sui danni)

Condizionata a favore	“Nei pazienti con (<i>criteri di selezione</i>) l'intervento xxx può essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione, in alternativa a yyy”	L'intervento in esame può essere considerato come opzione di prima intenzione, consapevoli dell'esistenza di alternative ugualmente proponibili (incertezza riguardo alla prevalenza dei benefici sui danni)
Condizionata a sfavore	“Nei pazienti con (<i>criteri di selezione</i>) l'intervento xxx non dovrebbe essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione, in alternativa a yyy”	L'intervento in esame non dovrebbe essere considerato come opzione di prima intenzione; esso potrebbe comunque essere suscettibile di impiego in casi altamente selezionati e previa completa condivisione con il paziente (incertezza riguardo alla prevalenza dei danni sui benefici)
Forte a sfavore	“Nei pazienti con (<i>criteri di selezione</i>) l'intervento xxx non deve essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione”	L'intervento in esame non deve essere in alcun caso preso in considerazione (evidenza che i danni sono prevalenti sui benefici)

Tabella 1. Terminologia e significato delle raccomandazioni cliniche.

- In ossequio a quanto raccomandato dalla evidence-based practice (*Haynes RB, BMJ 2002*) per “prendere in considerazione” non si intende un invito a somministrare un trattamento, ma a verificarne la maggiore o minore opportunità in base alla malattia presente (caratteristiche biopatologiche, stadio, rischio di ripresa o di progressione, ecc.), alle condizioni del paziente (PS, età, comorbidità, ecc.) e alle sue preferenze/attese/valori. L'opportunità di formulare la raccomandazione clinica in tale modo “non categorico” è inoltre condivisa da NICE (v. *NICE Guideline Manual, 2012*)
- Riguardo alla possibilità di considerare l'uso delle risorse per soglia di sostenibilità (analisi dei costi per beneficio) come outcome (di beneficio o di danno), il metodo GRADE consente di tralasciare tale opzione quando non vi siano le evidenze a supporto di una corretta analisi costo/efficacia (confronto dei costi e degli esiti di diverse alternative di trattamento) (*GuyattGH, 2008; Brunetti M et al., 2013*)
Non verranno quindi presi in considerazione aspetti di tipo farmaco-economico (applicando l'EtD non verrà quindi valutata la dimensione costo-efficacia a meno che evidenze del genere siano trovate in fase di selezione degli studi).
- Non saranno considerati nelle raccomandazioni e neppure nelle flow chart diagnostico-terapeutiche farmaci non ancora autorizzati da AIFA. Nel caso di farmaci in CNN (fascia C non negoziata), ne sarà data informazione esplicita nel testo.
- Per alcune raccomandazioni, formulate dal 2012 al 2015, la valutazione della qualità delle evidenze è stata eseguita applicando le vecchie regole SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (vedi “Come leggere le raccomandazioni”).
Il passaggio della valutazione delle evidenze secondo SIGN a metodologia GRADE sarà graduale nel corso degli anni, e riguarderà solo quei quesiti “ancora aperti”. Ovvero dove la produzione scientifica sia ancora attiva e dove non si sia raggiunto un punto fermo da parte della comunità scientifica.

Come suggerito da GRADE, esistono 5 situazioni pragmatiche in cui è possibile formulare una raccomandazione “forte” a fronte di una certezza delle prove “bassa” o “molto bassa” e sono di seguito riportate nella tabella 2.

Tabella 2. Situazioni in cui possono essere formulate raccomandazioni “forti” in presenza di una certezza delle prove “bassa” o “molto bassa”

<i>Situazione</i>	<i>Certezza nelle prove</i>		<i>Benefici vs danni</i>	<i>Giudizi su valori e preferenze</i>	<i>Considerazioni sulle risorse</i>	<i>Tipo di raccomandazione</i>
	<i>Benefici</i>	<i>Danni</i>				
Pericolo di vita	Bassa o Molto bassa	Irrelevante (da Molto bassa ad Alta)	L'intervento potrebbe salvare delle vite in situazioni di pericolo. Eventi avversi non proibitivi	Grande importanza data ad un beneficio incerto ma potenzialmente salva-vita	Piccolo incremento in costi o uso di risorse legato ai benefici che giustifica l'intervento	Raccomandazione forte a favore dell'intervento
Beneficio incerto, danno certo	Bassa o Molto bassa	Alta o Moderata	Beneficio incerto ma possibile. Sostanziali danni riconosciuti	Maggiore importanza data agli eventi dannosi, che sono certi, rispetto ai benefici, che sono incerti	Possibile grande incremento in costi o uso di risorse di un beneficio incerto potrebbero indicare la necessità di una raccomandazione contro l'intervento	Raccomandazione forte contro l'intervento (o in favore di un confronto meno dannoso/costoso)
Opzioni potenzialmente equivalenti, una chiaramente meno dannosa o costosa dell'altra	Bassa o Molto bassa	Alta o Moderata	Elevato incremento nei costi (o uso di risorse) relativo ai benefici che potrebbe giustificare una raccomandazione a favore del controllo, se meno dannoso	Importanza nell'evitare danni	Grandi incrementi in costi (o uso di risorse) relativi ai benefici che potrebbero giustificare la necessità di una raccomandazione a favore del confronto, se meno dannoso	Raccomandazione forte a favore di un confronto meno dannoso/costoso
Alta certezza su benefici simili tra opzioni, ma una potenzialmente più dannosa o costosa dell'altra	Alta o Moderata	Bassa o Molto bassa	Strategie alternative di management hanno definito benefici simili, ma una di queste potrebbe essere più dannosa dell'altra (certezza: bassa)	Importanza nell'evitare danni	Grandi incrementi in costi (o uso di risorse) di un intervento che potrebbe giustificare la necessità di raccomandare in favore del confronto, se meno dannoso	Raccomandazione forte contro un confronto potenzialmente più dannoso/costoso
Danni potenzialmente catastrofici	Irrelevante (da Molto bassa ad Alta)	Bassa o Molto bassa	Intervento potenzialmente poco dannoso, mentre il beneficio varia nella sua magnitudo	Importanza nell'evitare danni maggiori	Grandi incrementi in costi (o uso di risorse) legati all'intervento potenzialmente più dannoso che possa giustificare la necessità di raccomandare il confronto meno dannoso	Raccomandazione forte contro l'intervento (o a favore di un confronto meno dannoso/costoso)

D. REVISIONE DEI DOCUMENTI

I revisori esterni sono chiamati a rivedere la Linea Guida, per migliorarne la qualità, agendo direttamente sull'intero testo, suggerendo eventuali riconsiderazioni/modifiche/aggiunte/eliminazioni.

Le modifiche suggerite dagli esperti verranno revisionate dal Panel e, se ritenuto opportuno, incluse nel documento finale. Tutti gli esperti con compito di revisori avranno dichiarato il loro conflitto di interessi.

Il metodo utilizzato per la revisione esterna consiste nell'utilizzo di un questionario. Per ciascuna raccomandazione oggetto della consultazione, il questionario prevede 4 dimensioni.

1. La raccomandazione è formulata in modo comprensibile rispetto all'intervento che si raccomanda di utilizzare, all'intervento alternativo e alla popolazione target.
2. La raccomandazione è formulata in modo che l'adesione alla raccomandazione sia facile da documentare e da misurare.
3. La valutazione della qualità delle prove è coerente con le mie conoscenze e con la mia valutazione delle prove.
4. La forza della raccomandazione espressa dal Panel è coerente con le mie conoscenze e la mia valutazione delle prove

Ogni stakeholder viene chiamato ad esprimere il suo grado di accordo/disaccordo con ciascuna affermazione, utilizzando una scala da 1 a 3 in cui ciascuna risposta indica rispettivamente: (1) in disaccordo", (2) "incerto", (3) "d'accordo".

Inoltre, il questionario prevede anche una domanda aperta, facoltativa, in cui tutti gli stakeholder possano aggiungere i propri commenti alla raccomandazione.

E. INDIPENDENZA E CONFLITTO DI INTERESSE

Le LG AIOM non ricevono alcun supporto diretto ed esplicito, in particolare da soggetti aventi interessi economici nella materia oggetto alle raccomandazioni.

Inoltre, al momento dell'accettazione dell'incarico, tutti i partecipanti ai Gruppi di Lavoro delle varie Linee Guida AIOM sono tenuti, dal 2013, ad esplicitare possibili conflitti di interesse.

I MPE si astengono dalla votazione della forza della raccomandazione nei seguenti casi:

- ✓ quando fanno parte dell'*authorship* di uno o più lavori considerati per la raccomandazione
- ✓ quando hanno ricevuto finanziamenti diretti o indiretti da Aziende farmaceutiche titolari dell'intervento che si sta prendendo in esame

Per ogni raccomandazione è previsto uno statement circa i possibili conflitti di interesse di ciascun Membro del panel di Esperti. Laddove non sussistano conflitti di interesse lo Statement sarà "Nessun conflitto dichiarato". Vedi "Come leggere le raccomandazioni" all'inizio di ogni singola LG.

F. AGGIORNAMENTO PERIODICO

Le LG AIOM vengono aggiornate annualmente, con divulgazione in concomitanza al congresso nazionale AIOM, in autunno.

L'abolizione dei documenti cartacei e la pubblicazione sul sito AIOM rende possibile l'aggiornamento in tempo reale nel caso di variazioni importanti per la pratica clinica.

G. PUBBLICAZIONE NEL SITO AIOM

Le LG AIOM vengono pubblicate sul sito AIOM (www.aiom.it) e sono scaricabili sia dai soci AIOM che dai non soci.

È inoltre disponibile una APP per i più diffusi sistemi operativi in mobilità.

H. VALUTAZIONE DELLA IMPLEMENTAZIONE

AIOM ha attivato nel corso degli anni una serie di progetti di valutazione dell'implementazione delle LG nella pratica clinica (Progetti RIGHT), basati sulla verifica dei record clinici nel periodo

susseguente la pubblicazione delle LG.

È prevista per il futuro l'istituzione di audit in selezionate strutture di cura, con valutazione dei record clinici prima e dopo la pubblicazione delle LG di un dato anno e riscontro di eventuali modifiche nella pratica clinica quotidiana.



Linee Guida AIOM Valutazione dell'implementazione nella pratica clinica

Milano, 15 gennaio 2018

Figura 2. Progetti RIGHT

3. CONFRONTO CON LE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI

Le raccomandazioni prodotte da AIOM utilizzando elementi del metodo GRADE rappresentano un punto qualificante nel panorama internazionale delle LG fornite da organizzazioni scientifiche, prodotte in larga misura attraverso l'utilizzo di revisioni non sistematiche e tramite il consenso tra esperti.

Le LG AIOM non pongono il giudizio di qualità sul solo disegno di studio (vedi Linee Guida NCCN – versione *standard*) bensì sul rischio di bias, sulla eterogeneità (vedi Linee Guida ESMO) e sulla trasferibilità dei dati (estrapolazione delle evidenze) per ogni outcome critico o importante per la proposta clinica.

In questi 5 anni AIOM ha avviato un profondo processo di revisione - tuttora in corso - del modo di proporre le LG, che ha permesso di ottenere dei risultati importanti ma ancora perfettibili.

Lo sforzo di questi anni ha infatti consentito di ottenere raccomandazioni basate su revisioni esaustive della letteratura (soprattutto, ma non solo, per i quesiti clinici affrontati con il metodo GRADE) e con valutazioni strutturate ed esplicite della qualità dei dati così da rendere trasparente il percorso metodologico che conduce alla forza della raccomandazione a partire dalla qualità delle evidenze. Inoltre, la modalità di lavoro dei Gruppi è stata resa il più omogenea possibile così che il lettore abbia la possibilità di muoversi facilmente tra le raccomandazioni intra o inter-linee guida.

Nella tabella seguente si può dedurre come, rispetto agli standard metodologici che fanno capo ai criteri AGREE II (link alla versione italiana: http://www.gimbe.org/pubblicazioni/traduzioni/AGREE_IT.pdf), la validità delle LG AIOM è dimostrabile.

Tabella 2. Standard metodologico per lo sviluppo di linee guida (LG) – AGREE II

		LG AIOM		Commenti
		"SIGN"	"GRADE"	
1	Obiettivo generale della LG chiaramente espresso	√		Espresso nel manuale metodologico
2	Quesiti clinici chiaramente definiti		√	
3	Popolazione (pazienti, medici, altri stakeholders, ecc.) a cui si riferisce la LG chiaramente espressa			Popolazione target: oncologo (raramente esistono figure diverse)
4	Panel costituiti da tutte le figure professionali rilevanti		√	Figure diverse dall'oncologo non in tutte le LG
5	La visione o le preferenze della popolazione target (pazienti, medici, altri stakeholders, ecc.) inclusa		√	Non in tutte le LG
6	Utilizzatori finali (pazienti, medici, altri stakeholders, ecc.) della LG chiaramente esplicitati	√		Popolazione target: oncologo (raramente esistono figure diverse)
7	Metodi sistematici per l'identificazione delle evidenze disponibili	√		Esplicita ricerca bibliografica
8	Criteri espliciti per selezionare le evidenze	√		
9	Descrizione dei punti di forza e delle limitazioni del corpo delle evidenze valutati secondo standard metodologici (qualità delle evidenze)	√	√	
10	Chiara descrizione del metodo per formulare la raccomandazione	√		Definizione del quesito (PICO); strategia di ricerca sui motori adeguati; valutazione delle voci bibliografiche selezionate; valutazione qualità metodologica; sintesi delle evidenze (tabelle delle evidenze) solo per quesiti GRADE
11	Benefici e danni considerati nella formulazione della raccomandazione	√		
12	Link espliciti tra raccomandazioni ed evidenza a supporto	√		
13	LG riviste da esperti esterni prima della pubblicazione	√		
14	Procedure di aggiornamento continuo	√		
15	Raccomandazioni specifiche e non ambigue	√		
16	Opzioni differenti per il trattamento delle condizioni in oggetto prese in considerazione	√		Nel testo vengono elencate tutte le opzioni terapeutiche senza giustamente esprimere un ranking di preferenza
17	Raccomandazioni chiave facilmente identificabili	√		
18	Descrizione della facilità/difficoltà di implementazione della LG			
19	Esplicitazione di suggerimenti o strumenti per portare le LG dalla ricerca alla pratica	√		Presenti per alcuni quesiti (oltre ai quesiti GRADE)
20	Considerazione dei potenziali costi di applicazione delle LG			
21	Criteri di audit e monitoraggio della diffusione e utilizzo della LG	√		Attraverso il progetto RIGHT
22	Opinione dei finanziatori non influenza il contenuto delle LG	√		
23	Conflitto di interesse registrato e disponibile	√		Disponibile

Il confronto delle LG di associazioni scientifiche europee e internazionali mostra inoltre il buon grado di aderenza agli standard delle LG AIOM, seconda solo alle attuali LG ASCO, radicalmente cambiate negli ultimi 2 anni.

Tabella 3. Confronto tra le Linee Guida AIOM ed altre Linee Guida internazionali

	AI O M	EC C O	ES M O	AS CO	NC CN
1	Obiettivo generale della LG chiaramente espresso	√	√	√	NA
2	Quesiti clinici chiaramente definiti	√	√	√	NA
3	Popolazione (pazienti, medici, altri stakeholders, ecc.) a cui si riferisce la LG chiaramente espressa	√	NR	NR	√
4	Panel costituiti da tutte le figure professionali rilevanti	√&	NR	√	√
5	La visione o le preferenze della popolazione target (pazienti, medici, altri stakeholders, ecc.) inclusa	√&	NR	NR	√
6	Utilizzatori finali (pazienti, medici, altri stakeholders, etc.) della LG chiaramente esplicitati	√	NR	NR	√
7	Metodi sistematici per l'identificazione delle evidenze disponibili	√	NR	NR	√
8	Criteri espliciti per selezionare le evidenze	√	NR	NR	√
9	Descrizione dei punti di forza e delle limitazioni del corpo delle evidenze valutati secondo standard metodologici (qualità delle evidenze)	√	NR	NO	√
10	Chiara descrizione del metodo per formulare la raccomandazione	√	√	√	√
11	Benefici e danni considerati nella formulazione della raccomandazione	√	NR	√	√
12	Link espliciti tra raccomandazioni ed evidenza a supporto	√	NR	√	√
13	LG riviste da esperti esterni prima della pubblicazione	√	NR	NR	√
14	Procedure di aggiornamento continuo	√	√	√	√
15	Raccomandazioni specifiche e non ambigue	√	√	√	√
16	Opzioni differenti per il trattamento della condizione in oggetto prese in considerazione	√	√	√	√
17	Raccomandazioni chiave facilmente identificabili	√	√	√	√
18	Descrizione della facilità/difficoltà di implementazione della LG	NR	NR	NR	√
19	Esplicitazione di suggerimenti o strumenti per portare le LG dalla ricerca alla pratica	NR	NR	√	√
20	Considerazione dei potenziali costi di applicazione delle LG	NR	NR	NR	√
21	Criteri di audit e monitoraggio della diffusione e utilizzo della LG	√	NR	√	√
22	Opinione dei finanziatori non influenza il contenuto delle LG	√	NR	NR	NR
23	Conflitto di interesse registrato e disponibile	√	√	√	√

& solo per alcune LG (manca il paziente)

NR: non riportato; NA: non accessibile

4. BIBLIOGRAFIA

- Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD; WHO Advisory Committee on Health Research. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. Health Res Policy Syst. 2006 Nov 21; 4:13.
- Haynes BR. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ 2002; 324:1350.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, Vist GE, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. BMJ. 2008 May 24; 336(7654):1170-3. doi:10.1136/bmj.39504.506319.80. Review.
- Brunetti M, Shemilt I, Pregno S, Vale L, Oxman AD, Lord J, Sisk J, Ruiz F, Hill S, Guyatt GH, Jaeschke R, Helfand M, Harbour R, Davoli M, Amato L, Liberati A, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 10. Considering resource use and rating the quality of economic evidence. J Clin Epidemiol. 2013 Feb; 66(2):140-50. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.04.012. Epub 2012 Aug 3.

METODOLOGIA APPLICATA ALLE LINEE GUIDA AIOM

Michela Cinquini, Ivan Moschetti, Giovanni Pappagallo

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il manuale operativo ha la finalità di supportare i Gruppi di Lavoro (WG) nella stesura delle Linee Guida (LG) al fine di allinearne i contenuti, la valutazione delle evidenze scientifiche, la formulazione delle raccomandazioni e degli altri contenuti ritenuti essenziali, compreso l'editing.

Recentemente SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network) ha adottato gli elementi del GRADE (Grading Recommendations Assessment Development and Evaluation) Working Group per la valutazione delle evidenze. Una indicazione di questo tipo non può far altro che rinforzare il nostro approccio alla produzione di raccomandazioni per la pratica clinica, poiché l'integrazione tra i due sistemi è sempre stata la proposta di questo gruppo metodologico.

Proprio per questo motivo, dal 2016 AIOM ha deciso di abbandonare la valutazione delle evidenze secondo SIGN per concentrarsi su GRADE e affrontare poco alla volta tutti i quesiti clinici rilevanti con quest'ultimo sostituendolo gradualmente a SIGN.

Il documento è suddiviso in due parti: la prima relativa alla metodologia scientifica e la seconda relativa alle istruzioni per l'editing.

2. METODOLOGIA SCIENTIFICA

2.1. Formulazione del Quesito Clinico

Per la definizione precisa del campo di applicazione è fondamentale una corretta formulazione del quesito che, tendenzialmente, non dovrebbe essere generica ("qual è il ruolo di X nel trattamento della patologia Y"), bensì aderente al PIC(O) ovvero Pazienti, Intervento, Confronto, e (Outcome). Outcome è messo tra parentesi poiché non è sempre spendibile direttamente nel quesito, spesso infatti gli outcome di interesse sono multipli e non risulterebbe intellegibile inserirne una lista al termine del quesito.

Esempio di quesito PIC(O):

- **Nei pazienti con** (*menzionare le specifiche caratteristiche di malattia, stadio, o ecc.*)
- **il trattamento con** (*descrivere l'intervento terapeutico oggetto del quesito*)
- **è suscettibile di impiego in alternativa a** (*descrivere il trattamento altrimenti considerato in alternativa all'intervento in esame*)?
- **(con riferimento agli outcome di beneficio e di danno)** (*elencare i parametri clinico-laboratoristici – misure di effetto, outcome – ritenuti essenziali per la proposta terapeutica*)

Come sopra descritto gli outcome possono essere declinati di seguito al quesito.

La fase di individuazione degli outcome pertinenti al quesito clinico dovrebbe idealmente coinvolgere l'intero gruppo di esperti e non (membri del panel di esperti - MPE) che sono chiamati a formulare la raccomandazione. In questa fase devono essere individuati sia outcome positivi ("benefici") che negativi ("danni").

Nel metodo GRADE, una volta scelti, gli outcome verranno classificati in termini di rilevanza:

- *importanti ed essenziali (indicati come "critici per poter prendere una decisione clinica")*
- *importanti ma non essenziali*
- *non importanti.*

Tale metodo suggerisce di effettuare la valutazione della rilevanza degli outcome mediante votazione individuale dei MPE, utilizzando una scala a 9 punti e assegnando l'outcome a una delle tre categorie sopra descritte sulla base del punteggio mediano ottenuto. In base alla categoria nella quale sono stati classificati, gli outcome saranno o meno considerati nella tabella sinottica delle evidenze e successivamente nella formulazione della raccomandazione, secondo i criteri riportati nella **Tab. 1**.

Rating (mediana del voto)	Importanza	Incluso in
7 8 9	<i>outcome</i> importanti ed essenziali	tabelle sulla qualità delle prove: SÌ raccomandazione: SÌ
4 5 6	<i>outcome</i> importanti ma non essenziali	tabelle sulla qualità delle prove: SÌ raccomandazione: NO
1 2 3	<i>outcome</i> non importanti	tabelle sulla qualità delle prove: NO raccomandazione: NO

Tab. 1: Classificazione degli outcome

2.2. Selezione della letteratura a supporto delle raccomandazioni cliniche

La strategia di ricerca

I MPE che sono chiamati a formulare la raccomandazione dovrebbero avere a disposizione le migliori informazioni disponibili nella letteratura scientifica.

A tal fine, si rende necessario effettuare ricerche sistematiche mirate con lo scopo di individuare tutti gli studi disponibili che hanno affrontato il quesito.

Lo sviluppo di una strategia di ricerca sensibile, riproducibile e che dia risultati gestibili necessita di figure formate *ad hoc*, i bibliometristi.

Una volta ottenuti gli articoli individuati dalla strategia di ricerca il panel deve selezionare le evidenze migliori. Se non ci sono revisioni sistematiche di studi clinici randomizzati (RCTs) pertinenti il quesito si passerà agli studi singoli o alle revisioni sistematiche (RS) di studi osservazionali ecc., seguendo in sintesi la nota piramide delle evidenze.

In media, è relativamente più semplice individuare risultati solidi per outcome di efficacia (overall survival, progression-free survival, ecc.), mentre è meno comune trovare studi adeguatamente dimensionati e con follow-up sufficiente per gli outcome di danno, soprattutto nel lungo periodo. Un suggerimento può essere quello di cercare gli esiti negativi in studi osservazionali o serie di casi o case report, ecc. che possono essere disponibili anche per malattie diverse da quella considerata ma legati al trattamento.

La strategia di ricerca viene esplicitata, disponibile (in appendice) a quanti interessati a visionarla e al limite a rilanciarla in futuro nell'ottica di eventuali aggiornamenti. La presenza (e la tracciabilità) di una strategia di ricerca sviluppata specificamente per un quesito o pluri-quesito è un elemento di qualità di una raccomandazione ed è requisito previsto dagli strumenti internazionali (checklist) che misurano la validità di una LG.

Durante il processo di produzione di raccomandazioni, viene quindi effettuata una ricerca bibliografica (esaustiva, sensibile e riproducibile) delle fonti su diversi database medico-scientifici (PubMed, Embase, CENTRAL e database area-specifici).

L'interrogazione di ogni database segue regole specifiche per ciascuno di essi.

In PubMed, ad esempio, le parole chiave vengono cercate prima attraverso il dizionario MESH e poi in “ricerca libera” (utilizzando l’operatore booleano OR per aumentare la sensibilità), avvalendosi dei diversi strumenti messi a disposizione dal database tra cui i filtri per limitare la ricerca (fasce di età, tipo di disegno di studio, tipologia di soggetti inclusi, ecc.) (vedi Manuale Strategie di ricerca).

2.3. Valutazione critica della letteratura a supporto delle raccomandazioni cliniche

2.3.1. La descrizione degli studi per esteso

È auspicabile che ogni studio considerato, essenziale per il supporto a una raccomandazione, venga descritto nel testo in maniera sintetica ma esaustiva.

È consigliato iniziare riportando i risultati principali (effetto netto in misura sia relativa sia assoluta, relativamente ai benefici e ai danni osservati).¹ Si suggerisce di proseguire descrivendo la metodologia e soprattutto le problematiche relative alla conduzione dello studio valutando in sequenza i possibili bias. Occorre tener presente che ogni errore sistematico (bias) individuato andrebbe in qualche modo relazionato alla sua ripercussione sul risultato, in quanto non tutti i bias contribuiscono in egual misura a rendere i risultati più o meno credibili/affidabili.

Al termine della descrizione dello studio, nel testo e solo per i quesiti vecchi (con valutazione SIGN), rimarrà il livello di evidenza (1,2,3,4) corredato dal rischio di bias (++,+,-) e indicato se il PICO dello studio è sufficientemente vicino/sovrapponibile o distante rispetto al PICO del quesito di interesse. Una raccomandazione può essere integrata da commenti e può essere suddivisa in sotto-raccomandazioni dove è possibile specificare meglio altre caratteristiche salienti del paziente, setting, modalità di somministrazione, dose, tempi, monitoraggio effetti collaterali specifici, etc. Ovvero tutto quello che può aiutare il clinico a proporre l’intervento (farmacologico, chirurgico, ecc.).

Uno degli obiettivi più importanti delle LG /raccomandazioni è il trasferimento “locale”, ossia a livello nazionale o regionale delle evidenze prodotte “around the world”.

Da ricordare quando si legge una raccomandazione la cui evidenza è stata valutata con SIGN:

- se le evidenze non provengono da RCT o meta-analisi con basso rischio di bias (1++), oppure da studi epidemiologici osservazionali con basso rischio di bias (2++) nella descrizione dello studio dovrebbero essere riportate le considerazioni metodologiche principali che hanno portato all’abbassamento della qualità delle evidenze ovvero a 1+ o 2+.
- i livelli di evidenza si riferiscono a uno studio specifico, non a gruppi di studi. Di conseguenza, ogni studio descritto e ritenuto rilevante per la raccomandazione ha il livello di evidenza specificato nel testo.
- le stesse referenze essenziali sono riportate nel box dove viene riportata la raccomandazione corredata dalla sua forza.

Importante: indipendentemente dal disegno di studio (indicato da: 1 o 2), se il livello di qualità risulta negativo (⊖) **non sarà prodotta alcuna raccomandazione, anche nel caso questa fosse negativa** (es: *l’intervento non deve/non dovrebbe essere somministrato*), poiché con il segno (⊖) si intendono “risultati non affidabili”. In altre parole, lo studio è ad alto rischio di bias, quindi i risultati non sono attendibili sia in senso positivo sia negativo, l’incertezza è totale, studi successivi sullo stesso argomento potrebbero confermare o ribaltare completamente risultato e dimensione.

¹ Descrizione sintetica dei risultati in termini relativi (HR, RR, OR) o assoluti (RD, NNT o mesi guadagnati, ecc.). Se disponibile, riportare la lunghezza del follow-up.

2.3.2. Qualità dell'evidenza (SIGN) – da considerare solo per la lettura delle raccomandazioni prodotte fino al 2015

Nell'approccio SIGN, la qualità delle evidenze (singoli studi /revisioni sistematiche / meta-analisi, ecc.) a sostegno della raccomandazione veniva valutata tenendo conto sia del disegno dello studio (**Fig. 1**) sia di come esso è stato condotto: la minore o maggiore entità del rischio di *bias* associabile a uno studio è indicata rispettivamente con le notazioni (**) (*rischio molto basso*), (+) (*rischio basso*) (-), (*rischio elevato*). Il **Livello di Evidenza SIGN** (**Tab. 2**) viene riportato nel testo al termine della descrizione di ciascuno studio ritenuto rilevante e essenziale a sostegno o contro l'esecuzione di uno specifico intervento.

I livelli di evidenza dovranno essere precisati solo per le evidenze (studi) descritti e che sono essenziali per la raccomandazione clinica e che quindi contribuiscono a formare il giudizio della Qualità Globale delle Evidenze SIGN.

La **Qualità Globale delle Evidenze SIGN** (**Tab.3**) viene quindi riportata con lettere (A, B, C, D) e corrisponde a un giudizio sintetico dei singoli studi, unitamente all'indicazione sulla diretta applicabilità delle evidenze sulla popolazione target della raccomandazione.

Ogni lettera indica in sintesi la "**fiducia**" nell'intero corpo delle evidenze valutate che sostengono la raccomandazione; **NON** riflettono sempre l'importanza clinica della raccomandazione e **NON** sono sinonimo della forza della raccomandazione clinica.

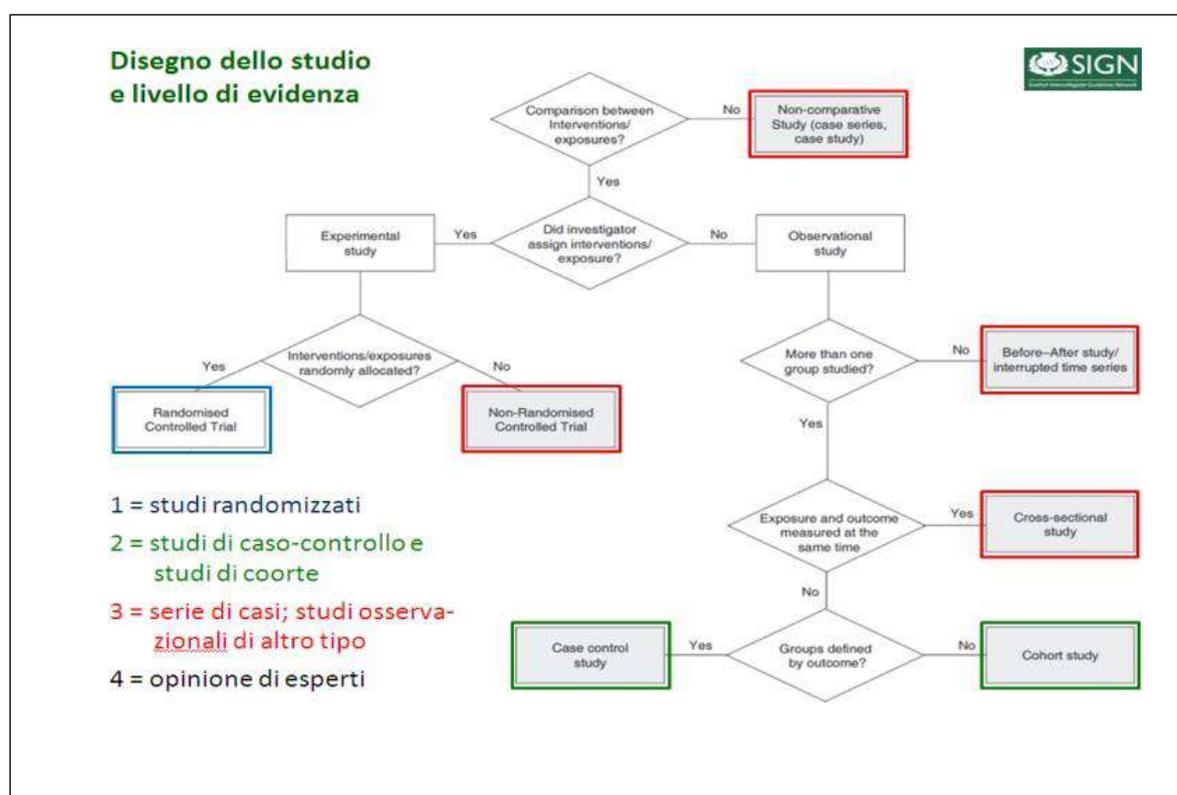


Fig. 1

Tab. 2: Livelli di Evidenza SIGN

1	Revisioni sistematiche e meta-analisi di RCT o singoli RCT
1 ++	Rischio di bias molto basso.
1 +	Rischio di bias basso.
1 -	Rischio di bias elevato -> i risultati dello studio non sono affidabili.

2	Revisioni sistematiche e meta-analisi di studi epidemiologici di caso/controllo o di coorte o singoli studi di caso/controllo o di coorte.
2 ++	Rischio di bias molto basso, probabilità molto bassa di fattori confondenti, elevata probabilità di relazione causale tra intervento e effetto.
2 +	Rischio di bias basso, bassa probabilità presenza fattori di confondimento, moderata probabilità di relazione causale tra intervento e effetto.
2 -	Rischio di bias elevato -> i risultati dello studio non sono affidabili, esiste un elevato rischio che la relazione intervento/effetto non sia causale.
3	Disegni di studio non analitici come report di casi e serie di casi.
4	Expert opinion.

Tab. 3: Qualità Globale delle Evidenze SIGN -fiducia espressa verso il corpo delle evidenze-

A	Almeno una meta-analisi o revisione sistematica o RCT valutato 1++ e direttamente applicabile alla popolazione target <i>oppure</i>
	Il corpo delle evidenze disponibili consiste principalmente in studi valutati 1+ direttamente applicabili alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto
B	Il corpo delle evidenze include studi valutati 2++ con risultati applicabili direttamente alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto
	Evidenze estrapolate da studi valutati 1++ o 1+
C	Il corpo delle evidenze include studi valutati 2+ con risultati applicabili direttamente alla popolazione target e con risultati coerenti per direzione e dimensione dell'effetto
	Evidenze estrapolate da studi valutati 2++
D	Evidenze di livello 3 o 4
	Evidenze estrapolate da studi valutati 2+

2.3.2.1. Considerazioni sulla “estrapolazione delle evidenze”

Si fa qui riferimento alla trasferibilità dei risultati dallo studio alla popolazione a cui è destinata la raccomandazione. Non sono quindi direttamente trasferibili evidenze con le caratteristiche riportate di seguito:

- studi eseguiti su pazienti in prima linea -> raccomandazioni prodotte per la II linea;
- studi eseguiti in setting diversi da quelli dove sarà applicata la raccomandazione;
- popolazione selezionata in base alla positività all'istochimica anziché su esami di analisi molecolare sul tessuto, ecc.;
- differenze nei dosaggi tra lo studio e la pratica clinica;
- differenze di etnia;
- ecc.

Anche nel caso di un'evidenza 1 (studio randomizzato) senza evidenza di bias rilevanti (**), nel caso la popolazione oggetto dello studio non sia sovrapponibile a quella oggetto del quesito clinico, la qualità globale dell'evidenza passerà da **A²** a **B³**.

² RCT senza evidenza di rischi di bias, i cui risultati sono direttamente applicabili alla popolazione per cui è prodotta la raccomandazione.

Qualità dell'evidenza (GRADE)

Il GRADE prevede una valutazione della qualità delle evidenze per ogni outcome scelto dal panel come critico o importante. Il sistema inoltre nasce per dare una visione di insieme delle evidenze disponibili (body of evidence), privilegiando le sintesi esaustive e sistematiche della letteratura per rispondere a una singola domanda come le revisioni sistematiche. Le dimensioni che influenzano la qualità del singolo outcome sono riportate di seguito:

- ✓ **Study design** - *errori nella pianificazione e conduzione dello studio*: sono fattori legati strettamente al modo con il quale lo studio è stato condotto e la probabilità che eventuali errori fatti in corso di studio abbiano potuto determinare *bias* nelle stime di efficacia o di occorrenza di effetti avversi; per gli studi randomizzati i principali limiti di questo tipo sono:
 - truffe, errori o insufficiente attenzione alla assegnazione in cieco al braccio di trattamento o di controllo (*allocation concealment*). La lista di distribuzione dei pazienti (allocazione) ai diversi trattamenti deve essere nascosta (*concealed*) bene e il metodo con cui è stata generata la lista casuale di allocazione deve essere adeguato (*selection bias*).
 - mancanza o problemi nella effettiva realizzazione della cecità, specie per outcome soggettivi (*detection bias*, in casi rari *performance bias*)
 - perdita al follow-up di una quota importante di pazienti originariamente inclusi negli studi operdite al follow-up asimmetriche nei due gruppi (*attrition bias*)
 - esclusione dall'analisi dei soggetti/pazienti persi al follow-up in diversi momenti dello studio (violazione del principio della *intention to treat*)
 - interruzioni precoci degli studi a seguito di un eccesso di efficacia o tossicità secondo modalità non previste dal protocollo
 - altri bias outcome specifici: *crossover*.
 - *selective outcome reporting bias*. Probabilità che un outcome sia pubblicato rispetto a un altro dovuta al fatto che il risultato sia positivo (statisticamente significativo). Avere a disposizione il protocollo dello studio può servire da verifica.
- ✓ **Precision** – valuta la *precisione delle stime*:
 - i risultati sono imprecisi quando gli studi includono pochi pazienti e/o si verificano pochi eventi producendo così limiti di confidenza della stima della misura di effetto ampi che possono essere compatibili con conclusioni cliniche di segno opposto;
 - nel caso in cui la frequenza dell'evento sia molto bassa, con ampi intervalli di confidenza della stima relativa di effetto e stretti intervalli di confidenza della stima assoluta di effetto, è possibile non abbassare il livello di qualità della prova.
- ✓ **Directness** – valuta la *diretta applicabilità delle evidenze (P.I.C.O.)*
 - popolazione, intervento, controllo o outcome indiretti: il quesito per il quale si intende porre la raccomandazione si riferisce a una popolazione, intervento, controllo o outcome diversi da quelli per i quali sono disponibili prove di efficacia in letteratura
 - confronto indiretto: quando non sono disponibili studi che confrontano direttamente l'intervento A con l'intervento B ma solo studi che confrontano A con C e B con C; questi studi permettono un confronto solo indiretto di A con B e quindi la qualità della prova sarà giudicata inferiore
 - **NB** la definizione compiuta del quesito clinico con le dimensioni PICO è molto utile per valutare la trasferibilità più o meno diretta delle prove disponibili; infatti, la *indirectness* dei risultati dipende in larga misura dalla distanza tra gli studi disponibili e il quesito al quale si vuole rispondere.

³ RCT senza evidenza di rischi di bias, ma con incertezza rispetto alla trasferibilità dei risultati alla popolazione per cui è prodotta la raccomandazione.

- Se infatti si affrontano, all'interno della stessa raccomandazione, quesiti che riguardano sottogruppi, il giudizio sulla *indirectness* potrebbe cambiare in funzione di una maggiore o minore focalizzazione del PICO.
- ✓ **Consistency** – valuta la coerenza dei risultati tra studi differenti eseguiti con il medesimo obiettivo: questo criterio si applica solamente all'insieme della letteratura disponibile e non al singolo studio; si manifesta come una eterogeneità delle stime di effetto tra gli studi che non trova spiegazione logica (diversità nel tipo di intervento o nella composizione delle popolazioni studiate) e che quindi aumenta l'incertezza sulla reale entità dell'effetto dell'intervento (si applica solo nella valutazione di una revisione sistematica).
- ✓ **Publication bias** – valuta la presenza di **pubblicazione selettiva dei dati**: tendenza secondo cui gli studi pubblicati differiscono sistematicamente dagli studi non pubblicati, i quali è più probabile che riportino risultati statisticamente non significativi o negativi.
1. Si suggerisce di considerare e discutere esplicitamente questa possibilità e di esaminare, caso per caso, se in presenza di forte sospetto di tale bias sia opportuno procedere o meno a un *downgrading* della qualità.

Con il metodo GRADE la qualità delle prove viene considerata separatamente per ciascun outcome classificato almeno come "importante", costruendo tabelle sintetiche dette "*evidence profile o evidence table o ToEs*" che riportano per singolo outcome la qualità delle prove e la sintesi quantitativa degli effetti.

A seconda del disegno di studio considerato la qualità dell'evidenza parte da un certo livello (alta per RCT, molto bassa per studi osservazionali).

Nella **Tab. 4** sono presentati i criteri per l'aumento (*upgrading*) o la diminuzione (*downgrading*) del giudizio di qualità (alta, moderata, bassa, molto bassa) delle prove, il cui significato, comprensivo delle conseguenze interpretative, è sintetizzato nella **Tab. 5**.

Tab. 4: criteri per l'aumento o la diminuzione del giudizio sulla qualità delle

Tipo di prove	Studio controllato e randomizzato = alta Studio osservazionale = bassa Qualsiasi altro tipo di informazione = molto basso
A. Diminuzione della categoria di attribuzione (es. da "alta" a "moderata")	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limiti gravi (-1 livello) o molto gravi (-2 livelli) nella qualità di conduzione dello studio 2. Incoerenza nei risultati tra studi diversi sullo stesso quesito (-1 o -2 livelli) 3. Alcune (-1 livello) o importanti (-2 livelli) incertezze circa la diretta trasferibilità dei risultati (<i>directness</i>) 4. Imprecisione o dati insufficienti (<i>sparse data</i>) (-1 o -2 livelli) 5. Possibilità di pubblicazione selettiva dei dati (<i>publication e reporting bias</i>) (-1 o -2 livelli)
B. Aumento della categoria di attribuzione (es. da "bassa" a "moderata")	<ol style="list-style-type: none"> 1. Associazione intervento-<i>outcome</i> forte, ovvero con rischio relativo >2 (<0,5), sulla base di prove concordanti provenienti da due o più studi osservazionali, senza alcun fattore di confondimento plausibile (+1 livello) 2. Associazione intervento-<i>outcome</i> molto forte, ovvero con rischio relativo >5 (<0,2) (+2 livelli) 3. Presenza di un gradiente dose-risposta (+1 livello) 4. Tutti i possibili fattori di confondimento che avrebbero potuto alterare le stime di effetto avrebbero ridotto l'effetto che si osserva (+1 livello)

prove

Tab. 5: Significato e conseguenze dei diversi livelli di qualità delle prove

Livello certezza	Significato	Conseguenza
Alta	Alto grado di confidenza nei risultati	È molto probabile che l'effetto vero del trattamento sia simile a quello stimato
Moderata	Discreto grado di confidenza nei risultati	È probabile che l'effetto vero del trattamento sia simile a quello stimato ma vi è la possibilità che l'effetto sia differente
Bassa	I risultati sono poco credibili	La fiducia nella stima dell'effetto è limitata: l'effetto vero potrebbe essere sostanzialmente differente da quello stimato
Molto bassa	I dati esaminati sono totalmente inaffidabili	La fiducia nella stima dell'effetto è molto limitata: è probabile che l'effetto vero sia sostanzialmente differente da quello stimato

A seguire la graduazione della qualità per i singoli outcome importanti si deve formulare il giudizio complessivo di qualità.

Il metodo GRADE suggerisce di procedere considerando soltanto gli outcome essenziali (critici) per la formulazione della raccomandazione relativa al quesito clinico.

Se la qualità è diversa fra i singoli outcome essenziali, il metodo suggerisce la seguente linea di comportamento:

- ✓ se i risultati vanno in direzioni opposte (es. il trattamento oggetto della raccomandazione è di qualità migliore in termini di efficacia ma peggiore per quanto riguarda gli effetti indesiderati), la qualità globale viene attribuita basandosi sulla valutazione peggiore ossia assumendo come più rappresentativo l'outcome critico (essenziale per la proposta clinica) che ha ottenuto la più bassa valutazione di qualità;
- ✓ se i risultati vanno nella stessa direzione per tutti gli outcome (beneficio o danno), viene assunta come qualità globale delle prove la qualità dell'outcome essenziale che da solo basterebbe per formulare compiutamente la raccomandazione. [G. Guyatt et al. / Journal of Clinical Epidemiology 66 (2013) 151e157]

2.3.3. Bilancio tra benefici e danni

La direzione della raccomandazione a favore o contro l'uso di un determinato intervento/farmaco/trattamento/comportamento, ecc., si dovrebbe basare sul bilancio tra gli effetti positivi (esiti benefici) e negativi (effetti dannosi) di tale intervento.

La decisione sul bilancio tra effetti positivi e effetti negativi deve tenere conto del numero e del peso dei singoli fattori. Il peso di ciascun effetto positivo o negativo è inoltre influenzato dai seguenti elementi:

- ✓ importanza degli outcome: sebbene solo gli outcome essenziali siano considerati nel processo che porta a formulare la raccomandazione, non è detto che tutti abbiano lo stesso peso. In altre parole, anche all'interno della categoria di outcome essenziali, potrebbe essere utile definire una gerarchia tale da influenzare la proposta terapeutica;
- ✓ rischio di base degli eventi che l'intervento oggetto della raccomandazione dovrebbe essere in grado di ridurre; in generale maggiore è il rischio di base, maggiore è la probabilità che l'intervento considerato dalla raccomandazione abbia un impatto rilevante;
- ✓ entità dell'effetto relativa e assoluta (rilevanza clinico-epidemiologica): in presenza di studi di buona qualità che documentano effetti positivi ampi e rilevanti sul piano clinico o un chiaro prevalere di effetti negativi su quelli positivi, si arriverà più facilmente alla formulazione di raccomandazioni "forti" (a favore o contro l'uso dell'intervento, rispettivamente).

La definizione del rapporto beneficio/danno viene effettuata dal panel mediante votazione formale sulle seguenti alternative:

- ✓ favorevole
- ✓ incerto (a favore o a sfavore dell'intervento)
- ✓ sfavorevole.

2.3.4. Evidence to Decision Framework (EtD)

Attraverso lo sviluppo dell'EtD framework verranno sintetizzate e riportate le prove rispetto alla priorità del problema, entità degli effetti desiderabili ed indesiderabili, certezza nelle prove, valori e preferenze dei pazienti, bilancio tra effetti desiderabili ed indesiderabili, risorse economiche, accettabilità, equità e fattibilità degli interventi a confronto.

Scopo principale dell'EtD è quello di informare in modo strutturato e trasparente i panel a prendere delle decisioni e a formulare le raccomandazioni finali.

3. Raccomandazioni cliniche⁴

Esprimono l'importanza clinica di un intervento, e dovrebbero quindi essere formulate sulla base del P.I.C.O. del quesito (popolazione, intervento, confronto, outcome). La forza della raccomandazione viene graduata, in base all'importanza clinica, su 4 livelli (**Tab. 6**):

Tab. 6: Tipi di raccomandazione clinica

Forza della raccomandazione clinica	Terminologia	Significato
Forte a favore	“Nei pazienti con (<i>criteri di selezione</i>) l'intervento xxx dovrebbe essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione”	L'intervento in esame dovrebbe essere considerato tra le opzioni di prima scelta terapeutica (evidenza che i benefici sono prevalenti sui danni)
Condizionata a favore	“Nei pazienti con (<i>criteri diselezione</i>) l'intervento xxx può essere preso in considerazione come opzione terapeutica	L'intervento in esame può essere considerato come opzione di prima intenzione, consapevoli dell'esistenza di alternative ugualmente proponibili (incertezza riguardo alla prevalenza dei benefici sui danni), molto utile una discussione approfondita con il pz allo scopo di chiarire al meglio i valori espressi o meno dalla persona oggetto del trattamento
Condizionata a sfavore	“Nei pazienti con (<i>criteri di selezione</i>) l'intervento xxx non dovrebbe essere preso in considerazione come opzione terapeutica	L'intervento in esame non dovrebbe essere considerato come opzione di prima intenzione; esso potrebbe comunque essere suscettibile di impiego in casi altamente selezionati e previa completa condivisione con il paziente (incertezza riguardo alla prevalenza dei danni sui benefici)
Forte a sfavore	“Nei pazienti con (<i>criteri di selezione</i>) l'intervento xxx non deve essere preso in considerazione	L'intervento in esame non deve essere in alcun caso preso in considerazione (evidenza affidabile che i danni sono prevalenti sui benefici)

⁴ A inizio capitolo sarebbe auspicabile che ogni LG inserisca un paragrafo contenente le raccomandazioni chiave.

La forza della raccomandazione riflette la misura in cui si ritiene che, nella popolazione specifica del quesito clinico, gli effetti benefici derivanti dal seguire la raccomandazione superino gli effetti indesiderati (o viceversa per le raccomandazioni negative).

- ✓ Quando si decide per una raccomandazione “forte” si deve essere certi dei fattori che influenzano la forza della raccomandazione.
 - una raccomandazione “forte” dovrebbe essere riservata a situazioni nelle quali si è molto convinti che la maggioranza dei soggetti che ricevono l’intervento oggetto della raccomandazione ottengono un beneficio.
- ✓ Quando esiste incertezza sul rapporto beneficio/danno, o quando le informazioni rilevanti che influenzano la forza della raccomandazione non sono disponibili o non sono chiare, si dovrebbe optare per una raccomandazione “condizionata”.
 - le raccomandazioni “condizionate” sono quelle per cui gli effetti benefici probabilmente prevalgono sugli effetti dannosi (o viceversa per le raccomandazioni a sfavore) ma c’è ancora una non trascurabile incertezza.
 - una raccomandazione “condizionata” può implicare che si debba valutare attentamente in quali condizioni o a quali pazienti proporre il trattamento, essendo ancora almeno in parte incerto il bilancio beneficio/danno. In presenza di una raccomandazione condizionata, si devono cioè considerare attentamente le condizioni specifiche del paziente e del contesto assistenziale, così come le preferenze e i valori individuali espressi dal malato.

3.1. Tabelle sinottiche raccomandazioni cliniche

Le raccomandazioni vengono presentate in tabelle. Nel caso le evidenze a supporto rimangano valutate secondo criteri SIGN, lo sfondo della riga d’intestazione della tabella è verde (**Tab. 7**).

Nel caso di evidenze a supporto di raccomandazioni nuove o precedentemente valutate con il metodo SIGN, ma che richiedono degli aggiornamenti, dal 2016 le evidenze a supporto vengono valutate secondo le dimensioni suggerite dal GRADE, senza effettuare tutto il processo formale GRADE (strategia di ricerca, votazioni sull’importanza degli outcome, bilancio beneficio/danno e forza della raccomandazione) e lo sfondo della riga d’intestazione della tabella diverrà arancione (**Tab. 8**).

Tab. 7: Tabella sinottica di una raccomandazione SIGN

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione clinica
B	Nel paziente oncologico in fase avanzata di malattia, con dolore di diversa etiologia, la somministrazione di FANS e paracetamolo può essere presa in considerazione, per periodi limitati e con attenzione ai possibili effetti collaterali. (3) ⁵	Condizionata a favore

Tab. 8: Tabella sinottica di una raccomandazione dal 2016

Qualità globale delle evidenze	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione clinica
ALTA	Nei pazienti affetti da melanoma inoperabile o metastatico (stadio IIIc o IV) in presenza di mutazione BRAF V600, il trattamento con BRAF inibitore + MEK inibitore dovrebbe essere preso in considerazione.	Forte a favore

Tab.9: Tabella sinottica di raccomandazione GRADE

QUESITO xx:
RACCOMANDAZIONE:
Forza della raccomandazione:
Motivazioni/Commenti al bilancio Beneficio/Danno: <i>Sono state rilevate le seguenti limitazioni: Conclusioni per motivare il bilancio beneficio/danno:</i>
Implicazioni per le ricerche future:
Certeza delle prove La certezza delle prove è stata giudicata per i seguenti motivi:
Certeza globale delle prove:
COI:

⁵ A fianco di ogni raccomandazione è utile inserire la o le referenze che sottendono a tale raccomandazione.

3.2. GRADE-Adolopment

Qualora esistano già in letteratura Linee Guida di alta qualità rispondenti ai quesiti PICO di interesse per il Panel e sulla base di requisiti di credibilità, stato di aggiornamento, accettabilità e applicabilità al contesto culturale e organizzativo, ogni Panel può decidere se accettare o modificare intere LG o soltanto specifiche raccomandazioni. Come citato nel Manuale Metodologico dell'Istituto Superiore di Sanità (al quale si rimanda <https://snlg.iss.it/?p=176>) e dall'estensione del metodo GRADE (GRADE-ADOLPMENT <http://www.gradeworkinggroup.org>) "Dopo aver valutato la corrispondenza tra quesiti e raccomandazioni disponibili o evidenze emersa RS si procede con il completamento o la rivalutazione dei giudizi derivati dall'applicazione del GRADE Evidence-to-Decision (EtD) framework. Se la raccomandazione è simile a quella di riferimento la si adotta, altrimenti la si adatta al contesto. L'adozione o l'adattamento di una raccomandazione richiedono spesso aggiornamenti di Revisioni Sistematiche esistenti. Se non sono disponibili evidenze o raccomandazioni, viene sviluppata una nuova raccomandazione, sempre applicando il GRADE EtD framework."

4. SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA

Il 7 maggio 2018 l'Istituto Superiore di sanità ha presentato il nuovo Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), che diventa l'unico punto di accesso per cittadini e operatori sanitari a linee guida di pratica clinica validate dall'Istituto, come previsto dalla Legge 24/2017 sulla responsabilità professionale. Come riportato nella pagina ufficiale del nuovo SNLG (<https://snlg.iss.it/>) potranno essere inserite Linee Guida che rispettano gli standard metodologici e di stesura.

Il **Centro Nazionale per l'Eccellenza clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC)** sarà il "garante metodologico e indipendente per la valutazione di LG prodotte da terzi e per la produzione di LG di buona qualità, informate dalle migliori evidenze disponibili e rispondenti ai bisogni di salute del Paese sulla base di criteri di rilevanza e impatto clinico, economico e sociale."

Gli standard metodologici a cui si fa riferimento sono:

- ✓ Per il reporting: AGREE reporting scaricabile in italiano al seguente link: <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000146.pdf>
- ✓ Per la qualità metodologica: AGREE II scaricabile in italiano al seguente link: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Italian.pdf

L'Istituto Superiore di Sanità ha inoltre prodotto un suo manuale metodologico dove vengono riportate gli elementi di metodologia ritenuti fondamentali per far sì che la Linea Guida venga accettata e rientri nel nuovo SNLG.

In particolare, il CNEC, dopo aver valutato in un primo step il reporting della Linea Guida, passerà alla valutazione metodologica della stessa. Solo le Linee Guida che otterranno globalmente un punteggio $\geq 70\%$ dello strumento AGREE II e un punteggio $\geq 0\%$ nelle dimensioni 3 (rigore metodologico) e 6 (indipendenza editoriale) potranno essere accettate.

5. CRITICAL APPRAISAL

Di seguito vengono riportati in **Tab. 10** e **Tab. 11** gli elementi principali che potenzialmente possono influenzare la qualità dei disegni degli studi RCT e osservazionali, rispettivamente. Nella seconda colonna sono riportate le sezioni specifiche dei lavori scientifici dove cercare le informazioni.

Tab. 10: Critical appraisal RCT/Revisioni sistematiche (meta-analisi)

RECLUTAMENTO: rappresentatività dei pazienti	
I soggetti inclusi sono rappresentativi della popolazione target (popolazione a cui si riferisce la raccomandazione)?	Cercare le informazioni nella sezione dei metodi
ALLOCAZIONE: allocazione dei pazienti ai gruppi di trattamento	
È presente la descrizione di come è stata generata la sequenza di randomizzazione? Viene dichiarato come la sequenza di randomizzazione è stata nascosta? La randomizzazione ha prodotto 2 gruppi bilanciati?	Cercare le informazioni nella sezione dei metodi (prime due) Cercare nella tabella delle caratteristiche al baseline tra i gruppi o nei risultati.
CONDUZIONE DELLO STUDIO: durante lo svolgimento dello studio i co-interventi sono stati uguali nei 2 o più gruppi?	
Descrivere se sono emerse differenze nei protocolli seguiti dai 2 gruppi escluso ovviamente l'intervento in oggetto: sbilanciamento di trattamenti addizionali, test o altre misurazioni.	Cercare le informazioni nella sezione dei metodi.
FOLLOW-UP: lunghezza accettabile o troppo breve.	
Pazienti persi al follow-up > 20%, oppure sbilanciamento nei due gruppi. I pz sono stati analizzati nel gruppo in cui erano stati randomizzati -> analisi per intention to treat. Analisi ad interim, chiusura precoce dello studio.	Cercare le informazioni nei risultati, oppure nella flow-chart proposta dal CONSORT.
MISURAZIONE DEGLI OUTCOME: I pz e valutatori erano in cieco rispetto al trattamento? Le misurazioni (outcome) erano oggettive o soggettive?	
Le misure soggettive sono più a rischio di essere influenzate dall'assenza di cecità dei valutatori o dei pz.	Cercare le informazioni nei metodi. NB: In oncologia spesso non viene applicato il double/triple blind perché difficilmente fattibile (effetti collaterali specifici, chirurgia, etc.). Tuttavia, queste problematiche non devono essere una scusante per non mettere in atto tutti gli sforzi possibili per introdurre la cecità per interventi e outcome dove è possibile farlo.
Elementi relativi alla valutazione delle revisioni sistematiche con o senza meta-analisi	
QUALITÀ STUDI INCLUSI: la loro validità è stata valutata correttamente?	
Gli studi inclusi dovrebbero essere stati valutati indipendentemente da due revisori, dovrebbe essere specificato il metodo con cui è stata effettuata un'analisi dei rischi di bias e nella discussione i risultati dovrebbero essere letti alla luce anche della qualità metodologica degli studi inclusi	Cercare le informazioni nella sezione dei metodi per capire gli strumenti di valutazione, nella sezione dei risultati per ottenere un quadro generale (o in tabelle) della valutazione di qualità e nella sezione della discussione.
SINTESI DEI RISULTATI: Sono stati utilizzati metodi appropriati per la sintesi dei risultati (tabelle, forest plot...)?	
Se la revisione sistematica si conclude con una meta-analisi, i risultati dovrebbero essere presentati come un "forest plot" (figura tipica delle meta-analisi)	Cercare le informazioni nella sezione dei risultati, in particolare nelle figure

ETEROGENEITA' DEI RISULTATI: I risultati degli studi sono simili tra loro?	
Idealmente, i risultati dei differenti studi inclusi dovrebbero essere simili od omogenei. Se esiste eterogeneità gli autori dovrebbero specificare i metodi con cui è stata analizzata ed esplorata	Cercare le informazioni nella sezione dei risultati, in particolare nelle figure (Q-test, I ²), o nel testo (analisi per sottogruppi, analisi di sensitività, meta-regressioni)

Tab. 11: *Critical appraisal studi osservazionali (coorte, caso-controllo)*

STUDI DI COORTE	STUDI CASO-CONTROLLO
I soggetti inclusi sono rappresentativi della popolazione target (popolazione a cui si riferisce la raccomandazione)? Cercare le informazioni nella sezione dei metodi	
RECLUTAMENTO	
Confrontabilità delle popolazioni (unica differenza =fattore di rischio oggetto di studio)	I Casi e i Controlli sono ricavati da popolazioni confrontabili Medesimi criteri di esclusione per i Casi e per i Controlli
MANTENIMENTO	
Adeguata percentuale di soggetti invitati / soggetti accettanti	Non differenza tra la percentuale di Casi e di Controlli rispetto ai soggetti eleggibili
MISURAZIONE	
Affidabilità della rilevazione del fattore di rischio Standardizzazione e affidabilità nella rilevazione dell'outcome di interesse clinico (in cieco rispetto al fattore di rischio)	Standardizzazione e affidabilità nella rilevazione del fattore di esposizione (in cieco rispetto al fattore di esposizione)
FOLLOW-UP	
Contenimento dei drop-out	
CONFONDIMENTO	
Identificazione dei possibili fattori di confondimento Fare le opportune considerazioni rispetto a come il fattore di confondimento può influire sulla dimensione e direzione dell'effetto osservato	Identificazione dei possibili fattori di confondimento Fare le opportune considerazioni rispetto a come il fattore di confondimento può influire sulla dimensione e direzione dell'effetto osservato
ASSOCIAZIONE	
Probabile nesso di causalità	Probabile nesso di causalità

Per approfondimenti in merito suggeriamo di fare riferimento alle seguenti scale o checklist formali: **AMSTAR**: a measurement tool to assess the methodological quality of **systematic reviews**, 2007 Shea et al. Si tratta di uno strumento di 11 items validati per misurare la qualità metodologica di una revisione sistematica.

PRISMA: Preferred Reporting Items for **Systematic Reviews and Meta-Analyses**: 2009 Moher et al. Si tratta di una checklist con 27 items nata per supportare gli autori nel reporting di una revisione sistematica ma può essere anche utilizzata come guida per fare un critical appraisal di una meta-analisi.

CONSORT 2010: Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials, 2010 David Moher et al. Si tratta di uno strumento utile a valutare la qualità del reporting di RCT, sono disponibili varianti di questo strumento per interventi non farmacologici e studi di non-inferiorità.

RISK OF BIAS: per la valutazione del rischio di bias in studi randomizzati e controllati. Disponibile sul sito della Cochrane Collaboration al seguente link: <http://handbook.cochrane.org/>.

NEWCASTLE-OTTAWA SCALE: per la valutazione delle evidenze derivanti da studi osservazionali (di coorte, caso-controllo, cross-sectional). Disponibile al link: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp/.

STROBE: linee guida per il reporting di studi osservazionali

STARD: linee guida per il reporting di studi di accuratezza diagnostica

QUADAS-2: per la valutazione delle revisioni sistematiche di accuratezza diagnostica

EQUATOR network: Per quanto riguarda la valutazione metodologica di disegni di studio diversi da RCT/ revisioni sistematiche di RCT suggeriamo di fare riferimento al sito <http://www.equator-network.org/>. Il progetto raccoglie diversi strumenti per valutare la qualità del reporting dei diversi disegni di studio.

6. Voci bibliografiche

Le voci bibliografiche andranno inserite alla fine del capitolo (dopo gli algoritmi). Resta a discrezione del gruppo scegliere se numerarle in maniera progressiva (esempio: da 1 a N.) o se numerarle suddividendole per paragrafi ripartendo da 1 nella numerazione (esempio: Capitolo 1: dal n. 1 al n. 22; Capitolo 2 dal n. 1 al n. 13, ecc.)

È preferibile utilizzare il metodo “Vancouver” (quello utilizzato da Pubmed) vedi esempio riportato di seguito.

Link: <https://subjects.library.manchester.ac.uk/referencing/referencing-vancouver>

Esempio

Bracarda S, Porta C, Boni C, Santoro A, Mucciarini C, Pazzola A, Cortesi E, Gasparro D, Labianca R, Di Costanzo F, Falcone A, Cinquini M, Caserta C, Paglino C, De Angelis V. Could interferon still play a role in metastatic renal cell carcinoma? A randomized study of two schedules of sorafenib plus interferon-alpha 2a (RAPSODY). Eur Urol. 2013 Feb;63(2):254-61. doi: 10.1016/j.eururo.2012.08.027. Epub 2012 Aug 23. PubMed PMID: 22964169.



Appendice 3: Commenti dei revisori esterni



NOME REVISORE	REVISIONE PROPOSTA	OPINIONE DEL PANEL DEGLI ESTENSORI
Luigi Celio	Nessuna modifica	
Silvana Chiara	Nessuna modifica	
Maria Cristina Locatelli	Nessuna modifica	
Mimma Raffaele	Nessuna modifica	
Fabio Trippa	Modifiche stilistiche ed editoriali del testo	Revisione accettata



Appendice 4: Conflitti di interesse





Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... SONIA
Cognome..... FASIGONI
Qualifica..... *Medico generale medico II livello, olisc ONCOLOGIA*
Ente di appartenenza..... *SC ONCOLOGIA MENICA, AO S. Placido delle*
Misericordie PERUGIA

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

/
.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

/
.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

/
.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

partecipazione a congressi con Pfizer ed
Pharmovion, Ipsen, Janssen
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre che si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede Sei Rotzi Data 14/1/2022.....



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... LUCIA
Cognome..... MENTUCCIA
Qualifica..... Dirigente Medico I livello
Ente di appartenenza..... ASL ROMA S

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

..... /
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

..... /
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

..... /
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica: /

Nome dell'industria:.....
Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

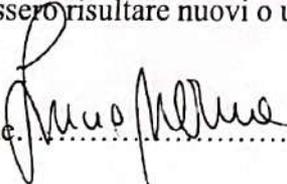
- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria
.....
.....
- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.  Data... 14/06/2022



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... FAUSTO
Cognome..... ROILA
Qualifica..... DIRETTORE F.F. ONCOLOGIA MEDICA
Ente di appartenenza..... AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

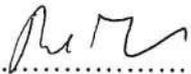
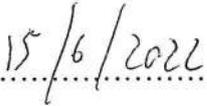
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.....  Data..... 



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....CLAUDIA.....

Cognome.....CASERTA.....

Qualifica DIRIGENTE MEDICO, STRUTTURA COMPLESSA DI ONCOLOGIA.....

Ente di appartenenza.....AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA TERNI.....

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede. Carzeto Data 18/10/2023



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome...ALESSANDRA

Cognome...FABI.....

Qualifica...MD, Responsabile UOSD Medicina di Precisione in Senologia.....

Ente di appartenenza...Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS.....

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale , in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

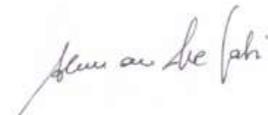
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... 

..... Data...21-12-22.....



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....ALESSANDRO.....

Cognome.....PARISI.....

Qualifica.....DIRIGENTE MEDICO.....

Ente di appartenenza...CLINICA DI ONCOLOGIA - AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA TORRETTE (AN)...

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto: in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....NO.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....NO.....
.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....NO.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:..... NO

Tipo di azione:..... Numero di azioni:.....

.....NO.....

.....

.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....NO.....

.....

.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....NO.....

.....

.....

.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....NO.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede... [Signature] ... Data... 9/2/2022



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... ANTONIO
Cognome..... PONTORILLO
Qualifica..... RICERCATORE UNIVERSITARIO - RTAB
Ente di appartenenza..... UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOSSONA

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

..... Nessuno
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

..... Nessuno
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

..... Nessuno
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....
.....
.....

N3SSVNO

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

N3SSVNO

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....
.....

N3SSVNO

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

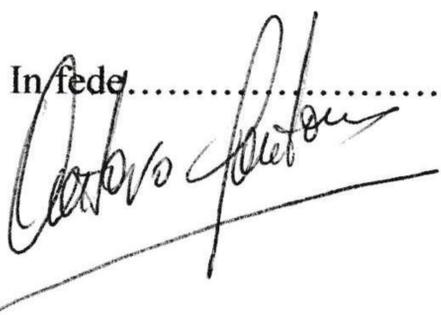
.....
.....
.....

N3SSVNO

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... Data.....



14/06/2022



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... MIMMA
Cognome..... RAFFAELE
Qualifica..... Responsabile USO Oncologia
Ente di appartenenza..... Dipartimento Oncologico ASL-Roma 1

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede Time Affaeli Data 28/02/2022



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome FABIO

Cognome TRIPPA

Qualifica Direttore S.C.Radioterapia Oncologica

Ente di appartenenza Azienda Ospedaliera "S.Maria" Terni

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

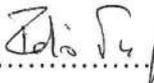
- Partecipazione come relatore a congresso-gruppo di studio 2020 (Takeda)
- Partecipazione come relatore a congresso-gruppo di studio 2021 (Takeda, Janssen, Astellas)

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.....  Data 15/03/2022

AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
- TERNI -
S.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
Direttore Dr. FABIO TRIPPA



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....Michela.....

Cognome.....Cinquini.....

Qualifica.....Biostatistico.....

Ente di appartenenza Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.....Data...07/01/2020..





Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....Ivan.....

Cognome.....Moschetti.....

Qualifica.....Medico di Medicina Generale.....

Ente di appartenenza Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale , in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

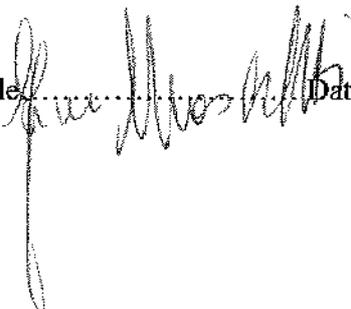
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede  Data...07/01/2020..



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....Veronica Andrea.....

Cognome.....Fittipaldo.....

Qualifica.....Information Specialist.....

Ente di appartenenza Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale , in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

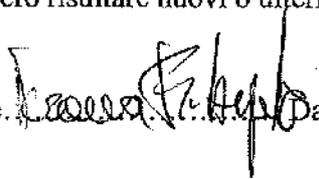
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.  Data...07/01/2020..

Io sottoscritto, dott. Francesco Perrone, Presidente e Legale Rappresentante di AIOM
Associazione Italiana di Oncologia Medica

dichiaro

che tutte le raccomandazioni cliniche della Linea Guida sono in linea con le leggi italiane vigenti, norme e regolamenti delle agenzie regolatorie italiane e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre

dichiaro

- di non presentare né pubblicare la LG in tutto o in parte, con logo SNLG, prima del completamente del processo di valutazione, fatte salve le procedure previste di consultazione pubblica prestabilite per la specifica linea guida comunicate al CNEC (per le LG in fase di sviluppo) e descritte nella sezione metodologica (LG complete);
- di fornire piena collaborazione e ogni documentazione aggiuntiva al CNEC, su sua specifica richiesta, inerente uno o più dei punti sopra delineati.

In fede



Dott. Francesco Perrone
Presidente AIOM

Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome: SONIA
 Cognome: FATIGONI
 Qualifica: infermiere medico ONCOLOGIA
 Ente di appartenenza: OSPEDALE S. MARIA della MISERICORDIA PERUCIA

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

~~.....~~

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

~~.....~~

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

~~.....~~

5/11/2017

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre che si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.. 25/11/2024. Data.....

Luca Bergami



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... LUCIA
Cognome..... MENTUCCIA
Qualifica..... Dirigente Medico I livello ONCOLOGIA
Ente di appartenenza..... ASL ROMA 5

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre che si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... Data..... 10/01/25



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome...Fausto.....

Cognome...Roila.....

Qualifica...Oncologo Medico in pensione.....

Ente di

appartenenza.....nessuno.....

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....no.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....no.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....no.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....

.....no.....

.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....no.....

.....

.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....

.....no.....

.....

.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

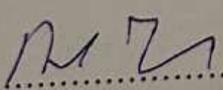
.....

.....no.....

.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede...  Data... 13/11/2024

Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....CLAUDIA.....

Cognome.....CASERTA.....

Qualifica.....MEDICO ONCOLOGO.....

Ente di appartenenza...AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA
PERUGIA

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

PARTECIPAZIONE AD ADVISORY BOARD: MERCK SERONO, MERCK SHARP & DOHME,
NOVARTIS, ASTRAZENECA.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... Data...24/12/2024.....

Claudio Caserta

Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome Alessandra

Cognome Fabi

Qualifica Dirigente medico, Responsabile UOSD Medicina di Precisione in Senologia

Ente di appartenenza Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

No

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

No

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.
Astra Zeneca, Roche, Novartis, Lilly, Seagen, Pfizer, Gilead, Exact Science, Eisai, Menarini.

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica: No

Nome dell'industria:

Tipo di azione:

Numero di azioni:...

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria
- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

Gilead, Pfizer

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

No

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede



Alessandra Fabi
Data 24.12.2014

Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....ALESSANDRO.....

Cognome.....PARISI.....

Qualifica.....RICERCATORE UNIVERSITARIO - DIRIGENTE MEDICO.....

Ente di appartenenza...UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE – AOU DELLE MARCHE...

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....NO.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....NO.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.
- CONSULTANT/ADVISORY BOARD FEE: ASTRAZENECA, AMGEN, MSD

.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

TRAVERL SUPPORT: MERCK, DAIICHI-SANKYO

.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....NO.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede *Alessandro Parisi*

Data.....14/11/2024.....



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome ANTONIO
Cognome PANTONERO
Qualifica PROFESSORE ASSOCIATO - RADIOLOGIA
Ente di appartenenza UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

Nessuno.

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

Nessuno.

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

Nessuno.

Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... LUIBÌ
 Cognome..... CELIO
 Qualifica..... DIRIGENTE MEDICO
 Ente di appartenenza..... FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO TUMORI ALPIANO

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

NO

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

NO

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

ITALFARMACO
HELSINN

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica: *NO*

Nome dell'industria:

Tipo di azione: Numero di azioni:

.....

.....

.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria
..... *NO*
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.
..... *NO*
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

..... *NESSUNO*
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... *[Signature]* Data..... *14/11/2024*.....

Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome..... MIMMA
Cognome..... RAFFAELE
Qualifica..... Responsabile UO SIS Oncologia
Ente di appartenenza..... Presidio Gemme S. Quirico ASL Rome

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... Data.....

15/11/2024





Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....FABIO.....

Cognome TRIPPA.....

Qualifica...Direttore.....

Ente di appartenenza SC Radioterapia – Azienda Ospedaliera “S.Maria” Terni

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

...Takeda Srl; JhonsonSr

.....
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... Data.....14/11/2024.....

**AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
- TERNI -
S.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
Direttore: Dr. FABIO TRIPPA**



Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....Michela.....

Cognome.....Cinquini.....

Qualifica.....Biostatistico.....

Ente di appartenenza Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede..... Data...07/01/2020..





Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....Ivan.....

Cognome.....Moschetti.....

Qualifica.....Medico di Medicina Generale.....

Ente di appartenenza Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

.....
.....
.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

.....
.....
.....

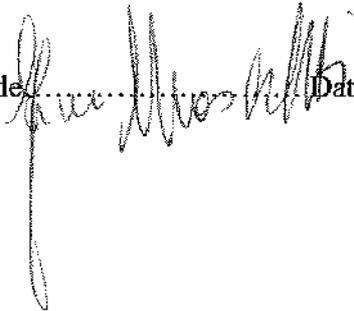
Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.....Data...07/01/2020..





Dichiarazione Pubblica sul conflitto di interessi

allegato al Regolamento per dichiarazione e regolamentazione degli eventuali conflitti di interessi (app. CD 26/10/17)

Nome.....Veronica Andrea.....

Cognome.....Fittipaldo.....

Qualifica.....Information Specialist.....

Ente di appartenenza Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Impiego dell'industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni: tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare, il nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare o occasionale , in denaro oppure in natura, fra le quali:

- partecipazione al processo decisionale interno di una ditta farmaceutica (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

.....
.....
.....

- appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica. Altre attività svolte all'interno di una ditta farmaceutica (p. es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione.

.....
.....
.....

- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

.....
.....
.....

Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica:

Nome dell'industria:.....

Tipo di azione:.....Numero di azioni:.....

Altri rapporti con l'industria farmaceutica: ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 2 anni, comprendente o meno i benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:

- borse di studio o di ricerca istituite dall'industria

.....
.....
.....

- fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica.

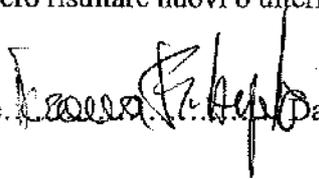
.....
.....
.....

Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato. Non è necessario menzionare il nome di tali persone:

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

Dichiara inoltre *che* si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interessi qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.  Data...07/01/2020..

Io sottoscritto, dott. Francesco Perrone, Presidente e Legale Rappresentante di AIOM
Associazione Italiana di Oncologia Medica

dichiaro

che tutte le raccomandazioni cliniche della Linea Guida sono in linea con le leggi italiane vigenti, norme e regolamenti delle agenzie regolatorie italiane e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre

dichiaro

- di non presentare né pubblicare la LG in tutto o in parte, con logo SNLG, prima del completamente del processo di valutazione, fatte salve le procedure previste di consultazione pubblica prestabilite per la specifica linea guida comunicate al CNEC (per le LG in fase di sviluppo) e descritte nella sezione metodologica (LG complete);
- di fornire piena collaborazione e ogni documentazione aggiuntiva al CNEC, su sua specifica richiesta, inerente uno o più dei punti sopra delineati.

In fede



Dott. Francesco Perrone
Presidente AIOM