

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

### Cinque raccomandazioni del Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) - 1°Lista

<p><b>1</b></p>	<p><b>Non prescrivere la nutrizione artificiale enterale (PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy, o sonda naso-gastrica) ai pazienti affetti da demenza in fase avanzata, ma favorire, invece, l'alimentazione fisiologica assistita manualmente.</b></p> <p>Il ricorso alla nutrizione artificiale enterale ha come obiettivi mantenere o migliorare la qualità di vita e le capacità funzionali del paziente, oltre che prolungarne la sopravvivenza. Nella demenza in fase avanzata il declino funzionale e la presenza di malattie intercorrenti possono indicare che è improbabile ottenere qualche beneficio significativo o a lungo termine dalla nutrizione artificiale. I benefici ottenuti devono essere superiori ai rischi connessi alla procedura di posizionamento e al suo mantenimento.</p> <p>Gli studi clinici hanno dimostrato che, nella demenza in fase avanzata, PEG e sonda naso-gastrica sono associate a comparsa di ulcere da pressione, uso di mezzi di contenimento fisico e farmacologico, disagio del paziente connesso alla sonda, possibile sovraccarico di liquidi, diarrea, dolore e complicanze locali nella sede d'inserzione della sonda, minor interazione interpersonale e possibile incremento del rischio di polmonite ab ingestis. Nella fase terminale è da preferire l'alimentazione fisiologica, grazie all'aiuto manuale, con l'obiettivo di garantire il benessere del paziente ed il mantenimento della relazione interpersonale, piuttosto che finalità nutrizionali (comfort feeding).</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Non usare gli antipsicotici come farmaci di prima scelta nei disturbi comportamentali in corso di demenza, evitando di prescriberli prima di un'attenta valutazione delle cause scatenanti la cui rimozione potrebbe rendere inutile il trattamento.</b></p> <p>I disturbi comportamentali in corso di demenza comprendono agitazione, aggressività, ansia, irritabilità, depressione, apatia e psicosi. In questo contesto l'uso degli antipsicotici è frequente a fronte di un limitato beneficio e della possibilità di gravi effetti indesiderati (incremento del rischio d'ictus e di mortalità vascolare, insorgenza di parkinsonismo o altri sintomi extrapiramidali, cadute, fratture, sedazione, confusione, peggioramento delle funzioni cognitive, aumento di peso, disturbi urinari) che possono prevalere sui potenziali vantaggi.</p> <p>L'obiettivo dell'uso degli antipsicotici non è sedare una generica agitazione ma trattare pazienti a rischio di danneggiare sé o gli altri oppure in condizioni di estremo malessere. La valutazione e l'identificazione delle cause del disturbo comportamentale (compresi infezioni, dolore, stipsi, fattori ambientali quali il rumore o la temperatura), la messa in sicurezza, la mobilitazione, la riduzione del malessere e l'aiuto nelle comuni funzioni possono rendere inutile il trattamento farmacologico. Se tali misure, invece, non fossero efficaci, va considerato il trattamento antipsicotico col suo bilancio rischi-benefici. L'uso di antipsicotici, preferibilmente atipici, va effettuato alla dose minima efficace e per il più breve periodo possibile.</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia.</b></p> <p>I pazienti anziani hanno un'aumentata sensibilità alle benzodiazepine e ad altri ipnotici e un loro ridotto metabolismo. In generale, tutte le benzodiazepine aumentano il rischio di deterioramento cognitivo, delirium, cadute, fratture e incidenti stradali, con conseguente ospedalizzazione e morte. I pazienti anziani, i loro familiari e chi si occupa dell'assistenza dovrebbero essere a conoscenza di questo rischio in corso di trattamenti contro l'insonnia, l'agitazione o il delirium.</p> <p>Le benzodiazepine possono essere considerate appropriate nel trattamento delle crisi epilettiche, nei disturbi del sonno REM, nell'astinenza da alcool e da benzodiazepine, nel grave disturbo d'ansia generalizzata e in ambito anestesiológico.</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Non richiedere la 18-FDG PET cerebrale (tomografia a emissione di positroni), la PET con i traccianti dell'amiloide o la DaT SPECT nella diagnostica della demenza se la diagnosi clinica, neuropsicologica e laboratoristica/radiologica di base è adeguatamente documentata.</b></p> <p>La 18-FDG PET encefalo indaga l'ipometabolismo della sostanza grigia cerebrale, la PET con i traccianti dell'amiloide la presenza di depositi cerebrali di amiloide, la DaT SPECT la perdita di cellule nervose dopaminergiche.</p> <p>In presenza di una documentata diagnosi clinica, neuropsicologica e laboratoristica/radiologica di demenza e della sua natura, i benefici potenziali dell'uso di tale diagnostica sono dubbi nel senso che è improbabile che ulteriori dati possano utilmente rafforzare quanto già acquisito.</p> <p>Tali esami, invece, sono utili nei casi di presentazione atipica, esordio pre-senile o manifestazioni cliniche "miste" (ad esempio, concomitante presenza di disturbi cognitivi, comportamentali e/o motori), con le seguenti specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-malattia di Alzheimer come principale ipotesi diagnostica: PET amiloide</li> <li>- demenza non Alzheimer come principale ipotesi diagnostica (ad esempio sospetta demenza fronto-temporale), in assenza di disturbi del movimento: 18-FDG PET encefalo</li> <li>- deficit cognitivi associati a disturbi del movimento (ad esempio sospetta demenza a Corpi di Lewy): DaT-SPECT, eventualmente accompagnata da 18-FDG PET encefalo.</li> </ul>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Non sottoporre a PET (tomografia a emissione di positroni) con i traccianti dell'amiloide soggetti asintomatici per deterioramento cognitivo, neanche in presenza di familiarità, nonché soggetti che lamentino disturbi di memoria non confermati dalla valutazione neuropsicologica.</b></p> <p>La PET con i traccianti dell'amiloide identifica una condizione di amiloidosi cerebrale che non è specifica della malattia di Alzheimer bensì è presente in altre forme di demenza (ad esempio la demenza a Corpi di Lewy) ed è riscontrabile anche in soggetti sani. L'accuratezza dell'esame, inoltre, si riduce con l'aumentare dell'età del paziente.</p> <p>L'uso della PET amiloide <u>non</u> è raccomandato nei seguenti casi: pazienti con quadro clinico ed esordio di malattia compatibili con malattia di Alzheimer probabile; definizione della severità o follow-up del deficit cognitivo (ruolo fondamentale della valutazione neuropsicologica standardizzata); soggetti asintomatici, anche in caso di familiarità e/o positività per ApoE ε4; disturbo soggettivo di memoria (deficit non confermati alla valutazione neuropsicologica); come alternativa alle indagini genetiche; per uso non-medico (finalità legali e assicurative).</p>

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

## Come si è giunti alla creazione della lista

Le raccomandazioni contenute in questa lista rappresentano l'aggiornamento attuato nel 2021 del precedente lavoro del Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) effettuato nel novembre 2013, la cui ultima revisione risaliva al febbraio 2015.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Arvanitakis M, Gkolfakis P, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, Elbe P, Gisbertz I, Hoyois A, Mosteanu O, Sanders DS, Schmidt PT, Schneider SM, van Hooft JE. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 1: Definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. <i>Endoscopy</i>. 2021 Jan;53(1):81-92. doi: 10.1055/a-1303-7449.</li> <li>Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. <i>Clin Nutr</i>. 2019 Feb;38(1):10-47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.</li> <li>Ayman AR, Khoury T, Cohen J, Chen S, Yaari S, Daher S, Benson AA, Mizrahi M. PEG Insertion in Patients With Dementia Does Not Improve Nutritional Status and Has Worse Outcomes as Compared With PEG Insertion for Other Indications. <i>J Clin Gastroenterol</i>. May/June 2017;51(5):417-420.</li> <li>Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, Vandewoude M, Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. <i>Clin Nutr</i>. 2015 Dec;34(6):1052-73. doi: 10.1016/j.clnu.2015.09.004.</li> <li>American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2014 Aug;62(8):1590-3. doi: 10.1111/jgs.12924</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Yunusa I, Alsumali A, Garba A.E., Regestein Q.R., Eguale T. Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia A Network Meta-analysis. <i>JAMA Netw Open</i>. 2019 Mar 1;2(3):e190828</li> <li>The 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2019 Apr;67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767</li> <li>Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. <i>JAMA</i>. 2017 Sep 26;318(12):1161-1174. doi: 10.1001/jama.2017.12067.</li> <li>Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, Lopez OL, Mahoney J, Pasic J, Tan ZS, Wills CD, Rhoads R, Yager J. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. <i>Am J Psychiatry</i>. 2016 May 1;173(5):543-6. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.173501.</li> <li>Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2012 Dec 12;12:CD008634</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2019 Apr;67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767</li> <li>Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. <i>J Clin Sleep Med</i>. 2017;13(2):307-349</li> <li>Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, Wang Z, Dell RM, VanRiper KB. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam or diazepam in older adults. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2011 Oct;59(10):1883-1890.</li> <li>Torvinen-Kiiskinen S, Tolppanen AM, Koponen M, Tanskanen A, Tiitonen J, Hartikainen S, Taipale H. Antidepressant use and risk of hip fractures among community-dwelling persons with and without Alzheimer's disease. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i>. 2017;32(12):e107-e115.</li> <li>Berry SD, Lee Y, Cai S, Dore DD. Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents. <i>JAMA Intern Med</i>. 2013;173(9):754-761</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Guerra UP, Nobili FM, Padovani A, Perani D, Pupi A, Sorbi S, Trabucchi M. Recommendations from the Italian Interdisciplinary Working Group (AIMN, AIP, SINDEM) for the utilization of amyloid imaging in clinical practice. <i>Neurol Sci</i>. 2015 Jun;36(6):1075-81. doi: 10.1007/s10072-015-2079-3.</li> <li>Boccardi M, Nicolosi V, Festari C, Bianchetti A, Cappa S, Chiasserini D, Falini A, Guerra UP, Nobili F, Padovani A, Sancesario G, Morbelli S, Parnetti L, Tiraboschi P, Muscio C, Perani D, Pizzini FB, Beltramello A, Salvini Porro G, Ciaccio M, Schillaci O, Trabucchi M, Tagliavini F, Frisoni GB. Italian consensus recommendations for a biomarker-based aetiological diagnosis in mild cognitive impairment patients. <i>Eur J Neurol</i>. 2020 Mar;27(3):475-483. doi: 10.1111/ene.14117.</li> <li>Chételat G, Arbuz J, Barthel H, Garibotto V, Law I, Morbelli S, van de Giessen E, Agosta F, Barkhof F, Brooks DJ, Carrillo MC, Dubois B, Fjell AM, Frisoni GB, Hansson O, Herholz K, Hutton BF, Jack CR Jr, Lammertsma AA, Landau SM, Minoshima S, Nobili F, Nordberg A, Ossenkoppele R, Oyen WJG, Perani D, Rabinovici GD, Scheltens P, Villemagne VL, Zetterberg H, Drzezga A. Amyloid-PET and 18 F-FDG-PET in the diagnostic investigation of Alzheimer's disease and other dementias. <i>Lancet Neurol</i>. 2020 Nov;19(11):951-962. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30314-8</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Guerra UP, Nobili FM, Padovani A, Perani D, Pupi A, Sorbi S, Trabucchi M. Recommendations from the Italian Interdisciplinary Working Group (AIMN, AIP, SINDEM) for the utilization of amyloid imaging in clinical practice. <i>Neurol Sci</i>. 2015 Jun;36(6):1075-81. doi: 10.1007/s10072-015-2079-3.</li> <li>Johnson KA, Minoshima S, Bohnen NI, Donohoe KJ, Foster NL, Herscovitch P, Karlavish JH, Rowe CC, Carrillo MC, Hartley DM, Hedrick S, Pappas V, Thies WH; Alzheimer's Association; Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging; Amyloid Imaging Taskforce. Appropriate use criteria for amyloid PET: a report of the Amyloid Imaging Task Force, the Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, and the Alzheimer's Association. <i>Alzheimers Dement</i>. 2013 Jan;9(1):e-1-16. doi: 10.1016/j.jalz.2013.01.002.</li> <li>Kolanko MA, Win Z, Loreto F, Patel N, Carswell C, Gontsarova A, Perry RJ, Malhotra PA. Amyloid PET imaging in clinical practice. <i>Pract Neurol</i>. 2020 Dec;20(6):451-462. doi: 10.1136/practneurol-2019-002468.</li> </ol>

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

Il **Cochrane Neurological Sciences Field (CNF)** è un'entità della Cochrane Collaboration; è stato formalmente registrato nel 2000, fino al 2006 ha avuto sede a Milano presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università, dal 2007 ha sede a Perugia presso Direzione salute e coesione sociale, Regione Umbria. La finalità del CNF è di diffondere le revisioni Cochrane d'interesse neurologico, favorendo la medicina basata sulle prove, costituendo un collegamento fra gli autori delle revisioni, i clinici, i pazienti, le loro famiglie e gli amministratori per contribuire all'informazione sanitaria dei cittadini ed offrire un supporto scientifico ai professionisti della salute ed ai decisori. Il team è costituito dal direttore del field, dal coordinatore, da alcuni neurologi clinici, da operatori con funzioni amministrative e di gestione dell'archivio. <https://neurosciences.cochrane.org/>