

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

Cinque raccomandazioni della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) - 1°Lista

1	<p>Non prescrivere “gastroprotezione” per la profilassi di ulcere da stress ai pazienti medici, a meno di alto rischio di sanguinamento.</p> <p>Secondo le linee guida internazionali, la profilassi delle ulcere peptiche da stress con antisecretivi, rappresentati dagli antagonisti del recettore H2 e soprattutto dagli inibitori di pompa protonica, non è indicata di routine in area medica, a meno che non si tratti di pazienti ricoverati in terapia intensiva o ad alto rischio di sanguinamento. Infatti, il termine “gastroprotezione” è inappropriato, celando all'attenzione del clinico e dei pazienti i possibili effetti negativi legati in particolare all'uso prolungato degli inibitori di pompa protonica, quali ad esempio colite da Clostridioides difficile, polmoniti, fratture ossee, insufficienza renale cronica, interferenza con la funzione piastrinica, deficit di vitamina B12, alterazioni del microbiota intestinale. Inoltre si è osservato che la somministrazione di questi farmaci durante il ricovero tende poi a proseguire dopo la dimissione, con notevoli ripercussioni negative sulla salute dei pazienti e sui costi per il Sistema Sanitario Nazionale.</p>
2	<p>In assenza di sintomi urinari non eseguire lo screening della batteriuria e comunque non trattare con antibiotici la batteriuria nei soggetti anziani sia che vivano in comunità che in strutture residenziali.</p> <p>In assenza di sintomi va evitato lo screening della batteriuria anche nei soggetti portatori di catetere vescicale a dimora. In caso di riscontro di batteriuria asintomatica (assenza di sintomi sistemici o locali) in un paziente anziano con deterioramento cognitivo, delirium od anamnesi di cadute è indicata un'attenta valutazione clinica ed una scrupolosa osservazione piuttosto che l'introduzione immediata di una terapia antibiotica. Lo screening e quindi il trattamento di una batteriuria asintomatica resta giustificato solo in caso di procedure urologiche durante le quali sia prevedibile un sanguinamento mucoso. Non vi sono al momento raccomandazioni sul paziente con neutropenia ad alto rischio (conta dei neutrofilici < 100 cell/mm³, durata ≥ 7 giorni) e su altre categorie di pazienti considerati ad alto rischio, quali diabetici, residenti in strutture residenziali e portatori di catetere vescicale da meno di trenta giorni.</p>
3	<p>Non raccomandare la PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) nella demenza avanzata; invece, preferire la alimentazione orale assistita.</p> <p>Il posizionamento di PEG o Sondino Nasogastrico (SNG) dovrebbe essere limitato alle condizioni che si suppone siano reversibili o limitate nel tempo (es. post-stroke, infezioni acute). La demenza avanzata non rientra in una di queste situazioni, ed anzi nei soggetti anziani affetti da demenza avanzata l'uso della PEG non comporta aumento della sopravvivenza, non diminuisce il rischio di polmoniti da aspirazione, non migliora la guarigione delle ulcere da decubito; aumenta invece lo stress, il ricorso al contenimento fisico e alla sedazione farmacologica. La pratica del comfort feeding (alimentazione orale con finalità di conforto) che mira al contatto umano piuttosto che ad obiettivi nutrizionali; consente una migliore percezione del fine vita da parte del paziente, dei parenti (laddove adeguatamente informati), e del personale sanitario.</p>
4	<p>Non eseguire esami di laboratorio ripetitivi di fronte a stabilità clinica e di laboratorio.</p> <p>I pazienti internistici ospedalizzati subiscono un numero notevole di prelievi ematici per esami di laboratorio nel breve periodo della degenza, per richieste spesso ridondanti e ripetitive, cui conseguono ulteriori procedure diagnostiche. Frequenti prelievi sono responsabili di anemia iatrogena con conseguente peggioramento clinico dei pazienti con patologie cardiovascolari. Per ridurre la ripetizione di esami di laboratorio sono indicati programmi di formazione, audit e feedback, visualizzazione dei costi, policy change e sistemi informatici di laboratorio. Spetta al medico prescrittore discernere ciò che è inutilmente ripetitivo, anche attraverso una interazione con il medico/dirigente di laboratorio. Non vi è associazione tra riduzione degli esami di laboratorio e incremento della mortalità.</p>
5	<p>Utilizzare una strategia restrittiva per le trasfusioni di emazie concentrate (soglia di emoglobina 7-8 g/dl) nei pazienti con anemia in assenza di sindrome coronarica acuta, sanguinamento maggiore in atto o condizioni critiche e nei pazienti con anemia cronica.</p> <p>La strategia restrittiva, sia nei pazienti con anemia cronica sia in quelli con anemia in assenza di sindrome coronarica acuta o di emorragie maggiori attive, compresi i pazienti ricoverati con patologie onco-ematologiche, consiste nella trasfusione di emazie concentrate a livelli di emoglobina (Hb) minori di 7 g/dl con un target di Hb dopo la trasfusione compreso tra 7 e 9 g/dl. Soglie di Hb più elevate vanno riservate a pazienti con: sindrome coronarica acuta, marcata diminuzione dell'ossigenazione tissutale, come i pazienti critici, cardiopatia cronica o candidati a interventi cardio-chirurgici o ortopedici. Vanno privilegiate la valutazione clinica e l'eziologia dell'anemia, e considerata la possibilità di trasfondere singole unità di globuli rossi. Il sovrautilizzo della trasfusione di emazie concentrate è gravato da rischio aumentato di effetti avversi (come reazioni allergiche, emolisi, sepsi, anafilassi, danno polmonare acuto correlato alla trasfusione, sovraccarico di liquidi), aumento della mortalità e della morbilità nei pazienti critici e aumento dei costi sanitari. Trial clinici hanno dimostrato che la strategia restrittiva non comporta un aumento di mortalità e morbilità nelle casistiche di pazienti ospedalizzati.</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.

Data stesura: febbraio 2015. Ultima revisione: aprile 2024.

Come si è giunti alla creazione della lista

Con la sua adesione al programma di Slow Medicine®, alla FADOI è stato chiesto di contribuire con 10 raccomandazioni. All'inizio del 2014, il Direttivo Nazionale FADOI ha incaricato due suoi componenti di elaborare un questionario contenente una selezione delle raccomandazioni già pubblicate da Choosing Wisely® (270 da parte di 51 società scientifiche a febbraio 2014). In marzo 2014, una lista di 32 raccomandazioni è stata inviata a 1.175 iscritti FADOI appartenenti a 6 diverse regioni secondo un ordine di presentazione che rispecchiava quello di pubblicazione da Choosing Wisely®. Ad ogni iscritto è stato chiesto di indicare le 5 raccomandazioni considerate più rilevanti per la propria pratica medica. La percentuale di risposte è stata di 18.1% (213, per un totale di 1.037 indicazioni). Questo metodo è stato prescelto per favorire la divulgazione e la partecipazione. La lista "top ten" risultante rispecchia l'opinione qualificata di un largo numero di iscritti FADOI: questa scheda contiene le prime 5. Tutte le raccomandazioni sono state revisionate ad aprile 2024.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> Clarke K, Adler N, Agrawal D, et al. Indications for the use of proton pump inhibitors for stress ulcer prophylaxis and peptic ulcer bleeding in hospitalized patients. <i>Am J Med</i> 2022; 135:313-7. doi:10.1016/j.amjmed.2021.09.010. Heidelbaugh JJ, Goldberg KL, Inadomi JM. Adverse risks associated with proton pump inhibitors: a systematic review. <i>Gastroenterol Hepatol</i> 2009; 5:725-34. PMID: 37967443; PMCID: PMC2886361. Herzig SJ, Howell MD, Ngo LH, et al. Acid-suppressive medication use and the risk for hospital-acquired pneumonia. <i>JAMA</i> 2009; 301:2120-8. doi: 10.1001/jama.2009.722. Imhann F, Bonder MJ, Vich Vila A, et al. Proton pump inhibitors affect the gut microbiome. <i>Gut</i> 2016; 65:740-8. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310376. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco; 2023. p. 501-8.
2	<ol style="list-style-type: none"> Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. <i>Clin Infect Dis</i> 2019;68 :e83-e110. doi: 10.1093/cid/ciy1121. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, et al. EAU Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology 2023. https://d56bochluxqzn.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2023.pdf. (ultimo accesso marzo 2024). Köves B, Cai T, Veeratterapillay R, et al. Benefits and Harms of Treatment of Asymptomatic Bacteriuria: A Systematic Review and Meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel. <i>Eur Urol</i> 2017;72:865-8. doi: 10.1016/j.eururo.2017.07.014
3	<ol style="list-style-type: none"> Matarasso Greenfield S, Gil E, Agmon M. A bridge to cross: tube feeding and the barriers to implementation of palliative care for the advanced dementia patient. <i>J Clin Nurs</i> 2022;31:1826-34. doi: 10.1111/jocn.15437. Van Bruchem-Visser RL, Mattace-Raso FUS, de Beaufort ID, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy in older patients with and without dementia: Survival and ethical considerations. <i>J Gastroenterol Hepatol</i> 2019;34:736-41. doi: 10.1111/jgh.14573. Roche KF, Bower KL, Collier B, et al. when should the appropriateness of PEG be questioned? <i>Curr Gastroenterol Rep.</i> 2023;25:13-9. doi: 10.1007/s11894-022-00857-2. Schneider PL, Fruchtman C, Indenbaum J et al. Ethical considerations concerning use of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding tubes in patients with advanced dementia. <i>Perm J.</i> 2021;25:20.302. doi: 10.7812/TPP/20.302. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. <i>Clin Nutr</i> 2015;34:1052-73. doi: 10.1016/j.clnu.2015.09.004.
4	<ol style="list-style-type: none"> Attali M, Barel Y, Somin M et al. A cost-effective method for reducing the volume of laboratory tests in a university-associated teaching hospital. <i>Mt Sinai J Med.</i> 2006;73:787-94. PMID: 17008940. Salisbury AC, Reid KJ, Alexander KP et al. Diagnostic blood loss from phlebotomy and hospital-acquired anemia during acute myocardial infarction. <i>Arch Intern Med.</i> 2011;171:1646-53. doi: 10.1001/archinternmed.2011.361. Yeshoua B, Bowman C, Dullea J, et al. Interventions to reduce repetitive ordering of low-value inpatient laboratory tests: a systematic review. <i>BMJ Open Quality</i> 2023;12:e002128. doi: 10.1136/bmjopen-2022-002128 Thurm M, Craggs H, Watts M, Brooks A. Reducing the number of unnecessary laboratory tests within hospital through the use of educational interventions. <i>Ann Clin Biochem</i> 2021;58:632-637. doi: 10.1177/00045632211040670. Fondazione GIMBE. Strategie per ridurre la ripetizione dei test di laboratorio nei pazienti ospedalizzati. <i>Evidence</i> 2018;10: e1000185. https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000185.pdf. (ultimo accesso marzo 2024).
5	<ol style="list-style-type: none"> Carson JL, Stanworth SJ, Guyatt G, et al. Red Blood Cell Transfusion 2023 AABB International Guidelines. <i>JAMA</i> 2023;330:1892-902. doi:10.1001/jama.2023.12914. National Institute for Health and Care Excellence. Blood transfusion. November 2015 (aggiornata 2020). https://www.nice.org.uk/guidance/ng24/evidence/full-guideline-pdf-2177160733. (ultimo accesso marzo 2024). Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Sangue Linee guida per il programma di Patient blood Management, Revisione 2016. https://pbm.centronazionale sangue.it/MC-API/Risorse/Linee%20Guida%20per%20il%20programma%20di%20Patient%20Blood%20Management.pdf. (ultimo accesso marzo 2024). Mehta N, Murphy MF, Kaplan L, et al. Reducing unnecessary red blood cell transfusion in hospitalised patients. <i>BMJ</i> 2021;373:n830. doi: 10.1136/bmj.n830. Choosing wisely Canada. Internal Medicine. https://choosingwiselycanada.org/recommendation/internal-medicine/. (ultimo accesso marzo 2024).

Slow Medicine ETS, associazione del Terzo Settore 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; www.slowmedicine.it

La **FADOI, Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti**, è una Società Scientifica di Medicina Interna che ha come valori fondanti: promuovere e valorizzare la medicina interna ospedaliera e il suo ruolo nella organizzazione dipartimentale, accrescere le conoscenze mediche e la buona metodologia degli internisti, far crescere una impostazione professionale di "disease management", condividere le esperienze di carattere organizzativo gestionale realizzate nelle diverse regioni, favorire la crescita di sinergie culturali ed organizzative all'interno degli ospedali e con il territorio e i MMG, favorire l'acquisizione e l'utilizzo delle tecnologie necessarie per la gestione diretta della diagnostica di base. La società ha individuato dieci punti per una medicina interna saggia e sostenibile. <http://www.fadoi.org/>