

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

Cinque raccomandazioni della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) - 2°Lista

1	<p>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.</p> <p>I pazienti anziani che assumono ipnotici, e in particolare le benzodiazepine, vanno incontro più spesso degli altri a incidenti d'auto e a cadute con fratture di femore e conseguente ospedalizzazione. Anche in regime di ricovero ospedaliero, il rischio di cadute e delle loro conseguenze è aumentato in rapporto all'uso di benzodiazepine, a causa di un ridotto stato di vigilanza al risveglio, e di deficit motori e cognitivi indotti. L'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere riservato alle condizioni di astinenza da alcol e agli stati ansiosi; dovendone far ricorso, va data preferenza ai bassi dosaggi, ai farmaci di più breve emivita, alle terapie di breve durata, all'uso intermittente, rivalutando periodicamente l'indicazione in caso di usi prolungati. In caso di agitazione e delirium va data la preferenza ad altri farmaci.</p>
2	<p>Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.</p> <p>La qualità delle cure offerte ai malati terminali ospedalizzati non è ottimale, soprattutto a causa del fatto che, per inerzia organizzativa e attitudine mentale, nei reparti per acuti (come sono le Medicine Interne) si tende a mantenere a oltranza standard di procedure terapeutiche e diagnostiche futili, orientate alla malattia piuttosto che ai reali bisogni del paziente. Ciò determina l'insufficiente controllo dei sintomi chiave che caratterizzano la terminalità (dolore, dispnea, agitazione, secrezioni respiratorie, etc.), con impatto negativo sui pazienti, sui familiari e sugli operatori sanitari stessi. L'adozione di protocolli di cure specificamente concepiti ("care pathways") introduce maggior sollievo e dignità al fine vita, non accelera il decesso, ed anzi è dimostrato che prolunga la vita in casi selezionati.</p>
3	<p>Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata</p> <p>Fino a un terzo della popolazione fra 75 e 85 anni dei paesi avanzati assume terapia ipolipemizzante (soprattutto statine) per prevenzione primaria o secondaria. Tuttavia, il concetto che anche nei soggetti anziani l'ipercolesterolemia LDL o i bassi valori di HDL siano importanti fattori di rischio cardiovascolare è controverso, perché per lo più basato sulla estrapolazione dei dati delle età più giovani; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con un'aumentata mortalità. Oltre gli 85 anni il rapporto rischio/beneficio correlato all'uso di statine non è ovviamente favorevole perché, mentre, l'aspettativa di vita è progressivamente minore, l'incidenza di effetti indesiderati (danno muscolare, neuropatia, decadimento cognitivo, cadute) è relativamente maggiore. A fronte di una aspettativa di vita limitata (i.e. <10 anni), iniziare una terapia con statine non è supportato da evidenze, mantenerla è questionable.</p>
4	<p>Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.</p> <p>I FANS sono farmaci ampiamente prescritti per il trattamento del dolore muscoloscheletrico cronico, tuttavia ad essi sono correlati importanti effetti indesiderati cardiovascolari, renali ed ematologici specie nei pazienti anziani. I FANS e gli inibitori della ciclossigenasi di tipo 2 (anti COX-2) possono causare incremento della pressione arteriosa, minore risposta ai trattamenti antipertensivi, ritenzione idrica e peggioramento della funzione renale nei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni eziologia incluso il diabete. Le più recenti linee guida per il trattamento del dolore cronico dei soggetti affetti da tali patologie, per lo più se anziani, raccomandano di limitarne il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'utilizzo di paracetamolo, tramadolo ed oppiacei a breve emivita.</p>
5	<p>Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.</p> <p>La probabilità di diagnosticare una neoplasia con questa metodica in pazienti asintomatici è inferiore a 1%. In molti di questi casi, si tratta di neoplasie indolenti (i.e., linfomi) che non beneficiano di una terapia precoce, oppure di neoplasie già in stadio avanzato nonostante la asintomaticità (i.e., pancreas). Il numero di esami falsamente positivi e di reperti incidentali risulta preponderante (soprattutto nella regione testa-collo), e ciò comporta il ricorso a esami aggiuntivi, biopsie e procedure chirurgiche non necessarie (e quindi dannose). La PET/TC, come tutte le metodiche diagnostiche, deve essere usata per chiari quesiti e in contesti clinici definiti.</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

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), da sottoporre agli iscritti di alcune regioni appositamente selezionate, al fine di giungere alla designazione delle "top ten". In marzo 2014, una lista di 32 raccomandazioni, quelle reputate più rilevanti per un internista da parte degli incaricati, è stata inviata, insieme ad una lettera di accompagnamento, a 1.175 iscritti FADOI appartenenti a 6 diverse regioni (Piemonte, Veneto, Trentino AA, Friuli VG, Lazio, Campania), 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) alla data di scadenza (aprile 2014). 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 ultime 5.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Couto AT, Silva DT, Silvestre CC, Lyra DP Jr. <i>Quality analysis of research on the use of benzodiazepines by elderly patients in the emergency room: a systematic review.</i> Eur J Clin Pharmacol 2013;60:1343-50. doi: 10.1007/s00228-012-1439-7. 2. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. <i>American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults.</i> J Amer Geriatr Soc 2012;60:616-31. 3. Finkle WD, Der JS, Greenland S, et al. <i>Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam or diazepam in older adults.</i> J Am Geriatr Soc 2011;59:1883-90. 4. Allain H, Bentue-Ferre D, Polard E, Akwa Y, Patat A. <i>Postural instability and consequent fall and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review.</i> Drugs Aging 2005;22:749-65.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ellershaw J, Ward C. <i>Care of the dying patient: the last hours or days of life.</i> Brit Med J 2003;326(7379):30-4. 2. Costantini M, Ottonelli S, Canvacci L, Pellegrini F, Belcaro M. <i>The effectiveness of the Liverpool care pathway in improving end of life care for dying cancer patients in hospital. A cluster randomized trial.</i> BMC Health Serv Res 2011;11:13. 3. Lusiani L, Bordin G, Mantineo G, Roncato P, Favaro L, Tessaro L, Sandonà L, Bordin F. <i>Cure di fine vita nei pazienti oncologici terminali in Medicina Interna.</i> It J of Med 2012;6:110-5. 4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blindermann CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billing JA, Lynch TJ. <i>Early palliative care for patients with metastatic non-small lung cancer.</i> N Engl J Med 2010;363:733-42.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalleur O, Spinewin A, Henrard S, Lousseau C, Speybroeck N, Boland B. <i>Inappropriate prescribing and related hospital admission in frail older persons according to the STOPP and START criteria.</i> Drugs Aging. 2012;29:829-37. 2. Schiattarella GG, Perrino C, Magliulo F, et al. <i>Statins and the elderly: recent evidence and current indications.</i> Aging Clin Exp Res 2012;24(S3):47-55 3. Maraldi C, Lattanzio F, Onder G, et al. <i>Variability in the prescription of cardiovascular medications in older patients: correlates and potential explanations.</i> Drugs Aging 2009;26(Suppl 1):41-51. 4. Schatz IJ, Masaki K, Yano K, Chen R, Rodriguez BL, Curb JD. <i>Cholesterol and all cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study.</i> Lancet 2001;358:351-5. 5. Petersen LK, Chistensen K, Kragstrup J. <i>Lipid lowering to the end? A review of observational studies and RCT on cholesterol and mortality in 80+ year old.</i> Age Ageing 2010;39:674-80.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd. 2. http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf 3. http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure 4. Whittle SL, Colebatch AN, Buchbinder R, et al. <i>Multinational evidence-based recommendations for pain management by pharmacotherapy in inflammatory arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a board panel of rheumatologists in the 3e Initiative.</i> Rheumatology 2012; 51:1416-1425.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minamimoto R, Senda M, Terauchi T et al. <i>Analysis of various malignant neoplasms detected by FDG-PET cancer screening program: based on a Japanese Nationwide Survey.</i> Ann Nucl Med 2011;25:45-54 2. Lee JW, Kang KW, Paeng JC, et al. <i>Cancer screening using 18F-FDG PET/CT in Korean asymptomatic volunteers: a preliminary report.</i> Ann Nucl Med 2009;23:685-691.

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; 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/>