

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><b>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.</b></p> <p>Ansia, depressione ed insonnia sono molto frequenti nella popolazione anziana e spesso richiedono un trattamento farmacologico. Le benzodiazepine sono ancora prescritte frequentemente nell'anziano; tuttavia, non sono esenti da effetti collaterali, anche severi, quali marcata sedazione, vertigini, delirium e rallentamento ideo-motorio, con aumento del rischio di cadute e, quindi, di frattura. Diversi studi hanno, inoltre, dimostrato che il loro utilizzo nel lungo termine, oltre che provocare dipendenza, aumenta il rischio di sviluppare demenza. Pertanto, alla luce di queste evidenze è opportuno ridurre e possibilmente evitare l'impiego delle benzodiazepine, particolarmente nell'anziano affetto da demenza. In caso di utilizzo, questo dovrebbe essere limitato ad un breve periodo di tempo (&lt; 1 mese), alle dosi più basse possibili e prediligendo preferendo molecole a breve emivita, interrompendone il consumo con gradualità.</p>
2	<p><b>Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.</b></p> <p>Il malato terminale ospedalizzato necessita di un riconoscimento appropriato e precoce dei bisogni (anche attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati e validati) per poter ricevere i benefici delle cure palliative, ottenendo una corretta gestione dei sintomi (come dolore, dispnea, agitazione, secrezioni respiratorie), la rimodulazione della terapia farmacologica, la comunicazione adeguata e la pianificazione anticipata e condivisa delle cure, nonché l'attenzione ai bisogni multidimensionali del paziente. Procedure e terapie potenzialmente futili in tale contesto possono essere <b>Antibioticoterapia</b> (non indicata nei casi in cui non sia atteso un miglioramento sintomatologico dalla sua somministrazione e non appropriata in situazioni in cui i rischi di eventi avversi superino i benefici attesi), <b>Emotrasfusioni</b> (raccomandate solo per valori di Hb &lt; di 7 g/dl ed in presenza di sintomi severi, oppure &lt; 8 g/dl in presenza di sanguinamento attivo o di sindrome coronarica acuta; non indicate trasfusioni profilattiche di piastrine se sopra di 10.000/mm<sup>3</sup> ed in assenza di sanguinamento moderato-grave), <b>Terapia anticoagulante</b> (indicata solo se può alleviare i sintomi quali dispnea, dolore toracico ed edema teso di un arto e comunque da sospendere in fase preagonica), <b>Ventilazione non invasiva</b> (utile solo se migliora la dispnea e non indicata se peggiora la qualità del fine vita o la comunicazione; da considerare inoltre attentamente la difficoltà della sua sospensione una volta avviata).</p>
3	<p><b>Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata</b></p> <p>Nonostante un terzo degli over 75 assuma una terapia ipolipemizzante, le più recenti linee guida internazionali ne pongono indicazione nei soggetti di età maggiore di 70 anni principalmente in prevenzione secondaria; la terapia ipolipemizzante è da considerare in prevenzione primaria, seppure con basso livello di evidenza, solo per i pazienti con rischio cardiovascolare molto alto, in un'ottica di individualizzazione della scelta terapeutica in accordo con il performance status, le comorbidità e le aspettative del singolo paziente. In particolare nei soggetti di età maggiore di 80 anni la decisione dovrebbe essere guidata principalmente dall'aspettativa di vita, da eventuali condizioni patologiche terminali (compresa la demenza avanzata) e dalla fragilità, fattori che tra l'altro condizionano l'aderenza alla terapia ed espongono maggiormente ad eventi avversi (miopatie, diabete di nuova insorgenza, interazioni farmacologiche). A fronte di una aspettativa di vita limitata, ovvero inferiore a 10 anni, l'avvio di una terapia con statine non è supportato da evidenze scientifiche e la sua prosecuzione opinabile.</p>
4	<p><b>Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.</b></p> <p>I FANS e gli inibitori della ciclossigenasi di tipo 2 (anti COX-2)- sebbene largamente utilizzati anche senza obbligo di prescrizione medica- possono causare importanti effetti avversi tra cui 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; inoltre l'uso di FANS ha dimostrato di essere associato a un rischio significativamente più elevato di malattia coronarica, ictus (in pazienti con o senza malattie cardiache o fattori di rischio per le malattie cardiache) e insufficienza cardiaca. Il rischio aumenta all'aumentare della dose assunta. Nei pazienti con diabete tipo 2 i FANS sono stati associati ad un aumentato rischio di prima ospedalizzazione per insufficienza cardiaca, in particolare nei pazienti con età avanzata, e livelli elevati di HbA1c. Le più recenti linee guida per il trattamento del dolore cronico dei soggetti affetti da tali patologie, per lo più se anziani, raccomandano di limitare il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'utilizzo di paracetamolo, tramadolo ed oppiacei a breve emivita.</p>
5	<p><b>Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.</b></p> <p>La probabilità di diagnosi di una neoplasia maligna con PET/TC in pazienti asintomatici è inferiore a 1%. In molti di questi casi si tratta di neoplasie indolenti, che non beneficiano di una terapia precoce, oppure di neoplasie in stadio avanzato (per esempio tumori a partenza dal pancreas). Il numero di esami falsamente positivi e di reperti incidentali (sovradiagnosi - soprattutto per il riscontro di tumori del testa-collo) risulta preponderante e questo comporta il ricorso a esami aggiuntivi, biopsie e procedure chirurgiche non utili ai fini della prognosi e spesso dannose, oltre che costose per il sistema sanitario. D'altra parte, in caso di pazienti sintomatici con sospetto di neoplasia maligna, la PET/TC risulta essere una metodica utile ai fini della stadiazione e del controllo post-trattamento. Bisogna pertanto applicare queste metodiche di imaging soltanto in contesti ben definiti e nell'ambito di protocolli condivisi.</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). 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 ultime 5. Tutte le raccomandazioni sono state revisionate ad aprile 2024.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. <i>Arch Intern Med</i> 2003;163:2716–24. doi: 10.1001/archinte.163.22.2716</li> <li>2. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. <i>Drugs</i> 1994;48:25–40. doi: 10.2165/00003495-199448010-00004.</li> <li>3. Olsson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. <i>JAMA Psychiatry</i> 2015;72:136-42. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1763.</li> <li>4. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatric Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. <i>J Am Geriatr Soc</i> 2015;63:2227-46. doi: 10.1111/jgs.13702.</li> <li>5. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. <i>Am J Health Syst Pharm</i> 2018;75:e6-e12. doi: 10.2146/ajhp160381.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Highet G, Crawford D, Murray SA, et al. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. <i>BMJ Support Palliat Care</i>. 2014;4:285-90. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000488.</li> <li>2. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. <i>BMJ Support Palliat Care</i> 2013;3:300-8. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000211.</li> <li>3. Carbone M, Gilioli F, Antonione R. Le cure palliative nel malato internistico: focus sulle malattie croniche in fase avanzata QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2022; 10:1-25. doi.org/10.4081/ijm.q.2022.5</li> <li>4. Documento congiunto SICP FADOI. Le cure palliative nel malato internistico: focus sulle malattie croniche in fase avanzata, Novembre 2022. <a href="https://www.sicp.it/documenti/sicp/2022/10/le-cure-palliative-nel-malato-internistico/">https://www.sicp.it/documenti/sicp/2022/10/le-cure-palliative-nel-malato-internistico/</a>. (ultimo accesso marzo 2024).</li> <li>5. Documento intersocietario SICP FADOI SIMIT SIMG Uso degli antibiotici nel fine vita. Gennaio 2024. <a href="https://www.simit.org/images/Documento%20intersocietario%20USO%20DEGLI%20ANTIBIOTICI%20NEL%20FINE%20VITA.pdf">https://www.simit.org/images/Documento%20intersocietario%20USO%20DEGLI%20ANTIBIOTICI%20NEL%20FINE%20VITA.pdf</a>. (ultimo accesso marzo 2024).</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visseren FL, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. <i>Eur Heart J</i> 2021; 42:3227-337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.</li> <li>2. Stoll F, Eidam A, Bauer JM, et al. Management of dyslipidaemia in the elderly. <a href="#">e-J Cardiol Pract 2020; 19:5.</a></li> <li>3. van der Ploeg MA, Florian C, Achterberg WP, et al. Recommendations for (discontinuation of) statin treatment in older adults: review of guidelines. <i>J Am Geriatr Soc</i> 2020; 68:417-25. doi: 10.1111/jgs.16219.</li> <li>4. Shrestha S, Poudel A, Steadman K, et al. Outcomes of deprescribing interventions in older patients with life-limiting illness and limited life expectancy: A systematic review. <i>Br J Clin Pharmacol</i> 2020; 86:1931-45. doi: 10.1111/bcp.14113.</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NKF. NKF KDOQI clinical practice guidelines. <a href="http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd">http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd</a>. (ultimo accesso marzo 2024).</li> <li>2. NIH. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure <a href="http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf">http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf</a>. (ultimo accesso marzo 2024).</li> <li>3. NICE. Chronic heart failure in adults: diagnosis and management. <a href="http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure">http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure</a>. (ultimo accesso marzo 2024).</li> <li>4. Whittle SL, Colebatch AN, Buchbinder R, et al. 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</i> 2012; 51:1416-25. doi: 10.1093/rheumatology/kes032.</li> <li>5. FDA. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs). <a href="https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-strengthens-warning-non-aspirin-nonsteroidal-anti-inflammatory">https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-strengthens-warning-non-aspirin-nonsteroidal-anti-inflammatory</a>. (ultimo accesso marzo 2024).</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minamimoto R, Senda M, Jinnouchi S, et al. The current status of FDG-PET cancer screening program in Japan, based on a 4-year (2006-2009) nationwide survey. <i>Ann Nucl Med</i> 2013; 27:46-57. doi: 10.1007/s12149-012-0660-x.</li> <li>2. Minamimoto R, Senda M, Jinnouchi S, et al. Detection of breast cancer in an FDG-PET cancer screening program: results of a nationwide Japanese survey. <i>Clin Breast Cancer</i> 2015; 15:e139-46. doi: 10.1016/j.clbc.2014.09.008.</li> <li>3. Chan HP, Liu WS, Liou WS, et al. Comparison of FDG-PET/CT for cancer detection in populations with different risks of underlying malignancy. <i>In Vivo</i> 2020; 34:469-78. doi: 10.21873/invivo.11797.</li> <li>4. Lee JW, Kang KW, Paeng JC, et al. Cancer screening using 18F-FDG PET/CT in Korean asymptomatic volunteers: a preliminary report. <i>Ann Nucl Med</i> 2009; 23:685-691. doi: 10.1007/s12149-009-0291-z.</li> </ol>

**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 inappropriatezza 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)

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/>