

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

## Cinque raccomandazioni della Associazione Multidisciplinare di Geriatria (AMGe)

<b>1</b>	<p><b>Non prescrivere un nuovo farmaco senza aver condotto una attenta revisione della terapia già in essere (riconciliazione farmacologica).</b></p> <p>La prevalenza della polifarmacoterapia (generalmente definita come l'utilizzo di 5 o più principi attivi) è in continuo aumento nei paesi industrializzati. In Italia la percentuale di ultra 65enni in polifarmacoterapia è aumentata dal 43% nel 2000 al 53% nel 2010. È noto come il rischio di interazioni tra farmaci aumenti esponenzialmente con il numero di principi attivi in uso e come le reazioni avverse ai farmaci siano responsabili di circa il 10% delle ospedalizzazioni nei pazienti anziani. La polifarmacoterapia può portare inoltre a diminuita aderenza terapeutica, aumentato rischio di declino cognitivo e funzionale, incremento delle cadute. La revisione continua della terapia cronicamente assunta dal paziente anziano (riconciliazione farmacologica), a maggior ragione quando si intenda prescrivere un nuovo farmaco, è uno strumento imprescindibile per la valutazione della sotto o sovrapprescrizione e per il riscontro di potenziali interazioni tra farmaci. Particolare attenzione merita infine la revisione della terapia medica in situazioni di limitata aspettativa di vita.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non posizionare o lasciare in sede un catetere urinario senza una reale indicazione.</b></p> <p>Le infezioni del tratto urinario associate al cateterismo vescicale (CV) rappresentano la più frequente forma di infezione associata alle cure mediche, comportano un incremento della morbilità e della mortalità, un allungamento della degenza ospedaliera, un aumento dei costi ed un utilizzo non necessario di antibiotici. La strategia più efficace per prevenire le infezioni del tratto urinario associate al CV si è dimostrata essere l'evitare la cateterizzazione inutile. Le indicazioni al cateterismo urinario nei pazienti degenti in area internistica sono limitate alla presenza di ristagno urinario, alla necessità di irrigazioni vescicali in presenza di macroematuria, alla necessità di un monitoraggio intensivo in condizioni di instabilità emodinamica, alla presenza di ulcere sacrali di terzo stadio in pazienti incontinenti di sesso femminile, alla palliazione in pazienti terminali. Per monitorare la diuresi nel paziente non critico può essere utilizzato il peso corporeo rilevato quotidianamente. L'incontinenza urinaria, l'immobilità o la demenza non sono indicazioni valide al cateterismo vescicale.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non prescrivere le statine in prevenzione primaria in pazienti con più di 80 anni; non trattare con statine i pazienti anziani in condizioni di fragilità grave.</b></p> <p>Date le scarse evidenze scientifiche ed i documentati eventi avversi delle statine (in particolare miopatie, interazioni farmacologiche, insorgenza di diabete) le principali linee guida delle società cardiologiche ne scoraggiano l'utilizzo nei pazienti ultra 80enni in prevenzione primaria. In questa fascia di età vi sono dati che associano invece elevati livelli di colesterolo totale e non HDL con una diminuzione della mortalità. L'utilizzo delle statine in prevenzione primaria in questi individui va scoraggiato attraverso una valutazione condivisa medico/paziente in merito all'aspettativa ed alla qualità di vita, alle comorbidità, al rischio di eventi avversi. Nel paziente anziano in condizione di fragilità grave anche il trattamento in prevenzione secondaria dovrà essere attentamente ponderato.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non usare gli antibiotici per trattare la batteriuria asintomatica negli anziani.</b></p> <p>La prevalenza della batteriuria asintomatica aumenta con il progredire dell'età ed è particolarmente frequente nei pazienti residenti in strutture di cura a lungo termine (fino al 50% dei soggetti). Il trattamento antibiotico per la batteriuria asintomatica nei pazienti anziani non ha dimostrato alcun beneficio negli studi clinici; al contrario si sono verificati effetti avversi quali selezione di patogeni resistenti, aumento del rischio di infezioni urinarie successive, infezione da Clostridium difficile. Per distinguere l'infezione del tratto urinario dalla batteriuria asintomatica si deve essere in presenza di sintomi clinici, vi deve essere evidenza laboratoristica di batteriuria e piuria e si deve escludere un'altra patologia (infettiva o meno) che possa spiegare la sintomatologia lamentata dal paziente. Negli anziani i sintomi clinici includono febbre, disuria, dolore sovrapubico, ematuria, delirium. Il trattamento della batteriuria asintomatica del paziente anziano è indicato solo prima di una procedura urologica che comporti un possibile danno alla mucosa per prevenire una batteriemia.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non permettere che in regime di ricovero il paziente anziano rimanga allettato durante il giorno, a meno che non sia nella fase terminale della malattia o vi sia una precisa prescrizione medica.</b></p> <p>Il ricovero ospedaliero per il paziente anziano fragile rappresenta un fattore di rischio di declino funzionale e perdita dell'indipendenza. Da più di 20 anni è noto come fino al 20% dei pazienti anziani perdano la capacità di deambulare autonomamente dopo un ricovero in area internistica. Le conseguenze dell'allettamento appaiono deleterie e comprendono la perdita della massa muscolare, l'aumento del rischio di cadute, l'atelettasia polmonare con conseguente rischio di polmonite ed insufficienza respiratoria, le ulcere da pressione, il delirium, il tromboembolismo venoso, l'allungamento della degenza e l'aumento del rischio di istituzionalizzazione. In letteratura i programmi di mobilitazione precoce –ad esempio Acute Care of the Elderly (ACE) units, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Mobilization of Vulnerable Elders (MOVE) e Hospital Elder Life Program (HELP)- si sono dimostrati in grado di ridurre la disabilità associata al ricovero ospedaliero (Hospital-associated disability-HAD). La mobilitazione precoce (entro 24 ore dal ricovero) e frequente (almeno 3 volte al giorno) rappresenta un punto fondamentale di tali modelli di intervento. L'introduzione di un programma di esercizio fisico per pazienti anziani ricoverati in reparti per acuti è efficace nel migliorare gli outcomes non solo alla dimissione ma anche dopo un anno di follow-up. L'approccio geriatrico multidimensionale al paziente anziano ricoverato non può prescindere dalla mobilitazione attuata con il coinvolgimento attivo del personale paramedico e dei familiari del paziente medesimo.</p>

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

## Come si è giunti alla creazione della lista

Il Presidente dell'AMGe ha promosso la discussione tra i membri del Consiglio Direttivo della Società delle pratiche più frequentemente ritenute a rischio d' inappropriatelyzza nella cura del paziente anziano. Si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (geriatri, internisti, esponenti delle professioni sanitarie) che ha redatto la lista delle raccomandazioni sulla base dell'esperienza clinica quotidiana e delle evidenze della letteratura scientifica. Le pratiche saranno presentate a tutti gli iscritti all'AMGe nel prossimo convegno nazionale (dicembre 2019) e saranno oggetto di condivisione e discussione nell'ambito degli eventi organizzati dalle sezioni regionali AMGe.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. <i>J Am Geriatr Soc.</i> 2015;63(11):2227–2246.</li><li>2. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. <i>Age Ageing.</i> 2015;44(2):213–218.</li><li>3. Jonas W, Wastesson, Lucas Morin, Edwin C.K. Tan &amp; Kristina Johnell (2018): An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review, <i>Expert Opinion on Drug Safety</i>, DOI: 10.1080/14740338.2018.1546841</li><li>4. American Geriatrics Society. Ten Things Physicians and Patients Should Question. <a href="http://www.americangeriatrics.org">www.americangeriatrics.org</a>.</li></ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Canadian Society of Internal Medicine, Choosing Wisely Canada recommendation 2.</li><li>2. Society of Hospital Medicine- Adult of Hospital Medicine, Choosing Wisely recommendation 1 (2013)</li><li>3. American Academy of Nursing, Choosing Wisely recommendation 5 (2014)</li><li>4. The society for post acute and long-term care (AMDA), Choosing Wisely recommendation 6</li><li>5. <a href="http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf">http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf</a></li><li>6. Meddings J, Rogers MA, Krein SL, Fakh MG, Olmsted RN, Saint S. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. <i>BMJ Qual Saf</i> 2014; 23: 277-89.</li></ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. AMDA The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Ten Things Physicians and Patients Should Question. <a href="https://paltc.org/choosing-wisely">https://paltc.org/choosing-wisely</a></li><li>2. Ruscica M, Macchi C, Pavanello C, Corsini A et al. Appropriateness of statin prescription in the elderly. <i>Eur J Intern Med.</i> 2018Apr;50:33-40.</li><li>3. Mallery LH, Moorhouse P, McLean Veysey P et al. Severely frail elderly patients do not need lipid-lowering drugs. <i>Cleve Clin J Med.</i> 2017 Feb;84(2):131-142.</li><li>4. Leya M, Stone NJ. Statin Prescribing in the Elderly: Special Considerations. <i>Curr Atheroscler Rep.</i> 2017 Oct 11;19(11):47</li></ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. American Geriatrics Society. Ten Things Physicians and Patients Should Question. <a href="http://www.americangeriatrics.org">www.americangeriatrics.org</a>.</li><li>2. Nicolle LE. Asymptomatic Bacteriuria and Bacterial Interference. <i>Microbiol Spectr.</i> 2015 Oct;3(5). doi: 10.1128/microbiolspec.UTI-0001-2012.</li><li>3. Cortes-Penfield NW, Trautner BW, Jump RLP. Urinary Tract Infection and Asymptomatic Bacteriuria in Older Adults. <i>Infect Dis Clin North Am.</i> 2017 Dec;31(4):673-688. doi: 10.1016/j.idc.2017.07.002.</li></ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. "Fare di più non significa fare meglio - Le 3 pratiche a rischio di inappropriatelyzza" . Progetto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo (2013)</li><li>2. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: incidence and significance. <i>The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences</i> 1998;53:M307-M312.</li><li>3. Surkan MJ, Gibson W, Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay, <i>Canadian Journal of Cardiology</i> (2018), doi: 10.1016/j.cjca.2018.04.033.</li><li>4. Martínez-Velilla N, Cadore L, Casas-Herrero Á, Idoate-Saralegui F, Izquierdo M. Physical Activity and Early Rehabilitation in Hospitalized Elderly Medical Patients: Systematic Review of Randomized Clinical Trials. <i>J Nutr Health Aging.</i> 2016;20(7):738-51. doi: 10.1007/s12603-016-0683-4.</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 inappropriatelyzza 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)

**L'AMGe** è l'Associazione Scientifica Nazionale Multidisciplinare di Geriatria ed ha lo scopo di rappresentare, coordinare e riunire tutti i professionisti sanitari che a vario titolo si occupano delle persone anziane. L'AMGe si prefigge di creare una cultura multidisciplinare dell'anziano nei vari setting assistenziali (ospedali per acuti, strutture riabilitative ed assistenziali, domicilio) promuovendo la formazione degli operatori sanitari, la sinergia pazienti-operatori-istituzioni, la ricerca clinica in ambito geriatrico, la collaborazione con altre Società Scientifiche. L'AMGe si pone al servizio dell'anziano sano ed ammalato, respingendo ogni forma di discriminazione basata sull'età (ageismo) e perseguendo la realizzazione di interventi in ambito clinico, riabilitativo e sociale.

<http://www.amge.it/>