

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) - 1°

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 farmacologica delle ulcere peptiche da stress con antagonisti dei recettori H-2 dell'istamina o inibitori di pompa protonica (PPI) non trova indicazione al di fuori delle cure intensive. Anche il termine “gastroprotezione” andrebbe bandito in questo contesto, dal momento che, enfatizzando l'aspetto benefico (ovviamente desiderabile), tende ad occultare che il ricorso a farmaci comporta ineluttabilmente rischi di azioni indesiderate e di possibili danni. In particolare, i PPI, largamente usati per questo in Italia, innalzano la suscettibilità alle polmoniti comunitarie e al Clostridium difficile. La prescrizione ospedaliera (fase acuta) tende a persistere dopo la dimissione (fase cronica), con un sensibile impatto sulla spesa farmaceutica.</p>
2	<p>Non trattare con antibiotici la batteriuria nei soggetti anziani, in assenza di sintomi urinari.</p> <p>Nella batteriuria asintomatica è indicato un approccio astensionistico. Non è dimostrato che i soggetti anziani interessati da batteriuria asintomatica vadano incontro ad esiti avversi, e, comunque, non è dimostrato che il ricorso agli antibiotici in questa condizione sia benefico. Per contro, sono noti gli effetti indesiderati da antibiotici, che comprendono le specifiche reazioni avverse delle singole molecole, e la pressione selettiva sui batteri colonizzatori (in particolare gli enterobatteri), con lo sviluppo di ceppi resistenti. 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. Nel 30% dei soggetti asintomatici una batteriuria significativa in un singolo campione urinario non viene confermata da un secondo esame.</p>
3	<p>Non raccomandare la PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) nella demenza avanzata; invece, preferire la alimentazione orale assistita.</p> <p>Nella demenza avanzata l'uso della PEG non comporta un miglioramento della sopravvivenza, non diminuisce il rischio di polmoniti da aspirazione, non migliora la guarigione delle ulcere da decubito (anzi, il rischio di decubiti risulta aumentato); aumenta lo stress, il ricorso al contenimento fisico e alla sedazione farmacologica, nonché il rischio di sovraccarico idrico, diarrea, dolori addominali, complicazioni locali. La alimentazione orale assistita, invece, permette di migliorare lo stato nutrizionale. Ma nei malati terminali la nutrizione dovrebbe focalizzarsi sul comfort del paziente e sulle relazioni umane piuttosto che mirare ad obiettivi nutrizionali.</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 volume notevole di prelievi ematici per esami di laboratorio nel breve periodo della degenza, per richieste spesso ridondanti e ripetitive. Gli esami di laboratorio alterati richiedono ulteriori controlli, anche se la richiesta originaria era futile, e ciò amplifica il problema. Si tende a sottovalutare il problema della anemia indotta dall'ospedalizzazione a causa dei frequenti prelievi, che può costituire un problema in particolari situazioni cliniche. Sono in atto tentativi di automatizzare i retrocontrolli sulle richieste, con sistemi “reflex” e con vincoli basati su incompatibilità con precedenti risultati o su filtri di intervallo temporale. Spetta al medico prescrittore discernere ciò che è inutilmente ripetitivo, anche attraverso una interazione con il medico di laboratorio. Ovviamente, gli esami futili gravano inutilmente sui costi.</p>
5	<p>Non trasfondere emazie concentrate per livelli arbitrari di Hb (emoglobina) in assenza di sintomi di malattia coronarica attiva, scompenso, stroke.</p> <p>E' raccomandato di essere restrittivi nella strategia trasfusionale delle anemie croniche, anche nei pazienti ospedalizzati. Orientativamente, la decisione di trasfondere dovrebbe essere presa in considerazione a partire da valori di Hb di 6 g/dl nelle anemie acute nei giovani asintomatici, 7 g/dl nella generalità dei pazienti, di 8 g/dl nei pazienti con precedenti di malattia cardiovascolare, di 9 g/dl nella maggioranza dei pazienti critici. Comunque, non ci si deve basare esclusivamente sul valore di Hb, ma anche su molteplici fattori che condizionano lo stato clinico e le necessità di ossigenazione dei vari organi. Nei pazienti sintomatici per coronaropatia attiva, scompenso cardiaco, stroke, le indicazioni dovrebbero essere più liberali, ma anche in questi tipi di pazienti il beneficio di valori di Hb superiori a 10 g/dl è incerto. Le trasfusioni non necessarie espongono a rischi indebiti di effetti avversi non controbilanciati da pari probabilità di beneficio, e generano costi aggiuntivi.</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 prime 5.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. American Society of Health System Pharmacists. <i>ASHP therapeutic guidelines on stress ulcer prophylaxis</i>. Am J Health Syst Pharm 1999;56:347-379. 2. Bez C, Perrotet N, Zingg T, Leung Ki EL, Demartines N, Pannatier A. <i>Stress ulcer prophylaxis in non-critically ill patients: a prospective evaluation of current practice in a general surgery department</i>. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2013;19:374-378. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01838.x 3. Gullotta R, Ferraris L, Corlezzi C, Minoli G, Prada A, Comin U, Rocca F, Ferrara A, Curzio M. <i>Are we correctly using the inhibitors of gastric acid secretion and cytoprotective drug? Results of a multicentre study</i>. Ital J Gastroenterol Hepatol 1997;29(4):325-9. 4. Parente F, Cicino C, Gallus S, Bagiggia S, Greco S, Pastore L, Bianchi Porro G. <i>Hospital use of acid-suppressive medications and its fall-out on prescribing in general practice: a 1-month survey</i>. Aliment Pharmacol Ther 2003;17(12):1503-6. 5. Herzig SJ, Howell MD, Ngo LH, Marcantonio ER. <i>Acid-suppressive medication use and the risk for hospital-acquired pneumonia</i>. JAMA_2009;301(20):2120-8. doi: 10.1001/jama.2009.722. 6. Cunningham R, Dale B, Undy B, Gaunt N. <i>Proton pump inhibitors as a risk factor for Clostridium difficile diarrhoea</i>. J Hosp Infect 2003;54(3):243-5.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infectious Disease Society of America Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis 2005;40:643-665. 2. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et Association française d'urologie (AFU). <i>Infections urinaire nosocomiales de l'adulte</i>. Médecine et Maladies Infectieuses 2003;33:193s-215s. 3. Bulfoni A, Concia E, Costantino S, Giusti M, Iori I, Mazzei T, Nardi R, Salsi A, Schito G. <i>Orientamenti terapeutici per il trattamento delle infezioni batteriche nel paziente anziano in Medicina Interna</i>. Italian J Med 2007;(1)2 Suppl: III-IV,156s-61s.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampson EL, Candy B, Jones L. <i>Enteral tube feeding for older people with advanced dementia</i>. Cochrane Syst Rev 2009 Apr15; (2): CD007209 2. Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson Lc et al. <i>Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision making regarding difficulty with eating for person with advanced dementia</i>. J Am Geriatr Soc. 2010; 59(3): 580-584. 3. Hanson LC, Carey TS, Caprio AJ, LeeTJ et al <i>Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized controlled trial</i>. J Am Geriatr Soc 2011 Nov 59(11):2009-2016 4. Teno JM, Gozalo, PL, Mitchell SL, Does feeding tube insertion and its timing improve survival? J Am Geriatr Soc 2012 Oct, 60(10): 1918-21 5. Van der Steen JT, Radbruch L, MPM Hertogh C, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. <i>White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care</i>. Palliative Care 2013;0:1-13, DOI: 10.1177/0269216313493685
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salisbury AC, Reid KR, Alexander KP. Et al. <i>Diagnostic blood loss from phlebotomy and hospital acquired anemia during acute myocardial infarction</i>. Arch Intern Med 2011;171:1646-53 2. Janssens PM. <i>Managing the demand for laboratory testing: options and opportunities</i>. Clin Chim Acta 2010;411:1596-602, doi: 10.1016/j.cca.2010.07.022. Epub 2010 Jul 24. 3. http://www.roche.it/fmfiles/re7143001/ESADIA42.pdf
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jeffrey L. Carson, MD; Brenda J. Grossman, MD, MPH et al, for the Clinical Transfusion Medicine Committee of the AABB. <i>Red blood cell transfusion: a critical practice guideline from the AABB</i>. Ann Intern Med 2012;157(1):49-58. doi:10.7326/0003-4819-157-1-201206190-00429. 2. Carson JL, Carless PA, Hebert P. <i>Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogenic red blood cell transfusion</i>. Cochrane Library, DOI:10.1002/14651858.CD002042.pub3 3. Retter A, Wynol D, Pearse R, et al; British Committee for Standards in Haematology. <i>Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients</i>. Br J Haematol 2013 Feb;160(4):445-64. doi: 10.1111/bjh.12143. Epub 2012 Dec 27. 4. Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunohaematologia (SIMTI). <i>Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti e dei plasmaderivati</i>. 1ª Edizione, settembre 2008. Edizioni SIMTI, Italia

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"**, in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: 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/>