

Choosing Wisely per l'appropriatezza

Mercoledì 6 Dicembre 2023



Dr. Gino Parca
Direttore UOC Medicina Interna - Ospedale S. Donato Arezzo

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo

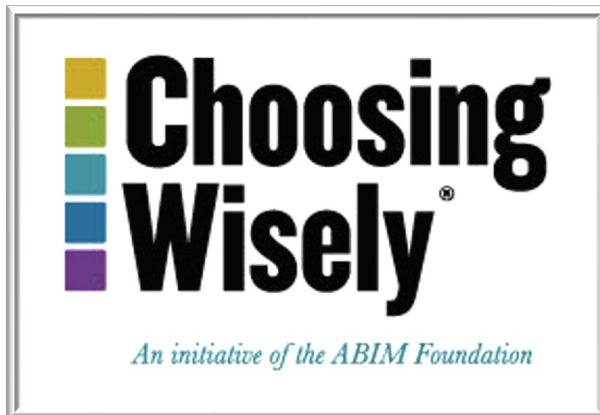
Analisi di due raccomandazioni Top Five FADOI



Una esperienza negli Ospedali Aretini



Ostacoli ed opportunità



Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

HOME

ARTICLES & MULTIMEDIA ▾

ISSUES ▾

SPECIALTIES & TOPICS ▾

FOR AUTHORS ▾

CME ▶



Perspective

Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List

Howard Brody, M.D., Ph.D.

N Engl J Med 2010; 362:283-285 | January 28, 2010 | DOI: 10.1056/NEJMp0911423

Share:     

Article

References

Citing Articles (116)

Too much medicine / Less is more

Too much medicine campaign

BMJ

Febbraio 2013

The *BMJ's* Too Much Medicine campaign aims to highlight the threat to human health posed by overdiagnosis and the waste of resources on unnecessary care.

There is growing evidence that many people are overdiagnosed and overtreated for a wide range of conditions, such as prostate and thyroid cancers, asthma, and chronic kidney disease.



JAMA Internal Medicine

Formerly Archives of Internal Medicine

Deborah Grady, MD, MPH

Rita F. Redberg, MD, MSc

Editor

Maggio 2010

Less Is More

EDITORIAL

How Less Health Care Can Result in Better Health

I F SOME MEDICAL CARE IS GOOD, MORE CARE IS BETTER. Right? Unfortunately, this is often not the case. Across the United States, the rate of use of common medical services varies markedly, but measures of health are not better in areas where more services are provided.¹ In fact, the opposite is true—some measures of health are worse in areas where people receive more health services.²

Choosing Wisely per
l'appropriatezza

DISCUSSIONE DI CASI CLINICI

MORBIDITY AND MORTALITY REVIEWS



ANNO 2014

**11°
anno**

Too much medicine? L'importanza di scegliere saggiamente

**Relatore dr. R. Migliacci , UO MED Valdichiana
Introduce e modera dr. G. Parca, UO MED Arezzo**

**Biblioteca Ospedale S. Donato
Mercoledì 22 gennaio , ore 14.30**

Responsabili scientifici

Dr. Gino Parca , Dr. Alessandro Casini



PROGETTO CHOOSING WISELY / SLOW MEDICINE ASL 8 AREZZO 2015



**Branka VUJOVIC
Lia PATRUSSI
Gino PARCA
Rino MIGLIACCI**

Le “TOP FIVE LISTS”

PRATICHE di uso comune ma di efficacia non dimostrata, che dovrebbero essere messe in discussione da operatori sanitari e pazienti

USL 8 AREZZO :

**Nel 2016 ELABORATE LISTE
IN OGNI DIPARTIMENTO**

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 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 futli 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</p>




MANIFESTO PROGETTUALE per l'Appropriatezza Praticata

Riconoscerla nei singoli contesti
e fornire strumenti per le soluzioni



Analisi di due raccomandazioni Top Five FADOI



Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) - 2°

1	<p>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.</p> <p>I pazienti anziani che assumono pralidone, e in particolare le benzodiazepine, vanno incontro più spesso ad altri 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 di rilevato, e di deficit motori e cognitivi insiti. L'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere riservato alle condizioni di assistenza da alcol e agli stati ansiosi, dovendone far ricorso, va data preferenza a bassi dosaggi, ai farmaci di più breve emivita, alla terapia di breve durata, all'uso intermittente, rivalutando periodicamente l'indicazione in caso di uso prolungato. 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 attitudinaria, nei reparti per acuti (come sono le Medecine Interniste) si tende a mantenere a distanza standard di procedure terapeutiche e diagnostiche falli, orientata alla rapida pulizia che ai reali bisogni del paziente. Ciò determina l'insufficiente controllo dei sintomi chiave che caratterizzano la terminalità (dolore, dispnea, agitazione, secrezioni respiratorie, ecc.), 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>Fin a un terzo della popolazione ha 70 e 85 anni dei paesi avanzati assume terapia ipolipemizzante (ovvero statine) per prevenzione primaria o secondaria. Tuttavia, il concetto che anche nei soggetti anziani l'ipercolesterolemia LDL, e i bassi valori di HDL, siano importanti fattori di rischio cardiovascolare è controverso, perché per lo più basato sulle tempistiche dei dati delle età più giovani; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con un'umentata 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'efficacia di effetti ipolipemizzanti (ovvero riduzione, moderata, dell'adrenone corticosteroide, diabete) è relativamente maggiore. A fronte di una aspettativa di vita limitata (i.e. <10 anni), il valore una terapia con statine non è supportato da evidenze, mantenenti è questionabile.</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 cicloossigenasi di tipo 2 (anti COX-2) possono causare incremento della pressione arteriosa, minore risposta ai trattamenti antiipertensivi, ritenzione idrica e peggioramento della funzione renale nei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni etiologia inclusa 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 limitare il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'utilizzo di paracetamolo, tramadolo ed oppioidi a breve durata.</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 queste metodiche 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 inutilmente positivi e di esami incidentalmente risultano proporzionalmente elevati nella regione terra-cotta, 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.
 Febbraio 2015

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	Non prescrivere "gastroprotezione" per la profilassi di ulcere da stress ai pazienti medici, a meno di alto rischio di sanguinamento.
	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 inevitabilmente 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.
	Non trattare con antibiotici la batteriuria nei soggetti anziani in assenza di sintomi urinari

3

Non raccomandare la PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) nella demenza avanzata; invece, preferire la alimentazione orale assistita.

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.

4	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 futli gravano inutilmente sui costi.
----------	---

5	Non trasfondere emazie concentrate per livelli arbitrari di Hb (emoglobina) in assenza di sintomi di malattia coronarica attiva, scompenso, stroke.
----------	--

5	E' raccomandato di essere restrittivi nella strategia trasfusionale delle anemie croniche, anche nei pazienti ospedalizzati. Orientativamente, la decisione di
----------	--

MEDICINA INTERNA

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);

MEDICINA INTERNA

Nella demenza avanzata l'uso della PEG

aumenta lo stress, il ricorso al contenimento fisico e alla sedazione farmacologica, nonché il **rischio di sovraccarico idrico**, diarrea, dolori addominali, **complicazioni locali**.

L'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.

PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (*per residenza*)

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

Numeratore: Ricoveri in reparti di Medicina generale per tutte le cause tranne Ictus, di assistiti con demenza residenti in Toscana, cui è stata messa una PEG durante il ricovero stesso

Denominatore: Ricoveri in reparti di Medicina generale per tutte le cause tranne Ictus, di assistiti con demenza residenti in Toscana

Livello geografico: Toscana, Zona socio-sanitaria

PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (*per residenza*)

Si considerano i ricoveri

- di assistiti residenti in Toscana, con età ≥ 18 anni
- erogati da presidi regionali
- in reparti di Medicina Interna (codice reparto 26)
- per tutte le diagnosi escluso l'ictus (icd9: 430*, 431*, 432*, 434*, 436*).

Si considerano al numeratore i ricoveri in cui è stata eseguita una PEG: codice procedura 4311.

I dati anagrafici degli utenti sono basati sulle schede di dimissione ospedaliera.

I pazienti con Demenza vengono identificati tramite algoritmo ARS, basato su

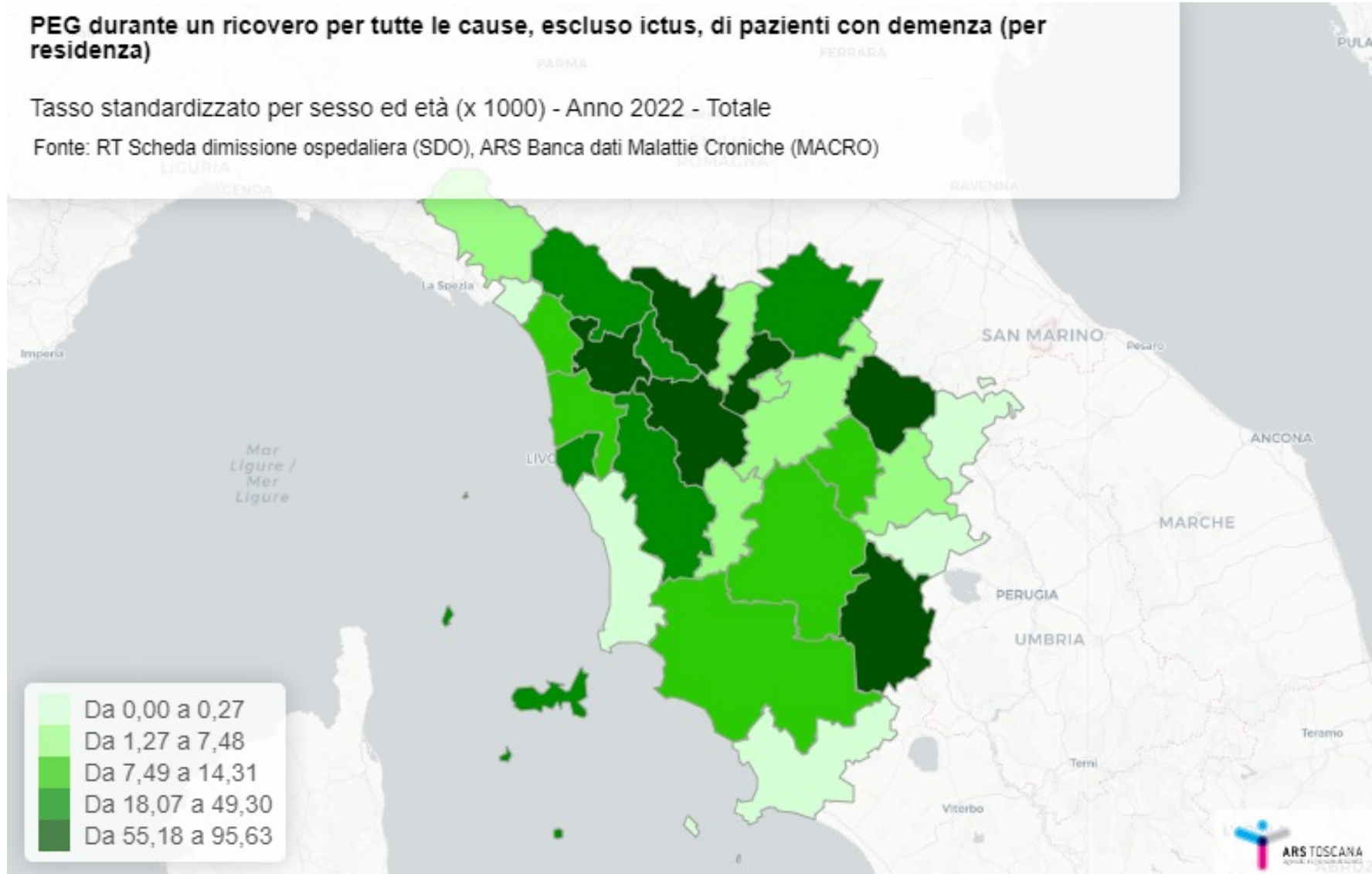
- pregressi ricoveri (SDO) o assistenza domiciliare/residenziale (AD/RSA) per demenza (icd9 290*, 291*, 292*, 294*, 331*)
- esenzione con codice 290* o con gruppo di esenzione 011 (SEA)
- Presenza di almeno due prescrizioni in date distinte in un anno di farmaci antidemenza codici ATC: N06DA* (anticolinesterasi), N06DX01 (Memantina). (SPF-FED)

PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (*per residenza*)

PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (per residenza)

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 1000) - Anno 2022 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

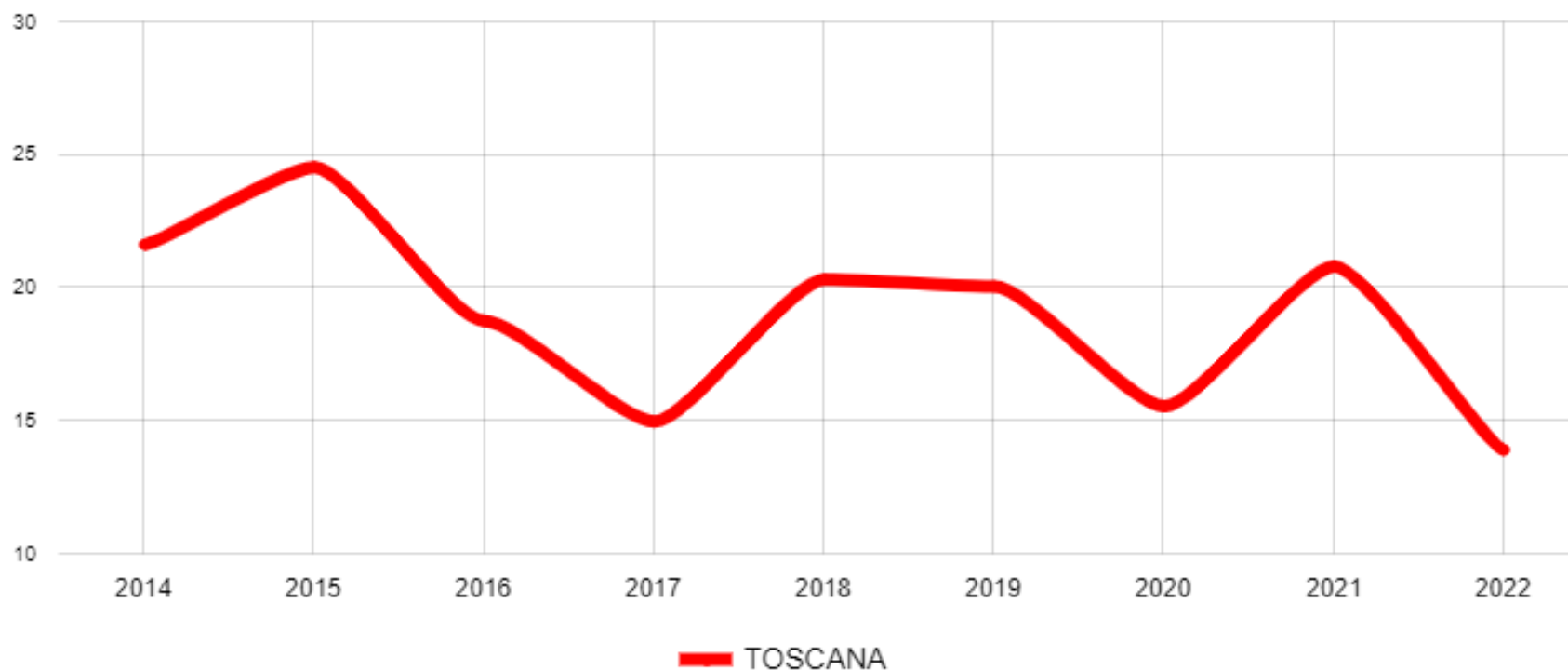


PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (*per residenza*)

PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (per residenza)

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

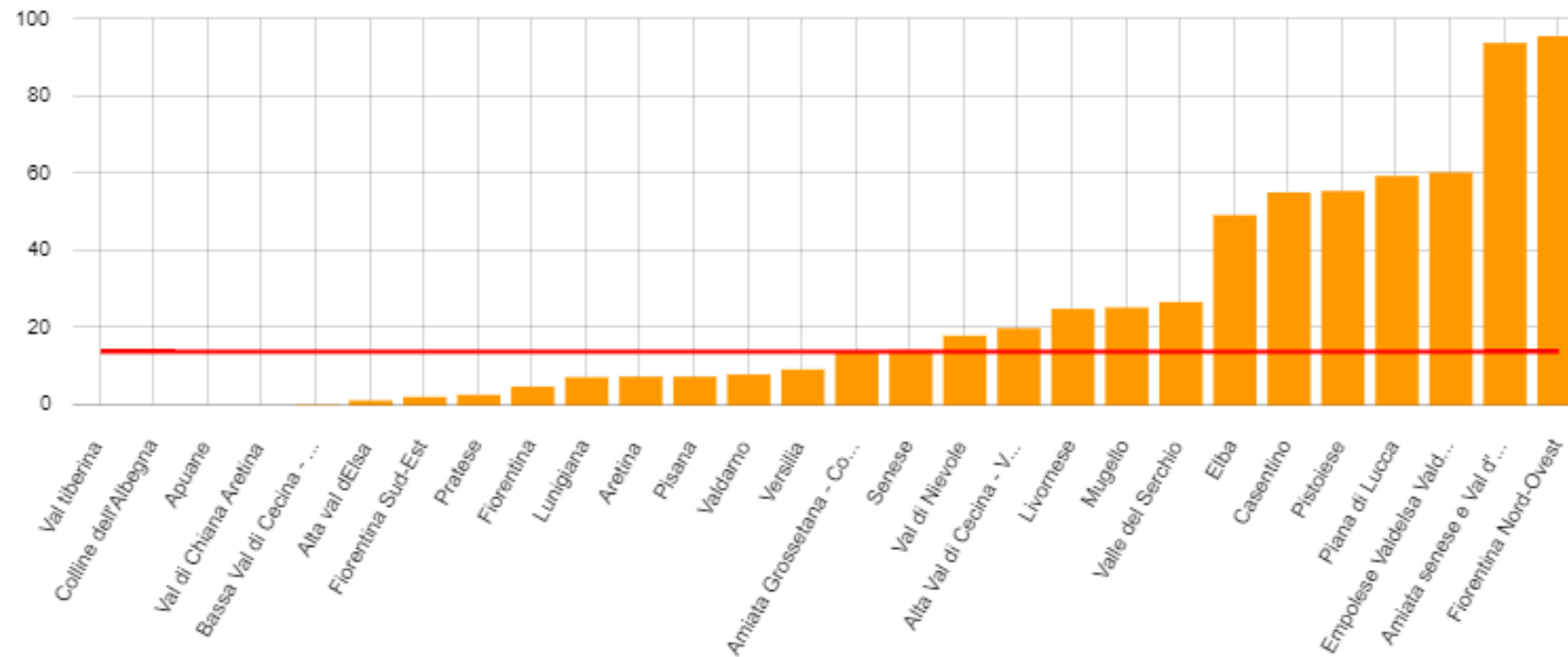


PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (*per residenza*)

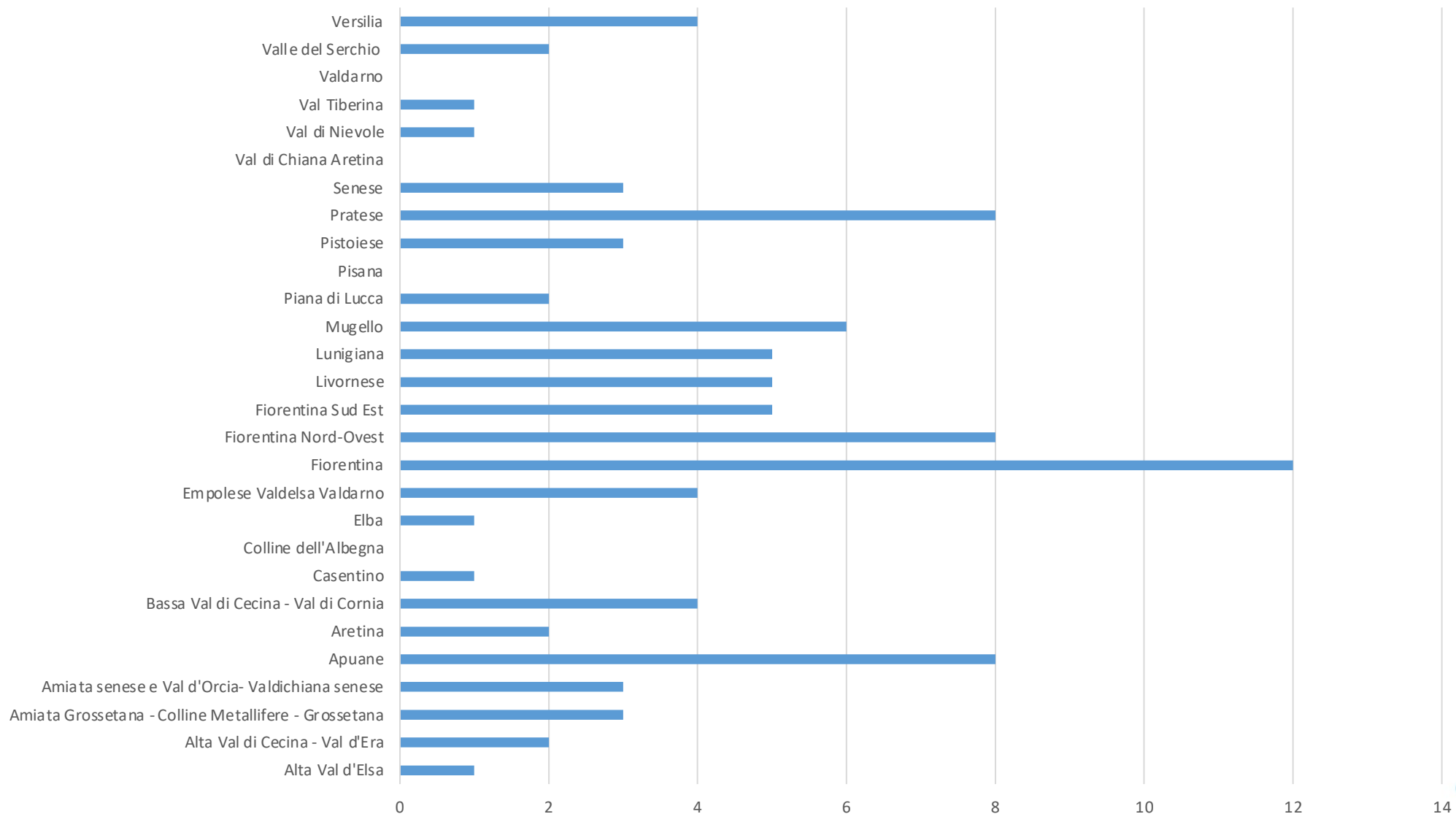
PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (per residenza)

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 1000) - Anno 2022 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (per residenza)- numeri assoluti - Anno 2021



PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza (*per Presidio*)

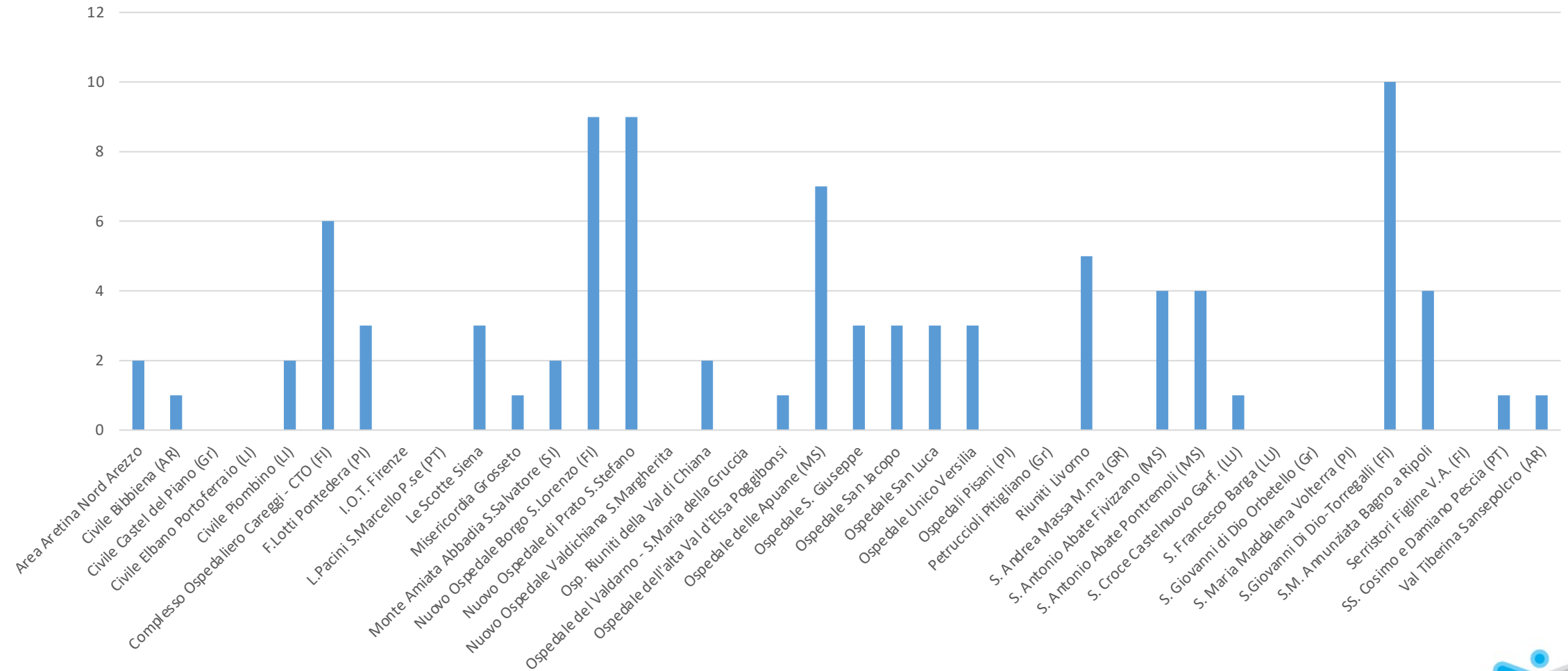
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

Numeratore: Ricoveri in reparti di medicina generale per tutte le cause tranne Ictus, di assistiti con demenza residenti in Toscana, cui è stata messa una PEG durante il ricovero stesso

Denominatore: Ricoveri in reparti di medicina generale per tutte le cause tranne Ictus, di assistiti con demenza residenti in Toscana

Livello geografico: Presidio

PEG durante un ricovero per tutte le cause, escluso ictus, di pazienti con demenza- numeri assoluti- Anno 2021



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	Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.
	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

Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata

3

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 questionabile.

4	Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.
	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 limitare il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'uso di paracetamolo, tramadolo ed oppiacei a breve emivita.
5	Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.
	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.

MEDICINA INTERNA

Fino a **un terzo della popolazione fra 75 e 85 anni** dei paesi avanzati assume terapia ipo-lipemizzante (soprattutto statine) per prevenzione primaria o secondaria.

Tuttavia, il concetto che anche nei soggetti anziani l'iper-colesterolemia LDL o i bassi valori di HDL siano importanti fattori di rischio cardio-vascolare è controverso, perché per lo più basato sull'extrapolazione dei dati delle età più giovani; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con un'aumentata mortalità.

MEDICINA INTERNA

Oltre gli 85 anni di età, 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 questionabile.

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo

Medication Safety Webinar series Save the date

WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm

Medication Without Harm

World Patient Safety Day

17 September 2022

WHO Global Patient Safety Challenge

MEDICATION WITHOUT HARM
Global Patient Safety Challenge

World Health Organization

World Health Organization

Patient Safety

MEDICATION WITHOUT HARM
Global Patient Safety Challenge

World Patient Safety Day 17 September 2022

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



Deprescribing Medicines

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (*per residenza*)

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

Numeratore: Dimissioni da un reparto di Medicina generale di ultra-85enni deceduti entro un anno dalla dimissione, non prevalenti per cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus. Seguite - entro 7 giorni - da almeno una erogazione di farmaci ipolipemizzanti

Denominatore: Dimissioni da un reparto di Medicina generale di ultra-85enni deceduti entro un anno dalla dimissione, non prevalenti per cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus

Livello geografico: Toscana, Zona socio-sanitaria

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (*per residenza*)

Si considerano i ricoveri

- di assistiti residenti in Toscana, con età >85 anni, deceduti entro un anno dalla dimissione
- erogati da presidi regionali
- in reparti di Medicina interna (codice reparto 26)
- non prevalenti per Ictus, IMA, cardiopatia ischemica

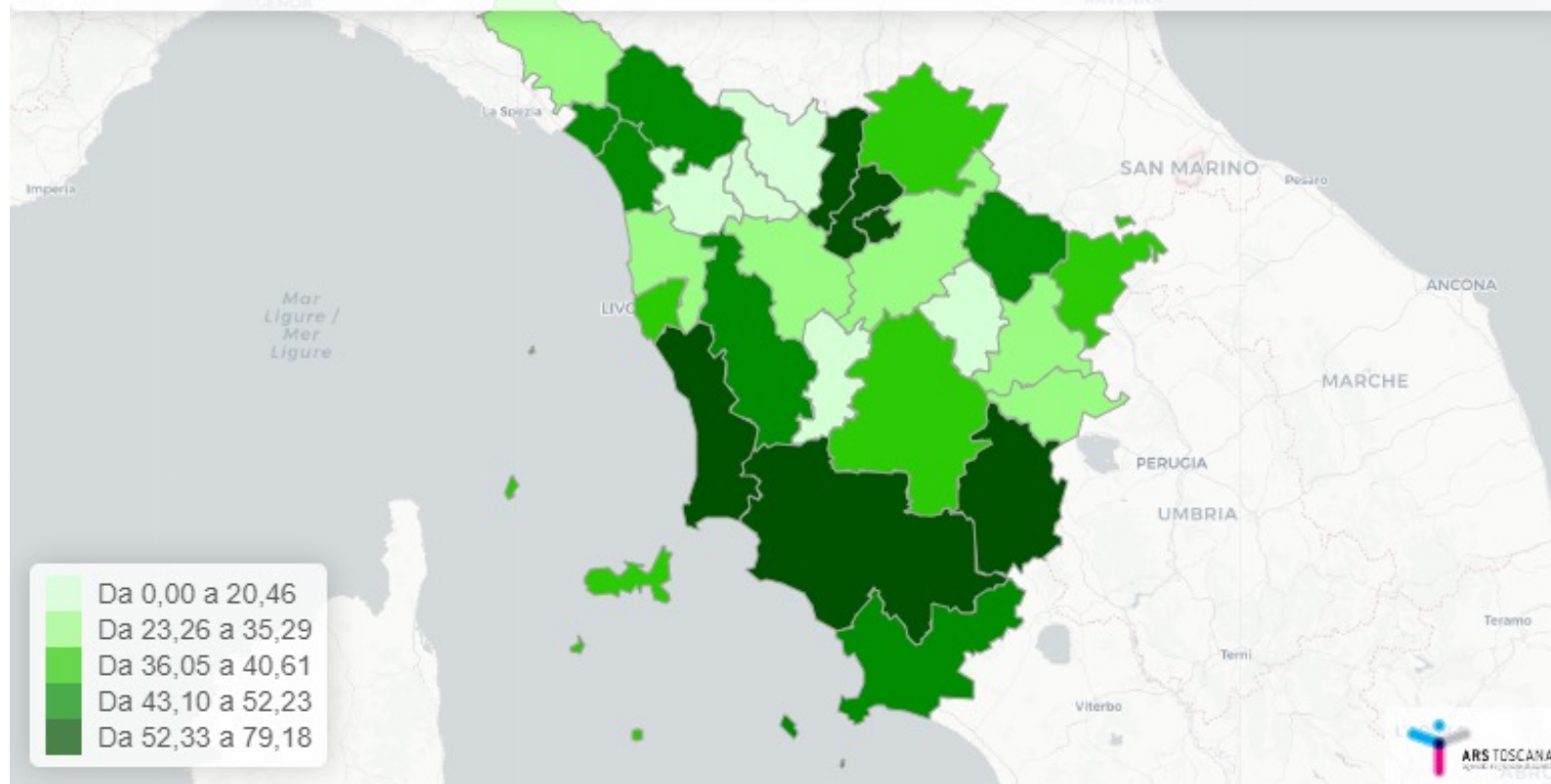
Si considerano dal flusso FED i farmaci con codice ATC2 C10: SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI.

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (*per residenza*)

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (per residenza)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2021 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

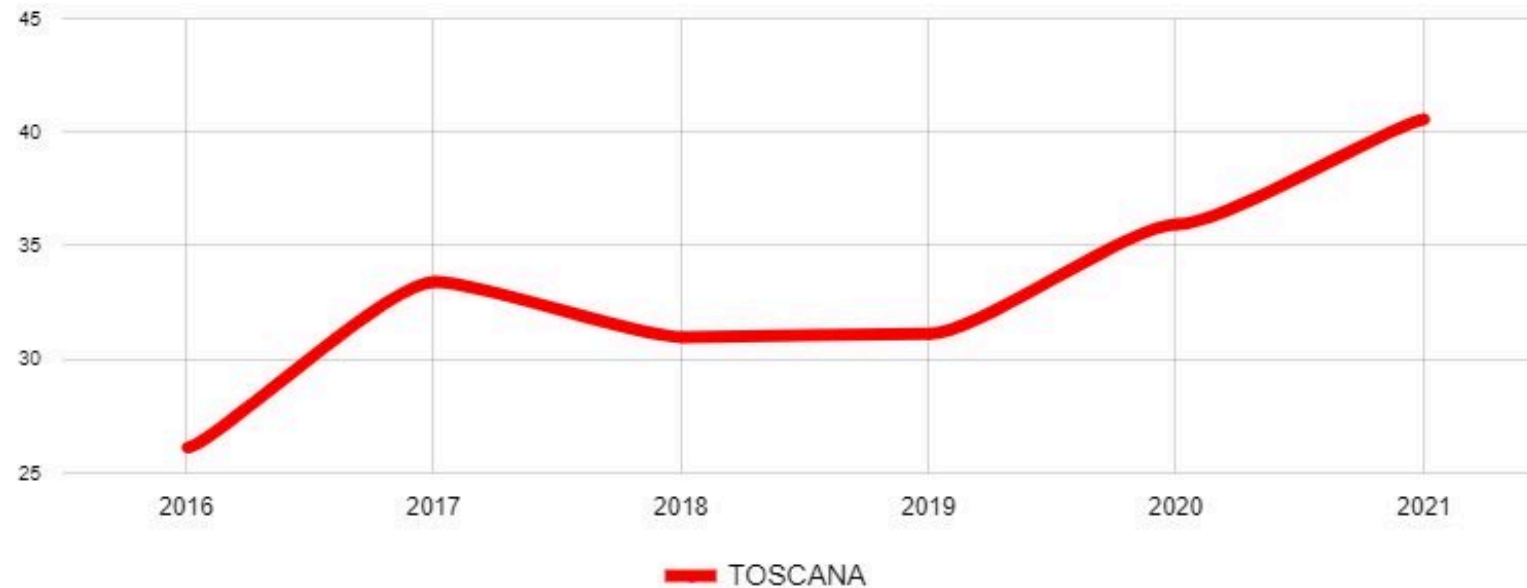


Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (per residenza)

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (per residenza)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

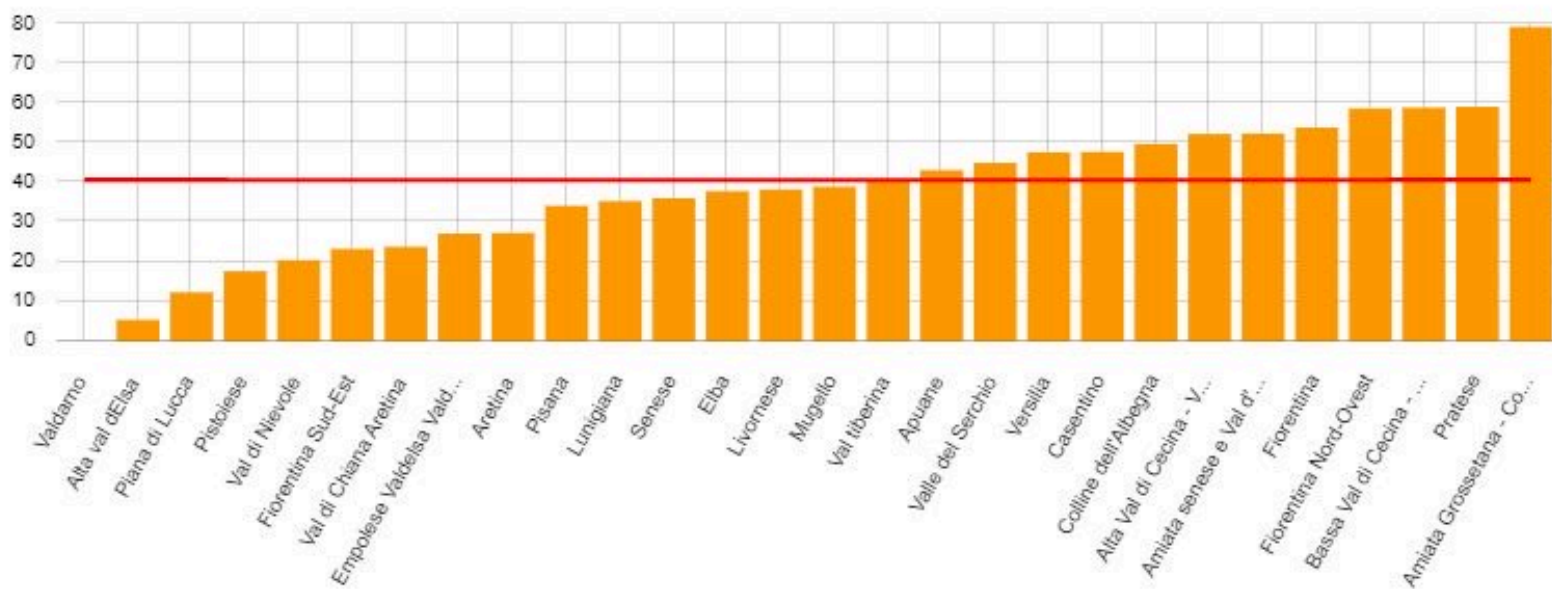


Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (*per residenza*)

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (per residenza)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2021 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (*per presidio di dimissione*)

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistentibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

Numeratore: Dimissioni da qualsiasi reparto, seguite entro i 7 giorni da almeno un'erogazione di farmaci ipolipemizzanti, di ultra-85enni deceduti entro un anno dalla dimissione, non prevalenti per cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus

Denominatore: Dimissioni da qualsiasi reparto di assistiti ultra-85enni deceduti entro un anno dalla dimissione, non prevalenti per cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus.

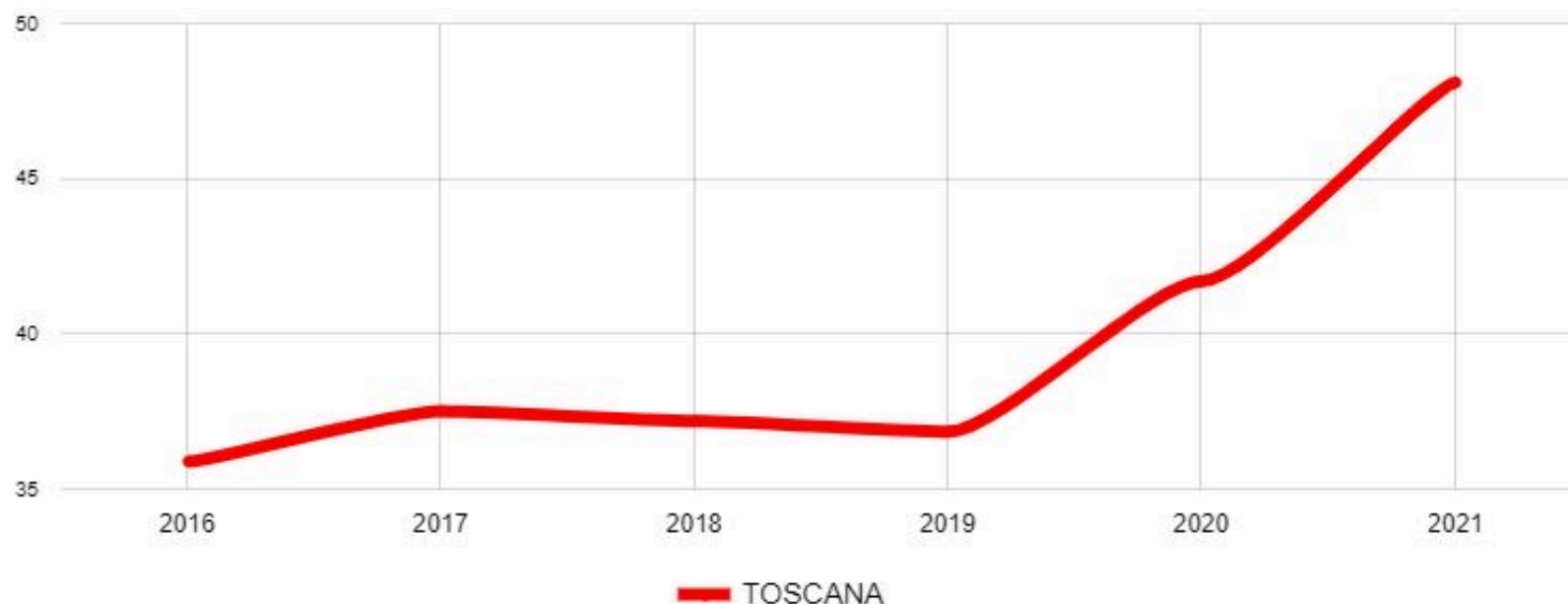
Livello geografico: Toscana, Presidio

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (*per presidio di dimissione*)

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (per presidio di dimissione)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

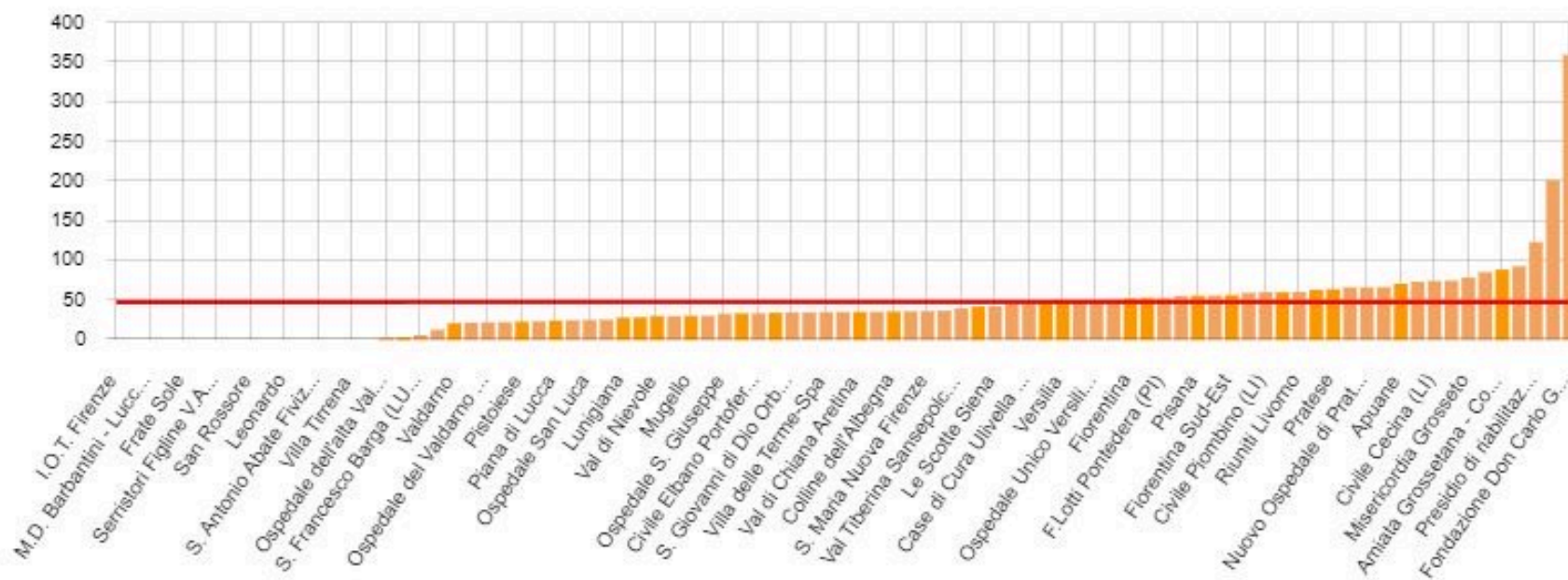


Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di Medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (*per presidio di dimissione*)

Over 85 anni, Ipolipemizzanti entro 7 gg da una dimissione da un reparto di medicina interna nell'ultimo anno di vita, in assenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto e ictus (per presidio di dimissione)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2021 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo

Analisi di due raccomandazioni Top Five FADOI



Una esperienza negli Ospedali Aretini





PROGETTO CHOOSING WISELY / SLOW MEDICINE ASL 8 AREZZO 2015



**Branka VUJOVIC
Lia PATRUSSI
Gino PARCA
Rino MIGLIACCI**



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

Non prescrivere "gastroprotezione" per la profilassi di ulcere da stress ai pazienti medici, a meno di alto rischio di sanguinamento.

Non eseguire esami di laboratorio ripetitivi di fronte a stabilità clinica e di laboratorio.

4 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.

La guarigione delle ulcere da peptico (anzi, il rischio di recidiva risulta aumentato); aumento 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.

Non eseguire esami di laboratorio ripetitivi di fronte a stabilità clinica e di laboratorio.

4 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.

Non trasfondere emazie concentrate per livelli arbitrari di Hb (emoglobina) in assenza di sintomi di malattia coronarica attiva, scompenso, stroke.

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



Using Blood Wisely

Make every drop count.

Is your hospital using blood wisely?
Take the challenge.

UsingBloodWisely.ca

Using Labs Wisely

An initiative of:
Choosing Wisely Canada
Canadian Blood Services

Using Labs Wisely

Slow Medicine, Sobria Rispettosa Giusta

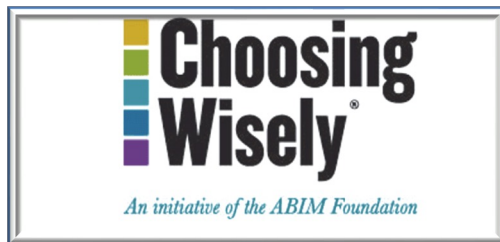
The image displays two posters from the Choosing Wisely initiative. The top poster, titled "Using Blood Wisely", features an illustration of a blood bag and a syringe. The bottom poster, titled "Using Labs Wisely", features an illustration of a hand in a green glove using a pipette to add liquid to a test tube rack. A large red circle highlights the "Using Labs Wisely" poster.

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo

Impatto del progetto “Choosing Wisely-Slow Medicine” sull’appropriatezza dell’impiego degli esami di laboratorio nei pazienti ricoverati in Medicina Interna

G.Parca, S.Dei, R.Migliacci, C.Palermo, L.Patrussi



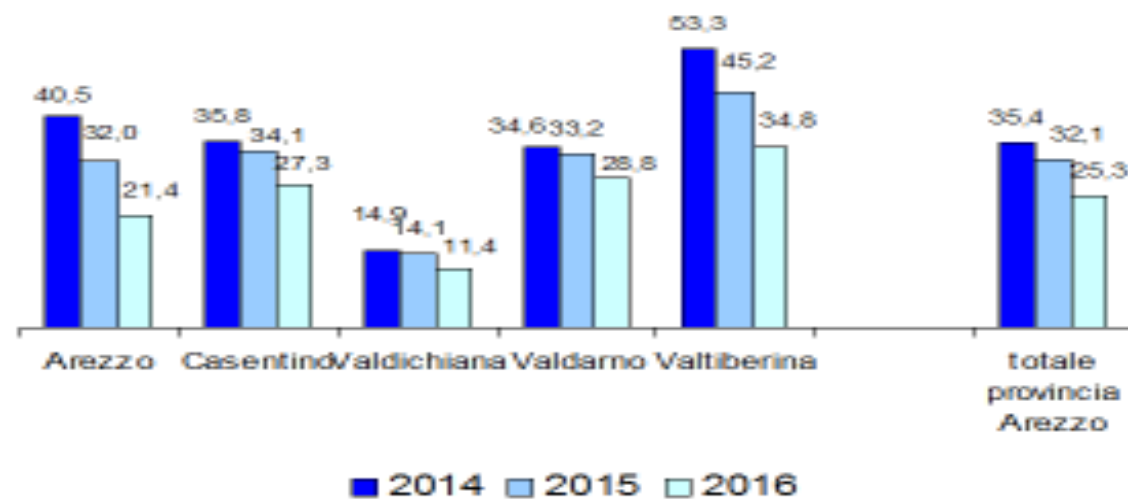
Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo

Choosing Wisely per
l'appropriatezza

Struttura Complessa	2014	2015	2016	var%2015 vs 2014	var%2016 vs 2015
AREZZO- Medicina Interna Degenza	42.374	43.891	30.981	4%	-29%
CASENTINO Medicina Interna Degenza	48.960	45.047	35.033	-8%	-22%
VALDICHIANA-Medicina Interna Degenza	13.940	13.172	10.494	-6%	-20%
VALDARNO-Medicina Interna Degenza (A)	31.715	31.455	26.537	-1%	-16%
VALDARNO-Medicina interna Degenza (B)	31.887	29.575	24.806	-7%	-16%
SANSEPOLCRO-Medicina Interna Degenza	44.114	42.234	34.027	-4%	-19%
Totale	212.990	205.374	161.878	-4%	-21%

Tab 1 :Numero totale di esami per S.C. anni 2014-2016 e percentuale di riduzione



Tab 2:Numero di esami / paziente per S.C ,trend 2014-2016

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo

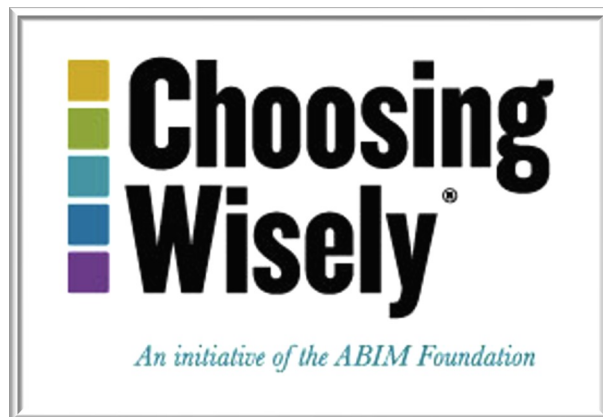
Analisi di due raccomandazioni Top Five FADOI



Una esperienza negli Ospedali Aretini



Ostacoli ed opportunità



Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



Dai risultati di tutte le indagini sui professionisti, emerge
- da un lato la condivisione della gran parte delle raccomandazioni,
- dall'altro la loro insufficiente applicazione

Vernerio S, Giustetto G. **Esami diagnostici, trattamenti e procedure non necessari: risultati e considerazioni da un'indagine sui medici italiani.** Recenti Prog Med 2017;108:324-32

«**Fare di più non significa fare meglio: a che punto siamo?**» Rivista L'infermiere N.1 2021

² <https://www.infermiereonline.org/2021/03/06/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/>

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



Original Investigation

December 2015

JAMA The Journal of the
American Medical Association

Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign

Alan Rosenberg, MD¹; Abiy Agiro, PhD²; Marc Gottlieb, MPA¹; [et al](#)

» [Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA Intern Med. 2015;175(12):1913-1920. doi:10.1001/jamainternmed.2015.5441

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective
APRIL 7, 2022

Ten Years of Choosing Wisely to Reduce Low-Value Care

Elizabeth J. Rourke, M.D.

Let me say at the outset that in my primary care clinic I practice low-value care. Not every day, costing \$75 billion to \$101 billion per year.²

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

PERSPECTIVE

TEN YEARS OF CHOOSING WISELY TO REDUCE LOW-VALUE CARE

low-value care, health systems can achieve cost savings without reducing quality. The bruising political battle over the ACA, however, drove Choosing Wisely away from anything that might smack of rationing. Crucially, the program excludes financial cost from its determinations of value and explicitly rejects the notion that its lists could be used to determine insurance coverage.

In a capitalist economy oriented toward growth, more has always been more, and newer has always been better.

low-value care are substantial. From an economic standpoint, health care is the tent pole of the American postindustrial service economy, and any significant reduction in the amount of care provided would result in financial and job losses.

However, multiple studies have shown that economics alone cannot account for low-value care, and economic changes can't com-

with me. It's frustrating to me that I often feel trapped between the actual circumstances of the patient before me and a theoretical determination by some remote, faceless entity that, for instance, MRI is not useful for acute, uncomplicated back pain. For patients whose physical agony is compounded by the fear of a life-threatening cause such as a tumor, who defines value? Is relief of anxiety worth the cost of an MRI? When? For whom? The realities of "value" and "benefit" on the ground are complex and fraught.

Recognition of this complexity offsets, to some degree, the dismay I feel on the occasions when patients are seeking to

e

bil-

Raccomandazioni FADOI su PEG ed ipolipemizzanti

Dr. Gino Parca – Ospedale San Donato Arezzo



Un problema molto complesso

Tante variabili in gioco

LA SFIDA DELLA IMPLEMENTAZIONE



INTERVENTI ed ATTORI

Choosing Wisely per l'appropriatezza

Mercoledì 6 Dicembre 2023



Dr. Gino Parca
UOC Medicina Interna
Ospedale San Donato Arezzo

Migliorare l'appropriatezza: chi comincia ?

MM ... PERFETTO! PROPRIO COME IMMAGINAVO ... LE
OSSA CI SONO!

