

## Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

1	<p><b>Non richiedere di routine esami di diagnostica per immagini in caso di lombalgia senza segni o sintomi di allarme (bandierine rosse o red flag)</b></p> <p>La lombalgia è nella maggior parte dei casi benigna e a risoluzione spontanea. L'anamnesi e l'esame obiettivo, anche con ricerca di segni neurologici, permettono di escludere situazioni cliniche gravi. In tali casi le tecniche di imaging sono inappropriate, almeno per le prime 6 settimane, poiché non modificano l'approccio terapeutico. Inoltre il riscontro di reperti incidentali induce ansia e ricorso ad ulteriori inutili esami, espone a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo ingiustificato per la collettività.</p>
2	<p><b>Non prescrivere di routine antibiotici a pazienti affetti da infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l'opportunità nei pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori o in caso di peggioramento del quadro clinico dopo qualche giorno.</b></p> <p>Le infezioni delle vie aeree superiori (otiti comprese) hanno per lo più origine virale e guariscono spontaneamente in pochi giorni. L'uso di routine degli antibiotici espone al rischio di sviluppare resistenze ed effetti collaterali. I pazienti a rischio di infezione delle basse vie aeree o complicanze ed i pazienti con sintomi di peggioramento vanno rivalutati perché potrebbero beneficiare di un antibiotico. Rinite protratta o tosse persistente non sono indicativi di infezione batterica.</p>
3	<p><b>Non prescrivere di routine inibitori di pompa protonica (IPP) a pazienti senza fattori di rischio per malattia ulcerosa. Nella malattia da reflusso gastroesofageo prescriberli alla più bassa dose in grado di controllare i sintomi, educando il paziente ad auspicabili periodi di sospensione.</b></p> <p>Gli IPP sono prescritti abitualmente in associazione a terapie di cui si teme un potenziale effetto gastrolesivo, accertato per i FANS (evidenza di tipo A), ma non per steroidi, anticoagulanti, antineoplastici, antibiotici. L'assunzione di IPP è probabilmente correlata ad un aumentato rischio di infezioni intestinali e polmonari già nel breve termine, e di frattura dopo un anno. Nella malattia da reflusso gastroesofageo, gli IPP sono farmaci sintomatici, da assumere quando realmente necessari (con schema "al bisogno") e alla dose più bassa possibile. In questi casi, il principale rischio associato alla sospensione della terapia è l'intensificarsi dei sintomi, che potrebbe eventualmente richiedere una assunzione ciclica. Nell'esofago di Barrett alcuni studi hanno suggerito una possibile utilità della terapia con IPP a lungo termine nella prevenzione della degenerazione neoplastica: in questi pazienti è necessaria una particolare cautela.</p>
4	<p><b>Non prescrivere terapie con antinfiammatori non steroidei (FANS) senza valutare inizialmente e riconsiderare periodicamente la reale indicazione clinica e il rischio di effetti collaterali in quel momento e in quello specifico paziente.</b></p> <p>I FANS sono utilizzati prevalentemente in terapie croniche, spesso solo come analgesici, e sono gravati da importanti effetti collaterali, specie a livello gastrointestinale, renale e cardiovascolare. Gli studi disponibili suggeriscono prudenza da parte del medico, sia nella scelta iniziale (se, quale, quanto, come prescrivere), sia nella prosecuzione della terapia. Particolare attenzione va riservata ai pazienti con terapie concomitanti (ad es. antipertensivi, corticosteroidi, anticoagulanti) specie se anziani.</p>
5	<p><b>Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o Z-drugs nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati.</b></p> <p>Numerosi studi dimostrano un aumentato rischio di cadute a terra e di frattura di femore nei pazienti anziani che assumono benzodiazepine e Z-drugs (zolpidem, zaleplon e zopiclone). Tale rischio esiste anche per i protocolli terapeutici più sicuri: quelli con farmaci a bassi dosaggi, a breve emivita o per terapie a breve termine.</p> <p>Il rischio di cadute può essere aumentato, nell'immediato, da un ridotto stato di vigilanza al risveglio. In seguito possono intervenire fenomeni di accumulo con possibili deficit motori e cognitivi, favoriti anche dalla diversa farmacocinetica dell'anziano.</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

La Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) sezione provinciale di Torino ha costituito al suo interno un gruppo di lavoro. I medici partecipanti (14), attraverso una prima fase di ricerca individuale e successive riunioni plenarie hanno individuato le 5 pratiche. Tutte queste hanno un corrispondente nel lavoro americano, ma solo una nell'elenco elaborato dalla American Academy of Family Physicians. In tutti i casi i punti sono stati significativamente ripensati e riscritti rispetto al testo americano. E' in corso una ricerca relativamente ai 5 punti nell'ambito del database della Medicina Generale Health Search. Si è inoltre deciso di corredare la scheda di un documento di approfondimento. Le 5 pratiche saranno argomento di un evento formativo durante il quale verranno proposte anche a Medici di Medicina Generale diversi da quelli che le hanno elaborate. I lavori del gruppo di Torino sono stati condivisi in ambito della SIMG nazionale e hanno suscitato interesse. Attualmente si sta valutando di estendere ad altre province la sperimentazione in corso a Torino.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. Nice Clinical Guideline 88, 2009</li> <li>2. Negrini S et al. Diagnostic-therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian Clinical Guidelines. Eura Medicophys. 2006;42(2):151-70.</li> <li>3. Giovannoni S, Minozzi S, Negrini S. Percorsi diagnostico-terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena. Pacini Ed, 2006.</li> <li>4. Chou R et al. Imaging strategies for low back pain: systematic review and metanalysis. Lancet 2009; 373:463-72</li> <li>5. Srinivas S, Deyo R, Berger Z. Application of "Less Is More" to Low Back Pain. Arch Intern Med. 2012;172(13):1016-20</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NICE Clinical Guidelines 69. Respiratory Tract Infections-antibiotic prescribing: prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. July 2008.</li> <li>2. Linee guida NSGL - La gestione della sindrome influenzale – Doc. 16, 2008</li> <li>3. Rossi A. Quali pazienti trattare con terapia antibiotica nelle infezioni delle vie respiratorie. Rivista SIMG, 5,2009</li> <li>4. CeVEAS. Pacchetto informativo farmaci Regione Emilia-Romagna faringo-tonsilliti. 4, 2006</li> <li>5. Hersh AL et al and the Committee on Infectious Diseases. Principles of Judicious Antibiotic Prescribing for Bacterial Upper Respiratory Tract Infections in Pediatrics. Pediatrics 2013;132:1146–1154</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Katz M. H., Opportunities to decrease inappropriate uses of proton pump inhibitors. Arch InternMed 2011; doi:10.1001/archinternmed.2011.21.</li> <li>2. Bourne C et al, Emergent adverse effects of proton pump inhibitors, Presse Med. 2013 Feb;42(2):e53-62</li> <li>3. Singh S, Garg SK, Singh PP, Iyer PG, El-Serag HB. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. Gut. 2013 Nov 12. doi: 10.1136/gutjnl-2013-305997.</li> <li>4. AGA. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Barrett's Esophagus GASTROENTEROLOGY 2011;140:1084–1091</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NICE. NSAIDs - Prescribing Issues. <a href="http://cks.nice.org.uk/nsaids-prescribing-issues#!topicsummary">http://cks.nice.org.uk/nsaids-prescribing-issues#!topicsummary</a></li> <li>2. NICE. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. <a href="http://publications.nice.org.uk/non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-kt13/">http://publications.nice.org.uk/non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-kt13/</a></li> <li>3. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet. 2013 Aug 31;382(9894):769-79</li> <li>4. Scheiman JM, Fendrick AM. Summing the risk of NSAID therapy. Lancet. 2007 May 12;369(9573):1580-1</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finkle WD et al., Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam or diazepam in older adults. J Am Geriatr Soc. [Internet]. 2011 Oct;59(10):1883–1890.</li> <li>2. Allain H et al., Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. Drugs Aging [Internet]. 2005;22(9):749–765.</li> <li>3. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31.</li> <li>4. Bain KT, Management of chronic insomnia in elderly persons. Am J Geriatr Pharmacother. 2006 Jun;4(2):168-92.</li> <li>5. Dündar Y et al., Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2004 Jun;8(24):iii-x, 1-125.</li> </ol>

### Presentazione del progetto a cura di Slow Medicine

**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, l'Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo e Slow Food Italia.

Il sito [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it) può fornire ulteriori dettagli.

### Presentazione della Società Scientifica

La **Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)** è un'associazione autonoma e indipendente nata per promuovere, valorizzare e sostenere il ruolo professionale dei medici di medicina generale, sia nella sanità italiana che nelle organizzazioni sanitarie europee e extraeuropee. L'associazione, che si propone alle istituzioni pubbliche e private quale referente scientifico-professionale della medicina generale, presta particolare attenzione alle attività di formazione, di ricerca e di sviluppo professionale continuo.

La SIMG si muove anche a favore delle attività di ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale, oltre che nell'ambito delle valutazioni di qualità. È membro della Federazione delle società scientifiche (FISM). Numerose ricerche sono svolte in collaborazione con enti ed istituzioni nazionali ed internazionali. Collabora con Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, AIFA, con il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), con l'organizzazione mondiale della sanità (OMS).