

## IL "DECALOGO" FADOI PER UNA SLOW MEDICINE<sup>1</sup>

### LE RACCOMANDAZIONI GENERALI DEGLI INTERNISTI OSPEDALIERI PER UNA MEDICINA SOBRIA, RISPETTOSA E GIUSTA

1. *Nel paziente internistico complesso e con co-morbilità multiple esercita una proattiva selezione delle priorità, ordinando i vari problemi rispetto al loro effettivo valore clinico.*
2. *Limita la richiesta di consulenze specialistiche a quelle effettivamente necessarie rispetto ai risultati attesi.*
3. *Prima di richiedere accertamenti nuovi, verifica: se sono già stati effettuati in precedenza e quando; quali informazioni aggiuntive essi possono effettivamente dare al medico nelle decisioni per la gestione del paziente e quali rischi si corrono.*
4. *Informa e coinvolgi il paziente nella cura e nelle scelte che lo riguardano: cerca di personalizzare la gestione della malattia e della terapia, in funzione dei bisogni attivi e reali del paziente, dei suoi valori e delle sue giuste preferenze, nonché dei potenziali rischi. In base alle migliori conoscenze disponibili cerca di esplicitare: quali obiettivi clinici possono essere realisticamente perseguiti e quali possono essere le potenziali richieste improprie da parte del paziente e dei suoi famigliari.*
5. *Nelle ultime fasi di vita del paziente internistico, astieniti da procedure e/o esami invasivi. Seleziona le cure in base alla necessità di garantire un'adeguata qualità di vita e il trattamento efficace del dolore.*
6. *Esercita la "riconciliazione"<sup>2</sup> terapeutica all'ingresso del paziente in ospedale, alla sua dimissione e ad ogni visita ambulatoriale.*
7. *Per il trattamento di patologie croniche, in particolare per i nuovi pazienti, usa i farmaci equivalenti, in base alle caratteristiche del paziente, della malattia e dei principi attivi.*

---

<sup>1</sup> [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

<sup>2</sup> **Riconciliazione:** è il processo che partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, permette di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica corretta.

8. *Pianifica la dimissione fin dall'ingresso del paziente in ospedale, sulla base: della valutazione globale del paziente (clinica, funzionale, psicologico-cognitiva, economico-sociale e familiare), dell'individuazione dei casi di "dimissione difficile" e delle risorse disponibili nel territorio per la continuità assistenziale.*
9. *Alla dimissione dall'ospedale riduci il più possibile il numero dei farmaci prescritti rispetto a quelli già assunti a domicilio prima del ricovero.*
10. *Alla dimissione dall'ospedale fornisci al paziente, ai famigliari e ai caregivers i riferimenti necessari per l'autogestione della malattia (quando possibile), delle medicine e dei presidi necessari; evidenzia i sintomi e i segni da controllare per prevenire un peggioramento e ricorda i riferimenti su a chi rivolgersi in caso di bisogno, le modalità e gli appuntamenti per il dopo-dimissione, i servizi domiciliari attivati o da attivare.*

## References

1. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R., Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med* 2007;18: 359-68
2. Nardi R, Scanelli G, Tragnone A, Lolli A, Kalfus P, Baldini A, Ghedini T, Bombarda S, Fiadino L, Di Ciommo S, Difficult hospital discharges in internal medicine wards, *Intern Emerg Med* 2007, 2: 95-99;
3. Nardi R, Berti F, Greco A, et al. Complexity in hospital internal medicine departments: what are we talking about? *Ital J Med* 2013, 7/3, [In press].
4. Nardi R, Berti F, Fabbri L, Di Pasquale G, Iori I, Mathieu, G, Vescovo G, Fontanella A, Mazzone A, Campanini M, Nozzoli C, Manfellotto D et al, of the FADOI and their Friends in the Appropriate decision making Project Group (FFA-PG) in hospital Internal Medicine wards, Toward a sustainable and wise healthcare approach: potential contributions from hospital Internal Medicine Departments to reducing inappropriate medical spending, *Ital J Med* 2013, 7/3, [In press].
5. Schattner A, Test appropriateness index. *Am J Med* 2012; 125: e13.
6. Kelley AS, Treatment intensity at end of life—time to act on the evidence, *Lancet* 2011 , 378: 1364-1365.
7. Fenton JJ, Jeran AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction. a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality, *Arch Intern Med* 2012;172:405-11.
8. Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, et al. Getting to "No". Strategies primary care physicians use to deny patient requests. *Arch Intern Med* 2010;170:381-8.
9. Zoni AN et al, The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department, *European Journal of Internal Medicine* 2012, 23: 696-700
10. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG, Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 2013;158:397-403.
11. Simon C, Prescribing in the elderly. *InnovAiT* 2008;1: 813-9.
12. Nobili A et al, Polypharmacy, length of hospital stay, and in-hospital mortality among elderly patients in internal medicine wards. The REPOSI study, *Eur J Clin Pharmacol* 2011, 67: 507-19.
13. Nardi R et al, "Generic"- equivalent drugs use in general-internal medicine patients: distrust, confusion, lack of certainties or of knowledge? *Ital J Med* [In press].
14. Kim CS, Flanders SA, In the Clinic. Transitions of care, *Ann Intern Med* 2013; 158( 5 Pt 1):ITC3-1. doi:10.7326/0003-4819-158-5-20130305-01003.
15. Goodman DM , Burke AE, Livingston EH, Discharge planning, *JAMA*, 2013, 309/4, 406

maggio 2013