



Questionario su test, trattamenti e procedure non necessari nella pratica clinica corrente

In questi anni nel mondo scientifico è cresciuta la preoccupazione che in molti casi vengano prescritti test, trattamenti e procedure in modo inappropriato, sia per cautelarsi da ipotetiche rivedute, sia per accontentare le richieste dei pazienti. In Italia il movimento Slow Medicine che si batte per una medicina sobria, rispettosa e giusta, ha proposto alle società scientifiche di aderire al progetto Fare di più non significa fare meglio, individuando, tra le procedure più frequentemente prescritte dai propri specialisti, 5 pratiche a rischio di inappropriata, il cui sovrautilizzo va ridotto attraverso il dialogo tra medico e paziente. Il progetto ricalca quello statunitense Choosing Wisely lanciato dall'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation e da Consumer Reports, come assunzione di responsabilità dei medici verso l'uso appropriato delle risorse. L'anno scorso l'ABIM ha commissionato un questionario che, compilato da circa 600 medici di medicina generale e specialisti, ha consentito di ottenere una fotografia sulla prescrizione di esami non necessari, sulle pressioni esercitate dai pazienti e sul comportamento dei medici di fronte a richieste improprie. La FNOMCeO e Slow Medicine, in vista del convegno internazionale, che si terrà a Roma il 12 e 13 maggio 2016, a cui parteciperanno le Nazioni nelle quali si sta svolgendo il programma Choosing Wisely, propongono a tutti i medici italiani, che svolgono un'attività clinica a contatto con i pazienti, di compilare il "Questionario sulla prescrizione di test, trattamenti e procedure non necessari nella pratica clinica corrente".

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Totale risposte: 65 su un totale di 193 medici (34%)

Età media : 59 anni

Sesso: Uomini 42

Donne 23

Anno di laurea:

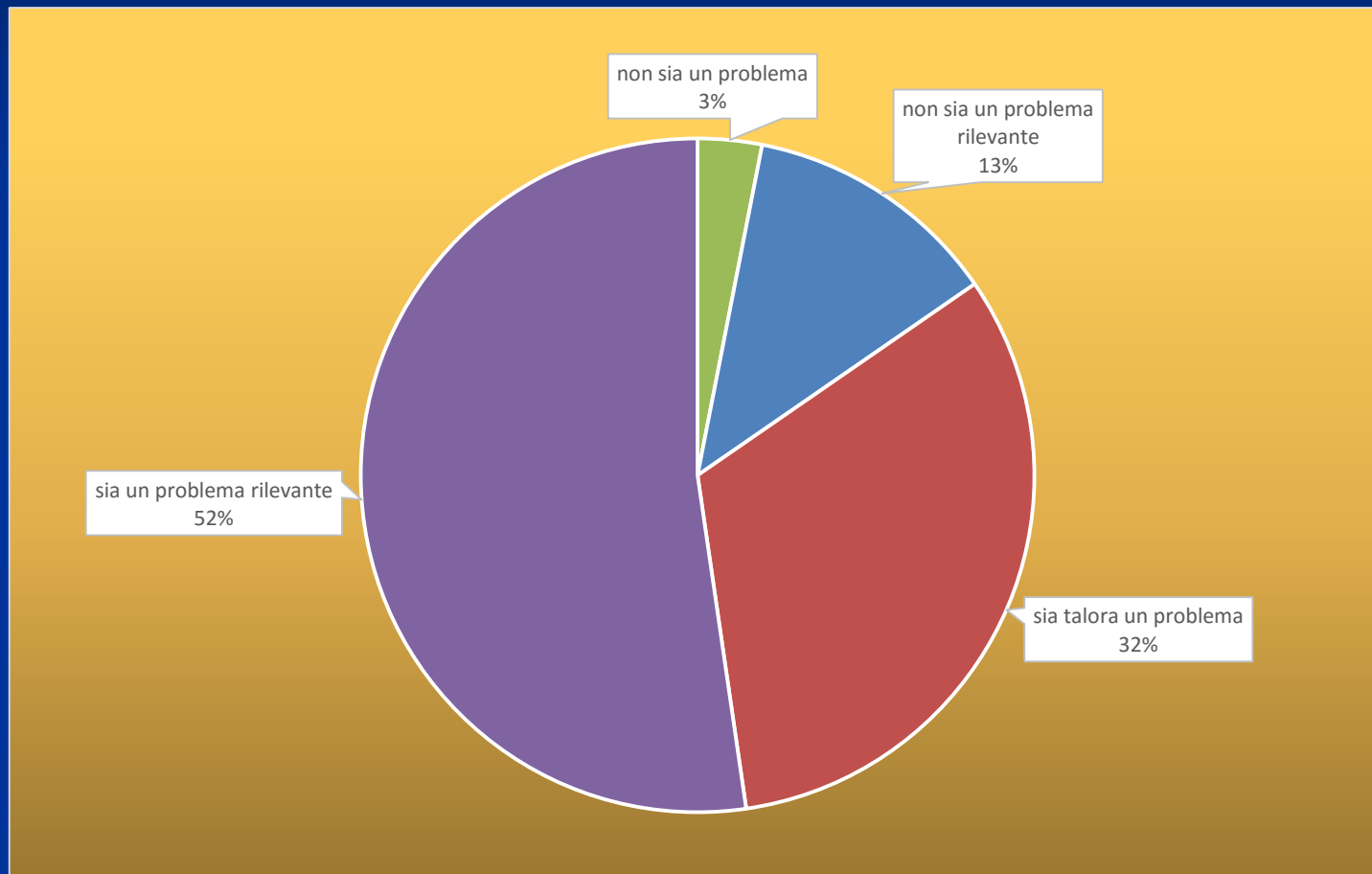
maggiore del 1978: 58

minore o = al 1978: 7

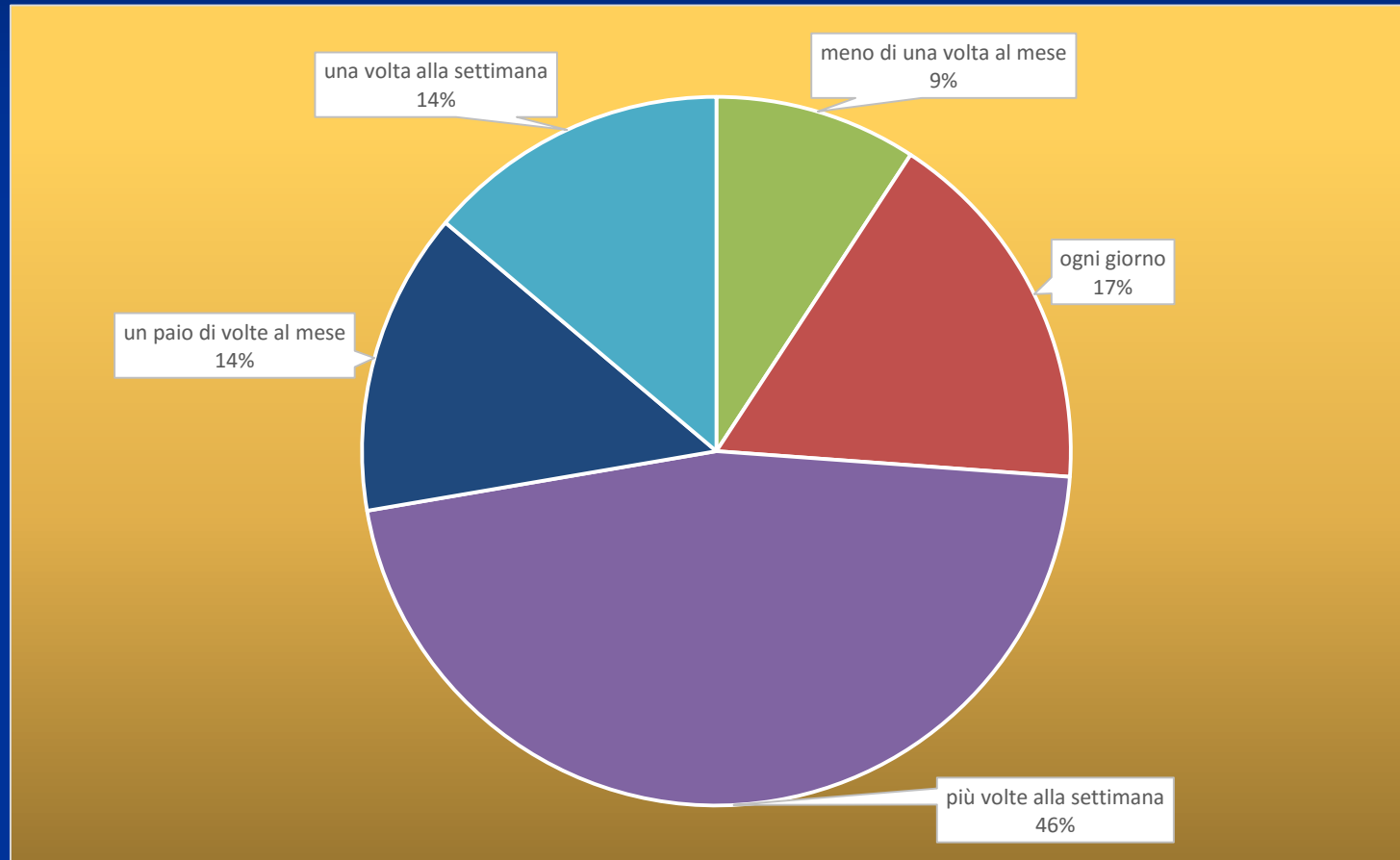
Medici di medicina generale: 58 su 168

Pediatri di libera scelta: 7 su 25

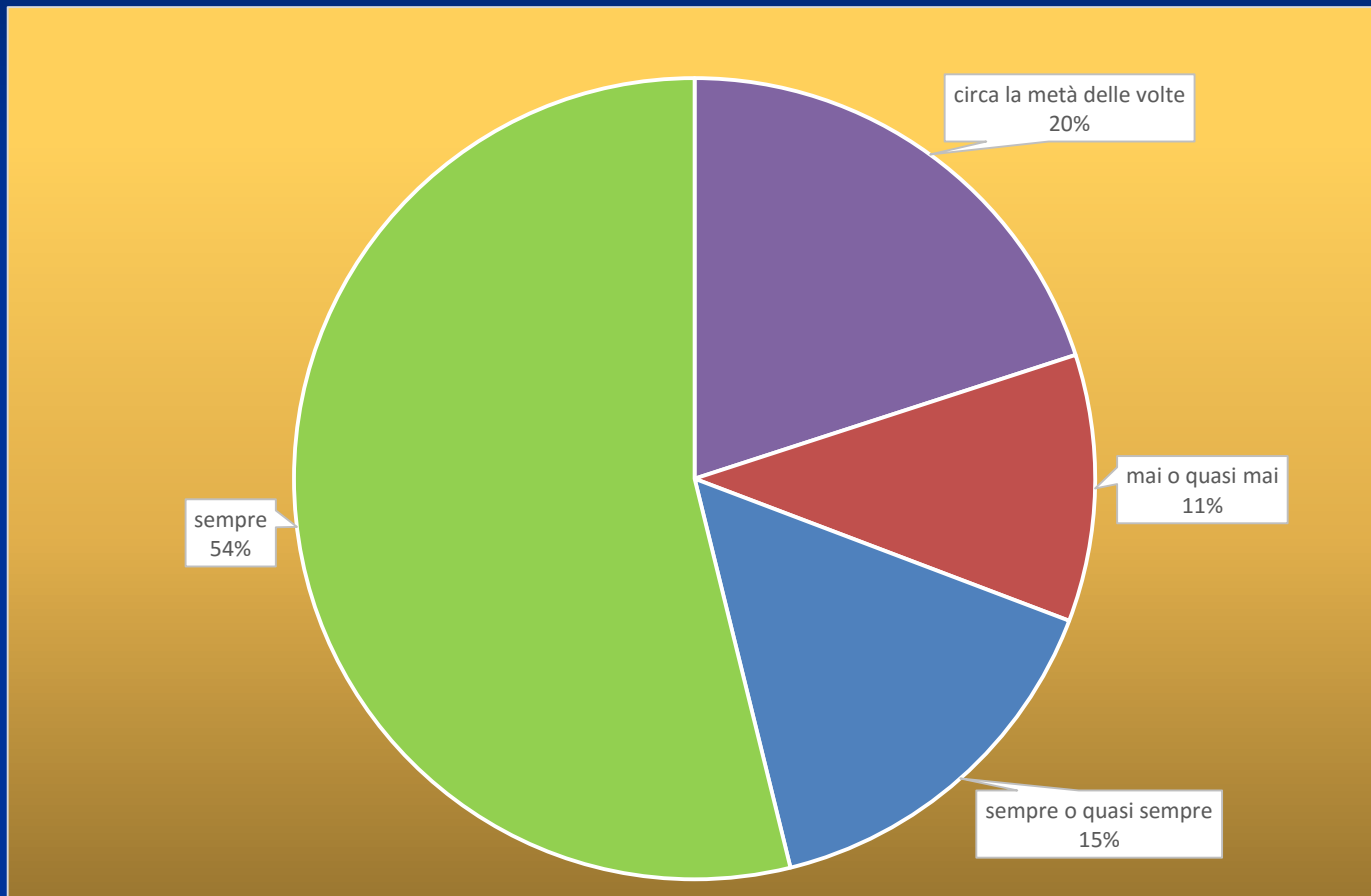
1. Ritieni che la frequenza di test, trattamenti e procedure non necessari



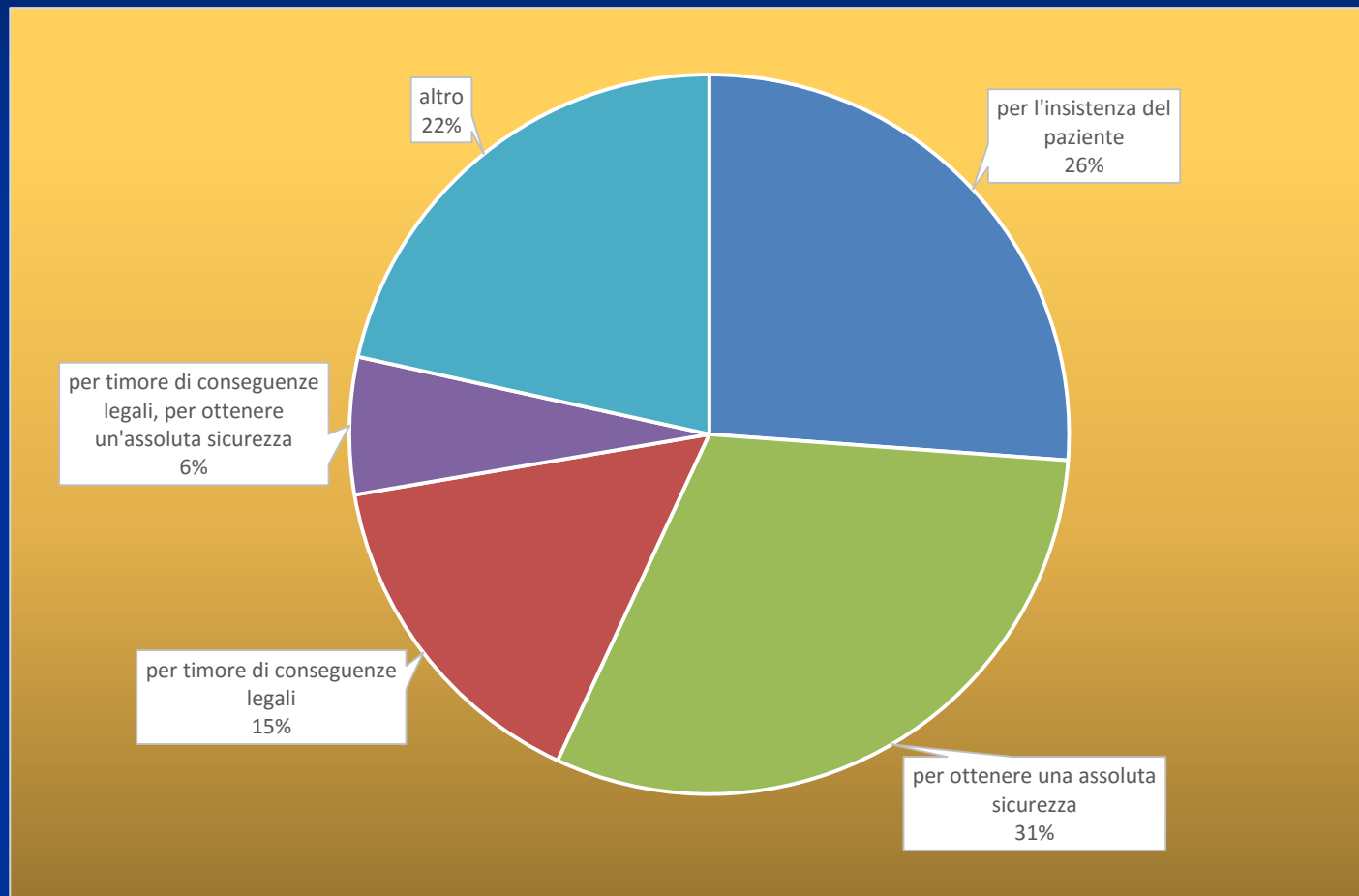
2. Nella tua pratica con quale frequenza i pazienti richiedono un test, un trattamento o una procedura che tu non ritieni necessari?



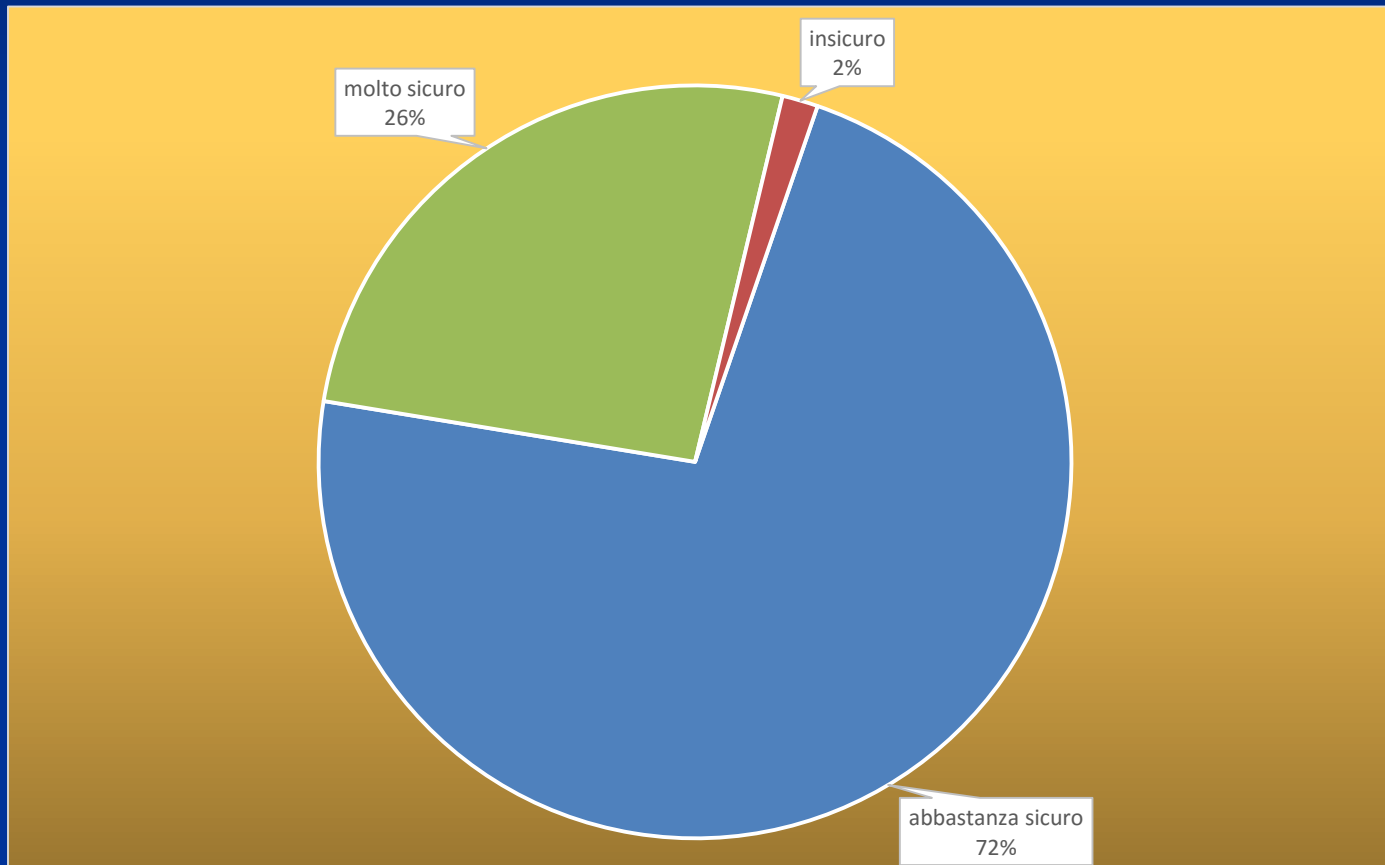
3. Quante volte i pazienti seguono i tuoi consigli di evitare test, trattamenti o procedure non necessari?



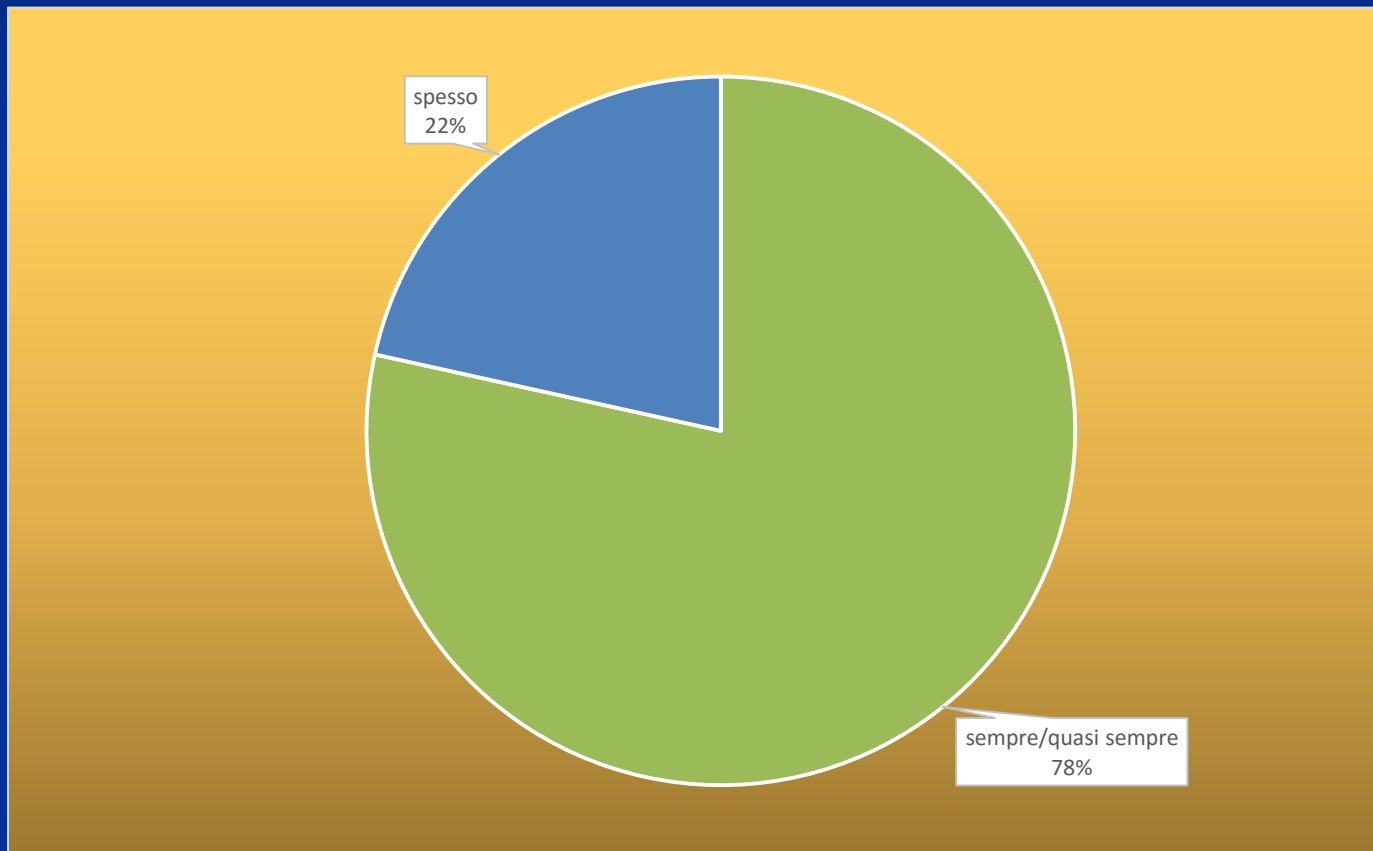
4. Quali sono nella tua pratica le principali motivazioni per le quali potresti prescrivere test, trattamenti e procedure non necessari?



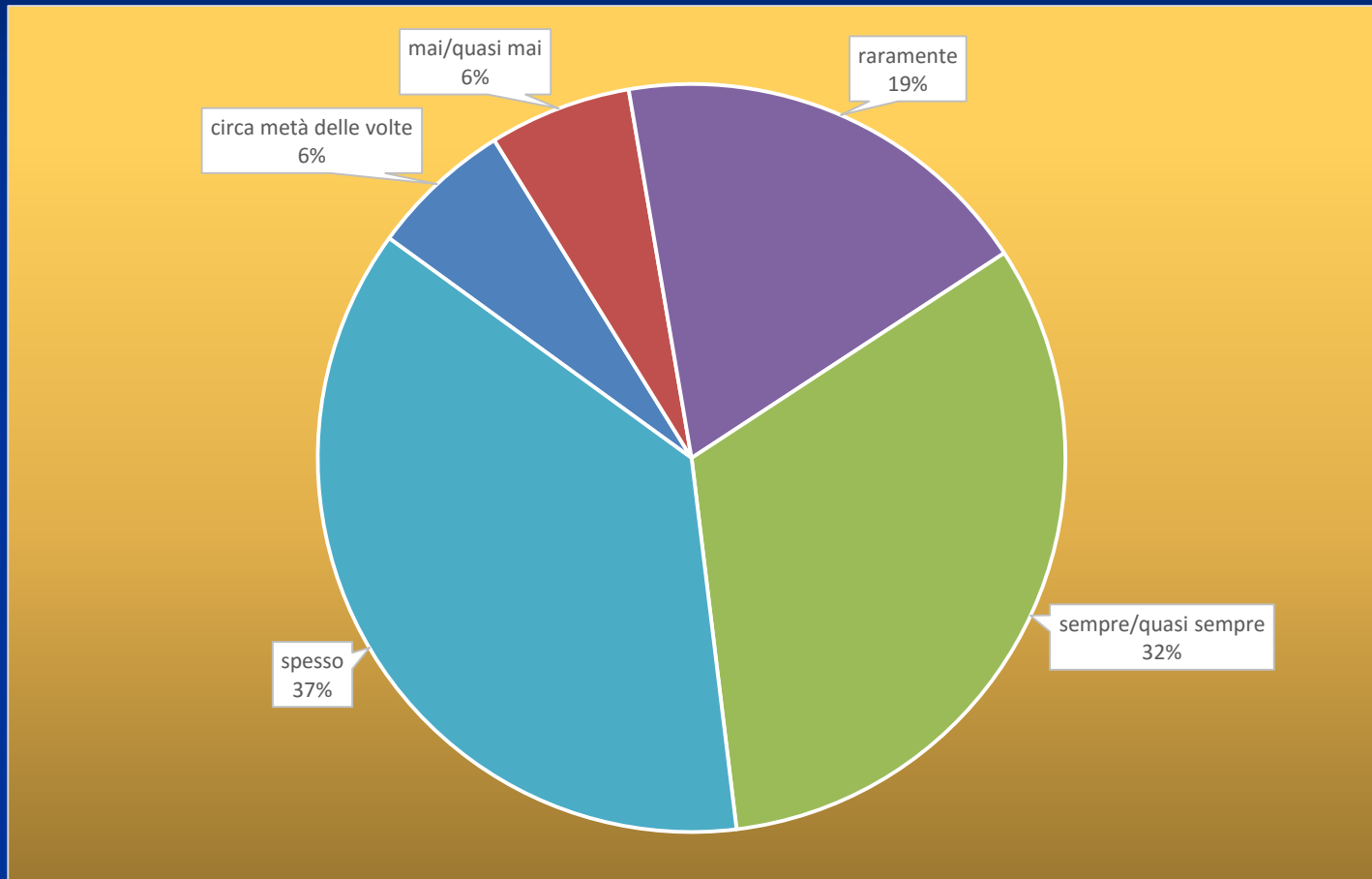
5. Ti senti sicuro o insicuro nell'indirizzare il paziente ad evitare un test, un trattamento o una procedura non necessari?



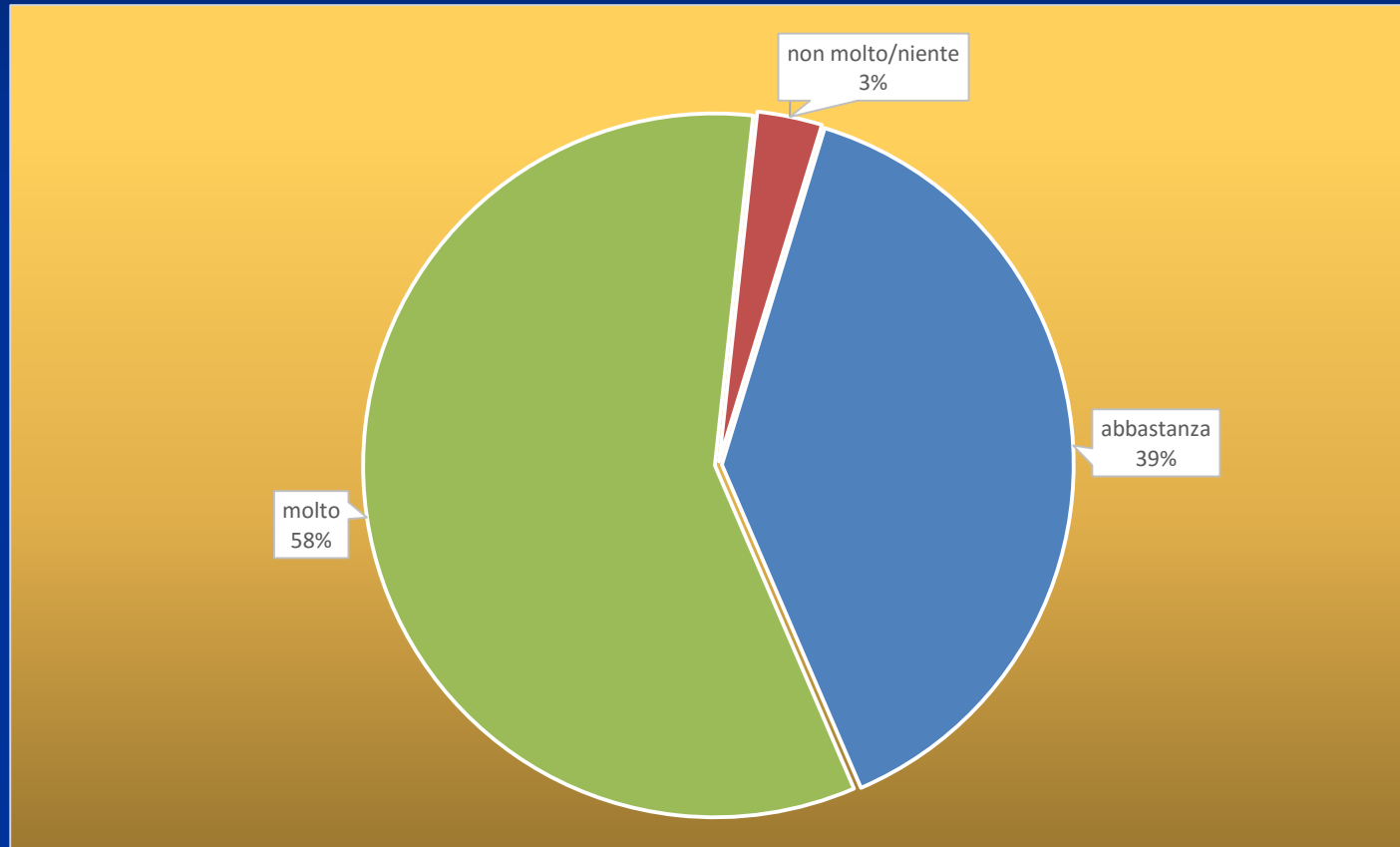
6. Quando il paziente richiede un test, un trattamento o una procedura che non ritieni necessari, quanto spesso gli spieghi che quanto richiesto non è necessario?



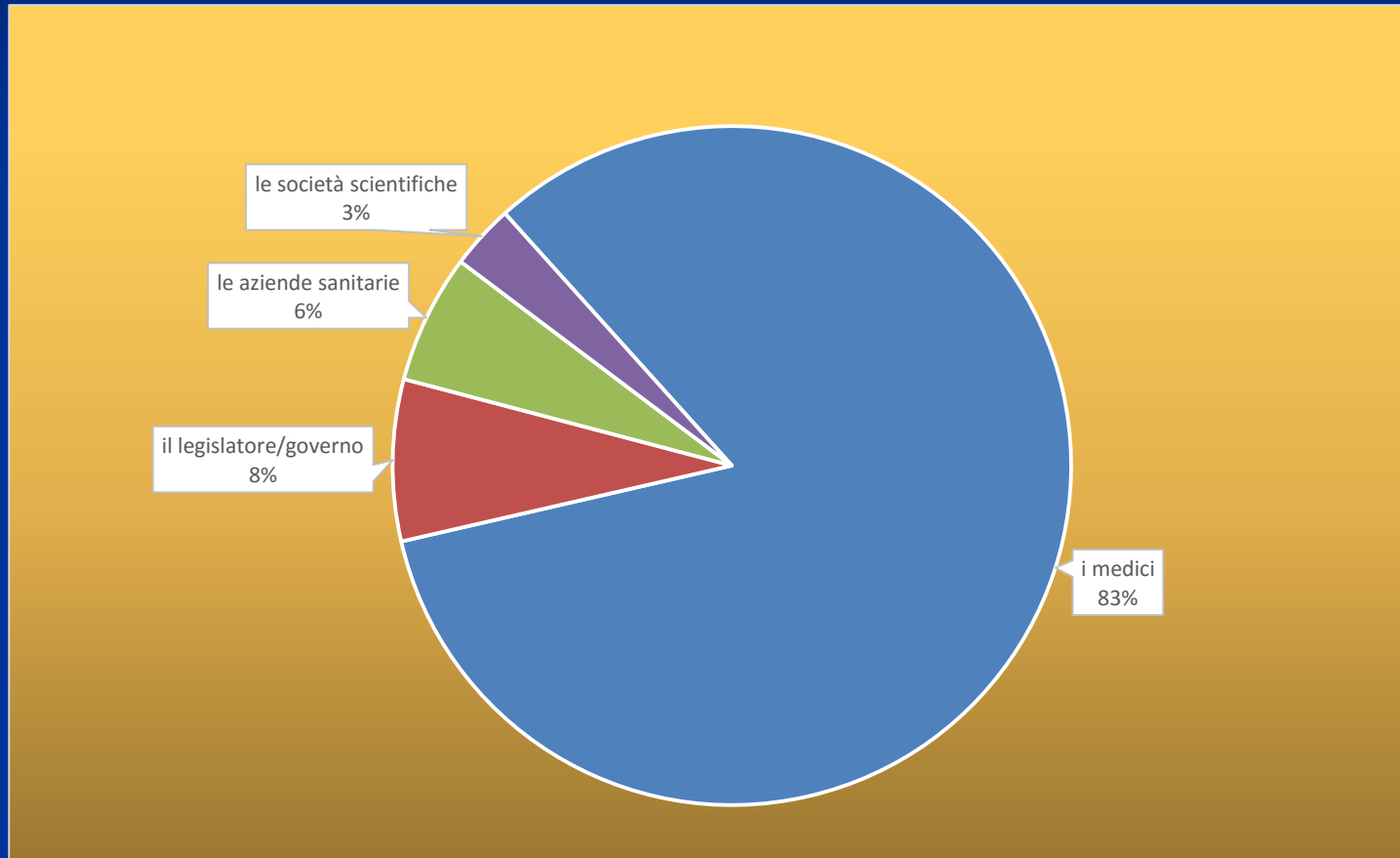
7. Quanto spesso parli con il paziente dei costi di un test, un trattamento o una procedura?



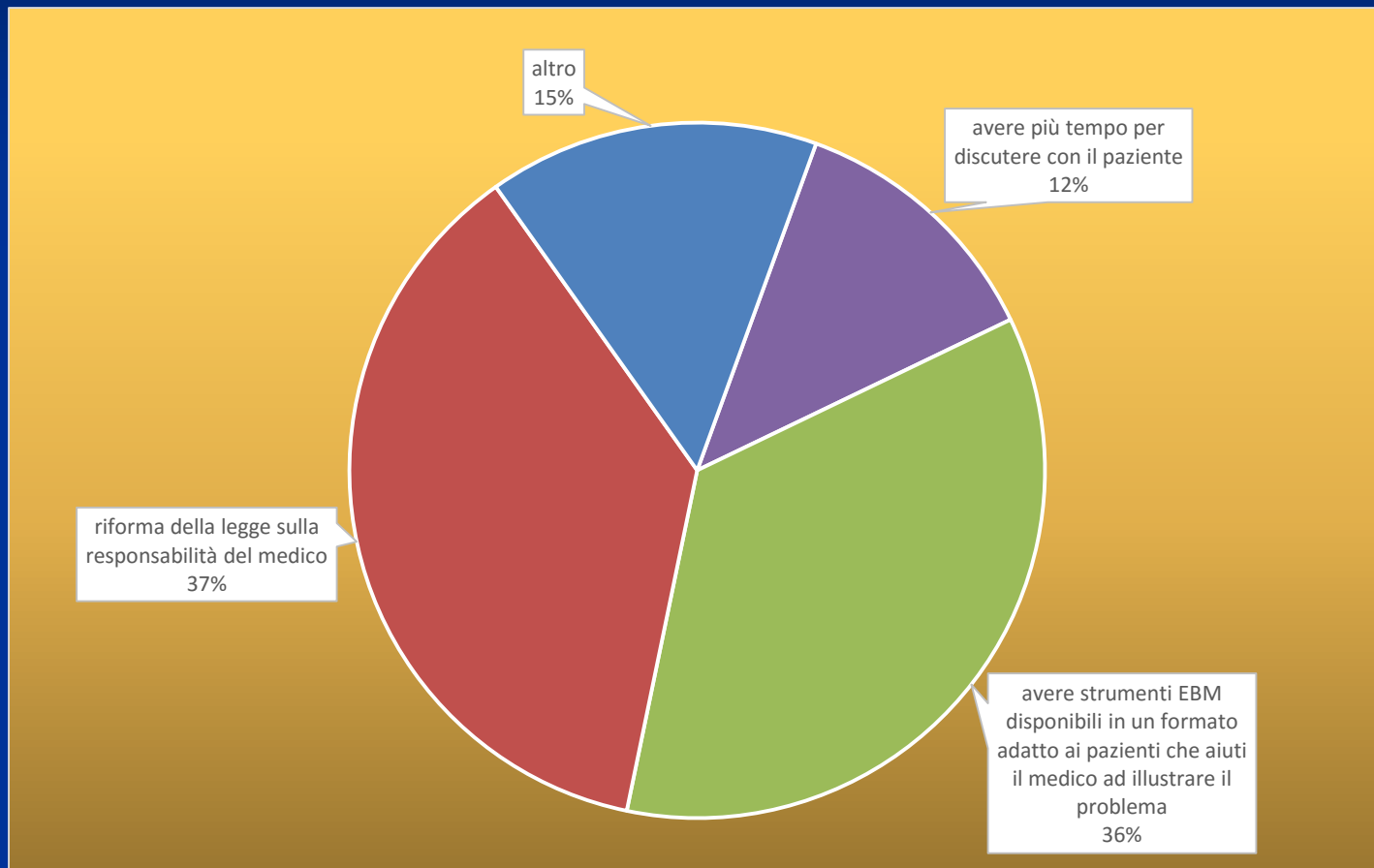
8. Quanto ti senti responsabile della corretta informazione al paziente al fine di evitare esami non necessari?



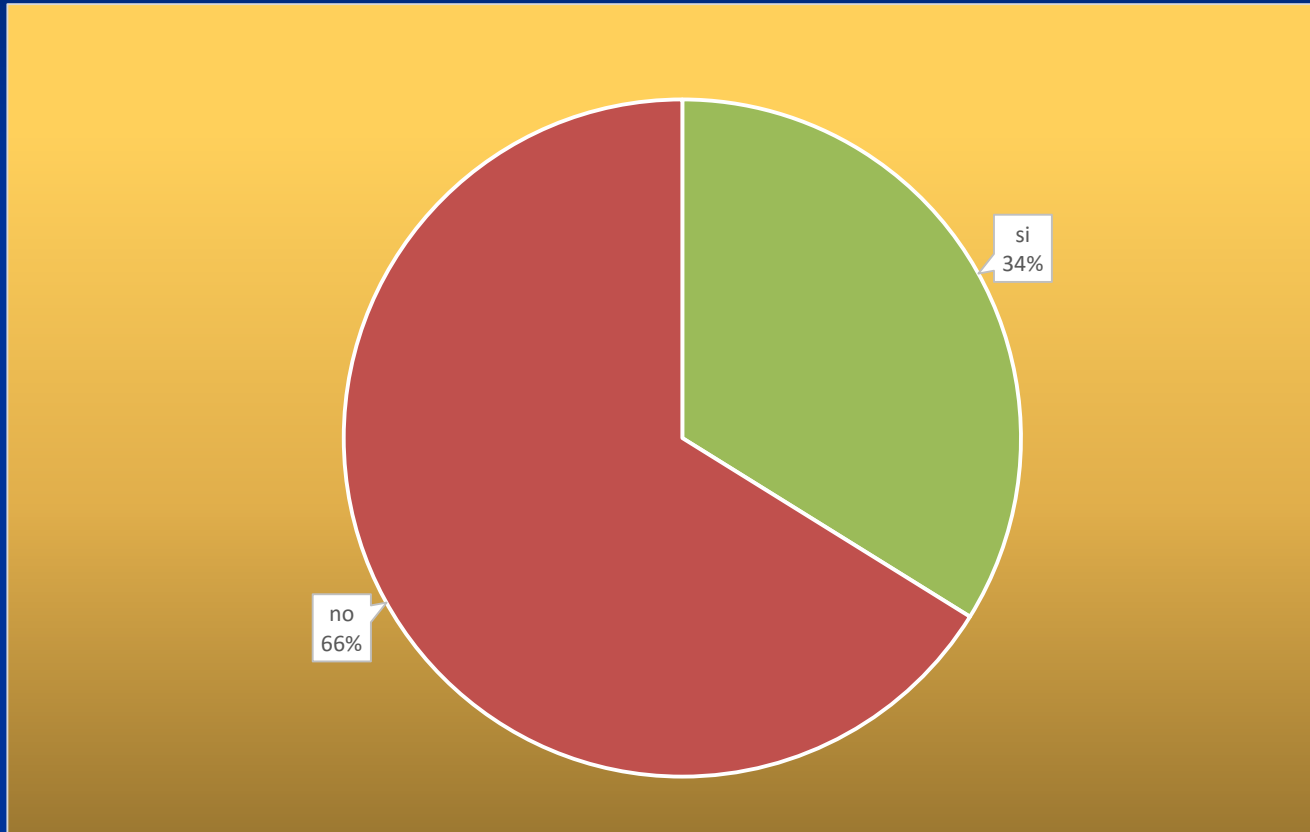
9. Chi credi che abbia il ruolo adatto per indirizzare il paziente ad evitare test, trattamenti e procedure non necessarie?



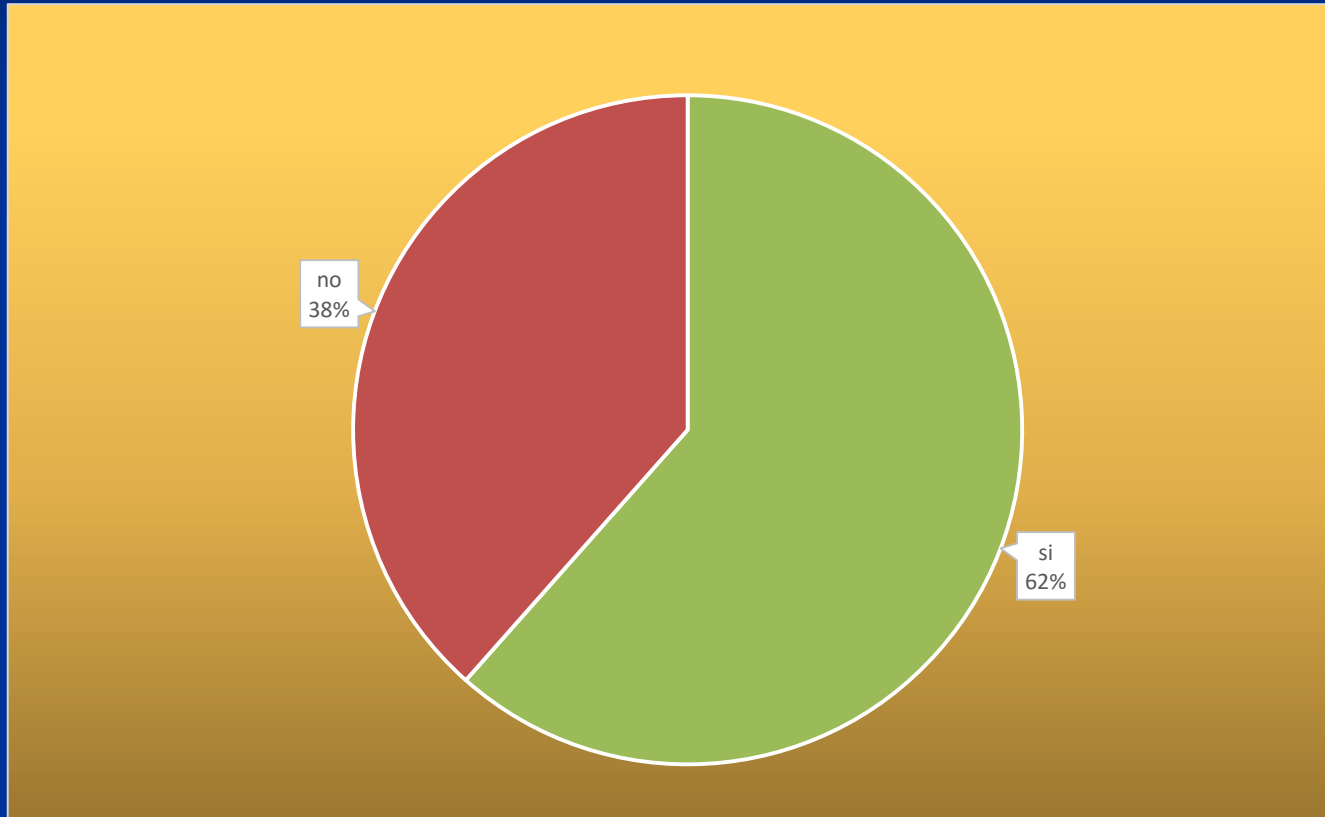
10. Cosa ritieni utile per ridurre i test, i trattamenti e le procedure non necessarie?



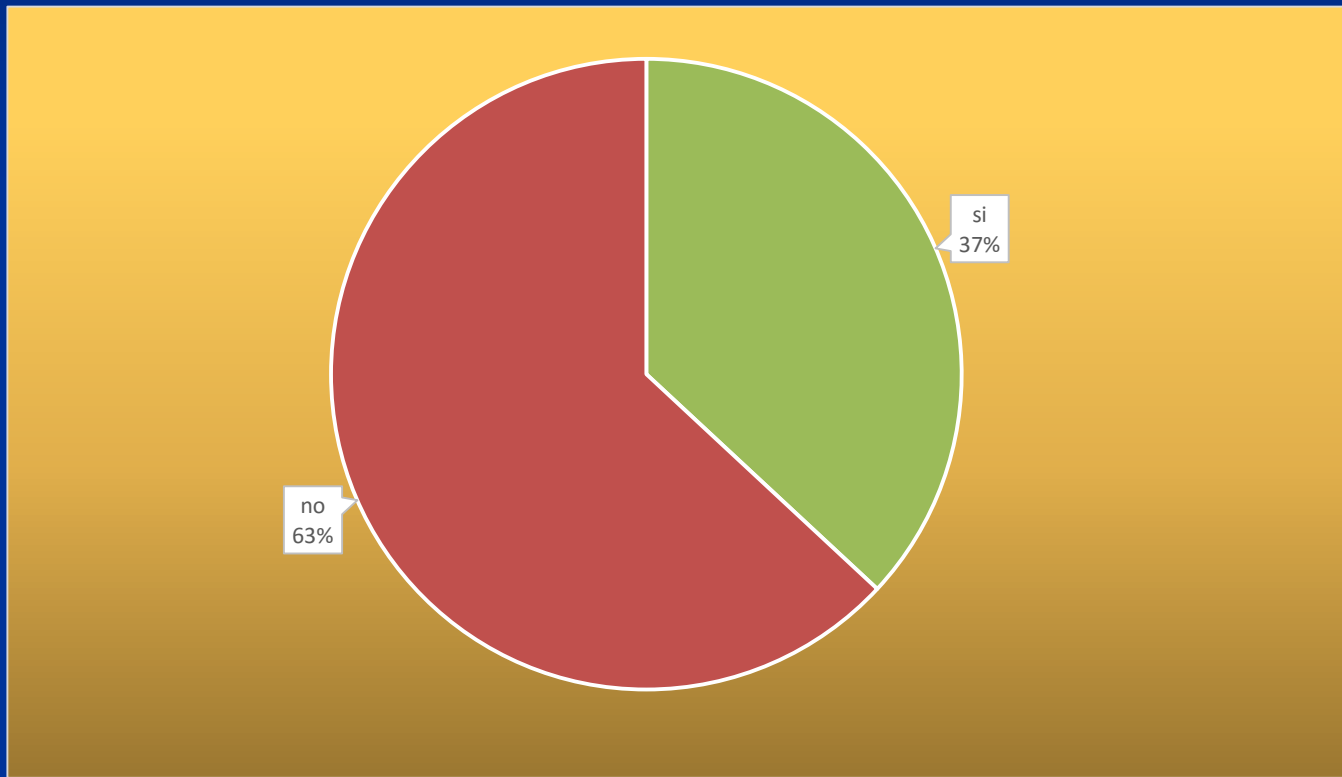
11. Hai già letto o sentito parlare della campagna Choosing Wisely negli Stati Uniti?



12. Hai già letto o sentito parlare della campagna "Fare di più non significa fare meglio" in Italia?



13. Sei a conoscenza delle pratiche a rischio di inappropriatazza che la tua società scientifica ha già individuato nell'ambito della campagna "Fare di più non significa fare meglio"?





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>Non richiedere di routine esami di diagnostica per immagini in caso di lombalgia senza segni o sintomi di allarme (bandierine rosse o red flag)</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>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.</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>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.</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>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.</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>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.</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>