



**APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA  
DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA**

**Farmaci e trattamenti a rischio di prescrizione inappropriata**

**Esami e procedure diagnostiche a rischio di utilizzo inappropriato**

**Gruppo di lavoro**

Medicina Interna 6 – P. PERNA, L. SCAGLIONE  
Medicina Interna 1 U – S. MORRA DI CELLA, P. PASQUERO  
Medicina Interna 2 U ad ind. d'urgenza – S. SIPARI  
Medicina Interna 3 U – S. GIUNTI  
Medicina Interna 4 U - C. BERTELLO  
Medicina Interna 5 – T. CAPELLO, F. VITELLI  
Geriatrics Malattie Metaboliche dell'Osso U – M. BO  
Dietetica e Nutrizione Clinica – A.M. COSTANTINO  
Endocrinologia Diabetologia e Metabolismo U – F. BROGLIO  
Gastroenterologia U – M. LAGGET  
IRV Attività di dimissioni protette cure intermedie – G. FONTE  
Medicina del Lavoro e S.A.L. U – M. DE BENEDETTI  
Nefrologia, Dialisi e Trapianto U – M. MESSINA  
Medicina d'Urgenza DEA – M.G. GREGORETTI  
Reumatologia – A. LAGANA'  
Qualità, Risk Management e Accreditamento – I.M. RACITI

**Hanno collaborato**

Neurologia 3 – G. PAGLIA  
Radiodiagnostica O – O. DAVINI

**marzo 2015**

Secondo il report del WHO del 2010, l'ammontare delle prestazioni non appropriate – cioè che non recano alcun beneficio ai pazienti - corrisponde a circa il 20 – 40% della spesa sanitaria mondiale (The world healthreport: health systems financing: the path to universal coverage. WHO 2010); negli USA si stima che il 30% della spesa sanitaria venga sprecata in prestazioni inutili (Fisher ES et al. Slowing the growth of health care costs — lessons from regional variation. N Engl J Med 2009; 360:849-52.).

Nel 2010 compaiono su importanti riviste mediche alcuni articoli che pongono al centro del dibattito scientifico la necessità, da parte dei medici, di migliorare l'appropriatezza delle scelte sanitarie (Grady D, Redberg RF. Less is More. How less healthcare can result in better health. Arch Intern Med, 2010;170:749-750; Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. N Engl J Med. 2010;362(4):283-285). Nel 2012 la fondazione statunitense ABIM (American Board of Internal Medicine) lancia l'iniziativa Choosing Wisely (Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA. 2012;307:1801-2; www.choosingwisely.org) con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori. Inizialmente nove società scientifiche specialistiche aderiscono al progetto e individuano ciascuna una lista di 5 test, trattamenti o servizi che fossero comunemente utilizzati nella propria specialità e il cui impiego avrebbe dovuto essere messo in discussione da pazienti e clinici; molte altre società scientifiche hanno aderito successivamente al progetto: a luglio 2014 le società scientifiche partecipanti erano 58 e 320 i test e i trattamenti sanitari individuati, sui quali medici e pazienti dovrebbero interrogarsi.

In Italia nel 2010 nasce "Slow Medicine, la medicina sobria, rispettosa, giusta" ([www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)) che ha l'ambizione di promuovere un'alleanza tra medici e cittadini - pazienti per contrastare l'idea che la salute si possa assicurare unicamente con il consumo di un sempre crescente numero di prestazioni e interventi in particolare se ad alto rischio di inappropriatazza. Al progetto aderiscono numerose società scientifiche e, 10 di queste, hanno già preparato una lista di pratiche a rischio di inappropriatazza.

Un progetto analogo viene avviato nel 2013 presso l'ASO Santa Croce e Carle di Cuneo.

Nel 2014 in attuazione della D.G.R. 15-7486 del 23/04/2014, l'ASL TO1, l'ASL TO2, l'ASL TO3, l'ASL TO4, l'ASL TO5, l'AO Mauriziano, l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano hanno condiviso il documento "Realizzazione di una Rete integrata di prestazioni specialistiche": sono stati i seguenti Gruppi di lavoro: Prestazioni specialistiche ambulatoriali (dermatologia, cardiologia, oculistica ortopedia e diabete); Prestazioni specialistiche ambulatoriali di Laboratorio analisi; Prestazioni specialistiche di TC e RM; Prestazioni specialistiche di Terapia fisica; Accessi in Pronto Soccorso; Mobilità interregionale; Dimissione protetta; Integrativa e protesica.

Nel 2014, il Dipartimento di Medicina generale e specialistica e la Direzione della AOU Città della Salute e della Scienza avviano un progetto per migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati attraverso la riduzione di trattamenti ed esami diagnostici che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte. Questo progetto, in accordo con la filosofia di Choosing Wisely e Slow Medicine, dovrebbe anche favorire l'alleanza medici pazienti e aiutare il personale sanitario a porsi in maniera più critica rispetto a scelte professionali consolidate ma non per questo sempre valide.

Il gruppo di lavoro, coordinato dal dr Luca Scaglione, ha preparato una lista di pratiche a rischio di inappropriatazza basandosi su quelle proposte da Choosing Wisely (la maggior parte), Slow Medicine e dall'ASO Santa Croce e Carle di Cuneo; alcune pratiche sono originali. La lista delle pratiche è stata preparata all'interno delle diverse strutture ed è stata quindi discussa e definita all'interno del gruppo di lavoro.

Il documento è composto da una lista iniziale destinata ai reparti di medicina interna e geriatria e dalle liste dei reparti specialistici (diabetica e nutrizione clinica, endocrinologia, gastroenterologia, IRV, medicina d'urgenza e nefrologia); alcune pratiche, distinguibili con i codici colori descritti di seguito, sono comuni sia ai reparti di medicina generale che specialistica.

**Le raccomandazioni contenute in questo documento sono formulate per gruppi di pazienti e sono state discusse all'interno di ogni singola Struttura;** le decisioni nel singolo paziente devono essere prese dal medico, combinando le raccomandazioni di questa Linea Guida con il giudizio clinico e con le preferenze del paziente.

Legenda colori	Abbreviazioni
Medicine Interne e Geriatria, Malattie Metaboliche dell'osso U	MG
Dietetica e Nutrizione Clinica	Di
Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo U	En
IRV Attività di dimissioni protette cure intermedie	I

Legenda colori	Abbreviazioni
Medicina d'urgenza	Mu
Gastroenterologia U	Ga
Nefrologia	Ne

## Pratiche ad alto rischio di inappropriata

### Lista delle Raccomandazioni

#### Medicine Interne e Geriatria - MG

Direttori: M. Porta – G. Montrucchio – P. Cavallo Perin – C. Marinone – L. Scaglione – G. Isaia

### Farmaci e altri trattamenti a rischio di prescrizione inappropriata

<b>MG 1</b>	<p><b>Non somministrare farmaci stimolanti l'eritropoiesi (es. eritropoietina) nei pazienti con insufficienza renale cronica (IRC) con valori di emoglobina <math>\geq 10</math> g/dl. Escludere le altre cause di anemia prima di considerare la terapia con i farmaci stimolanti l'eritropoiesi.</b> Choosing Wisely: American Society of Nephrology</p> <p>La somministrazione di farmaci stimolanti l'eritropoiesi a pazienti con IRC con lo scopo di normalizzare i valori di emoglobina non ha dimostrato benefici di sopravvivenza nè benefici cardiovascolari e può essere dannosa paragonata a regimi terapeutici che ritardano la somministrazione di questi farmaci o si pongono dei target più conservativi (Hb 9-11 g/dl). I farmaci stimolanti l'eritropoiesi dovrebbero essere prescritti per mantenere i valori di Hb ai livelli più bassi che minimizzino le trasfusioni e i sintomi secondari all'anemia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• portare a regime – in accordo con le linee guida KDIGO 2012 – i valori di Hb nei pazienti in terapia con farmaci stimolanti l'eritropoiesi: ridurre i dosaggi o sospendere il farmaco se valori <math>&gt;11,5\%</math></li><li>• iniziare la terapia se Hb <math>&lt;10\%</math>, salvo situazioni particolari, o necessità derivanti da un miglioramento della qualità di vita.</li></ul> <p>KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements (2012) 2, 283–7</p>
<b>MG 2</b>	<p><b>L'albumina umana non deve essere utilizzata per correggere gli stati di edema o l'ipoalbuminemia.</b> No Choosing Wisely. Dip Medicina – AOU Città della Salute e della Scienza - Torino</p> <p>L'albumina umana viene spesso utilizzata in modo inappropriato. L'Italia ha un consumo pro-capite di albumina che è 4-5 volte superiore rispetto a Francia, Germania e Regno Unito; all'interno del dipartimento di medicina della nostra AOU rappresenta, per spesa, il quinto farmaco. Tra reparti con case-mix analogo vi è una importante variabilità di utilizzo che potrebbe sottendere un utilizzo improprio. L'uso di albumina umana è regolamentato dalla nota AIFA 15 (diagnosi e piano terapeutico) che ne permette l'utilizzo in pochi e selezionati casi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– dopo paracentesi evacuativa a largo volume nella cirrosi epatica</li><li>– grave ritenzione idrosalina nella cirrosi ascitica, nella sindrome nefrosica o nelle sindromi da malassorbimento (ad es. intestino corto post-chirurgico o da proteino-dispersione), non responsiva a un trattamento diuretico appropriato, specie se associata ad ipoalbuminemia e in particolare a segni clinici di ipovolemia</li></ul> <p>– Vaglio S et al. Italian albumin usage (or misuse?). European Journal of Internal Medicine 25 (2014) e31–e32 – <a href="http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-15">http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-15</a> – Clinical guidelines for albumin use. NHS Scotland. <a href="http://www.nsd.scot.nhs.uk/documents/guidelines/albumingdl.pdf">http://www.nsd.scot.nhs.uk/documents/guidelines/albumingdl.pdf</a> – Liunbruno G et al. Italian Society of Transfusion Medicine and Immunohaematology (SIMTI) Working Party. Recommendations for the use of albumin and immunoglobulins. Blood Transfus 2009; 7: 216-34</p>
<b>MG 3</b>	<p><b>Non trasfondere più unità di emazie concentrate di quelle strettamente necessarie; la trasfusione di una singola unità di globuli rossi dovrebbe essere lo standard nei pazienti ospedalizzati non sanguinanti.</b> Choosing Wisely: American Association of Blood Banks (AABB)</p> <p>Ogni unità di sangue comporta dei rischi. Una soglia trasfusionale restrittiva (Hb 7-8 g/dL) dovrebbe essere utilizzata nella maggior parte dei pazienti ospedalizzati, stabili e senza evidenze di ridotta ossigenazione tissutale (la letteratura supporta un livello di 8 g/dL nei pazienti con malattia cardiovascolare nota). La decisione di trasfondere dovrebbe essere dettata dai sintomi e della concentrazione di emoglobina. La trasfusione di una singola unità di globuli rossi dovrebbe essere lo standard nei pazienti ospedalizzati non sanguinanti. Unità aggiuntive dovrebbero essere prescritte solo dopo la rivalutazione del paziente e dei valori di emoglobina.</p> <p>Carson JL, et al.; Clinical Transfusion Medicine Committee of the AABB. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB. Ann Intern Med. 2012;157:49–58.</p>

<b>MG 4</b>	<p><b>Non trasfondere routinariamente plasma fresco congelato o piastrine prima della paracentesi o della legatura endoscopica delle varici esofagee.</b>  <b>Choosing Wisely: American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)</b></p>
	<p>I test coagulativi di routine non riflettono il rischio di sanguinamento dei pazienti con cirrosi e le complicanze emorragiche di queste procedure sono rare. Recenti studi hanno confermato come il “deficit” coagulativo del paziente cirrotico, enfatizzato dalle alterazioni della conta piastrinica e dall’allungamento dell’INR, non corrisponda “in vivo” ad una particolare diatesi emorragica del paziente stesso in quanto questi pazienti hanno sia un deficit di fattori anticoagulanti che di fattori procoagulanti. L’insufficienza epatica “end stage” presenta un concentrato di sintomi e segni emorragici soprattutto gastrointestinali ma questi sono legati a varie e concomitanti condizioni cliniche quali l’ipertensione portale, le alterazioni dell’endotelio, le infezioni batteriche, l’insufficienza renale, ecc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Runyon BA; AASLD. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. Hepatology. 2013 Apr;57(4):1651-3. doi: 10.1002/hep.26359. PubMed PMID: 23463403.</li> <li>– Tripodi A, Mannucci PM. The coagulopathy of chronic liver disease. N Engl J Med. 2011 Jul 14;365(2):147-56. doi: 10.1056/NEJMra1011170. Review. PubMed PMID: 21751907.</li> <li>– Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W; Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology. 2007 Sep;46(3):922-38. Erratum in: Hepatology. 2007 Dec;46(6):2052. PubMed PMID: 17879356.</li> <li>– Grabau CM, et al. Performance standards for therapeutic abdominal paracentesis. Hepatology 2004;40:484-488.</li> </ul>

<b>MG 5</b>	<p><b>Non prescrivere farmaci per la profilassi dell’ulcera da stress nei pazienti ricoverati nei reparti di medicina a meno che siano ad alto rischio per complicanze gastrointestinali.</b>  <b>Choosing Wisely: Society of Hospital Medicine (SHM)</b></p>
	<p>Le linee guida pubblicate non raccomandano l’uso di farmaci per la profilassi dell’ulcera gastro-duodenale da stress al di fuori dei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva. Gli antagonisti del recettore dell’istamina (es. ranitidina) e gli inibitori della pompa protonica (es. omeprazolo) comunemente utilizzati per la prevenzione dell’ulcera da stress sono associati a effetti collaterali e aumentano il rischio di polmonite ospedaliera e di infezione da clostridium difficile. La Nota 1 dell’AIFA prevede l’uso di questi farmaci per la prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastro intestinale superiore nei pazienti in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio: 1) storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita 2) concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici 3) età avanzata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– AIFA Nota 1. <a href="http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-1">http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-1</a></li> <li>– Bourne C et al, Emergent adverse effects of proton pump inhibitors, Presse Med. 2013;42:e53-62</li> <li>– ACCF/ACG/AHA 2008 Expert consensus document on reducing the gastrointestinal risk of antiplatelet therapy and NSAID use. Circulation 2008;118:1894-1909</li> <li>– 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley &amp; Sons, Ltd Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers (Review)</li> </ul>

<b>MG 6</b>	<p><b>Non prescrivere antibiotici per trattare la batteriuria nei pazienti anziani se non sono presenti sintomi urinari specifici.</b>  <b>Choosing Wisely: American Geriatrics Society</b></p>
	<p>Studi di coorte non hanno evidenziato esiti avversi nei pazienti anziani, maschi o femmine, con batteriuria asintomatica; il trattamento della batteriuria asintomatica negli anziani, con o senza catetere vescicale, non ha dimostrato benefici e ha evidenziato un aumento degli effetti avversi. Lo screening e il trattamento della batteriuria asintomatica è raccomandato prima di una procedura urologica nel corso del quale si possano verificare dei sanguinamenti mucosi. La presenza di frequenza urinaria, urgenza minzionale, disuria o dolore sovrapubico identificano un’infezione sintomatica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nordenstam GR et al. Bacteriuria and mortality in an elderly population. N Engl J Med. 1986;314:1152–1156.</li> <li>– Nicolle LE et al. Prospective randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. Am J Med. 1987;83:27–33.</li> <li>– Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. Clin Geriatr Med. 2007;23):585–594.</li> <li>– Nicolle LE et al.; Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis.2005;40:643-65.</li> </ul>

**Nei pazienti trattati con terapia antibiotica endovenosa che si sono stabilizzati, si deve considerare il passaggio rapido (tra il 2° ed il 4° giorno) alla terapia orale.**

No Choosing Wisely; GdL Dip Medicina AOU Città della Salute - Torino - AO S. Croce e Carle – Cuneo

**MG 7**

Una delle possibilità per ottimizzare l'uso degli antibiotici nei pazienti ricoverati è il passaggio rapido dalla terapia endovenosa a quella orale. Questo comportamento determina numerosi vantaggi tra cui la riduzione delle infezioni catetere-correlate, riduzione della degenza media, riduzione dei costi, ed una riduzione del carico di lavoro infermieristico. Il momento ideale per lo switch è tra il 2° ed il 4° giorno quando, pervenuti i risultati dei colturali ed essendo passato un periodo di tempo adeguato, è possibile rivalutare il caso. Per eseguire il passaggio in modo sicuro valutare se: 1) esiste un farmaco con uno spettro analogo, 2) il paziente sta migliorando clinicamente e migliorano i segni di infezione, 3) il paziente è stabile emodinamicamente, 4) il paziente può assumere i farmaci per os e ha un tratto gastrointestinale funzionante. Alcune note: I) Il passaggio alla terapia per os non deve essere preso in considerazione nei seguenti casi: endocardite, meningite, infezioni necrotizzanti dei tessuti molli II) si consiglia la valutazione infettivologica nei seguenti casi: artrite settica, osteomielite, infezione di protesi, ascesso/empiema III) prestare attenzione ai pazienti che eseguono terapie endovenose a spettro molto ampio (carbapenemici, ecc).

- IDSA Antimicrobial Stewardship Guidelines. Clinical Infectious Diseases 2007; 44:159–77
- Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Update 2009. The British Thoracic Society. [www.brit-thoracic.org.uk](http://www.brit-thoracic.org.uk)
- Mertz D, et al. Outcomes of early switching from intravenous to oral antibiotics on medical wards. J Antimicrob Chemother. 2009;64:188-99.
- Athanassa Z, et al. Early switch to oral treatment in patients with moderate to severe community-acquired pneumonia: a meta-analysis. Drugs. 2008;68:2469-81
- Vouloumanou EK, et al. Early switch to oral versus intravenous antimicrobial treatment for hospitalized patients with acute pyelonephritis: a systematic review of randomized controlled trials. Curr Med Res Opin. 2008;24:3423-34.
- Manuale di terapia antibiotica empirica. AOU Città della Salute e della Scienza Torino. [http://www.cittadellasalute.to.it/images/stories/MOLINETTE/area\\_documentale/linee\\_guida/Terapia\\_antibiotica\\_empirica\\_vers\\_2\\_Tabelle.pdf](http://www.cittadellasalute.to.it/images/stories/MOLINETTE/area_documentale/linee_guida/Terapia_antibiotica_empirica_vers_2_Tabelle.pdf)

**Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti a pazienti con una breve aspettativa di vita.**

Choosing Wisely: AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine

**MG 8**

Non ci sono prove che, nei pazienti con più di 70 anni, l'ipercolesterolemia o un basso livello di colesterolo HDL siano un importante fattore di rischio per mortalità totale, mortalità per cardiopatia ischemica o ospedalizzazione per infarto miocardico. I pazienti anziani con i valori di colesterolo più bassi hanno una mortalità più elevata anche dopo aggiustamento per altri fattori di rischio. Inoltre, un rapporto rischio/beneficio meno favorevole è verosimile nei pazienti ultraottantenni in cui i benefici sono ancor minori e gli effetti collaterali da statine più pronunciati (decadimento cognitivo, cadute, neuropatia, danno muscolare).

- Rich MW. Aggressive lipid management in very elderly adults: less is more. J Am Geriatr Soc. 2014;62:945-7
- Dalleur O, et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. Drugs Aging. 2012;29:829-37.
- Schiattarella GG et al. Variability in the prescription of cardiovascular medications in older patients: correlates and potential explanations. Drugs Aging. 2009;26 Suppl 1:41-51
- Schatz IJ, et al. Cholesterol and all-cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study. Lancet. 2001;358(9279):351-5.
- Weverling-Rijnsburger AW, et al. Total cholesterol and risk of mortality in the oldest old. Lancet. 1997;350(9085):1119-23.
- Krumholz HM, et al. Lack of association between cholesterol and coronary heart disease mortality and morbidity and all-cause mortality in persons older than 70 years. JAMA. 1994;272:1335-40.

	<p><b>Non prescrivere ASA a seguito del solo rilievo alla TC encefalo di encefalopatia vascolare lacunare riconducibile a malattia dei piccoli vasi, in assenza di eventi cerebrali clinicamente evidenti.</b>  <b>No Choosing Wisely; AO S. Croce e Carle – Cuneo</b></p>
	<p>Non esistono evidenze scientifiche che dimostrino che il trattamento con acido acetilsalicilico, nel caso di encefalopatia vascolare lacunare riconducibile a malattia dei piccoli vasi, abbia un ruolo nel prevenire o modificare la progressione della demenza vascolare, esponendo così il paziente a rischio di effetti collaterali in assenza di evidenti benefici clinici.</p>
<p><b>MG 9</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gorelick PB et al. American Heart Association Stroke Council, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011 Sep;42(9):2672-713</li> <li>– Williams PS, Rands G, Orrel M, Spector A. Aspirin for vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4)</li> <li>– Richard E et al. Vascular risk factors as treatment target to prevent cognitive decline. J Alzheimers Dis. 2012;32(3):733-40.</li> <li>– Baskys A, Cheng JX. Pharmacological prevention and treatment of vascular dementia: approaches and perspectives. Exp Gerontol. 2012 Nov;47(11):887-91.</li> <li>– Thoonsen H et al. Aspirin in Alzheimer's disease: increased risk of intracerebral hemorrhage: cause for concern? Stroke. 2010;41:2690-2</li> </ul>

	<p><b>Nei pazienti anziani non prescrivere un nuovo farmaco senza aver revisionato la terapia.</b>  <b>Choosing Wisely: American Geriatrics Society</b></p>
	<p>I pazienti anziani utilizzano più farmaci, sia prescritti che non, aumentando il rischio di effetti collaterali e interazioni. La politerapia può ridurre l'aderenza terapeutica, aumentare gli effetti collaterali, aumentare le interazioni e le reazioni avverse, aumentare il rischio di peggioramento cognitivo, di cadute e di declino funzionale. La revisione dei farmaci identifica i farmaci ad alto rischio, le interazioni farmacologiche ed i farmaci proseguiti oltre le loro indicazioni.</p>
<p><b>MG 10</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– National Committee for Quality Assurance. Improving quality and patient experience – the state of health care quality 2013. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance; 2013 Oct. 206 p.</li> <li>– Shrank WH et al. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc. 2007;55 (suppl 2):S373–82.</li> <li>– Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharm. 2007 Dec;5(4):345–51.</li> <li>– Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: “There’s got to be a happy medium”. JAMA. 2010 Oct 13;304(14):1592–1601.</li> <li>– Drenth-van Maanen AC, et al. Prescribing optimization method for improving prescribing in elderly patients receiving polypharmacy. Drugs Aging. 2009;26(8):687–701.</li> </ul>

	<p><b>Nei pazienti diabetici personalizza gli obiettivi glicemici in base al profilo clinico.</b>  <b>Choosing Wisely: American Geriatrics Society (modificato)</b></p>
	<p>Secondo le principali linee guida, gli obiettivi glicemici durante un ricovero ospedaliero possono essere differenziati in funzione delle diverse situazioni cliniche: a) Pazienti in situazione critica con valori glicemici 140-180 mg/dl, in funzione del rischio stimato di ipoglicemia; b) Pazienti in situazione non critica con valori glicemici preprandiali &lt;140 mg/dl, postprandiali &lt;180 mg/dl o valori random &lt;180 mg, se ottenibili senza rischi elevati di ipoglicemia. In situazioni cliniche a elevato rischio di ipoglicemia è opportuno un innalzamento degli obiettivi glicemici. Al momento della dimissione è utile rimodulare gli obiettivi glicemici e la terapia da effettuare in base al quadro clinico complessivo tenendo conto dell'età, comorbidità e rischio di eventi ipoglicemici. In particolare, nei pazienti con diabete di lunga durata (&gt;10 anni) soprattutto con precedenti di malattie cardiovascolari o una lunga storia di inadeguato compenso glicemico o fragili per età e/o comorbidità, l'approccio terapeutico deve essere tale da prevenire le ipoglicemie e gli obiettivi di compenso glicemico dovrebbero essere meno stringenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– targets di HbA1c compresi tra 7,5 e 8% (50 – 64 mmol/mol) sono generalmente appropriati negli anziani</li> <li>– targets di HbA1c compresi tra 8 e 9% (64 – 75 mmol/mol) sono appropriati negli anziani con multiple comorbidità, cattiva salute, bassa aspettanza di vita.</li> </ul>
<p><b>MG 11</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 Update and Supplemental Information. JAGS 61:2020-2026, 2013</li> <li>– Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID) - Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014</li> <li>– Standards of Medical Care in Diabetes 2014 American Diabetes Association, Diabetes Care Volume 37, Supplement 1, January 2014</li> </ul>

## Esami e procedure a rischio di utilizzo inappropriato

<b>MG 12</b>	<p><b>Non posizionare cateteri venosi centrali inseriti perifericamente (PICC) in pazienti con insufficienza renale cronica stadio III-IV senza consultare un nefrologo.</b>          Choosing Wisely: American Society of Nephrology</p>
	<p>Preservare il patrimonio venoso nei pazienti con IRC stadio III-IV è critico. Le fistole artero-venose sono il miglior accesso per l'emodialisi. L'eccessivo utilizzo di vene periferiche danneggia le vene eliminando così siti di creazione delle fistole. I PICC e il posizionamento di CVC nelle vene succlavie possono causare trombosi venose e stenosi delle vene centrali.</p>
	<p>Fistula First Breakthrough Initiative – National Coalition Recommendation for the Minimal Use of PICC Lines, American Society of Diagnostic and interventional Nephrology: Guidelines for Venous Access in Patients with Chronic Kidney Disease, Seminars in Dialysis, National Kidney Foundation Clinical Practice Guidelines for Vascular Access, The Renal Network, Inc. PICC Line Resource Toolkit, Clinical and Experimental Nephrology</p>

<b>MG 13</b>	<p><b>Non prescrivere Rx torace di controllo in caso di polmonite comunitaria se la clinica e gli esami di laboratorio sono in miglioramento.</b>          No Choosing Wisely; AO S. Croce e Carle – Cuneo</p>
	<p>In assenza di sintomi polmonari la radiografia di controllo raramente apporta cambiamenti significativi nella gestione clinica o miglioramento degli esiti clinici dei pazienti. L'evidenza radiologica è normalmente meno precoce rispetto alla clinica. Vantaggio dal punto di vista protezionistico (esposizione del paziente a radiazioni). La radiografia del torace deve essere ripetuta a 6 settimane in caso di persistenza dei segni/sintomi o se vi è elevato rischio di neoplasia sottostante.</p>
	<p>Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Update 2009. The British Thoracic Society. <a href="http://www.brit-thoracic.org.uk">www.brit-thoracic.org.uk</a></p>

<b>MG 14</b>	<p><b>Nella valutazione eziologica della sincope nei pazienti con normale esame obiettivo neurologico, non richiedere esami di imaging cerebrale (TC, RMN) e vascolare (ecodoppler TSA), né l'EEG.</b>          Choosing Wisely: American College of Physicians (ACP) e American Academy of Neurology</p>
	<p>La sincope è un evento frequente che interessa circa il 40% della popolazione nel corso della vita. Una patologia cerebrale o l'occlusione delle carotidi non causano una sincope ma piuttosto dei deficit focali neurologici; l'imaging cerebrale e delle a. carotidi non aiuta ad identificare la causa della sincope. Se la sincope è associata ad un trauma cranico la TC cerebrale può essere presa in considerazione.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009;21:2631-2671.</li> <li>– NICE. Transient loss of consciousness ('Blackouts') Management in adults and young people. 2010, cg109</li> <li>– Mendu ML et al. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. Arch Intern Med. 2009;169(14):1299-305.</li> </ul>

<b>MG 15</b>	<p><b>Nei pazienti emodinamicamente stabili non posizionare e non lasciare posizionato un catetere vescicale per incontinenza, convenienza o monitoraggio; alcune indicazioni accettabili: patologia critica, ostruzione urinaria, situazioni di fine vita.</b>          Choosing Wisely: Society of Hospital Medicine</p>
	<p>Il posizionamento del catetere vescicale è una delle cause più frequenti di infezione intraospedaliera. Il posizionamento dovrebbe essere riservato ai pazienti instabili dove è importante il controllo della diuresi, per risolvere ritenzioni acute di urina, ai pazienti chirurgici e nelle situazioni di fine vita.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Atlanta (GA): HICPAC; 2009. 67 p.</li> <li>– Munasinghe RL, Yazdani H, Siddique M, Hafeez W. Appropriateness of use of indwelling urinary catheters in patients admitted to the medical service. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001 Oct;22:647-9.</li> <li>- Umscheid CA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011 Feb;32:101-14.</li> </ul>

	<p><b>Evitare la Nutrizione Artificiale (NA) nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence - based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata od oncologici in fase terminale.</b></p> <p>Condivisa con la Società Scientifica Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) e la sua fondazione; approvata da Slow Medicine Italiana.</p>
MG 16	<p>In situazioni come la demenza avanzata con quadro clinico estremamente compromesso o nel paziente oncologico con malattia avanzata, sintomi non controllati, insufficienza d'organo, aspettativa di vita inferiore a 4-6 settimane, la Nutrizione Artificiale non ha dimostrato un favorevole rapporto benefici/rischi. E' invece di dimostrata efficacia promuovere una cultura di prevenzione, screening e diagnosi precoce della malnutrizione ospedaliera e territoriale.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AGS Position Statement - Feeding Tubes in Advanced Dementia (2014)</li> <li>- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. Geriatrics 2006,(25):330360</li> <li>- ESPEN Guidelines on Nutrition in Dementia – Congress Geneva September 2014</li> <li>- ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non - surgical oncology 2009,(28):445 - 454</li> </ul>

	<p><b>Non è indicato utilizzare un target pressorio unico per tutti i pazienti anziani ipertesi.</b> No Choosing Wisely. Dip Medicina – AOU Città della Salute e della Scienza - Torino</p>
MG 17	<p>L'obiettivo della terapia antipertensiva è raggiungere livelli di pressione arteriosa &lt; 140/90 mmHg. Nei pazienti anziani l'obiettivo della terapia deve essere adattato alle condizioni generali: in generale, nei pazienti con età &lt;80 anni, è raccomandata la riduzione della PAO sistolica a valori compresi tra 140 e 150 mmHg; nei pazienti in condizioni generali buone si può considerare il target &lt;140 mmHg, mentre nei pazienti più fragili il target dovrebbe essere adattato alla tollerabilità individuale. Nei pazienti con età &gt; di 80 aa e PA sistolica maggiore di 160 mmHg in condizioni fisiche e mentali buone la terapia antipertensiva è indicata con un target terapeutico ragionevole compreso tra 140 e 150 mmHg, mentre negli anziani fragili, cognitivamente deteriorati o con ridotta aspettanza di vita il target dovrebbe essere adattato alla tollerabilità individuale, ed è opportuno evitare valori pressori &lt; 130/65 mmHg per il rischio di eventi avversi.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dasgupta K et al. "The 2014 Canadian Hypertension Education program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention and treatment of hypertension. Canadian journal of cardiology, 30 (2014) 485-501.</li> <li>- Aronow 2011 "ACCF/AHA 2011 Expert consensus document of hypertension in the elderly: a report of the american college of cardiology foundation task force on clinical expert consensus documents"</li> <li>- Beckett N. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to hypertension in the very elderly randomised controlled trials. BMJ 2012.</li> <li>- 2013 ESC guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension and the european society of cardiology.</li> <li>- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, Turnbull F et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2008;336(7653):1121-3</li> </ul>

	<p><b>Richiedere gli esami ormonali tiroidei in modo mirato a seconda del quesito clinico.</b> Choosing Wisely American Association of Clinical Endocrinologists and The Endocrine Society (modificata)</p>
MG 18	<p>Per valutare l'adeguatezza della terapia con levotiroxina (T4) nei pazienti ipotiroidei sono sufficienti i valori di TSH e fT4.</p> <p>In caso di sospetto di alterata funzione tiroidea, richiedi, se disponibile, il TSH reflex. In questo modo, il dosaggio di altri analiti ad approfondimento del quadro sarà eseguito automaticamente solo in caso di valori di TSH alterati.</p> <p>In caso di ipotiroidismo primario noto, dosa i livelli di AbTPO solo per l'inquadramento eziologico. Una successiva valutazione non aggiunge alcuna ulteriore informazione di utilità clinica, in particolare per quanto concerne la gestione della eventuale terapia sostitutiva con L-Tiroxina.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garber JR, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract. 2012; Sep 11:1-207</li> </ul>

<b>MG 19</b>	<p><b>Richiedere il dosaggio di vitamina D in modo appropriato.</b>          Choosing Wisely American Association of Clinical Endocrinologists and The Endocrine Society</p>
	<p>In caso di sospetto deficit di vitamina D richiedere solo i livelli di 25-OH vitamina D; questo dosaggio deve essere limitato comunque a soggetti ad alto rischio, nei casi in cui i risultati siano decisivi per istituire una terapia farmacologica suppletiva (ad esempio ipocalcemia, osteoporosi, insufficienza renale cronica, malassorbimento, alcune infezioni, soggetti obesi). I livelli di 1,25-di-idrossi vitamina D non hanno correlazione con le scorte di vitamina D e, dipendendo dal PTH, possono aumentare in caso di ipovitaminosi D</p> <p>I livelli di 1,25-di-idrossi vitamina D possono essere utili in caso di ipercalcemia e di livelli di PTH ridotti, se si sospetta una patologia granulomatosa (es. sarcoidosi). Inoltre, essendo la vitamina D attivata a livello renale, il dosaggio della 1,25-di-idrossi vitamina D può essere di interesse in caso di pazienti in dialisi o con insufficienza renale cronica.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Holick M, et al.; Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(7):1911-1930.</li> <li>– Bikle D et al. Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. Washington: American Society for Bone and Mineral Research. c2008. Chapter 28, Vitamin D: production, metabolism, mechanism of action, and clinical requirements. P. 141–9.</li> <li>– Lu CM. Pathology consultation on vitamin D testing: Clinical indications for 25(OH) vitamin D measurement. Am J Clin Pathol. 2012;137:831.</li> </ul>

<b>MG 20</b>	<p><b>Non richiedere la sott sierologia del test ANA (ANA screening, anti-DNAs) se il test ANA è negativo.</b>          Choosing Wisely: American College of Rheumatology</p>
	<p>Limitare la prima richiesta alla sola ricerca degli ANA, riservando la sott sierologia (anti-DNAs, ENA, anti RNP, SSA Ssb, SCL 70 anticentromero) solo a casi limitati o qualora la sintomatologia clinica sia suggestiva di patologie specifiche; spesso infatti se gli ANA risultano negativi anche la sub sierologia è negativa, seppur con alcune eccezioni: anti Jo-1 positivi in alcune forme di miosite o occasionalmente anti SSA in alcune forme di sindrome di Sjogren.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kavanaugh A, et al. Guidelines for clinical use of the antinuclear antibody test and tests for specific autoantibodies to nuclear antigens. American College of Pathologists. Arch Pathol Lab Med 2000;:71–81.</li> <li>– Solomon DH, Kavanaugh AJ, Schur PH. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: Antinuclear antibody testing. Arthritis Rheum 2002;47:434-44.</li> <li>– Tozzoli R, et al. Guidelines for the laboratory use of autoantibody tests in the diagnosis and monitoring of autoimmune rheumatic diseases. Am J Clin Pathol 2002;117:316-24.</li> </ul>

<b>MG 21</b>	<p><b>Non richiedere i test per la trombofilia nei pazienti adulti con tromboembolismo venoso (TVP e/o TEP) con un chiaro fattore di rischio temporaneo (chirurgia, trauma, immobilità prolungata, ecc).</b>          Choosing Wisely: Am Soc Hematology - Soc Vascular Med  <b>Evitare test di non dimostrata utilità quali ricerca MTHFR e dosaggio omocisteinemia.</b>          No Choosing Wisely; GdL Dip. di Medicina</p>
	<p>I test di trombofilia sono costosi e possono determinare un danno al paziente se viene prescritta una terapia anticoagulante inappropriatamente prolungata o se i pazienti sono etichettati come “trombofilici”. I test di trombofilia non modificano il trattamento in caso di presenza di fattori di rischio transitori e maggiori. In caso di gravidanza o terapia ormonale, o quando c’è una storia famigliare più un fattore di rischio maggiore transitorio, il ruolo dei test di trombofilia è complesso e viene consigliata la valutazione di un esperto. Non vi sono prove che il riscontro di un polimorfismo del gene MTHFR o di elevati livelli di omocisteina modifichi l’approccio terapeutico o modifichi il rischio dei pazienti.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Chong LY, Fenu E, Stansby G, Hodgkinson S. Management of venous thromboembolic diseases and the role of thrombophilia testing: summary of NICE guidance. BMJ. 2012 Jun 27;344:e3979.</li> <li>– Baglin T, et al. British Committee for Standards in Hematology. Clinical guidelines for testing for heritable thrombophilia. Br J Haematol. 2010 Apr;149(2):209–20.</li> <li>– Bezemer ID et al. No association between the common MTHFR 677C-&gt;T polymorphism and venous thrombosis: results from the MEGA study. Arch Intern Med. 2007;167:497</li> <li>– Hickey SE et al. ACMG Practice Guideline: lack of evidence for MTHFR polymorphism testing. Genet Med 2013;15(2):153–156</li> </ul>

<b>MG 22</b>	<p><b>Di norma non prescrivere markers tumorali serici in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori.</b>          SM: Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica (modificato)</p>
	<p>I markers tumorali sierici sono spesso richiesti in modo inappropriato in quanto richiedono un semplice prelievo ematico. Dato il costo di ciascun test e l’elevato numero di test richiesti, la prescrizione rappresenta un notevole spreco di risorse e, in caso di risultato falsamente positivo, può essere fonte di ansia per il paziente. I test con risultato falsamente positivo possono, inoltre, innescare ulteriori accertamenti diagnostici e trattamenti medici e chirurgici inappropriati.</p> <p>In fase diagnostica i markers possono essere presi in considerazione soltanto in poche e ben definite neoplasie maligne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– CA 125 associato ad un riscontro di imaging: CA ovaio</li> <li>– alfa 1 Fetoproteina associato ad un riscontro di imaging: epatocarcinoma nei pazienti a rischio (cirrosi, emocromatosi), CA epiteliale ovarico, CA testicolare.</li> <li>– I markers tumorali possono trovare delle indicazioni nel monitoraggio della terapia e follow-up di alcune neoplasie:</li> <li>– CEA: bilancio di base e follow-up (CA colon-retto, CA pancreas, CA vie biliari e CA midollare della tiroide)</li> <li>– CA 19-9: bilancio di base e follow-up (CA pancreas e CA vie biliari)</li> <li>– CA 15-3: bilancio di base e follow-up (CA mammella)</li> <li>– CA 125: bilancio di base e follow-up (CA endometrio e CA ovaio)</li> <li>– Alfa 1 Fetoproteina: bilancio di base e follow-up (epatocarcinoma, CA epiteliale ovarico e CA testicolare)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Deliberazione Regione Liguria N. 1347 del 11/11/2011 “Indicazioni per la limitazione dell’uso diagnostico di alcuni biomarcatori tumorali.</li> <li>– Tavolo Interaziendale ASL TO1 - ASL TO2 – ASL TO3 – ASL TO4 – ASL TO5 - AO Mauriziano - AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino: PERCORSO OPERATIVO PER MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI LABORATORIO ANALISI. Dicembre 2014 (in fase di approvazione)</li> </ul>

**Pratiche ad alto rischio di inapproprietezza**  
**Lista delle Raccomandazioni**  
**Dietetica e Nutrizione Clinica – Di**  
**Direttore f.f.: A. De Francesco**

<b>Di 1</b> <b>MG 16</b>	<b>Evitare la Nutrizione Artificiale (NA) nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence - based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata od oncologici in fase terminale.</b> Condivisa con la Società Scientifica Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) e la sua fondazione ; approvata da Slow Medicine Italiana.
	In situazioni come la demenza avanzata con quadro clinico estremamente compromesso o nel paziente oncologico con malattia avanzata, sintomi non controllati, insufficienza d'organo, aspettativa di vita inferiore a 4- 6 settimane, la Nutrizione Artificiale non ha dimostrato un favorevole rapporto benefici/rischi. E' invece di dimostrata efficacia promuovere una cultura di prevenzione, screening e diagnosi precoce della malnutrizione ospedaliera e territoriale.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– AGS Position Statement - Feeding Tubes in Advanced Dementia (2014)</li> <li>– ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. Geriatrics 2006,(25):330 - 360</li> <li>– ESPEN Guidelines on Nutrition in Dementia – Congress Geneva September 2014</li> <li>– ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non - surgical oncology 2009,(28):445 - 454</li> </ul>
<b>Di 2</b>	<b>Non utilizzare i cosiddetti “test di intolleranza alimentare” come strumento per la terapia dietetica dell'obesità né per diagnosticare sospette intolleranze alimentari.</b> Condivisa con la Società Scientifica Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) e la sua fondazione ; approvata da Slow Medicine Italiana.
	Queste metodiche sono state impiegate negli ultimi anni per identificare supposte intolleranze alimentari ed ultimamente giustificare l'obesità. Sono basate su presupposti teorici che non hanno trovato riscontro nella evidenza scientifica (test del capello, test elettrodermici ecc..). Vi è quindi unanime consenso internazionale tra i professionisti che non seguono terapie “alternative” nel non utilizzare tali indagini, per altro di costo elevato. Tali pratiche sono, inoltre, ad alto rischio di indurre malnutrizione e ridotto accrescimento nei bambini e negli adolescenti, a causa della marcata riduzione della tipologia dei cibi da assumere e della notevole apprensione che ingenerano nelle persone.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stapel SO, Asero R, Ballmer-weber BK: Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool. EAACI Task Force Report. Allergy 2008; 63:793-6</li> <li>– Carr S, Chan E, Lavine E, Moote W: CSACI Position statement on the testing of food-specific IgG, Allergy Asthma Clin Immunol, 2012; 8(1):12</li> </ul>
<b>Di 3</b>	<b>Evitare di trattare obesità e disturbi dell'alimentazione con diete prestampate ed in assenza di competenze multidimensionali.</b> Condivisa con la Società Scientifica Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) e la sua fondazione; approvata da Slow Medicine Italiana.
	Tali patologie sono complesse perchè croniche e ad eziologia polifattoriale. Devono perciò essere trattate contemporaneamente su più fronti: quello cognitivo-comportamentale, psicologico, nutrizionale, internistico e rieducativo motorio. Fondamentale poi il contatto professionale continuo e il counseling (approccio multidimensionale). Auspicabile il supporto di differenti specialisti in modo da affrontare a tutto tondo le problematiche biologiche, sociali, ambientali e comportamentali.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wilfley D, Vannucci A, White EK: Early intervention of eating and weight-related problems. J Clin Psychol Med Settings, 2010;17(4):285-300</li> <li>– Raman J, Smith E, Hay P: The clinical obesity maintenance model: an integration of Psychological constructs including mod, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. J Obes, 2013:240-244</li> <li>– Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. Eating Weight Disord 2010; 15:1-3</li> </ul>

**Pratiche ad alto rischio di inappropriatazza**  
**Lista delle Raccomandazioni**  
**Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo U – En**  
**Direttore: E. Ghigo**

**Tiroide**

<b>En 1</b> <b>MG 18</b>	<p><b>Richiedere gli esami ormonali tiroidei in modo mirato a seconda del quesito clinico.</b>          Choosing Wisely American Association of Clinical Endocrinologists and The Endocrine Society (modificata)</p>
	<p>Per valutare l'adeguatezza della terapia con levotiroxina (T4) nei pazienti ipotiroidei sono sufficienti i valori di TSH e fT4.          In caso di sospetto di alterata funzione tiroidea, richiedi, se disponibile, il TSH reflex. In questo modo, il dosaggio di altri analiti ad approfondimento del quadro sarà eseguito automaticamente solo in caso di valori di TSH alterati.          In caso di ipotiroidismo primario noto, dosa i livelli di AbTPO solo per l'inquadramento eziologico. Una successiva valutazione non aggiunge alcuna ulteriore informazione di utilità clinica, in particolare per quanto concerne la gestione della eventuale terapia sostitutiva con L-Tiroxina.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Garber JR, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract. 2012; Sep 11:1–207</li> </ul>

**Metabolismo calcio-fosforico**

<b>En 2</b> <b>MG 19</b>	<p><b>Richiedere il dosaggio di vitamina D in modo appropriato.</b>          Choosing Wisely American Association of Clinical Endocrinologists and The Endocrine Society</p>
	<p>In caso di sospetto deficit di vitamina D richiedere solo i livelli di 25-OH vitamina D; questo dosaggio deve essere limitato comunque a soggetti ad alto rischio, nei casi in cui i risultati siano decisivi per istituire una terapia farmacologica suppletiva (ad esempio ipocalcemia, osteoporosi, insufficienza renale cronica, malassorbimento, alcune infezioni, soggetti obesi). I livelli di 1,25-di-idrossi vitamina D non hanno correlazione con le scorte di vitamina D e, dipendendo dal PTH, possono aumentare in caso di ipovitaminosi D          I livelli di 1,25-di-idrossi vitamina D possono essere utili in caso di ipercalcemia e di livelli di PTH ridotti, se si sospetta una patologia granulomatosa (es. sarcoidosi). Inoltre, essendo la vitamina D attivata a livello renale, il dosaggio della 1,25-di-idrossi vitamina D può essere di interesse in caso di pazienti in dialisi o con insufficienza renale cronica.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Holick M, et al.; Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(7):1911-1930.</li> <li>– Bikle D et al. Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. Washington: American Society for Bone and Mineral Research. c2008. Chapter 28, Vitamin D: production, metabolism, mechanism of action, and clinical requirements. P. 141–9.</li> <li>– Lu CM. Pathology consultation on vitamin D testing: Clinical indications for 25(OH) vitamin D measurement. Am J Clin Pathol. 2012;137:831.</li> </ul>

<b>En 3</b>	<p><b>Non richiedere la densitometria ossea alle donne in menopausa in assenza di fattori di rischio.</b>          No Choosing Wisely; AO S. Croce e Carle – Cuneo</p>
	<p>Esistono linee Guida Regionali Piemontesi e della società italiana SIOMMMS dedicata alle malattie del metabolismo osseo che indicano le condizioni che espongono i soggetti ad elevato rischio fratturativo. L'indicazione ad eseguire questo esame prevede di considerare la presenza di una serie di fattori di rischio (soprattutto la familiarità per frattura di femore nei genitori, la menopausa precoce, la presenza di malattie associate ad osteoporosi, terapie concomitanti inibenti la massa ossea) se la donna ha meno di 65 anni e dunque permette, tramite una semplice raccolta anamnestica, di individuare le donne in menopausa in cui è indicato e giustificato effettuare l'esame.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– B.U.R. Piemonte n. 37– 13/11/2007; pag 74-77</li> <li>– Cianferotti L, Brandi ML. Guidance for the diagnosis, prevention and therapy of osteoporosis in Italy. Clin Cases Miner Bone Metab. 2012 Sep;9(3):170-8. Epub 2012 Dec 20</li> </ul>

<b>En 4</b>	<b>Non utilizzare la densitometria ossea (DEXA) per lo screening dell'osteoporosi nelle donne di età inferiore ai 65 anni e negli uomini di età inferiore ai 70 anni senza fattori di rischio.</b> Choosing Wisely: American Academy of Family Physicians
	La densitometria non è costo-efficace nei giovani a basso rischio, mentre lo è negli anziani.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), American College of Preventive Medicine (ACPM), National Osteoporosis Foundation (NOF).</li> </ul>

<b>En 5</b>	<b>Non ripetere routinariamente il controllo DEXA più frequentemente che una volta ogni due anni.</b> Choosing Wisely: American College of Rheumatology
	L'intervallo ottimale per ripetere una densitometria ossea non è universalmente definito, tuttavia, poiché le variazioni di densità ossea nel breve periodo sono spesso inferiori all'errore di misurazione di molti scanner DEXA, una valutazione frequente (ad esempio inferiore ai 2 anni) non è necessaria della maggioranza dei pazienti. Anche in pazienti ad alto rischio in terapia con farmaci per l'osteoporosi le variazioni osservate con la DEXA non sempre correlano con la probabilità di frattura. Pertanto, la DEXA dovrebbe essere ripetuta solo se i risultati influenzano la gestione clinica o se ci si aspettano rapide mutazioni della densità ossea. Alcune evidenze inoltre suggeriscono che in donne sane di età superiore ai 67 anni con una massa ossea normale non necessitano successivi controlli DEXA prima di 10 anni a meno che non ci siano variazioni significative dei fattori di rischio per osteoporosi.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grossman JM, et al.. American College of Rheumatology 2010 recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i>;62(11):1515-26.</li> <li>– National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. (2010). Washington (DC); National Osteoporosis Foundation. 36p.</li> <li>– U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Ann Intern Med</i>;154(5):356-64.</li> </ul>

## Asse gonadico

<b>En 6</b>	<b>Non richiedere il dosaggio di testosterone libero per la diagnosi di pazienti con sospetto ipogonadismo.</b> No Choosing Wisely. Dip Medicina – AOU Città della Salute e della Scienza - Torino
	La misurazione dei livelli circolanti di testosterone totale è un metodo affidabile come inziale test diagnostico dell'ipogonadismo maschile. La diagnosi deve essere confermata con una seconda valutazione di testosterone totale. La misurazione del testosterone libero o biodisponibile è indicata solo utilizzando un metodo accurato e affidabile (dialisi di equilibrio o calcolo dal testosterone totale, SHBG e albumina secondo la formula di Vermeulen), in uomini con livelli di testosterone totale ai limiti inferiori della norma e con sospette alterazioni di SHBG. Metodi accurati e affidabili per il dosaggio di testosterone libero o biodisponibile non sono abitualmente disponibili nei laboratori clinici. Il dosaggio per mezzo di metodi analogici è invece frequentemente disponibile anche nei laboratori locali ma queste metodiche sono influenzate da variazioni di SHBG e sono inaffidabili. Il loro utilizzo non è dunque raccomandato.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bhasin S, et al.; Task Force, Endocrine Society. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i>. 2010; 95: 2536-59.</li> <li>– Rosner W, Auchus RJ, Azziz R, Sluss PM, Raff H. Utility, limitations and pitfalls in measuring testosterone: an Endocrine Society Position Statement. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 2007; 92:405–413</li> <li>– Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 1999; 84:3666–3672</li> </ul>

## Diabete mellito e dislipidemia

<b>En 7</b>	<p><b>Non prescrivere di routine il monitoraggio glicemico multiplo quotidiano nei diabetici di tipo 2 in buon controllo e/o in terapia con antidiabetici non ipoglicemizzanti.</b> Choosing Wisely: Society of General Internal Medicine</p> <p>Una volta che l'obiettivo glicemico è raggiunto e i risultati di auto-monitoraggio diventano abbastanza prevedibili, il controllo ripetuto quotidiano delle glicemie non aggiunge informazioni riguardo al buon controllo glicemico. Ci sono molte eccezioni, come per le malattie acute, o quando si aggiungono nuovi farmaci, quando si verificano variazioni ponderali significative, quando la HbA1c peggiora e in soggetti che hanno bisogno di monitoraggio per mantenere gli obiettivi.</p> <p>Inoltre la prescrizione delle strisce reattive deve tener conto delle abitudini del paziente (meno strisce rispetto alle prescrittibili se effettua pochi controlli).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Davidson MB, Castellanos M, Kain D, Duran P. The effect of self monitoring of blood glucose concentrations on glycated hemoglobin levels in diabetic patients not taking insulin: a blinded, randomized trial. <i>Am J Med.</i> 2005;118:422–5</li><li>– Farmer A, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomized trial. <i>BMJ.</i> 2007;335:132–40.</li><li>– O’Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE; ESMON study group. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomized controlled trial. <i>BMJ.</i> 2008;336:1174–7</li></ul>
<b>En 8</b> <b>MG 11</b>	<p><b>Nei pazienti diabetici personalizza gli obiettivi glicemici in base al profilo clinico.</b> Choosing Wisely: American Geriatrics Society (modificato)</p> <p>Secondo le principali linee guida, gli obiettivi glicemici durante un ricovero ospedaliero possono essere differenziati in funzione delle diverse situazioni cliniche: a) Pazienti in situazione critica: valori glicemici 140-180 mg/dl, in funzione del rischio stimato di ipoglicemia; b) Pazienti in situazione non critica: valori glicemici preprandiali &lt;140 mg/dl, postprandiali &lt;180 mg/dl o valori random &lt;180 mg, se ottenibili senza rischi elevati di ipoglicemia. In situazioni cliniche a elevato rischio di ipoglicemia è opportuno un innalzamento degli obiettivi glicemici.</p> <p>Al momento della dimissione è utile rimodulare gli obiettivi glicemici e la terapia da effettuare in base al quadro clinico complessivo tenendo conto dell'età, comorbidità e rischio di eventi ipoglicemici. In particolare, nei pazienti con diabete di lunga durata (&gt;10 anni) soprattutto con precedenti di malattie cardiovascolari o una lunga storia di inadeguato compenso glicemico o fragili per età e/o comorbidità, l'approccio terapeutico deve essere tale da prevenire le ipoglicemie e gli obiettivi di compenso glicemico dovrebbero essere meno stringenti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– targets di HbA1c compresi tra 7,5 e 8% (50 – 64 mmol/mol) sono generalmente appropriati negli anziani</li><li>– targets di HbA1c compresi tra 8 e 9% (64 – 75 mmol/mol) sono appropriati negli anziani con multiple comorbidità, cattiva salute, bassa aspettanza di vita.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>– Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 Update and Supplemental Information. <i>JAGS</i> 61:2020-2026, 2013</li><li>– Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID) - Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014</li><li>– Standards of Medical Care in Diabetes 2014 American Diabetes Association, <i>Diabetes Care</i> Volume 37, Supplement 1, January 2014</li></ul>

<b>En 9</b>  <b>MG 8</b>	<b>Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti a pazienti con una breve aspettativa di vita.</b> Choosing Wisely: AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine
	<p>Non ci sono prove che, nei pazienti con più di 70 anni, l'ipercolesterolemia o un basso livello di colesterolo HDL siano un importante fattore di rischio per mortalità totale, mortalità per cardiopatia ischemica o ospedalizzazione per infarto miocardico. I pazienti anziani con i valori di colesterolo più bassi hanno una mortalità più elevata anche dopo aggiustamento per altri fattori di rischio. Inoltre, un rapporto rischio/beneficio meno favorevole è verosimile nei pazienti ultraottantenni in cui i benefici sono ancor minori e gli effetti collaterali da statine più pronunciati (decadimento cognitivo, cadute, neuropatia, danno muscolare).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rich MW. Aggressive lipid management in very elderly adults: less is more. J Am Geriatr Soc. 2014;62:945-7</li> <li>– Dalleur O, et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. Drugs Aging. 2012;29:829-37.</li> <li>– Schiattarella GG et al. Variability in the prescription of cardiovascular medications in older patients: correlates and potential explanations. Drugs Aging. 2009;26 Suppl 1:41-51</li> <li>– Schatz IJ, et al. Cholesterol and all-cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study. Lancet. 2001;358(9279):351-5.</li> <li>– Weverling-Rijnsburger AW, et al. Total cholesterol and risk of mortality in the oldest old. Lancet. 1997;350(9085):1119-23.</li> <li>– Krumholz HM, et al. Lack of association between cholesterol and coronary heart disease mortality and morbidity and all-cause mortality in persons older than 70 years. JAMA. 1994;272:1335-40.</li> </ul>	

## Ipofisi

<b>En 10</b>	<b>Non richiedere il dosaggio di GH in caso di sospetta acromegalia o deficit di GH.</b> No Choosing Wisely. Dip Medicina – AOU Città della Salute e della Scienza - Torino
	<p>In quanto la secrezione di GH è pulsatile, il dosaggio puntiforme di ormone della crescita non consente una sicura valutazione di una eventuale alterazione della secrezione somatotropa in fase di screening. In tale fase diagnostica, l'esame corretto è la determinazione dei livelli di IGF-I, i cui livelli devono essere valutati in base ai valori di riferimento per fasce di età.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Acromegaly--2011 update: executive summary. Katznelson L, Atkinson JL, Cook DM, Ezzat SZ, Hamrahian AH, Miller KK; AACE Acromegaly Task Force. Endocr Pract. 2011 Jul-Aug;17(4):636-46.</li> </ul>

**Pratiche ad alto rischio di inapproprietezza**  
**Lista delle Raccomandazioni**  
**Gastroenterologia U - Ga**  
**Direttore: M. Rizzetto**

<p><b>Ga 1</b> <b>MG 4</b></p>	<p><b>Non trasfondere routinariamente plasma fresco congelato o piastrine prima della paracentesi o della legatura endoscopica delle varici esofagee</b>          Choosing Wisely: American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)</p>
	<p>I test coagulativi di routine non riflettono il rischio di sanguinamento dei pazienti con cirrosi e le complicanze emorragiche di queste procedure sono rare. Recenti studi hanno confermato come il “deficit” coagulativo del paziente cirrotico, enfatizzato dalle alterazioni della conta piastrinica e dall'allungamento dell'INR, non corrisponda “in vivo” ad una particolare diatesi emorragica del paziente stesso in quanto questi pazienti hanno sia un deficit di fattori anticoagulanti che di fattori procoagulanti. L'insufficienza epatica “end stage” presenta un concentrato di sintomi e segni emorragici soprattutto gastrointestinali ma questi sono legati a varie e concomitanti condizioni cliniche quali l'ipertensione portale, le alterazioni dell'endotelio, le infezioni batteriche, l'insufficienza renale, ecc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Runyon BA; AASLD. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. Hepatology. 2013 Apr;57(4):1651-3. doi: 10.1002/hep.26359. PubMed PMID: 23463403.</li> <li>– Tripodi A, Mannucci PM. The coagulopathy of chronic liver disease. N Engl J Med. 2011 Jul 14;365(2):147-56. doi: 10.1056/NEJMra1011170. Review. PubMed PMID: 21751907.</li> <li>– Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W; Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology. 2007 Sep;46(3):922-38. Erratum in: Hepatology. 2007 Dec;46(6):2052. PubMed PMID: 17879356.</li> <li>– Grabau CM, et al. Performance standards for therapeutic abdominal paracentesis. Hepatology 2004;40:484-488.</li> </ul>
<p><b>Ga2</b> <b>MG 5</b></p>	<p><b>Non prescrivere farmaci per la profilassi dell'ulcera da stress nei pazienti ricoverati nei reparti di medicina a meno che siano ad alto rischio per complicanze gastrointestinali.</b>          Choosing Wisely: Society of Hospital Medicine (SHM)</p>
	<p>Le linee guida pubblicate non raccomandano l'uso di farmaci per la profilassi dell'ulcera gastro-duodenale da stress al di fuori dei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva. Gli antagonisti del recettore dell'istamina (es. ranitidina) e gli inibitori della pompa protonica (es. omeprazolo) comunemente utilizzati per la prevenzione dell'ulcera da stress sono associati a effetti collaterali e aumentano il rischio di polmonite ospedaliera e di infezione da clostridium difficile. La Nota 1 dell' AIFA prevede l'uso di questi farmaci per la prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastro intestinale superiore nei pazienti in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio: 1) storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita 2) concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici 3) età avanzata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– AIFA Nota 1. <a href="http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-1">http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-1</a></li> <li>– Bourne C et al, Emergent adverse effects of proton pump inhibitors, Presse Med. 2013;42:e53-62</li> <li>– ACCF/ACG/AHA 2008 Expert consensus document on reducing the gastrointestinal risk of antiplatelet therapy and NSAID use. Circulation 2008;118:1894-1909</li> <li>– 2010 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley &amp; Sons, Ltd Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers (Review)</li> </ul>

## Utilizzo della gastroscopia nella sorveglianza delle varici esofagee nei pazienti cirrotici con ipertensione portale.

No Choosing Wisely: SC Gastroenterologia – AOU Città della Salute e della Scienza - Torino

La cirrosi e l'insufficienza epatica sono complicate dalla comparsa di ipertensione portale con conseguente formazione di circoli collaterali e di varici derivate da tali circoli. Le più evidenti e comuni sono le varici esofagee. Il miglior metodo per valutare l'ipertensione portale è il ricorso ad un cateterismo delle vene sovraepatiche con successiva misura della pressione a catetere libero ed incuneato. Gradienti pressori > di 5 mm Hg sono considerati ipertensione portale, un valore pari o > di 10 mm di Hg correla fortemente con la presenza di varici o con un loro formarsi successivo. Una valutazione ecografica con misura dei diametri della milza e della vena porta può essere utile nella valutazione di tali pazienti senza ricorrere al cateterismo.

1. La gastroscopia per diagnosi e screening delle varici esofagee è raccomandata quando viene diagnosticata una cirrosi epatica di qualsiasi eziologia.
2. La gastroscopia deve indicare le dimensioni delle varici, il colore e la presenza o meno di segni rossi.
3. In una cirrosi epatica compensata che non presenta varici ad un primo controllo la gastroscopia dovrebbe essere ripetuta ogni 3 anni, in caso di scompenso (ascite o EPS) deve essere ripetuta ogni anno.
4. In assenza di episodi pregressi di emorragia digestiva i pazienti cirrotici compensati (Child A) con varici piccole senza segni rossi possono essere trattati con beta-bloccanti ma non è ancora stato stabilito il beneficio del loro utilizzo; cirrosi epatiche Child B e C oppure in presenza di segni rossi all'endoscopia la terapia con beta bloccanti dovrebbe essere comunque usata.
5. In corso di trattamento con beta bloccanti piccole varici che non abbiano mai sanguinato in cirrosi stabili possono essere controllate endoscopicamente ogni 2 anni. In caso di scompenso ogni anno.
6. Cirrosi epatiche compensate (Child A) con varici medie o grandi devono essere trattate con beta bloccante o eventualmente sottoposte a legatura endoscopica se il trattamento farmacologico non è tollerato per qualche motivo
7. Cirrosi epatiche Child B-C con varici medie o grandi devono essere trattate con beta bloccante o legate per via endoscopica quale profilassi dell'emorragia digestiva.
8. La dose di beta bloccante deve essere la massima tollerata, se non vi sono stati episodi di emorragia controllo endoscopico ogni 2 anni, se le varici sono state trattate con legatura controllo endoscopico ogni 6-12 mesi.
9. Dopo un episodio di emorragia digestiva la combinazione di legatura endoscopica delle varici e trattamento con beta-bloccante è la migliore opzione (profilassi secondaria). Gastroscopia di controllo ogni 6-12 mesi.

Ga 3

- Garcia-Tsao G, et al.; Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology*. 2007 Sep;46(3):922-38. Erratum in: *Hepatology*. 2007 Dec;46(6):2052. PubMed PMID: 17879356.
- Hammoud GM, Ibdah JA. Utility of endoscopic ultrasound in patients with portal hypertension. *World J Gastroenterol*. 2014 Oct 21;20(39):14230-14236. Review. PubMed PMID: 25339809; PubMed Central PMCID: PMC4202351.
- Triantos C, Kalafateli M. Primary prevention of bleeding from esophageal varices in patients with liver cirrhosis. *World J Hepatol*. 2014 Jun 27;6(6):363-9. doi: 10.4254/wjh.v6.i6.363. Review. PubMed PMID: 25018847; PubMed Central PMCID: PMC4081611.
- Tsochatzis EA, Bosch J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. *Lancet*. 2014 May 17;383(9930):1749-61. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60121-5. Epub 2014 Jan 28. Review. PubMed PMID: 24480518.
- Ríos E, et al. Evaluation of the quality of clinical practice guidelines for the management of esophageal or gastric variceal bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014 Apr;26(4):422-31. doi: 10.1097/MEG.000000000000033. Review. PubMed PMID: 24535595.
- Zardi EM, et al. Invasive and non-invasive techniques for detecting portal hypertension and predicting variceal bleeding in cirrhosis: a review. *Ann Med*. 2014 Feb;46(1):8-17. doi: 10.3109/07853890.2013.857831. Epub 2013 Dec 16. Review. PubMed PMID: 24328372.
- Giannelli V, Lattanzi B, Thalheimer U, Merli M. Beta-blockers in liver cirrhosis. *Ann Gastroenterol*. 2014;27(1):20-26. Review. PubMed PMID: 24714633; PubMed Central PMCID: PMC3959530.
- Bari K, Garcia-Tsao G. Treatment of portal hypertension. *World J Gastroenterol*. 2012 Mar 21;18(11):1166-75. doi: 10.3748/wjg.v18.i11.1166. Review. PubMed PMID: 22468079; PubMed Central PMCID: PMC3309905.

**Pratiche ad alto rischio di inappropriatelyzza**  
**Lista delle Raccomandazioni**  
**Medicina d'Urgenza DEA – Mu**  
**Direttore: C. Moiraghi**

<b>Mu 1</b>	<p><b>Non trasfondere emazie concentrate in pazienti emodinamicamente stabili, non sanguinanti, in terapia intensiva, con valori di emoglobina superiore a 7 g/dL (considerare 8 g/dL nei pazienti con SCA )</b>          Choosing Wisely: Critical Care Societies Collaborative (CCSC)</p>
	<p>Ogni trasfusione comporta dei rischi oltre che dei costi. Trasfondere un paziente se non strettamente necessario significa esporlo a potenziali rischi senza evidenze di reali benefici. E' possibile utilizzare una soglia di 8g/dL per i pazienti con sindrome coronarica acuta anche se alcuni studi osservazionali evidenziano danni anche in questi pazienti.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Chatterjee S et al. Association of blood transfusion with increased mortality in myocardial infarction. JAMA.2013;173:132-9</li> <li>– Carson JL, et al. Clinical Transfusion Medicine Committee of the AABB. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB. Ann Intern Med. 2012;157:49–58</li> <li>– Hebert PC et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. N Eng J Med. 1999;340:409–17</li> <li>– Holst LB et al. Lower versus higher hemoglobin threshold for transfusion in septic shock. N Engl J Med 2014; 371:1381</li> </ul>
<b>Mu 2</b>	<p><b>Non utilizzare la nutrizione parenterale nei pazienti critici ricoverati in terapia intensiva nei primi sette giorni di degenza se lo stato nutrizionale pre-ricovero risulta adeguato</b>          Choosing Wisely: Critical Care Societies Collaborative (CCSC)</p>
	<p>Per i pazienti che hanno un adeguato stato nutrizionale la nutrizione parenterale nei primi sette giorni di ricovero non è stata associata a particolari benefici (in particolare in termini di sopravvivenza e tempi di degenza) ed in alcuni casi anche a complicanze.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Casaer MP et al. Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. N Eng J Med. 2011;365:506–17.</li> <li>– Martindale RG et al.; American College of Critical Care Medicine; A.S.P.E.N. Board of Directors. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Executive Summary. Crit Care Med. 2009;37(5):1757–61</li> </ul>
<b>Mu 3</b> <b>MG 14</b>	<p><b>Nella valutazione eziologica della sincope nei pazienti con normale esame obiettivo neurologico, non richiedere esami di imaging cerebrale (TC, RMN) e vascolare (ecodoppler TSA), né l'EEG.</b>          Choosing Wisely: American College of Physicians (ACP) e American Academy of Neurology</p>
	<p>La sincope è un evento frequente che interessa circa il 40% della popolazione nel corso della vita. Una patologia cerebrale o l'occlusione delle carotidi non causano una sincope ma piuttosto dei deficit focali neurologici; l'imaging cerebrale e delle a. carotidi non aiuta ad identificare la causa della sincope. Se la sincope è associata ad un trauma cranico la TC cerebrale può essere presa in considerazione.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J. 2009;21:2631-2671.</li> <li>– NICE. Transient loss of consciousness ('Blackouts') Management in adults and young people. 2010, cg109</li> <li>– Mendu ML et al. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. Arch Intern Med. 2009;169(14):1299-305.</li> </ul>

<b>Mu 4</b>	<b>Non richiedere l'angio TC del torace in pazienti con una bassa probabilità clinica pre-test (Wells score) di embolia polmonare (EP) associata ai Criteri di Esclusione di Embolia Polmonare (PERC) o ad un valore di D-dimero negativo</b> Choosing Wisely: American College of Chest Physicians (ACCP) and American Thoracic Society (ATS)
	Ad oggi l'esame più utilizzato per la diagnosi di EP è l'angio-TC del torace in grado di evidenziare anche piccoli trombi a livello polmonare. Tuttavia, gli svantaggi dell'esame sono legati all'esposizione a radiazioni per il paziente, alla somministrazione di mezzo di contrasto che può essere dannosa a livello renale e agli alti costi. Se alla bassa probabilità clinica di EP si aggiunge un valore di D-dimero negativo l'evidenza dimostra che il rischio di non diagnosticare una EP è sovrapponibile a quello dell'avere una TC negativa.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fesmire et al.; American College of Emergency Physicians. Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with suspected pulmonary embolism. <i>Ann Emerg Med.</i> 2011 Jun;57(6):628-52.</li> <li>– Kline JA, et al. Prospective multicenter evaluation of the pulmonary embolism rule-out criteria. <i>J Thromb Haemost.</i> 2008;6:772-80.</li> <li>– UpToDate Diagnosis of acute pulmonary embolism</li> </ul>

<b>Mu 5</b> <b>MG 13</b>	<b>Non prescrivere Rx torace di controllo in caso di polmonite comunitaria se la clinica e gli esami di laboratorio sono in miglioramento.</b> No Choosing Wisely; AO S. Croce e Carle – Cuneo
	In assenza di sintomi polmonari la radiografia di controllo raramente apporta cambiamenti significativi nella gestione clinica o miglioramento degli esiti clinici dei pazienti. L'evidenza radiologica è normalmente meno precoce rispetto alla clinica. Vantaggio dal punto di vista protezionistico (esposizione del paziente a radiazioni). La radiografia del torace deve essere ripetuta a 6 settimane in caso di persistenza dei segni/sintomi o se vi è elevato rischio di neoplasia sottostante
	Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Update 2009. The British Thoracic Society. <a href="http://www.brit-thoracic.org.uk">www.brit-thoracic.org.uk</a>

<b>Mu 6</b> <b>MG 15</b>	<b>Nei pazienti emodinamicamente stabili non posizionare e non lasciare posizionato un catetere vescicale per incontinenza, convenienza o monitoraggio; alcune indicazioni accettabili: patologia critica, ostruzione urinaria, situazioni di fine vita.</b> Choosing Wisely: Society of Hospital Medicine
	Il posizionamento del catetere vescicale è una delle cause più frequenti di infezione intraospedaliera. Il posizionamento dovrebbe essere riservato ai pazienti instabili dove è importante il controllo della diuresi, per risolvere ritenzioni acute di urina, ai pazienti chirurgici e nelle situazioni di fine vita.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Atlanta (GA): HICPAC; 2009. 67 p.</li> <li>– Munasinghe RL, Yazdani H, Siddique M, Hafeez W. Appropriateness of use of indwelling urinary catheters in patients admitted to the medical service. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2001 Oct;22:647–9.</li> <li>– Umscheid CA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2011 Feb;32:101–14.</li> </ul>

**Pratiche ad alto rischio di inappropriatelyzza**  
**Lista Raccomandazioni IRV**  
**IRV Attività di dimissioni protette cure intermedie – I**  
**Responsabile: F. Longo**

**Nella maggior parte degli adulti di età superiore a 65 anni, evitare di utilizzare farmaci per raggiungere valori di Hb A1c <7.5%; un controllo moderato è di solito migliore.**

Choosing Wisely: American Geriatrics Society

Non vi sono prove che l'utilizzo di farmaci per raggiungere uno stretto controllo glicemico negli anziani con diabete di tipo 2 sia di beneficio per il paziente. Negli adulti meno anziani, ad eccezione di una riduzione a lungo termine di infarti miocardici e mortalità con la metformina, l'utilizzo di farmaci per raggiungere livelli di HbA1c <7% è associata a danni, compreso un incremento di mortalità. Uno stretto controllo glicemico determina un aumento della frequenza di ipoglicemia negli anziani. In considerazione dei lunghi tempi necessari per ottenere la riduzione dei benefici microvascolari con uno stretto controllo glicemico, i targets glicemici dovrebbero essere adattati allo stato di salute e all'aspettativa di vita. Nei pazienti con comorbidità moderate e un'aspettativa di vita inferiore a 10 anni è ragionevole cercare di mantenere valori di HbA1c compresi tra 7,5 e 8%; nei pazienti con multiple comorbidità e una più breve aspettativa di vita tali valori possono essere aumentati a 8.0 – 9.0%.

I 1

- The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in Type 2 Diabetes. N Eng J Med [Internet]. 2008 Jun 12;258(24):2545–2559.
- The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. N Eng J Med [Internet]. 2011Mar 3;364(9):818–828.
- Duckworth W, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Eng J Med [Internet]. 2009. 360(2):129–139.
- ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med [Internet]. 2008 Jun 12;358:2560-72.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet [Internet]. 1998;352:854-65.
- Montori VM, Fernández-Balsells M. Glycemic control in type 2 diabetes: Time for an evidence-based about-face? Ann Intern Med [Internet]. 2009 Jun 2;150(11):803-8. Erratum in: Ann Intern Med. 2009 Jul 21;151(2):144. PMID: 19380837
- Finucane TE. “Tight Control” in geriatrics: The emperor wears a thong. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2012 Aug 6;60:1571–1575.
- Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, Huang ES, Korytkowski MT, Nunshi MN, Odegaard PS, Pratley RE, Swift CS. Diabetes in older adults: A consensus report. J Am Geriatr Soc. 2012 Oct;60(12):2342-2356.

**Pratiche ad alto rischio di inappropriatazza**  
**Lista Raccomandazioni**  
**Nefrologia – Dialisi e Trapianti U – Ne**  
**Direttore: L. Biancone**

<b>Ne 1</b> <b>MG 1</b>	<b>Non somministrare farmaci stimolanti l'eritropoiesi (es. eritropoietina) nei pazienti con insufficienza renale cronica (IRC) con valori di emoglobina <math>\geq 10</math> g/dl. Escludere le altre cause di anemia prima di considerare la terapia con i farmaci stimolanti l'eritropoiesi.</b>
	Choosing Wisely: American Society of Nephrology
	<p>La somministrazione di farmaci stimolanti l'eritropoiesi a pazienti con IRC con lo scopo di normalizzare i valori di emoglobina non ha dimostrato benefici di sopravvivenza nè benefici cardiovascolari e può essere dannosa paragonata a regimi terapeutici che ritardano la somministrazione di questi farmaci o si pongono dei target più conservativi (Hb 9-11 g/dl). I farmaci stimolanti l'eritropoiesi dovrebbero essere prescritti per mantenere i valori di Hb ai livelli più bassi che minimizzino le trasfusioni e i sintomi secondari all'anemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• portare a regime – in accordo con le linee guida KDIGO 2012 – i valori di Hb nei pazienti in terapia con farmaci stimolanti l'eritropoiesi: ridurre i dosaggi o sospendere il farmaco se valori <math>&gt;11,5g\%</math></li> <li>• iniziare la terapia se Hb <math>&lt;10g\%</math>, salvo situazioni particolari, o necessità derivanti da un miglioramento della qualità di vita.</li> </ul>
KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements (2012) 2, 283–7	

<b>Ne 2</b>	<b>Utilizzare i farmaci generici – ove disponibili – per l'immunodepressione nel paziente trapiantato (allo stato attuale: tacrolimus, micofenolato mofetile).</b>
	No Choosing Wisely - SC Nefrologia AOU Città della Scienza e della Salute – Torino
	<p>Negli ultimi anni, l'adozione dei farmaci immunosoppressori generici nei trapianti d'organo (e in altre patologie immunologiche) ha trovato supporto nella letteratura scientifica; l'utilizzo di questi farmaci ha determinato un notevole risparmio economico e, in alcune regioni italiane, le gare d'appalto sono vinte dai farmaci generici per il favorevole rapporto qualità/prezzo. Noi abbiamo, da almeno due anni, adottato l'uso dei generici e non abbiamo riscontrato evidenze di minor effetto terapeutico o di effetti collaterali rispetto ai farmaci branded. Il risparmio economico può essere ingente (dati 2014 della SC Farmacia) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tacrolimus 1 mg : generico Sandoz € 0,1 - generico Teva € 0,5 - branded Astellas € 1,4</li> <li>– micofenolato mofetile 500 mg: generico Teva € 0,07 - branded Roche € 0,8</li> </ul> <p>Tra gli svantaggi si segnala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nel caso del tacrolimus sono necessari maggiori controlli del livello plasmatico (costo per esame circa € 5-8)</li> <li>– passaggio da generico a generico che può teoricamente avvenire senza che il medico ne sia a conoscenza; questo può determinare variazioni del livello di immunosoppressione a seguito della differente biodisponibilità</li> </ul> <p>Al momento in Piemonte si usano il generico tacrolimus Sandoz e TEVA ed il micofenolato TEVA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Teun van Gelder , Steven Gabardi: methods , strenght, weakness and limitations of bioequivalence testst with special regard to immunosuppressive drugs ; transplant Int, 1-7, 2013</li> <li>– Alloway RR, Sadaka B, Trofe- Clark J, Wiland A , Bloom RD : a randomised Pharmacokinetic study of generic tacrolimus versus reference tacrolimus in kidney transplant recipients ; AJT ,12, 2825-2831, 2012</li> <li>– Bloom RD et al.: a randomised , crossover pharmacokinetic study comparing generic tacrolimus vs the reference formulation in subpopulations of kidney transplant patients; Clin Transpl 1-8 ,2013</li> <li>– Rosenborg S. et al. Systematic conversion to generic tacrolimus in stable kidney transplant recipients ; cCin Kidney J , 7, 151 , 2014</li> </ul>	

**Non eseguire il follow-up radiologico a tutti i pazienti con pielonefrite acuta ma riservarlo a casi selezionati e a 3 mesi di distanza dall'esordio.**

No Choosing Wisely - SC Nefrologia AOU Città della Scienza e della Salute – Torino

**Ne 3**

La diagnostica ed il follow-up radiologico nei casi di pielonefrite è dibattuto; non esistono evidenze che il follow-up radiologico modifichi il trattamento, la frequenza di recidive o gli esiti. Attualmente la consuetudine è di eseguire il follow-up radiologico mediante RMN in tutti i pazienti prima del termine del trattamento.

Sulla base di queste premesse si è deciso di non eseguire controlli radiologici nei pazienti con pielonefrite acuta se non in casi selezionati (es. pazienti trapiantati) e a 3 mesi di distanza; in questo modo la terapia non dipenderà più dall'esito dell'indagine radiologica. Rimane l'indicazione ad eseguire la valutazione radiologica (TC o RMN) per confermare l'ipotesi diagnostica e valutare la presenza o meno di ascessi (non escludibili clinicamente o con indagini di primo livello). In considerazione dell'elevato numero di pazienti ricoverati con diagnosi di pielonefrite e dei costi della RMN (RMN senza mdc € 160, RMN con mdc € 249) il risparmio è considerevole; a questo si deve aggiungere la verosimile riduzione della durata della terapia antibiotica (riduzione della pressione selettiva sulla comparsa di resistenze, degli effetti collaterali e dei costi).

- Acute pyelonephritis. ACR Appropriateness Criteria. American College of Radiology. Review 2012
- GB Piccoli, Colla L, Burdese M et al: Development of kidney scars after acute pyelonephritis: relationship with clinical laboratory and imaging data at diagnosis. World J. Urol 24,66,2006
- Rollino C, Beltrame G, Ferro M et al: acute pyelonephritis in adults : a case series of 223 patients. NDT 27, 3488, 2102
- Faletti R, Cassinis MC et al: Diffusion-weighted imaging and apparent diffusion coefficient values versus contrast-enhanced MR imaging in the identification and Characterisation of acute pyelonephritis; Eur Rad, 23, 3501,2013

**Adottare - nel trapianto renale - uno schema di profilassi antibiotica post-chirurgica di breve durata ( 48 ore ) e uno schema di trattamento “ mirato” nei casi di positività del liquido di conservazione degli organi.**

No Choosing Wisely - SC Nefrologia AOU Città della Scienza e della Salute – Torino

Le infezioni nel ricevente di trapianto renale rappresentano una delle più importanti cause di morbidità e mortalità. Numerosi fattori concorrono a incrementare il rischio di infezioni in questi pazienti primo fra tutti la terapia immunosoppressiva. Presso l'unità di Trapianto Renale “A. Vercellone” dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino sino ad un anno fa la terapia antibiotica di profilassi somministrata nei pazienti sottoposti a trapianto renale prevedeva l'impiego di amoxicillina-clavulanato (77% dei casi) per 7-10 giorni post-intervento. In seguito ad una attenta analisi della letteratura scientifica ed in accordo con i Colleghi Infettivologi dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino è stato identificato un nuovo protocollo di profilassi antibatterica nel post-trapianto della durata di 48 ore con ampicillina-sulbactam. L'utilizzo di questo nuovo approccio terapeutico comporta una maggior sorveglianza clinico-laboratoristica mirato ad identificare il più precocemente possibile segni di infezione. Ad oggi, dopo un anno dall'adozione di questo nuovo protocollo non si è registrato un incremento dell'incidenza di infezioni post-trapianto rispetto al vecchio schema. Inoltre, la riduzione della durata della terapia ha comportato una significativa riduzione dei costi (in fase di analisi) e determina una minor pressione selettiva sull'insorgenza di resistenze.

Analogamente è stato apportato un cambiamento dell'approccio terapeutico e di monitoraggio clinico-laboratoristico nei pazienti trapiantati di rene in cui il liquido di conservazione degli organi risulta positivo per batteri. Il liquido di conservazione con cui gli organi prelevati a scopo di trapianto vengono perfusi ha lo scopo di ridurre il danno ischemico e quindi ridurre il rischio di ritardata ripresa funzionale dell'organo nell'immediato post-trapianto. Tuttavia esso può rappresentare, se contaminato, un veicolo di infezione dall'organo al ricevente. Sino a 2 anni or sono nel nostro centro, in caso di positività del liquido di conservazione organi, veniva impostata una terapia antibiotica preventiva, ossia in assenza di segni clinico-laboratoristici riferibili ad infezioni nel ricevente. Tale strategia è attualmente effettuata solo in caso di positività per funghi in quanto le infezioni nel ricevente che ne potrebbero derivare sono di elevata gravità (arteriti micotiche, deiscenze dell'anastomosi vascolare, etc). In caso di positività del liquido di conservazione per batteri invece è stato impostato un protocollo di solo monitoraggio clinico-laboratoristico intenso, riservando l'impiego dell'antibiotico in caso di comparsa di segni di infezione e/o di isolamento di batteri particolarmente virulenti. Tale protocollo è basato su una revisione attenta della letteratura. L'analisi dei dati relativi alle infezioni post-trapianto e correlate al liquido di conservazione organi contaminato non ha mostrato un aumento dell'incidenza tra i riceventi trattati con terapia antibiotica preventiva e quelli sottoposti a solo monitoraggio clinico-laboratoristico. Tale approccio comporta, oltre a una riduzione della pressione selettiva sulla comparsa di resistenze, anche una riduzione dei costi legati alla terapia antibiotica (circa ACR € 6500/anno).

Ne 4

- Fishman JA, Rubin RH. Infection in organ-transplant recipients. *New Engl J Med* 1998; 338(24): 1741-1751.
- Grossi PA, Fishman JA and the AST Infectious Disease Community of Practice. Donor-derived infections in solid organ transplant recipients. *Am J Transplant* 2009; 9 suppl 4: S19-S26.
- Fisher SA, Avery RK and the AST Infectious Disease Community of Practice. Screening of donor and recipient prior to solid organ transplantation. *Am J Transplant* 2009; 9 suppl 4: S7-S18.
- Wakelin SJ, Casey J, Robertson A, et al. The incidence and importance of bacterial contaminants of cadaveric renal perfusion fluid. *Transpl Int* 2005; 17(11): 680–686.
- Sharma AK, Smith G, Smith D, et al. Clinical outcome of cadaveric renal allografts contaminated before transplantation. *Transplant Int* 2005; 18(7): 824-827.
- Sauget M, Verdy S, Slekovec C, Bertrand X, Talon D. Bacterial contamination of organ graft preservation solution and infection after transplantation. *Transpl Infect Dis* 2011; 13(4): 331-334.
- Matignon M, Botterel F, Audard V, et al. Outcome of renal transplantation in eight patient with *Candida* sp. contamination of preservation fluid. *Am J Transpl* 2008; 8(3): 697-700.
- Porco TC, Gao D, Scott JC, et al. When does overuse of antibiotics become a tragedy of the commons?. *PLoS One* 2012; 7(12): e46505.
- Caron WP, Mousa SA. Prevention strategies for antimicrobial resistance: a systematic review of the literature *Infection and Drug Resistance* 2010;3 25–33

<p><b>Ne 5</b></p>	<p><b>Non somministrare ai nuovi ingressi in dialisi L-carnitina e vitamina C e sospendere gradualmente l'uso di L-carnitina e vitamina C nei pazienti già in dialisi monitorizzando la crasi ematica</b>  No Choosing Wisely - SC Nefrologia AOU Città della Scienza e della Salute – Torino (Choosing Wisely: American Society of Nephrology )</p> <p>Non sussistendo chiare evidenze dell'effetto benefico sull'eritropoiesi da parte di "adiuvanti" somministrati in corso di seduta dialitica quali L-carnitina e la vitamina C; la sicurezza di quest'ultima, nell'uso endovenoso a lungo termine, rimane peraltro incerta specialmente per quanto concerne l'ossalosi secondaria. Questa razionalizzazione determinerà, inoltre un risparmio di € 93 per paziente per anno (ca. € 19000/anno nei centri dialisi Molinette e CTO).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– KDIGO Clinical Practice Guideline for anemia in chronic kidney disease. Kidney Int supplements vol 2 (4) 299-310, 2012</li> <li>– Pharmacological use of L-carnitine in uremic anemia: has its full potential been exploited? Bonomini M. et al. Pharmacol Res 63(3)157-64, 2011</li> <li>– Long-term, low-dose, intravenous vitamin C leads to plasma calcium oxalate supersaturation in hemodialysis patients. Canavese C. et al. Am J Kidney Dis 45(3)540-9, 2005</li> </ul>
<p><b>Ne 6</b></p>	<p><b>Razionalizzare la frequenza dei controlli ematologici periodici nei pazienti cronici in emodialisi</b>  No Choosing Wisely - SC Nefrologia AOU Città della Scienza e della Salute – Torino</p> <p>Una corretta gestione clinica del paziente in emodialisi cronica prevede una regolare sorveglianza dei parametri ematologici, finalizzata alla valutazione dell'adeguatezza dialitica e delle complicanze correlate all'uremia e al trattamento extracorporeo. Non sussistono tuttavia delle precise indicazioni da parte di linee guida nazionali ed internazionali sulla tipologia e frequenza dei suddetti parametri. In relazione alla recente unificazione dell'attività dialitica dei Presidi Ospedalieri Molinette e CTO, cui afferiscono complessivamente circa 200 pazienti trattati nelle 4 sale dialisi, abbiamo condotto un'approfondita analisi al fine di uniformare e razionalizzare i diversi protocolli di sorveglianza in atto. Tale analisi è stata condotta sulla base dell'esperienza clinica maturata in oltre 30 anni nei diversi presidi e successivamente confrontata con il documento: "Il profilo di assistenza per il paziente uremico cronico nella regione Marche" (ARS Marche, 9/2004). Non esistono dati bibliografici internazionali a supporto di questa revisione di schema.</p> <p>Sulla base di queste premesse viene proposto un aggiornamento del profilo di sorveglianza dei parametri ematologici che prevede 2 diversi schemi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) paziente "standard"</li> <li>b) paziente "a rischio": presenza di diabete e sesso maschile con età &gt; 50 anni</li> </ol> <p>La nuova programmazione comporta un costo annuo per paziente "standard" di € 607,7 e per paziente "a rischio" di € 637,3, con un risparmio per il paziente "standard" di € 112/anno rispetto al profilo in uso presso il presidio Molinette e € 130/anno rispetto al profilo in uso presso il presidio CTO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– KDIGO Clinical Practice Guideline for anemia in chronic kidney disease. Kidney Int supplements vol 2 (4) 299-310, 2012</li> <li>– Pharmacological use of L-carnitine in uremic anemia: has its full potential been exploited? Bonomini M. et al. Pharmacol Res 63(3)157-64, 2011</li> <li>– Long-term, low-dose, intravenous vitamin C leads to plasma calcium oxalate supersaturation in hemodialysis patients. Canavese C. et al. Am J Kidney Dis 45(3)540-9, 2005</li> </ul>
<p><b>Ne 7</b> <b>MG 12</b></p>	<p><b>Non posizionare cateteri venosi centrali inseriti perifericamente (PICC) in pazienti con insufficienza renale cronica stadio III-IV senza consultare un nefrologo.</b>  Choosing Wisely: American Society of Nephrology</p> <p>Preservare il patrimonio venoso nei pazienti con IRC stadio III-IV è critico. Le fistole artero-venose sono il miglior accesso per l'emodialisi. L'eccessivo utilizzo di vene periferiche danneggia le vene eliminando così siti di creazione delle fistole. I PICC e il posizionamento di CVC nelle vene succlavie possono causare trombosi venose e stenosi delle vene centrali.</p> <p>Fistula First Breakthrough Initiative – National Coalition Recommendation for the Minimal Use of PICC Lines, American Society of Diagnostic and interventional Nephrology: Guidelines for Venous Access in Patients with Chronic Kidney Disease, Seminars in Dialysis, National Kidney Foundation Clinical Practice Guidelines for Vascular Access, The Renal Network, Inc. PICC Line Resource Toolkit, Clinical and Experimental Nephrology</p>