



**CHOOSING  
WISELY ITALY**  
Fare di più non significa  
fare meglio



# EXECUTIVE MASTER IN SLOW MEDICINE

2019 - 2023

## ***PROJECT WORK***

***“Prevenzione e riduzione del rischio caduta del paziente  
ospedalizzato nell’ASP di Siracusa: valutazione e rivalutazione del  
rischio”***

Implementazione delle Raccomandazioni delle seguenti Società/Associazioni:

“Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)”,

“Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI)”

“Cochrane Neurological Sciences Field (CNF)”:

***“Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell’insonnia,  
l’agitazione, il delirium, raccomandarne l’uso intermittente e non continuare la terapia senza  
rivalutare periodicamente l’indicazione e l’eventuale comparsa di effetti indesiderati”***

Corsista: *Carmela Conte*

*Caltanissetta 24 gennaio 2023*

# Sommario

- Sommario .....	1
- Riassunto .....	2
- Introduzione – Definizione del problema.....	5
- Analisi del contesto .....	10
- Strategia.....	13
- Obiettivi.....	17
- Piano operativo.....	19
- Costi e risorse.....	20
- Gestione del rischio .....	22
- Monitoraggio e valutazione.....	23
- Conclusioni.....	23
- Bibliografia.....	25
- Sitografia .....	26
- Allegati .....	27

## Riassunto

Durante gli audit condotti nel corso degli anni dal Responsabile U.O.S. Qualità al fine di accertare le cause degli eventi avversi occorsi nelle Unità Operative dei Presidi Ospedalieri e durante la disamina delle cartelle cliniche, in quanto componente NOC, è stata rilevata una cattiva gestione della valutazione e rivalutazione del rischio caduta, scaturente da comportamenti non conformi alle previsioni della Raccomandazione Ministeriale n. 13 (2011) e delle Raccomandazioni Choosing Wisely (2014 e 2015), comportamenti non conformi alle buone pratiche.

Il 1° luglio 2019 l'Assessore per la Salute della Regione Siciliana, con la direttiva n.53456, ha avviato il Programma Regionale Appropriatelyzza "Fare di più non (sempre) significa fare meglio" finalizzato a promuovere la conoscenza della campagna internazionale "Choosing Wisely" tra i medici, i professionisti sanitari e i cittadini, a implementare le raccomandazioni di "Choosing Wisely" in tutte le Aziende del SSR e a valutare l'impatto delle raccomandazioni sui processi assistenziali aziendali.

La predetta direttiva ha anche identificato l'Executive Master su Slow Medicine progettato dal CEFPAS lo strumento per rendere omogeneo lo sviluppo delle attività progettuali e le attività aziendali di implementazione delle raccomandazioni di Choosing Wisely.

Il Gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare "Choosing Wisely" nell'ASP di SR, è stato costituito con la delibera n. 344 del 29 luglio 2019 e con la delibera n. 818 del 28/11/2019 il gruppo è stato integrato con ulteriori componenti. Con nota prot. n. 23022/PG del 30 luglio 2019, la scrivente corsista è stata individuata per la frequenza dell'Executive Master in Slow Medicine, c/o il CEFPAS.

Il presente progetto è parte integrante del percorso formativo sopra menzionato ed illustra le azioni finalizzate all'applicazione delle indicazioni contenute nella Raccomandazione Ministeriale n. 13, nonché all'applicazione delle buone pratiche attraverso l'implementazione delle seguenti raccomandazioni Choosing Wisely:

- *"Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o Z - drugs nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e*

*l'eventuale comparsa di eventi indesiderati*" della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) febbraio 2014.

- *"Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium"* della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) febbraio 2015.
- *"Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia"* della Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) febbraio 2015.

La rivalutazione periodica del rischio caduta dei pazienti viene "raccomandata" sia dalla Raccomandazione Ministeriale n. 13 che dalle Raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali, elementi costitutivi del progetto italiano "Choosing Wisely" nelle seguenti condizioni:

- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- a seguito di episodio di caduta;
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta;
- quando la terapia comprende farmaci che possono provocare un'alterazione dello stato psicofisico e quando sono presenti associazioni di 4 o più farmaci (ad. es. benzodiazepine);
- quando è presente l'indicazione all'assunzione prolungata delle benzodiazepine, come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium, periodicamente deve essere rivalutata l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati, al fine di evitare l'aumento del rischio caduta, soprattutto nei pazienti anziani.

Il progetto che si intende realizzare, nel corso dell'anno 2022, che coinvolgerà le UU.OO. dei Presidi Aziendali dell'ASP di Siracusa, allo scopo di risolvere le criticità manifestate e rispondere alle previsioni contenute nella Raccomandazione Ministeriale e nelle raccomandazioni di Slow Medicine, ha inteso perseguire il seguente obiettivo generale:

***“Prevenzione e riduzione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato nell'ASP di Siracusa: valutazione e rivalutazione del rischio”***

ed i seguenti obiettivi specifici:

- “Revisione della procedura aziendale “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta”;
- “Revisione della scheda allegata alla procedura aziendale “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta”;
- “Formazione degli operatori sull'applicazione della procedura”.

## Introduzione – Definizione del problema

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e possono determinare conseguenze dannose, immediate e tardive, anche gravi.

“L’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha indicato le cadute negli anziani come uno dei **“quattro giganti della geriatria”** insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Il problema è particolarmente rilevante non solo per frequenza, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Secondo l’OMS “le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell’aspettativa di vita”

Con l’avanzare dell’età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell’ospedalizzazione e dei decessi.

Secondo l’OMS “il 30% delle persone sopra i 65 anni cade ogni anno, e per le persone sopra ai 75 anni i tassi sono più elevati.

Secondo l’American Geriatric Society ogni anno il 35-40% della popolazione sana al di sopra dei 65 anni subisce una caduta; questa percentuale supera il 50% sopra i 75 anni, con notevole impatto sulla sicurezza individuale e sulla qualità della vita.

Le cadute risultano il più frequente e serio incidente domestico nelle persone anziane e sono una delle principale ragioni di ricovero e di istituzionalizzazione degli anziani. “Circa il 10% delle cadute determina danni gravi; di questi il 5% sono fratture. Nelle persone anziane circa il 95% delle fratture del femore sono causate dalle cadute; tra le persone che cadono riportando la frattura del femore circa la metà non riprendono più il cammino e il 20% muore entro 6 mesi. Il “Centers for Diseases Control and Prevention”, nel settembre 2013 ha dichiarato che:

- tra le persone di età superiore a 65 anni, le cadute sono la causa principale di lesioni mortali e di lesioni non mortali irreversibili;

- tra le persone che cadono, circa un terzo subisce lesioni da moderate a gravi; queste lesioni possono dare difficoltà di deambulazione o di vita indipendente e aumentare il rischio di morte precoce;
- le cadute sono la causa più comune di lesioni traumatiche cerebrali;
- molte persone che cadono, anche se non si feriscono, sviluppano paura di cadere.

Questa paura può causare riduzione delle loro attività, mobilità ridotta, perdita di forma fisica e aumento del rischio di caduta.

Il Ministero della Salute ha inserito la “morte o grave danno per caduta di paziente” nella liste degli eventi sentinella e nel novembre 2011 ha emesso la Raccomandazione n. 13, “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” fornendo uno strumento agli operatori per evitare o minimizzare il rischio di insorgenza di detto evento.

Le indicazioni nazionali e regionali per le aziende sanitarie prevedono l'applicazione di strumenti per la valutazione del rischio di caduta, l'utilizzo di ausili per ridurre il rischio e lo sviluppo di procedure per la gestione dei pazienti a rischio caduta; richiedono inoltre un sistema di monitoraggio della compliance rispetto all'utilizzo degli strumenti di valutazione e dell'implementazione delle strategie per minimizzare il rischio.

Nell'aprile 2015 il Ministero della Salute ha pubblicato il quinto Rapporto di Monitoraggio sugli eventi sentinella dal quale risulta che il maggior numero di segnalazioni da parte delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale è rappresentato dall'evento “caduta dei pazienti”: in particolare, dal 2005 al 2012 al Ministero sono stati segnalati 471 casi di morte o di grave danno per caduta di paziente.

La frequenza dell'evento caduta e l'impatto assistenziale che ne deriva richiede di affrontare il problema nei modi più efficaci; se da un lato non è realistico pensare che il fenomeno cadute possa essere ridotto a zero, dall'altro sono noti fattori contribuenti che possono essere controllati attraverso specifici interventi.

Le linee guida internazionali raccomandano per la prevenzione delle cadute accidentali la valutazione della persona al momento del ricovero in ospedale, l'individuazione dei pazienti a rischio e la messa in atto di misure di prevenzione.

Nel 2011 in Italia è stata costituita da un gruppo di professionisti e da cittadini l'Associazione "Slow Medicine", definita anche "rete di idee in movimento", al fine di creare la medicina Sobria, Rispettosa e Giusta. Nel 2012 Slow Medicine ha promosso il progetto "Fare di più non significa fare meglio" insieme alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, quella degli infermieri, l'Agenzia regionale di sanità, il Portale Partecipa Salute, la Federazione per il sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano, l'istituto Change di Torino e l'Associazione Altroconsumo. Il progetto ideato in sintonia con quello che poco tempo prima era stato avviato negli Stati Uniti d'America con il nome di "Choosing Wisely" ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte condivise e informate. Al progetto italiano hanno aderito 40 tra Società scientifiche mediche Associazioni di farmacisti, infermieri e fisioterapisti, biologi, sono state definite 245 raccomandazioni che riguardano esami, trattamenti e procedure diffusi in Italia, che spesso non sono necessari e possono provocare danni e devono essere argomento di discussione nel dialogo tra professionisti e pazienti.

Il 1° luglio 2019 l'Assessore per la Salute della Regione Siciliana, con la direttiva n.53456, ha avviato il Programma Regionale Appropriatezza "Fare di più non (sempre) significa fare meglio" finalizzato a promuovere la conoscenza della campagna internazionale "Choosing Wisely" tra i medici, i professionisti sanitari e i cittadini ed implementare le raccomandazioni di "Choosing Wisely" a tutte le Aziende del SSR.

La predetta Direttiva ha anche identificato l'Executive Master su Slow Medicine progettato dal CEFPAS lo strumento per rendere omogeneo lo sviluppo delle attività progettuali e le attività aziendali di implementazione delle raccomandazioni di Choosing Wisely.

Il Gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare "Choosing Wisely" nell'ASP di SR, è stato costituito con la delibera n. 344 del 29.07.2019 e con delibera n. 818 del 28.11.2019 è stato integrato con ulteriori componenti. Con nota prot. n. 23022/PG del 30 luglio 2019, la corsista è stata individuata per la frequenza dell'Executive Master in



Slow Medicine c/o il CEFPAS. Il 18 febbraio 2020, nell'ambito di una riunione convocata dal Direttore Sanitario Aziendale, si è insediato il gruppo di lavoro aziendale.

In data 9 giugno 2020 nella fase post pandemia di ripresa delle attività, in riferimento agli eventi caduta nei Presidi Ospedalieri e nelle Case di Cura, sono state diffuse ai Direttori Sanitari dei PP.OO. e delle Case di Cura, con invito ad ampia diffusione a tutte le Unità Operative interessate e agli operatori coinvolti nei processi clinico-assistenziali e a vigilare sulla dismissione di pratiche a rischio di inappropriately, sia la raccomandazione dell'Associazione Nazionale Infermieri di Medicina (ADIMO) "Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute" che la Raccomandazione della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) " Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione e delirium".

Contestualmente sono state diffuse le schede redatte da Altro Consumo sulla "Contenzione fisica per prevenire le cadute" e le "Benzodiazepine per l'insonnia agli anziani".

Il presente progetto è parte integrante del percorso formativo "Executive Master in Slow-Medicine" promosso dal CEFPAS con inizio ad ottobre 2019 ed illustra le azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza terapeutica ed assistenziale nei confronti dei pazienti anziani ricoverati e ad alto rischio di caduta attraverso l'implementazione delle sottocitate raccomandazioni Choosing Wisely.

Nel febbraio 2014 la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), tra le cinque pratiche a rischio di inappropriately ha segnalato *"Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o Z - drugs nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di eventi indesiderati"*.

Numerosi studi hanno dimostrato un aumento di rischio caduta e di frattura di femore nei pazienti anziani che assumono benzodiazepine e Z - drugs. Tale rischio esiste anche per i protocolli terapeutici più sicuri: quelli con farmaci a basso dosaggio, a breve emivita, o per terapie a breve termine. Il rischio caduta può essere aumentato da un ridotto stato di

vigilanza al risveglio. In seguito possono intervenire fenomeni di accumulo con possibili deficit motori e cognitivi, favoriti dalla diversa farmacocinetica dell'anziano.

Nel febbraio 2015 la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) tra le 5 pratiche a rischio d'inappropriatezza ha segnalato *“Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium”*. I pazienti anziani che assumono benzodiazepine, vanno incontro a cadute con fratture di femore e conseguente ospedalizzazione. Anche in regime di ricovero ospedaliero, il rischio cadute e delle loro conseguenze è aumentato in rapporto all'uso di benzodiazepine, a causa di un ridotto stato di vigilanza al risveglio e di deficit motori e cognitivi indotti. L'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere riservato alle condizioni di astinenza da alcol e agli stati ansiosi; dovendone far ricorso, va data preferenza ai bassi dosaggi, ai farmaci di più breve emivita, alle terapie di breve durata, all'uso intermittente, rivalutando periodicamente l'indicazione in caso di usi prolungati. In caso di agitazione e delirium va data la preferenza ad altri farmaci.

La Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) nell'ultima revisione del febbraio 2015 ha ribadito di *“Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia”*. Studi su ampia scala hanno dimostrato negli anziani che assumono benzodiazepine o altri ipnotici un rischio più che raddoppiato di incidenti nella guida di motoveicoli, di cadute e frattura d'anca che conducono all'ospedalizzazione e morte. I pazienti anziani, i loro familiari e chi si occupa dell'assistenza dovrebbero essere a conoscenza di questo rischio in corso di trattamenti contro l'insonnia, l'agitazione o il delirium. Le benzodiazepine andrebbero riservate al trattamento del delirium tremens o del grave disturbo d'ansia generalizzata non responsivi ad altre terapie.

Le benzodiazepine dovrebbero essere strettamente evitate nelle persone anziane in genere, specialmente se affette da deterioramento cognitivo. Diversi studi hanno ampiamente dimostrato che esse aumentano il rischio di Alzheimer o comunque di deterioramento cognitivo. E' consigliabile cercare di limitare o evitare l'impiego di benzodiazepine; quando si iniziano per controllare lo stato d'ansia all'inizio di una terapia antidepressiva o per facilitare il sonno il loro impiego deve essere limitato ad un breve periodo (come dicono i colleghi americani *“to start with the end in mind”*).

Tutte e tre le raccomandazioni, pur essendo state emanate da società scientifiche di diverse specialità, suggeriscono di “Non prescrivere, non usare, le benzodiazepine (o Z-drugs) negli anziani come prima scelta per l’insonnia, l’agitazione, il delirium. Utilizzarle in modo intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l’indicazione e l’eventuale comparsa di effetti indesiderati”.

Nell’articolo “Troppi farmaci per gli anziani: possiamo combattere questa epidemia misconosciuta?” di Chiara Pavan, Roberto Frediani, Matteo Grezzana, pubblicato su “Il Cesalpino” 53/2021 – Medicina e salute pubblica, è affrontato il tema della polifarmacoterapia, (l’utilizzo di cinque o più principi attivi da parte di un individuo), abbastanza frequente tra gli individui anziani. E’ stata correlata a numerose conseguenze negative sulla salute: cadute, fragilità, peggioramento della qualità di vita, aumento della mortalità e del tasso di ospedalizzazione. La sospensione ragionata dei farmaci dannosi o non necessari (deprescrizione), è raccomandata al fine di ottenere nel singolo paziente un miglior rapporto danni versus benefici nell’utilizzo della terapia medica.

Al fine di attuare la deprescrizione occorre compiere i seguenti passi:

- la revisione sistematica di tutta la terapia assunta dal paziente;
- la sospensione graduale della terapia inappropriata;
- il coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi caregivers/familiari;
- la rivalutazione periodica del paziente.

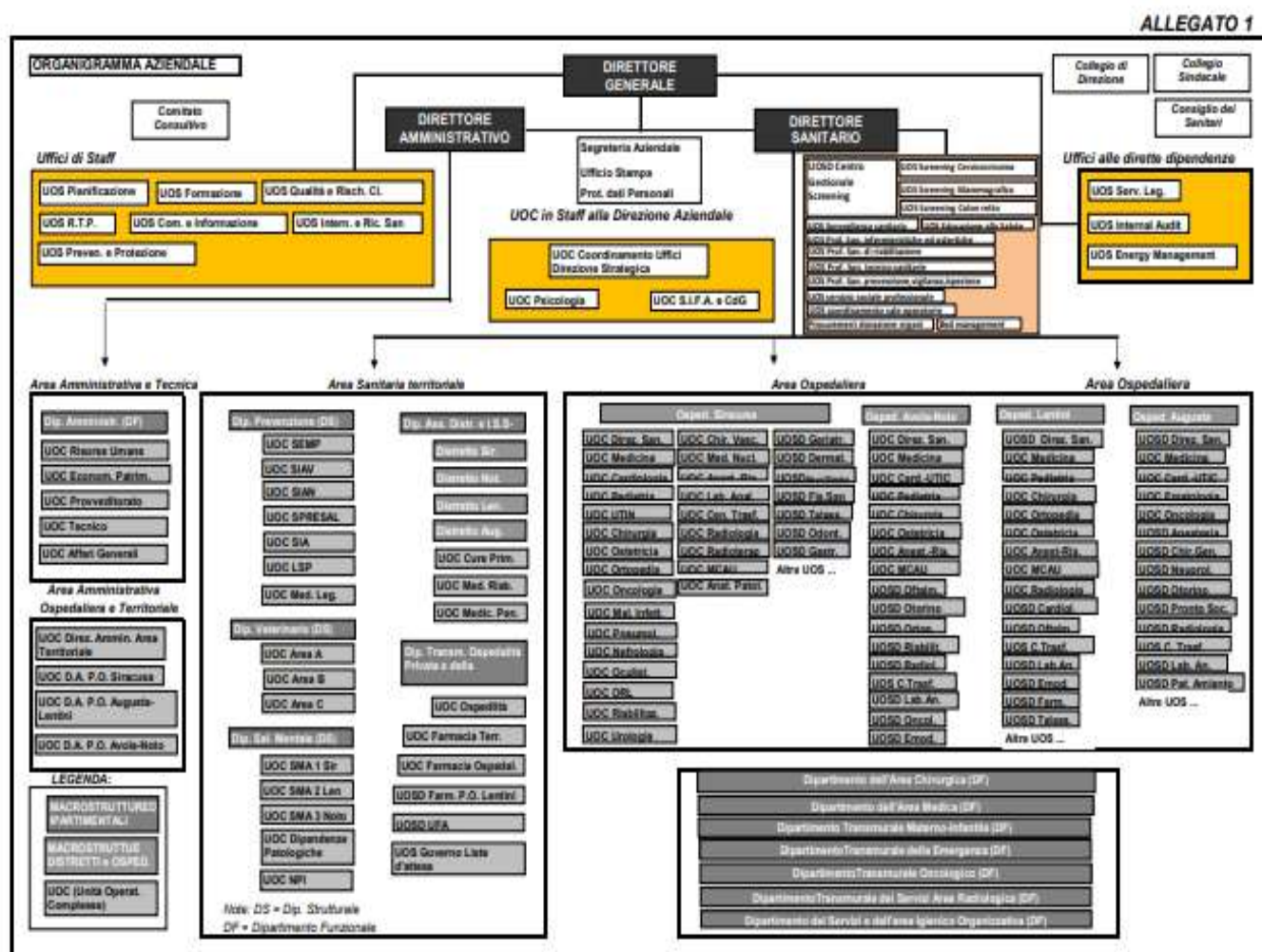
## **Analisi del contesto**

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, costituita con l’art. 8 della L.R. del 14 aprile n. 5 a seguito dell’accorpamento, nell’ambito della Provincia di Siracusa, della Azienda Unità Sanitaria Locale n. 8 e dell’Azienda Ospedaliera Umberto I, è divenuta operativa dall’ 1 settembre 2009 con D.A. n. 1765 del 31-8-2009.

L’ambito territoriale dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, coincide con quello della provincia di Siracusa, è suddiviso in 21 comuni ed ha una popolazione totale al 1° gennaio 2021 di 386.081 (dati ISTAT). Il territorio è connotato dalla presenza del polo petrolchimico più grande d’Europa e rientrante tra i siti ad alto impatto ambientale.

L'Azienda è articolata territorialmente in 4 Distretti Sanitari (Siracusa, Augusta, Lentini, Noto) ed è dotata di quattro Presidi Ospedalieri: Siracusa (n. 266 posti letto), Augusta (86 posti letto), Noto (74 posti letto), Avola (106 posti letto) e Lentini (90 posti letto). L'assistenza ospedaliera viene prestata direttamente nei 4 Presidi Ospedalieri (Avola-Noto sono Presidio Unico) e nelle 4 case di cura private accreditate.

Nella tabella sottostante è riportato l'organigramma aziendale approvato con Decreto Assessoriale n. 163 del 5/3/2020, adottato con Deliberazione n. 1006 del 30/12/2019.



Nella tabella organizzativa sono rappresentate le UU.OO.CC. Sono indicati cumulativamente i reparti per le degenze ordinarie, per gli acuti e per la riabilitazione. Sono indicati inoltre i Servizi in atto funzionanti e i Dipartimenti funzionali e strutturali.

Nell'ASP di Siracusa il maggior numero di eventi avversi segnalati attraverso le schede di incident reporting, da parte delle varie Unità Operative dei Presidi Ospedalieri e di una

Casa di Cura, riguarda la caduta dei pazienti come si evince dal prospetto sottostante: 20 eventi caduta su 29 eventi segnalati.

ANNO 2021			
Schede incident reporting pervenute UOS Qualità			
PRESIDIO	Altri Tipi	Cadute	Totale Segnalazioni
<b>P.O. Augusta</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
CARDIOLOGIA	1		1
NEUROLOGIA	2	4	6
<b>P.O. Avola-Noto</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
ONCOLOGIA		1	1
PUNTO VACCINALE	1		1
<b>P.O. Lentini</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
OSTETRICIA GINECOLOGIA	1		1
<b>P.O. Siracusa</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
CHIRURGIA	1		1
<b>Villa Salus</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>18</b>
CHIRURGIA		1	1
MEDICINA GENERALE	1	12	13
NEUROCHIRURGIA	2		2
RIABILITAZIONE		2	2
<b>Totale complessivo</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>29</b>
		68,97%	

Il progetto che si intende realizzare, nel corso dell'anno 2022, allo scopo di risolvere le criticità manifestate e rispondere alle previsioni contenute nelle Raccomandazioni Ministeriali e a quelle Choosing Wisley, ha inteso perseguire il seguente obiettivo generale:

***“Prevenzione e riduzione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato nell’ASP di Siracusa: valutazione e rivalutazione del rischio”***

ed i seguenti obiettivi specifici:

- “Revisione della procedura aziendale “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta”;

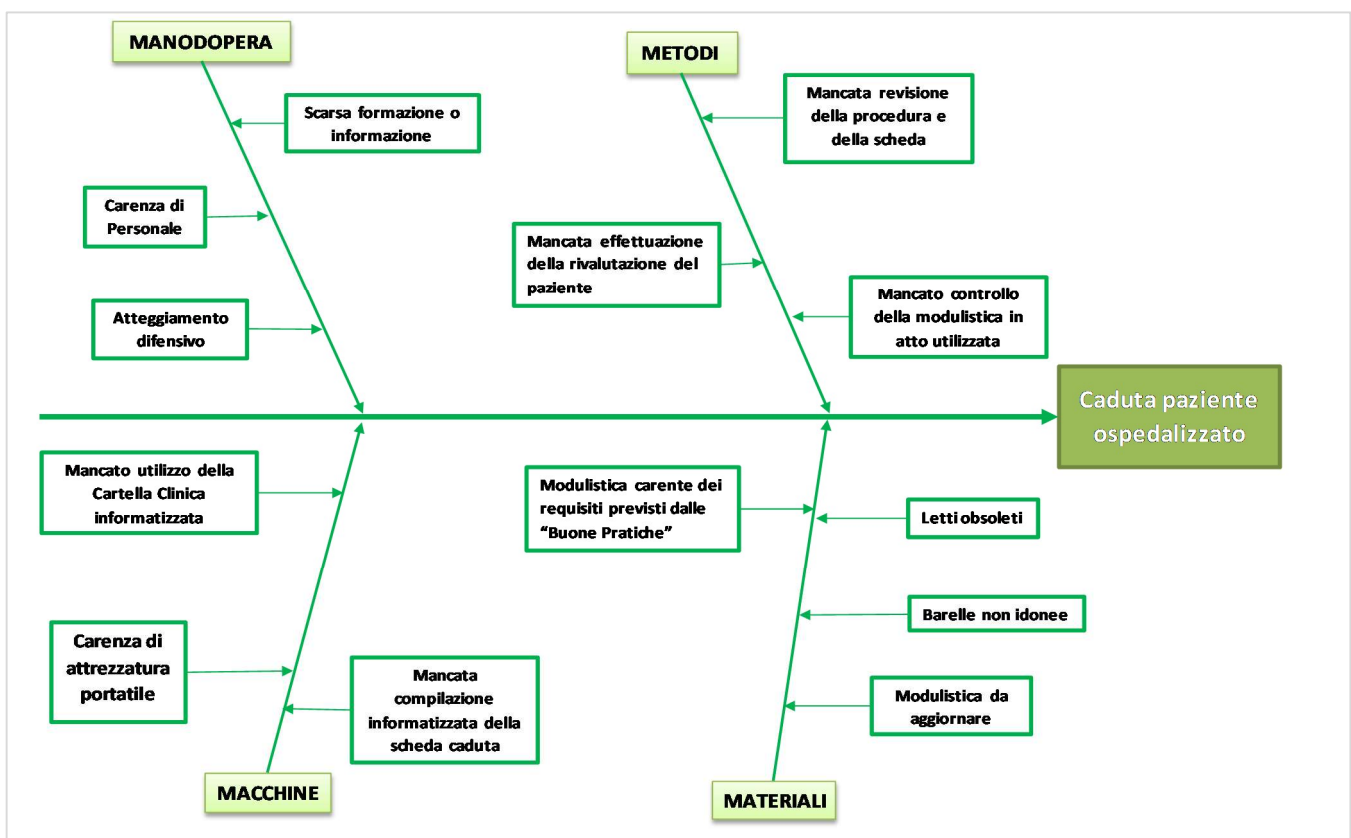
- “Revisione della scheda allegata alla procedura aziendale “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta”;
- “Formazione degli operatori sull’applicazione della procedura”.

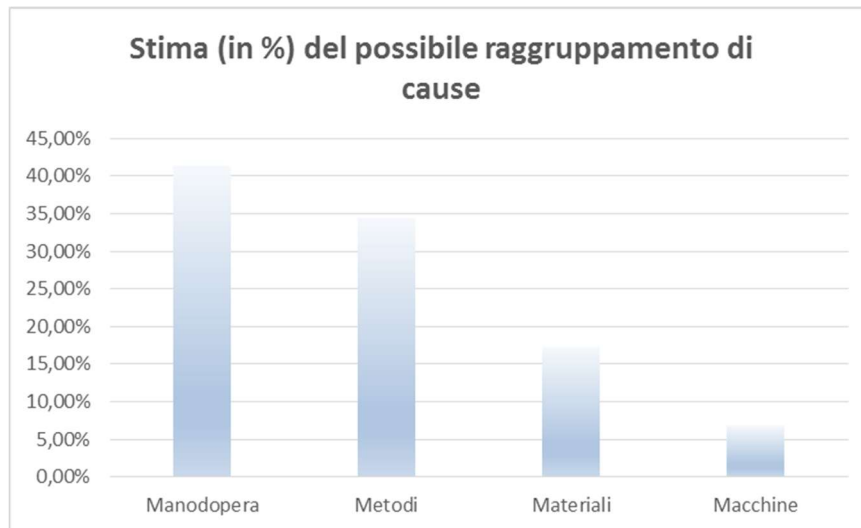
## Strategia

Durante gli audit condotti nel corso degli anni dall’Ufficio Qualità al fine di accertare le cause degli eventi avversi occorsi nelle UU.OO. dei PP.OO. e durante la disamina delle cartelle cliniche, in quanto componente NOC, è stata rilevata una cattiva gestione della valutazione e rivalutazione del rischio caduta, scaturente da comportamenti non conformi alle previsioni dalla Raccomandazione Ministeriale n. 13 e alle Raccomandazioni Choosing Wisley, comportamenti non conformi alle buone pratiche.

La stima, l’analisi, la sistematizzazione e “la pesatura” delle possibili cause di inappropriatezza del processo di mancata rivalutazione del rischio caduta sono stati rappresentati nel Diagramma di Ishikawa e in quello di Pareto:

### Possibili cause di mancata rivalutazione del rischio caduta





1) Criticità legate alla manodopera:

- 1.1. Scarsa informazione e formazione;
- 1.2. Carenza di personale;
- 1.3. Atteggiamento difensivo;

2) Criticità legate ai metodi:

- 2.2 Mancato controllo della modulistica in atto utilizzata;
- 2.3 Mancata revisione della procedura e della scheda;
- 2.4 Mancata effettuazione della rivalutazione del paziente.

3) Criticità legate ai materiali:

- 3.1 Modulistica da aggiornare;
- 3.2 Modulistica carente dei requisiti previsti dalle buone pratiche;
- 3.3 Barelle non idonee;
- 3.4 Letti obsoleti.

4) Criticità legate alle macchine:

- 4.1 Mancata compilazione informatizzata della scheda caduta;
- 4.2 Mancato utilizzo della cartella informatizzata;
- 4.3 Carenza di attrezzatura portatile.



Sulla base dell'individuazione delle possibili cause di inappropriatezza, sono state definite le strategie di intervento per l'implementazione del progetto inerente la valutazione e rivalutazione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato.

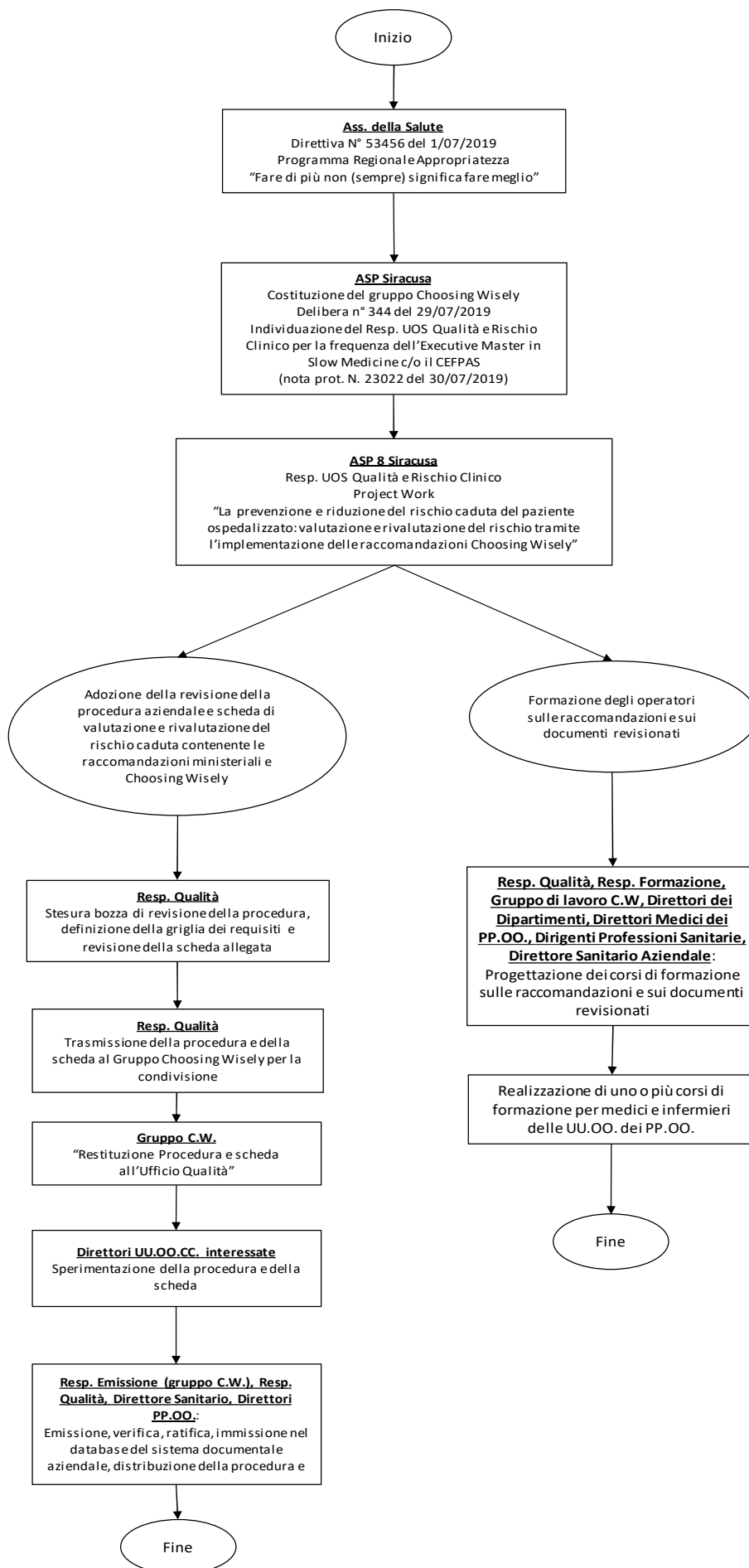
Il progetto coinvolge tutte le UU.OO. dei quattro PP.OO. nelle quali viene ammesso il paziente bisognoso di cure e assistenza, al fine di prevenire la sua caduta e l'insorgenza di danni fisici, psicologici, anche di una certa entità.

L'attività progettuale con il maggior valore aggiunto, sarà quella di programmare e realizzare le edizioni degli eventi formativi che coinvolgeranno sia i dirigenti medici che gli infermieri. La condivisione degli elementi di conoscenza tecnico-scientifica sull'argomento sarà accompagnata anche su specifiche informazioni sulle conseguenze civili e penali connesse alla mancata valutazione e rivalutazione del rischio caduta del paziente.

L'Ufficio Qualità, coinvolto nella stesura e nella realizzazione del progetto ha rilevato le criticità sopra esposte e tenuto conto di quanto rilevato:

- 1) Predisporrà la stesura della bozza di revisione della procedura, della scheda di valutazione e rivalutazione del rischio caduta;
- 2) Presenterà la proposta formativa per la realizzazione dei corsi di formazione sulla valutazione e rivalutazione del rischio caduta dei pazienti ospedalizzati e sulla documentazione revisionata.





## Obiettivi

### Obiettivo Finale

Implementazione di un programma per la valutazione e rivalutazione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato nei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Siracusa, che risolva le criticità manifestate e risponda alle indicazioni delle buone pratiche.

### Obiettivi Specifici Finali

- 1) Adozione della revisione della procedura aziendale di “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato” contenente anche le Raccomandazioni Ministeriali e Choosing Wisley;
- 2) Adozione della revisione della scheda di valutazione e rivalutazione del rischio;
- 3) Formazione degli operatori sulle buone pratiche e sulla procedura revisionata.

### Obiettivi Strumentali Intermedi

L'obiettivo intermedio 1 dell'obiettivo specifico finale 1 Adozione della revisione della procedura aziendale di “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato ” contenente le Raccomandazioni Ministeriale e Choosing Wisley” è:

- 1) *Definizione condivisa con i Direttori dei Dipartimenti, i Direttori dei PP.OO. e i Dirigenti delle Professioni Sanitarie del documento scritto “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato”;*

L'obiettivo intermedio 2 dell'obiettivo specifico finale 2 Adozione della revisione della scheda di “Valutazione e rivalutazione del rischio caduta nel paziente ospedalizzato” contenente le previsioni della Raccomandazione Ministeriale”

- 2) *Definizione condivisa con i Direttori dei Dipartimenti e i Direttori dei PP.OO. e i Dirigenti delle Professioni Sanitarie della “Scheda di valutazione e rivalutazione del rischio caduta”*

L'obiettivo intermedio 3 dell'obiettivo specifico finale 3 “*Formazione degli operatori sulle buone pratiche, sulla procedura e sulla scheda revisionata*” è:

- 1) *Progettazione e realizzazione del corso di formazione per gli operatori delle Unità Operative degli Ospedali, sulle buone pratiche e sulla revisione della procedura e della scheda di valutazione con i Direttori dei Dipartimenti, i Direttori Medici dei PP.OO., i Dirigenti delle Professioni Sanitarie e il Responsabile UOS Formazione.*

GRIGLIA DEI REQUISITI PER LA REVISIONE DELLA SCHEDA (predisposta dall'Ufficio Qualità):

La rivalutazione del rischio di caduta dei pazienti deve essere effettuata, in modo tempestivo e puntuale, in ognuna delle seguenti condizioni:

- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- a seguito di episodio di caduta;
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta;
- quando la terapia comprende farmaci che possono provocare un'alterazione dello stato psicofisico e quando sono presenti associazioni di 4 o più farmaci (ad. es. benzodiazepine);
- quando è presente l'indicazione all'assunzione prolungata delle benzodiazepine, come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium, periodicamente deve essere rivalutata l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati, al fine di evitare l'aumento del rischio caduta, soprattutto nei pazienti anziani.

## Piano operativo

Tabella “Chi fa che cosa e in che tempi”

Descrizione Attività <i>N. Azioni</i>	Durata/Tempo <i>Tempo di inizio e tempo di fine</i>	Responsabilità <i>Struttura/Attori</i>
Stesura bozza di revisione della procedura, definizione della griglia dei requisiti e revisione della scheda allegata	Dal 01/08/2022 al 31/08/2022	Responsabile UOS Qualità
Trasmissione della procedura e della scheda al Gruppo Choosing Wisely (responsabili emissione) per la condivisione	Dal 01/09/2022 al 30/09/2022	Responsabile UOS Qualità
Restituzione Procedura e scheda all'Ufficio Qualità	Dal 01/10/2022 al 31/10/2022	Responsabili emissione
Sperimentazione della Procedura e della scheda nelle UU.OO.CC. interessate	Dal 01/11/2022 al 31/12/2022	Direttori UU.OO.CC. interessate
Emissione, verifica, ratifica, immissione nel database del sistema documentale aziendale, distribuzione della procedura e della scheda	Dal 1/01/2023 al 31/01/2023	Responsabili emissione (emissione) Responsabile Ufficio Qualità (verifica) Direttore Sanitario Aziendale (ratifica) Direttori dei PP.OO (distribuzione a tutte le UU.OO.CC dei PP.OO) Tempi: 1 mese Modalità: Riunioni
Progettazione e realizzazione di uno o più corsi di formazione per gli operatori delle Unità Operative degli Ospedali, sulle raccomandazioni Choosing Wisely e sulla revisione della procedura e della scheda di valutazione	Dal 01/02/2023 al 31/05/2023	Responsabile UOS Qualità, Responsabile UOS Formazione, Gruppo di lavoro C.W., Direttori dei Dipartimenti, Direttori Medici dei PP.OO., Dirigenti Professioni Sanitarie, Dirigenti Medici e Infermieri delle UU.OO. dei PP.OO.

## Cronoprogramma (Diagramma di Gantt)

Attività del progetto	Tempi in mesi									
	Ago22	Set22	Ott22	Nov22	Dic22	Gen23	Feb23	Mar23	Apr23	Mag23
Stesura bozza revisione della procedura e definizione della griglia dei requisiti e revisione della scheda allegata										
Trasmissione procedura e della scheda al gruppo Choosing Wisely per la condivisione										
Restituzione della procedura e della scheda all'Ufficio Qualità										
Sperimentazione procedura e scheda nelle UU.OO. interessate										
Emissione, verifica, ratifica, immissione nel database del sistema documentale aziendale, distribuzione della procedura e della scheda										
Progettazione e realizzazione di uno o più corsi di formazione per gli operatori delle Unità Operative degli Ospedali, sulle raccomandazioni Choosing Wisely e sulla revisione della procedura e della scheda di valutazione										

## Costi e risorse

Il costo orario medio del lavoro dei professionisti, medici e psicologo (25 €) è stimato sulla base di una retribuzione annua lorda media di 40.000 € e di un numero di ore lavorative medie pari a 1600 €.

Il costo orario medio del lavoro degli infermieri (17 €) è stimato sulla base di una retribuzione annua lorda media di 30.000 € e di un numero di ore lavorative medie pari a 1600 €.

Il costo orario medio del lavoro del programmatore informatico (13 €) è stimato sulla base di una retribuzione annua lorda media di 25.000 € e di un numero di ore lavorative medie pari a 1600 €.

Descrizione Attività	Risorse umane	Euro	Attrezzature Materiale	Euro	TOTALE
<b>Stesura bozza revisione procedura e scheda</b>	1 dirigente psicologo	€ 25 x 12 ore x 1 psicologo = € 300	Computer	€ 50	€ 428
	1 programmatore informatico	€ 13 x 6 ore x 1 progr. = € 78			
<b>Trasmissione procedura e scheda</b>	1 dirigente psicologo	€ 25 x 2 ore x 1 psicologo = € 50	Computer	€ 5	€ 55
<b>Condivisione tra i Resp. Emissione</b>	12 dirigenti medici	€ 25 x 2 ore x 12 dirigenti medici = € 600	Computer, telefono	€ 75	€ 675
	4 dirigenti professioni sanitarie	€ 17 x 2 ore x 4 dirigenti prof. San. = € 136	Computer, telefono	€ 10	€ 146
<b>Sperimentazione procedura e scheda nelle UU.OO. interessate</b> (verifica esecuzione rivalutazione e compilazione della scheda)	12 dirigenti medici	€ 25 x 8 ore x 12 dirigenti medici = € 2.400	Computer, cancelleria	€ 300	€ 2.700
	4 dirigenti professioni sanitarie	€ 17 x 8 ore x 4 dirigenti prof. Sanit. = € 544	Computer, cancelleria	€ 200	€ 744
	1 psicologo	€ 25 x 8 ore x 1 psicologo = € 200	Computer	€ 40	€ 240
<b>Emissione, verifica, ratifica e distribuzione</b>  1 riunione	13 dirigenti medici	€ 25 x 2 ore x 13 dirigenti medici = € 650	Cancelleria	€ 30	€ 680
	4 dirigenti prof. sanitarie	€ 17 x 2 ore x 4 dirigenti prof. sanitarie = € 136	Cancelleria	€ 10	€ 146
	1 psicologo	€ 25 x 2 ore x 1 psicologo = € 50	Cancelleria	€ 5	€ 55
<b>Progettazione e realizzazione corso/corsi di formazione</b>	40 persone x10 ore per x edizione	€ €25x20x10+€17x20x10= € 8.400 x ogni edizione	Affitto Aula, noleggio attrezzature, Cancelleria	€ 1.000 ogni edizione	€ 9.400 ogni edizione
<b>TOTALE</b>		<b>€ 13.544</b>		<b>€ 1.725</b>	<b>€ 15.269</b>

## Gestione del rischio

	Attività	Cosa potrebbe compromettere l'output di tale attività (Evenienza)	Qual è la causa di evenienza?	Quant'è probabile che E si verifichi?	Qual'è l'entità del danno causato da E?	Sono possibili azioni preventive/rimedi?	Si prevedono costi aggiuntivi?
1	Stesura della revisione della procedura e della scheda e trasmissione al Gruppo di lavoro C.W.	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno	Nessuno	No
2	Condivisione della procedura e della scheda revisionata dai Responsabili dell'emissione e restituzione all'uff. Qualità	Mancato feedback da parte dei Resp. Emissione al Resp. Qualità	Scarsa adesione alla produzione di documenti scritti secondo regole predefinite	Elevata	Ritardo nella realizzazione del progetto	Coinvolgimento del DS da parte dell'ideatrice del progetto	No
3	Sperimentazione procedura e scheda nelle UU.OO. interessate	Mancata collaborazione da parte degli operatori	Resistenza degli operatori a compilare ulteriori campi nella scheda e a modificare i propri comportamenti	Elevata	Mancanza di dati sulla difficoltà/facilità della sperimentazione. Ritardo nella realizzazione del progetto	Coinvolgimento degli operatori da parte dell'ideatrice del progetto	No
4	Emissione, verifica, ratifica e distribuzione	Mancata presentazione degli operatori alla riunione per l'apposizione delle firme	Carenza di personale / difficoltà a coprire i turni, distanza geografica	Elevata	Mancata o ritardo nell'emissione della procedura e scheda	Coinvolgimento degli operatori da parte dell'ideatrice del progetto	No
5	Progettazione e realizzazione corso/corsi di formazione	Mancata presenza degli operatori nelle giornate formative programmate	Mancato riconoscimento o da parte degli operatori dell'importanza del processo	Elevata	Ritardo nella realizzazione del progetto	Coinvolgimento degli operatori da parte dell'ideatrice del progetto	Si

## Monitoraggio e valutazione

Obiettivo	Indicatore	Data di verifica	Valore Atteso	Fonte dei dati
Stesura bozza revisione procedura e scheda	Documento scritto	Entro il mese successivo dall'avvio del progetto	Si	Procedura e scheda allegata
Trasmissione procedura e scheda	Evidenza di trasmissione della procedura e della scheda alle pec dei Responsabili della emissione	Entro il terzo mese dall'avvio del progetto	Si	Documentazione protocollata
Condivisione tra i Resp. Emissione	Ricezione di osservazioni/commenti/modifiche/integrazioni	Entro il quarto mese dall'avvio del progetto	Si/No	Evidenza degli interventi
Sperimentazione procedura e scheda nelle UU.OO. interessate	Valutazione con cadenza mensile del grado di implementazione Numero di report predisposti	Entro il sesto mese dall'avvio del progetto	Due report mensili	Consegna dei report al Resp. Qualità e alla Direzione Sanitaria
Emissione, verifica, ratifica e distribuzione della procedura e della scheda	Evidenza della procedura e della scheda allegata secondo il format aziendale, del numero progressivo assegnato, delle firme dei Responsabili (emissione), della firma del Resp. Qualità (verifica) e della firma del Direttore Sanitario Aziendale (ratifica), delle date di emissione, verifica e ratifica.	Entro il settimo mese dall'avvio del progetto	Si/No	Documento scritto da inserire nel sistema documentale aziendale
Progettazione e realizzazione corso/corsi di formazione	Numero di operatori che valutano e rivalutano il rischio caduta dei pazienti al variare delle condizioni cliniche utilizzando la scheda/Numero totale di operatori aziendali	Entro il dodicesimo mese dall'avvio del progetto	100%	Comunicazione al Resp. Qualità e alla Direzione Sanitaria Aziendale

## Conclusioni

Il progetto fin qui esposto è finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle benzodiazepine o di altri ipnotici che espongono i pazienti soprattutto anziani ricoverati negli ospedali dell'ASP di Siracusa a cadute, a fratture di femore e ad eventuale ulteriore ospedalizzazione.

Attraverso l'implementazione del progetto ci si propone inoltre di prevenire il rischio caduta, riducendo il numero di eventi caduta nei presidi, di limitare il rischio di contenzioso nei confronti dell'Azienda, di contribuire alla promozione dell'affidabilità della nostra azienda attraverso la realizzazione di azioni di miglioramento finalizzate a creare un rapporto di fiducia inteso come sentimento bidirezionale: sia da parte degli operatori nei confronti dei pazienti che dei pazienti nei confronti degli operatori al fine di agevolare la nascita e la crescita di una relazione di cura tra operatori, pazienti e familiari basata su un sentimento di fiducia reciproca.



Il verificarsi degli eventi caduta genera infatti la perdita di fiducia dei pazienti e dei familiari nei confronti delle istituzioni sanitarie e degli operatori, alimentando la “pandemia di sfiducia” che contagia sempre più persone e cittadini che dichiarano di non avere più fiducia nelle istituzioni.

La fiducia, principale nutrimento delle relazioni sociali, è un atteggiamento, verso gli altri o verso sé stessi, che scaturisce da una valutazione positiva di fatti, circostanze, relazioni, per cui si confida nelle altrui o proprie possibilità, e generalmente produce un sentimento di sicurezza e tranquillità. Ci si affida a persone fidate a cui si ricorre in circostanze impegnative e delicate da un punto di vista fisico, emotivo che interessano ad es. la salute.

In quanto operatori sanitari, il nostro compito è dedicarci al consolidamento della fiducia dei cittadini nei confronti del SSN, sviluppando anche le competenze comunicative con i pazienti e tra noi operatori, il senso di appartenenza alle istituzioni e alla nostra professione, l'utilizzo degli errori come fonte di apprendimento, il prenderci cura empaticamente dei pazienti e dei loro bisogni, rispettandoli e sostenendoli nella fase di vulnerabilità, trattandoli con equità, dando spazio all'ascolto che è la prima e più efficace modalità di riconoscimento dell'altro e talvolta anche la modalità efficace per curare chi si rivolge a noi alla ricerca di aiuto, avendo sempre presente che “il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”.

## Bibliografia

- Abreu HC, Reiners AA, Azevedo RC et al. Incident and predicting factors of falls of older inpatient. Rev Saude Publica 2015; 49-37.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved July 13, 2015.
- Evidence for Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality, marzo 2013.
- Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Novembre 2011.
- Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto. Aprile 2015.
- Preventing Falls in Hospital – A toolkit for Improving Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality, gennaio 2014.
- Dominelli C. Anziani: meno 36% cadute grazie alla propriocezione. Il Sole 24 Ore Sanità, gennaio 2009
- Gestione Rischio Clinico (GRC) Regione Toscana “La prevenzione delle cadute in ospedale” 2007
- Ministero della Salute “Protocollo sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto settembre 2005 - febbraio 2007” - aprile 2007 - allegato 2 - “Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti: cadute dei pazienti”
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento della Qualità.
- Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” luglio 2009
- NPSA - The third report from the Patient Safety Observatory “Slips, trips and falls in hospital” – 2007
- Protocollo Azienda Sanitaria Genovese “Le cadute in ospedale e nelle strutture residenziali: gestione del paziente caduto e segnalazione dell’evento”. Revisione 2 - 2007-
- Barelli P. Prevenzione delle cadute nell’anziano. Dossier infad. Editore ZADIG, n. 5 2006
- Oliver D. et al Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses British Medical Journal - 2006
- RNAO (Registered Nurses’ association of Ontario) Guidelines for “Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult” -2005
- WHO - World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Geneve: WHO - 2004
- NICE “Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people” - 2004
- Oliver D. et al. “Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review” Age and Ageing 2004

- P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. In Assistenza infermieristica e ricerca. Vol. 21 N°3, Il Pensiero Scientifico Editore - 2002
- Brandi A. et al “Indagine retrospettiva sulle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale” in AIR Vol. 2 n. 3 - 2002
- NICE Guidelines “Falls in older people: assessing risk and prevention” – 2013
- Chiara Pavan, Roberto Frediani, Matteo Grezzana “Troppi farmaci per gli anziani: possiamo combattere questa epidemia misconosciuta?”, in “Il Cesalpino” 53/2021 – Medicina e salute pubblica.
- D.A. n. 1765 del 31-8-2009.
- Decreto Assessoriale n. 163 del 5/3/2020
- D.A. 26 aprile 2021 “Piano Annuale Controlli 2021”.

## Sitografia

<http://choosingwiselyitaly.org>;

<https://www.salute.gov.it>;

<http://www.gurs.regione.sicilia.it>;

<https://www.cefpas.it>;

<https://www.regione.toscana.it/centro-gestione-rischio-clinico>;

<https://www.slowmedicine.it>.

## **Allegati**

- Allegato 1 Nota Assessorato;
- Allegato 2 delibera Fare di più non (sempre) significa fare meglio;
- Allegato 3 delibera n. 818 del 28.11.2019 integrazione componenti C.W.;
- Allegato 4 Insediamento gruppo di lavoro C.W. ASP SR;
- Allegato 5 Diffusione racc. FADOI e ANIMO 2020;
- Allegato 6 Diagramma di Ishikawa;
- Allegato 7 Diagramma di Pareto;
- Allegato 8 Diagramma di flusso;
- Allegato 9\_5 Raccomandazioni SIMG;
- Allegato 10\_5 Raccomandazioni FADOI;
- Allegato 11\_5 Raccomandazioni Cochrane Neurological Sciences.

“Il farmaco di gran lunga più usato in medicina generale è il medico stesso, [...] non è soltanto la bottiglia di medicina o la scatola di pillole che contano, ma anche il modo in cui il medico le offre al suo paziente – in verità tutta l'atmosfera in cui la medicina viene data e presa.”

Michael Balint, *Medico, paziente e malattia*, 1957, Feltrinelli, Milano, 1961.

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie  
e Osservatorio Epidemiologico  
Servizio 8,  
"Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti"

Prot. DASOE/8 53456

Palermo li 1-7-2018

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del SSR

c. p.c. Ai Direttori Sanitari Aziendali  
Ai Responsabili della Qualità e rischio clinico  
Ai Responsabili della Formazione Aziendale  
LORO SEDI

Oggetto: Direttiva Assessoriale - Programma Regionale Appropriately "Fare di più non (sempre) significa fare meglio"

Lo scrivente Assessorato, con il programma in oggetto, intende promuovere la conoscenza della campagna internazionale "Choosing Wisely" tra medici, professionisti sanitari e cittadini e implementare le raccomandazioni di "Choosing Wisely Italy" in tutte le Aziende del SSR.

La campagna "Choosing Wisely" ha avuto l'avvio negli Stati Uniti nel 2012, ed è stata promossa in Italia da Slow Medicine, fin dallo stesso anno. Oggi è presente e attiva in 20 paesi del mondo, come descritto nell'articolo di Levinson, Born e Wolfson: "Choosing Wisely Campaigns - A Work in Progress" pubblicato su JAMA online del 19 Aprile 2018.

In tutti i 20 paesi, ciascuna delle Società medico-scientifiche nazionali e delle Associazioni di professionisti che aderiscono alla campagna ha predisposto una lista di 5 raccomandazioni relative a procedure cliniche (diagnostiche o terapeutiche) diffusamente prescritte e praticate nel proprio contesto nazionale, per le quali, però, nella letteratura scientifica internazionale non solo non sono attualmente disponibili prove di efficacia, ma anzi spesso sono documentati danni ai pazienti. I promotori della campagna "Choosing Wisely", le Società medico-scientifiche e le Associazioni di professionisti, che hanno predisposto le proprie "top five list" di procedure ad alto rischio di inappropriately, invitano i medici e gli altri operatori sanitari a valutare con cura i bisogni di salute dei pazienti, ad ascoltare con attenzione le loro richieste di prestazioni, e ad illustrare loro con pazienza e rispetto le problematiche connesse con eventuali richieste inappropriate, prescrivendo o praticando esclusivamente procedure diagnostiche e terapeutiche basate su solide prove scientifiche di efficacia e di sicurezza.

In Italia, ad oggi, 44 tra Società medico-scientifiche e Associazioni di professionisti hanno aderito alla campagna "Choosing Wisely Italy", mettendo a disposizione di medici, operatori sanitari e

pazienti, in totale, 230 raccomandazioni su altrettante pratiche diagnostiche o terapeutiche "ad alto rischio di inappropriatezza". Le schede contenenti le 230 raccomandazioni sono disponibili gratuitamente sui siti [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org) e [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it), sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (<https://snlg.iss.it/?p=123>) e sulla App "Choosing Wisely Italia", scaricabile gratuitamente da App Store (per i dispositivi Apple) o da Play Store (per i dispositivi Android).

Il Programma Regionale si articolerà su due livelli:

### **1. Livello aziendale: progettazione e realizzazione attività del gruppo di lavoro aziendale**

Le Direzioni Aziendali dovranno istituire con delibera un **gruppo di lavoro** specifico, multiprofessionale e multidisciplinare, presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale e composto delle seguenti professionalità:

- responsabili delle funzioni aziendali Qualità, Rischio clinico e Formazione;
- direttori di UOC e dirigenti delle professioni infermieristiche e tecniche, in numero proporzionato alle dimensioni aziendali, preferibilmente appartenenti alle discipline e professioni afferenti alle Società medico-scientifiche o alle Associazioni che hanno aderito alla campagna "Choosing Wisely" nel nostro paese, disponibili sui siti sopra riportati.

Il gruppo di lavoro aziendale avrà i seguenti **obiettivi**:

- promozione della conoscenza della campagna "Choosing Wisely" tra medici e professionisti sanitari
- implementazione delle raccomandazioni di "Choosing Wisely Italy" pertinenti con le linee di attività cliniche aziendali;
- progettazione e realizzazione di specifiche valutazioni dell'impatto della predetta implementazione in termini di appropriatezza prescrittiva, di riduzione del consumo ingiustificato di risorse e di riduzione dei danni ai pazienti derivanti dalle prescrizioni inappropriate.

Per la **progettazione** e la realizzazione di tali attività dovrà essere utilizzato il modello metodologico sintetizzato nell'allegato "Il project management per l'assistenza sanitaria" redatto da Kathryn Berger nel 2015 per la Scuola di Sanità Pubblica dell'Università di Harvard.

### **2. Livello regionale: formazione presso il Cefpas**

Al fine di rendere omogeneo lo sviluppo delle attività progettuali nelle aziende del SSR è stato programmato un **corso Executive Master** su "Slow Medicine" e sulla campagna "Choosing Wisely" che avrà luogo presso il CEPPAS di Caltanissetta a decorrere dal prossimo mese di ottobre 2019.

Il corso Executive Master prevede la partecipazione di un professionista per ciascuna azienda, da individuare tra i componenti del gruppo di lavoro aziendale, comprenderà 10 moduli formativi di due giornate ciascuna e avrà la durata complessiva di 140 ore.

Il professionista che parteciperà al corso avrà il compito di:

- trasferire agli altri componenti del gruppo di lavoro aziendale le conoscenze, le informazioni e il materiale didattico acquisiti durante la formazione;
- facilitare le attività che il gruppo di lavoro potrà in essere nel contesto aziendale.

Appare evidente che il processo di individuazione del professionista di cui sopra assume un grande valore strategico per il buon esito del progetto e, pertanto, i professionisti dovranno essere individuati tra coloro che:

- hanno avuto precedenti esperienze nello svolgimento di attività finalizzate al miglioramento qualitativo e organizzativo;
- sono in possesso di competenze nell'analisi critica della letteratura scientifica;
- posseggono adeguate competenze comunicative e di leadership.

Al fine di favorire lo svolgimento del Programma Regionale, considerata la rilevanza strategica e il potenziale vantaggio qualitativo ed economico si chiede alle SS.LL. di garantire la partecipazione del professionista individuato al corso Executive Master, assicurando il rimborso delle spese di missione, e di favorire lo svolgimento delle attività progettuali a livello aziendale.

Allo scopo di consentire allo scrivente Assessorato la programmazione delle attività si chiede alle SS.LL. di trasmettere all'indirizzo PEC [dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it](mailto:dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it) entro il 31 LUGLIO P.V. le seguenti determinazioni:

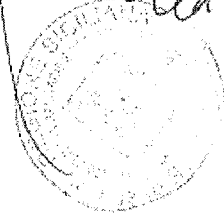
- l'Atto deliberativo della costituzione del gruppo di lavoro aziendale;
- il nominativo del professionista individuato con i relativi recapiti.

Il Dirigente del Servizio 8  
"Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti"  
Dott. Giuseppe Murolo

Il Dirigente U.O.B 8.1  
"Sicurezza dei pazienti e HTA"  
Dott. Giovanni De Luca

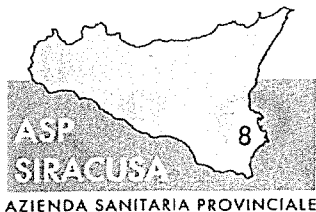
Il Dirigente Generale  
Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico  
Dott. Maria Letizia Di Liberti

L'Assessore per la Salute  
Avv. Ruggero Razza









**DIREZIONE GENERALE**

Corso Gelone 17 Siracusa 96100

Tel. 0931 484321/ 29 - fax 0931484380

[direzione.generale@asp.sr.it](mailto:direzione.generale@asp.sr.it)

[www.asp.sr.it](http://www.asp.sr.it)

Prot. n. 23022/19

Siracusa li 30 LUG. 2019

**OGGETTO:** Direttiva assessoriale – Programma regionale Appropriatelyzza “ Fare di più non ( sempre ) significa fare meglio “

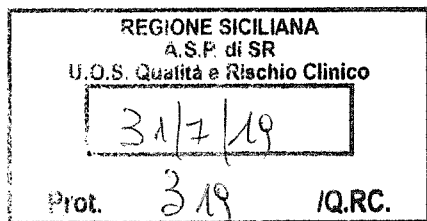
All' Assessorato della Salute  
Dipartimento Regionale per le Attività  
Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
Servizio 8  
“ Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei  
pazienti “

**S E D E**

In relazione alla richiesta di cui alla nota prot. n. DASOE/8 53456 dell'1 luglio 2019, di pari oggetto, si trasmette in allegato l'atto deliberativo n. 344 del 29/7/19 di costituzione del gruppo di lavoro aziendale, indicando, altresì, la Dott. Carmela Conte, Responsabile della UOS Qualità e Rischio Clinico, quale professionista da inviare al corso Executive Master: tel. 337 100 5803 ; email : [ufficio.qualita@asp.sr.it](mailto:ufficio.qualita@asp.sr.it)

Il Direttore Sanitario  
Dott. Anselmo Madeddu

Il Direttore Generale  
Dott. Salvatore Lucio Ficarra



**ORIGINALE**

REGIONE SICILIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
SIRACUSA

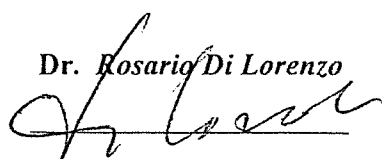
B

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N° 344

Data 29 LUG. 2019

**OGGETTO:** Costituzione gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare " CHOOSING WISELY ITALY "

<p><b>Dimostrazione della compatibilità economica</b></p> <p><b>Bilancio 2019</b></p> <p>Centro di costo _____</p> <p>Conto economico _____</p> <p>Budget assegnato _____</p> <p>Budget già utilizzato _____</p> <p>Budget disponibile _____</p> <p>da cui prelevare la spesa prevista per il presente atto, pari ad € _____</p> <p><b>Disponibilità residua</b></p> <p>di budget € _____</p> <p><b>Spesa autorizzata</b></p> <p>Il Responsabile della U.O.C. Economico Patrimoniale _____</p> <p><b>Non comporta impegno di spesa</b></p> <p><b>Fondi vincolati</b></p> <p><b>Fondi PSN</b></p> <p><b>Fondi PO FESR</b></p>	<p><b>DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DELL'AREA IGIENICO-ORGANIZZATIVA</b> (SS)</p> <p>Proposta n° <u>8</u> del <u>28/07/2019</u></p> <p><b>Il Direttore del Dipartimento</b></p> <p><i>Dr. Rosario Di Lorenzo</i> </p>
--	--

Addì 29 LUG. 2019, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 - Siracusa, - il Direttore Generale, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusto D.P. n. 193/Serv.1/SG del 04/04/2019, assistito dalla Dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio con funzioni di segretario, ha adottato la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore del Dipartimento dei Servizi e  
dell'Area Igienico-organizzativa**

---

**VISTO** il D.lgs. n. 50271992 e s.m. ed i.

**VISTA** la L. r. n. 572009;

**VISTO** l'atto aziendale adottato con deliberazione n. 396 del 2 maggio 2017 ed approvato con Decreto assessoriale n. 1078 del 29 maggio 2017;

**Vista** la Circolare Assessoriale prot. DASOE/8n. 53456 del 01/07/2019 avente per oggetto: "Programma regionale Appropriatazza. " fare di più non ( sempre ) significa fare meglio";

**Considerato** che con il programma in oggetto l'Assessorato intende promuovere la conoscenza della campagna internazionale "Choosing Wisely" tra medici, professionisti e cittadini e implementare le Raccomandazioni in tutte le Aziende del SSR;

**Tenuto conto** che la circolare prevede la costituzione di un gruppo di lavoro specifico multiprofessionale e multidisciplinare che avrà come obiettivi:

- 1) promozione della conoscenza della campagna " Choosing Wisely" tra i medici e i professionisti sanitari;
- 2) Implementazione delle Raccomandazioni di " Choosing Wisely Italy" pertinenti con le linee di attività cliniche aziendali;
- 3) Progettazione e realizzazione di specifiche valutazioni dell'impatto della predetta implementazione di appropriatezza prescrittiva, di riduzione del consumo ingiustificato di risorse e di riduzione del danno ai pazienti derivanti dalle prescrizioni inappropriate;

**Ritenuto necessario** costituire il Gruppo di lavoro individuando le seguenti figure professionali:

Direttore Sanitario Aziendale:

Risk Manager:

Responsabile UOS Formazione:

Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico:

Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Lentini:

Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Augusta

Coordinatore tecnici della Prevenzione:

Consulente Federazione nazionale TSRM

Direttore UOC Medicina P.O. Avola

Direttore UOC Cardiologia P.O. Siracusa

Direttore Dipartimento Area Radiologica

Responsabile UOS Neurologia Territoriale

Responsabile UOSD Hospice

Direttore ff UOC Patologia Clinica

Direttore ff UOC Anestesia e Rianimazione

Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia

Direttore UOC Pediatria

Direttore UOC Ortopedia

Direttore UOC Farmacia

Responsabile UOSD Gastroenterologia

Dott Rosario Di Lorenzo

Dott. Maria Rita Venusino

Dott. Carmela Conte

Dott Angela Scatà

Dott. Placido Di Salvo

Dott. Giancarlo Chiara

Dott Marco Renzo

Dott Salvatore Italia

Dott Marco Contarini

Dott Giuseppe Capodiecì

Dott Roberto Conigliaro

Dott Giovanni Moruzzi

Dott Lucia Bozzanca

Dott Maurilio Carpinteri

Dott Antonino Bucolo

Dott Antonio Rotondo

Dott Riccardo Maglittò

Dott Emanuela Alfonso

Dott Guido Passanisi

**Dato Atto** che il Direttore del Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico-organizzativa, in qualità anche di Risk Manager, che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente

legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 Dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 Novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano della Prevenzione della Corruzione 2019/2021.

Attestata la legittimità dell'atto, nonché la correttezza formale e sostanziale dello stesso

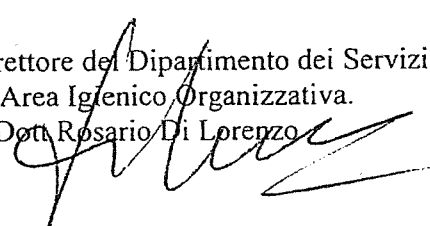
**PROPONE**

Per le motivazioni descritte in narrativa, che si intendono integralmente trascritte e riportate

di

**Costituire il gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare in  
premessa meglio specificato**

Il Direttore del Dipartimento dei Servizi e  
dell'Area Igienico Organizzativa.  
Dott. Rosario Di Lorenzo



Pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario  
(ai sensi dell'art. 3, commi 1-quinquies e 7, del D.Lgs. 502/92 e s.m. e i.)

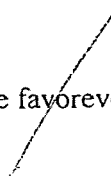
**Sul presente atto viene espresso**

Parere favorevole

Il Direttore Sanitario Aziendale

Il Direttore Sanitario  
(Dott. Anselmo Madeddu)

Parere favorevole



**Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa  
Dott. Salvatore Lucio Ficarra**

- Preso atto della proposta di deliberazione che precede e che qui si intende di seguito riportata e trascritta;
- Preso atto che il Dirigente Responsabile del Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico-Organizzativa, che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23.10.1996 n. 543 come modificato dalla legge 20.12.1996 n. 639;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

## **DELIBERA**

Secondo la superiore proposta formulata dal Dirigente Responsabile dell'U.O. proponente e per i motivi espressi nella medesima:

**Costituire il gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare composto:**

Direttore Sanitario Aziendale:	Dott Rosario Di Lorenzo
Risk Manager:	Dott. Maria Rita Venusino
Responsabile UOS Formazione:	Dott. Carmela Conte
Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico:	Dott Angela Scatà
Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Lentini:	Dott. Placido Di Salvo
Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Augusta	Dott. Giancarlo Chiara
Coordinatore tecnici della Prevenzione:	Dott Marco Renzo
Consulente Federazione nazionale TSRM	Dott Salvatore Italia
Direttore UOC Medicina P.O. Avola	Dott Marco Contarini
Direttore UOC Cardiologia P.O. Siracusa	Dott Giuseppe Capodieci
Direttore Dipartimento Area Radiologica	Dott Roberto Conigliaro
Responsabile UOS Neurologia Territoriale	Dott Giovanni Moruzzi
Responsabile UOSD Hospice	Dott Lucia Bozzanca
Direttore ff UOC Patologia Clinica	Dott Maurilio Carpinteri
Direttore ff UOC Anestesia e Rianimazione	Dott Antonino Bucolo
Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia	Dott Antonio Rotondo
Direttore UOC Pediatria	Dott Riccardo Maglitta
Direttore UOC Ortopedia	Dott Emanuela Alfonso
Direttore UOC Farmacia	Dott Guido Passanisi
Responsabile UOSD Gastroenterologia	

**Trasmettere** copia della presente deliberazione al Servizio 8 "Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti" del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e osservatorio epidemiologico.

**Dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo, stante che secondo la direttiva indicata in premessa il presente atto deve inviato all' Assessorato della Salute D.A.S.O.E. entro la data del 31 luglio 2019;

La presente deliberazione E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE PER USO AMMINISTRATIVO

Siracusa, \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Salvatore Lucio Ficoarra

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

dr.ssa Carmela Linda Di Giorgio

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'albo on line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ai sensi e per gli effetti dell'art.53 della L.R. n.30/93 e successive modificazioni dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE  
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio )

Siracusa, \_\_\_\_\_

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio dei Sindaci in data \_\_\_\_\_  
Prot. n° \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE SEGRETERIA DELIBERE  
( dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio )



**REGIONE SICILIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
SIRACUSA  
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**N° 818**

**Data 28/11/2019**

**OGGETTO: INTEGRAZIONI NELLA COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO  
MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE "CHOOSING WISLEY", DELIBERA N-  
344 DEL 29 LUGLIO 2019.**

**Dimostrazione della compatibilità economica:**

**Bilancio 2019**

Centro di Costo \_\_\_\_\_

Conto Economico \_\_\_\_\_

**Budget assegnato** € \_\_\_\_\_

**Budget già utilizzato** € \_\_\_\_\_

**Budget disponibile** € \_\_\_\_\_

da cui prelevare la spesa prevista dal presente

atto, pari ad € \_\_\_\_\_

**Disponibilità residua**

**di budget** € \_\_\_\_\_

☐

**Non comporta spesa**

**Il Direttore dell'U.O.C. Economico  
Patrimoniale**

\_\_\_\_\_

**Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico-  
Organizzativa**

**Proposta n. 1**

**del 28/11/2019**

**Il Direttore U.O.C.**

Addì **28/11/2019**, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 – Siracusa – il Direttore Generale, Dott. Salvatore Lucio Ficarra, giusto D.P. 193 Serv. 1/SG del 04.04.2019 assistito dalla Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio con funzioni di Segretario, ha adottato la seguente deliberazione:

## ***Il Direttore del Dipartimento dei Servizi e dell'Area igienico-organizzativa***

**VISTO** il D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

**VISTA** la L.r. 5/2009;

**VISTO** l'atto aziendale adottato con deliberazione n. 396 del 2 maggio 2017 ed approvato con D.A. n. 1078 del 29 maggio 2017;

**Vista** la Circolare Assessoriale prot. DASOE/8 n. 53456 dell'1/07/2019 avente per oggetto Programma Regionale Appropriatazza "Fare di più non significa (sempre) fare meglio";

**Vista** la delibera n°. 344 del 29 luglio 2019 di Costituzione del Gruppo di Lavoro multiprofessionale e multidisciplinare "Choosing Wisley";

**Considerato** che dal 2017, sono già state monitorate nei presidi ospedalieri dell'ASP le raccomandazioni della Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere in collaborazione con la Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva e Sanità Pubblica;

**Tenuto conto** che il monitoraggio delle suddette pratiche è stato coordinato dal Presidente del C.I.O. ed è stato realizzato con l'impegno delle Direzioni Mediche dei PP.OO;

**Tenuto conto** che i dati emersi dal precedente monitoraggio saranno utilizzati per identificare i possibili problemi e definire quelli prioritari, per individuare le cause dei risultati insoddisfacenti e le possibili iniziative di miglioramento, e per definire gli indicatori di risultato e misurare i livelli correnti di qualità;

**Tenuto conto** della nota del Presidente della Associazione Nazionale Italiana Fisioterapisti (Associazione che ha aderito alla campagna Choosing Wisley) del 19 agosto 2019, trasmessa alla Direzione Generale con la quale viene richiesto l'inserimento all'interno del gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare della figura del professionista sanitario della riabilitazione;

**Ritenuto che**, per le motivazioni su espresse, occorre integrare il gruppo di lavoro di cui alla deliberazione n. 344 del 29/07/2019 con i soggetti che hanno preso parte alle superiori attività;

Attestata la legittimità dell'atto, nonché la correttezza formale e sostanziale dello stesso

Propone di

Integrare la composizione del gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, che risulta pertanto così di seguito composto:

Direttore Sanitario Aziendale

Risk Manager

Direttore UOC Ospedalità

Presidente C.I.O.

Direttore Sanitario dei PP.OO. Aziendali

Vice direttore sanitario P.O. Avola-Noto

Resp. UOS Direzione Medica P.O. Umberto I

Coordinatrice Infermieristica Direzione Medica P.O. Umberto I

Responsabile UOS Formazione

Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico

Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Lentini

Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Augusta

Coordinatore Tecnici della prevenzione

Tecnico Sanitario Radiologia Medica

Direttore UOC Medicina P.O. Avola

Direttore UOC Cardiologia P.O. Siracusa

Direttore Dipartimento Area Radiologica

Responsabile UOS Neurologia Territoriale

Responsabile UOSD Hospice

Direttore UOC Patologia Clinica

Direttore UOC Anestesia e Rianimazione

Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia

Direttore UOC Pediatria

Direttore UOC Ortopedia

Direttore UOC Farmacia

Responsabile UOSD Gastroenterologia

Fisioterapista

Il Direttore del Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico – Organizzativa

Pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

(ai sensi dell'art. 3, commi 1-quinquies e 7, del D.Lgs. 502/92 e s.m. e i.)

**Sul presente atto viene espresso**

Parere favorevole

Parere favorevole

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Anselmo Madeddu

**FIRMATO**

**Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa**

**Dott. Salvatore Lucio Ficarra**

- Preso atto della proposta di deliberazione che precede e che qui si intende di seguito riportata e trascritta;
- Preso atto che il Direttore del Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico – Organizzativa che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23.10.1996 n. 543 come modificato dalla legge 20.12.1996 n. 639;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo;

**DELIBERA**

Secondo la superiore proposta formulata dal Direttore del Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico – Organizzativa e per i motivi espressi nella medesima:

Integrare la composizione del gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, che risulta per tanto così di seguito composto:

Direttore Sanitario Aziendale

Risk Manager

Direttore UOC Ospedalità

Presidente C.I.O.

Direttore Sanitario dei PP.OO. Aziendali

Vice direttore sanitario P.O. Avola-Noto

Resp. UOS Direzione Medica P.O. Umberto I

Coordinatrice Infermieristica Direzione Medica P.O. Umberto I

Responsabile UOS Formazione

Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico

Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Lentini

Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Augusta

Coordinatore Tecnici della prevenzione

Tecnico Sanitario Radiologia Medica

Direttore UOC Medicina P.O. Avola

Direttore UOC Cardiologia P.O. Siracusa

Direttore Dipartimento Area Radiologica

Responsabile UOS Neurologia Territoriale

Responsabile UOSD Hospice

Direttore ff UOC Patologia Clinica

Direttore ff UOC Anestesia e Rianimazione

Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia

Direttore UOC Pediatria

Direttore UOC Ortopedia

Direttore UOC Farmacia

Responsabile UOSD Gastroenterologia

Fisioterapista

Trasmettere copia della presente deliberazione al Servizio 8 “Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti” del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico.

Dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dott. Salvatore Lucio Ficarra)**

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

Il sottoscritto attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'albo on line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ai sensi ed per gli effetti dell'art. 53 della L.R. n. 30/93 e successive modificazioni dal giorno al giorno

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA  
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

Siracusa, li .....

---

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data \_\_\_\_\_  
Prot. n° \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA  
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)

La presente deliberazione E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE PER USO AMMINISTRATIVO.

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA  
(Dott.ssa Carmela Linda Di Giorgio)



**REGIONE SICILIA**  
**Azienda Sanitaria Provinciale**  
**Siracusa**  
**Corso Gelone, 17 Siracusa**

PROT. 28/D SA

SIRACUSA, 3 FEB. 2020

**OGGETTO: insediamento gruppo di lavoro aziendale Choosing Wisley.**

Al Direttore del Dipartimento dei Servizi e  
 dell'Area Igienico-Organizzativa e Risk Manager  
 Al Direttore UOC Ospedalità e Presidente CIO  
 Ai Direttori Sanitari dei PP.OO. Aziendali  
 Al Vice Direttore Sanitario P.O. Avola-Noto  
 Al Direttore UOC Cardiologia P.O. Siracusa  
 Al Direttore Dipartimento Area Radiologica  
 Al Direttore ff UOC Patologia Clinica P.O. Umberto I  
 Al Direttore ff UOC Anestesia e Rianimazione P.O. Umberto I  
 Al Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia P.O. Umberto I  
 Al Direttore UOC Medicina P.O. Avola  
 Al Direttore UOC Pediatria P.O. Umberto I  
 Al Direttore UOC Ortopedia P.O. Lentini  
 Al Direttore UOC Farmacia P.O. Umberto I  
 Al Responsabile UOS Direzione Medica P.O. Rizza  
 Al Responsabile UOS Formazione  
 Al Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico  
 Al Responsabile UOS Neurologia Territoriale  
 Al Responsabile UOSD Hospice  
 Al Responsabile UOSD Gastroenterologia P.O. Umberto I  
 Al Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Lentini  
 Al Responsabile Uff. Infermieristico P.O. Augusta  
 Alla Coordinatrice Infermieristica Direzione Medica P.O. Umberto I  
 Al Referente Ufficio Prevenzione, Vigilanza e Ispezione,  
 Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro  
 Al Tecnico Sanitario Radiologia Medica P.O. Avola  
 Al Fisioterapista P.O. Rizza

E p. c.

Al Direttore Generale ASP SR

Si comunica alle SS.LL. che la riunione d'insediamento del gruppo di lavoro in oggetto, costituito con delibera del 29/07/2019 n. 344 ed integrato con ulteriori componenti con delibera del 28/11/2019 n. 818, è convocata per il 14/02/20 alle ore 12,00 c/o..... DOTT. GENERALE

Si invitano le SS.LL. a nominare, in caso di assenza o di impedimento temporaneo, un delegato che partecipi alla riunione.

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
 Dott. Anselmo Madeddu



REGIONE SICILIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Corso Gelone n.17 - 96100 SIRACUSA  
Codice Fiscale/Partita IVA: 01661590891

### U.O.C. Ospedalità

Traversa La Pizzuta - 96100 SIRACUSA

☎ 0931/ 484035 📠 0931- 484987 ✉ franco.ingala@asp.sr.it  
Segreteria ☎ 0931 484672

PROT. 1961 /MO  
PROT. 249/Q.RC

SIRACUSA, 09/06/2020

Oggetto: predisposizione interventi a seguito di segnalazione di casi di caduta di pazienti.

*Ai Direttori Sanitari dei PP.OO.*

*Ai Direttori Sanitari delle Case di Cura*

*E p.c. Al Direttore Sanitario Aziendale*

*Al Direttore Generale*

In riferimento agli eventi caduta dei pazienti rilevati c/o i Presidi Ospedalieri e le Case di Cura, si fa presente che oltre alla Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute, anche Choosing Wisely Italy (al link: <https://choosingwiselyitaly.org/cittadini/>) ha pubblicato tra le pratiche a rischio di inappropriattezza:

- le 5 raccomandazioni della Associazione Nazionale Infermieri di Medicina (ANIMO) di cui la seconda è **“Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute”** (allegata alla presente). *In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che indichi l'uso della contenzione fisica come intervento che prevenga le cadute dei pazienti. I mezzi di contenzione meccanica possono provocare invece effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti e indiretti. E' necessario invece valutare il rischio cadute per ciascun paziente e attuare interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali e ambientali.*
- le 5 raccomandazioni della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) – 2ª Lista di cui la prima è **“Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium”** (allegata alla presente). *I pazienti anziani che assumono ipnotici, e in particolare le benzodiazepine, vanno incontro più spesso degli altri a incidenti d'auto e a cadute con fratture di femore e conseguente ospedalizzazione. Anche in regime di ricovero ospedaliero, il rischio di cadute e delle loro conseguenze è aumentato in rapporto all'uso di benzodiazepine, a causa di un ridotto stato di vigilanza al risveglio, e di deficit motori e cognitivi indotti.*

Inoltre nello stesso sito alla voce “Cittadini” sono presenti le schede rivolte a pazienti e cittadini per fornire informazioni su esami diagnostici, trattamenti e procedure che spesso non sono necessari e rischiano di provocare danni e per supportare il dialogo tra medici, altri professionisti e pazienti.

Le schede su citate sono state redatte da Altro Consumo in collaborazione con i professionisti a partire dalle raccomandazioni delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali italiane.

Tra le schede sono inserite anche quelle che riguardano la: “Contenzione fisica per prevenire le cadute” e le “Benzodiazepine per l'insonnia agli anziani” (allegate alla presente).

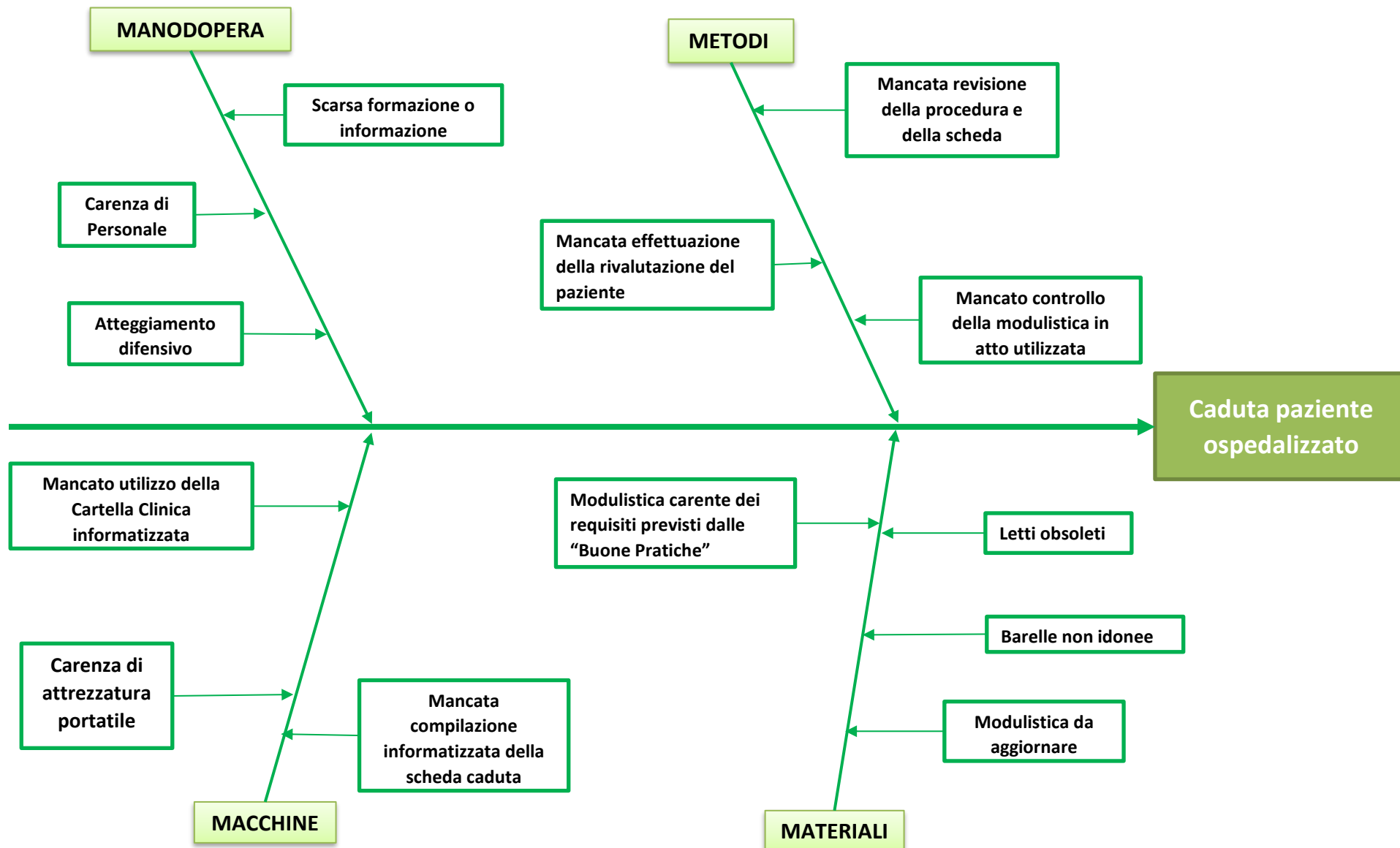
Le SS.LL. sono invitate ad attenersi sia alla Raccomandazione Ministeriale n. 13 che alle raccomandazioni Choosing Wisely Italy nonché a darne ampia diffusione a tutte le UU.OO. interessate e agli operatori coinvolti nei processi clinico - assistenziali e a vigilare sulla dismissione di pratiche a rischio di inappropriattezza.

Il Responsabile U.O.S. Qualità  
e Rischio Clinico

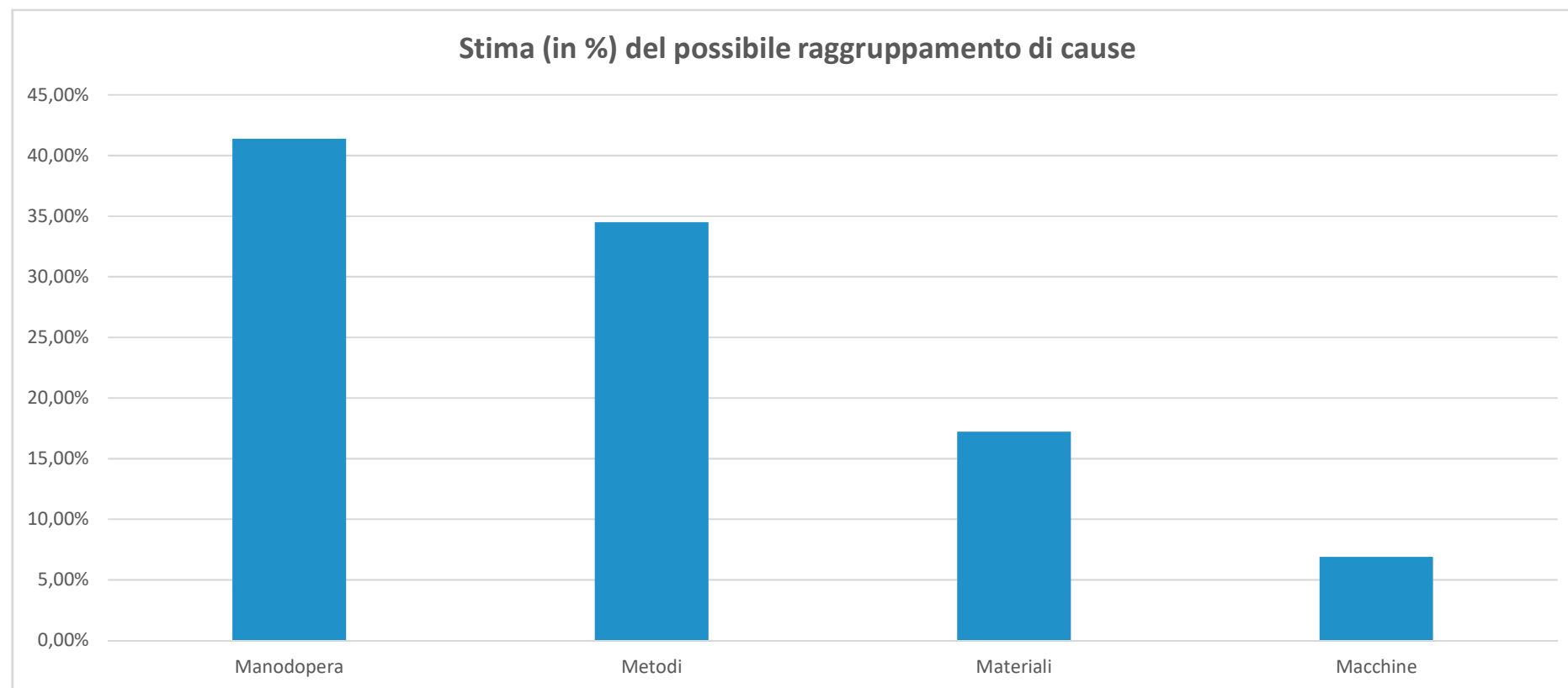
Dott.ssa Carmela Conte

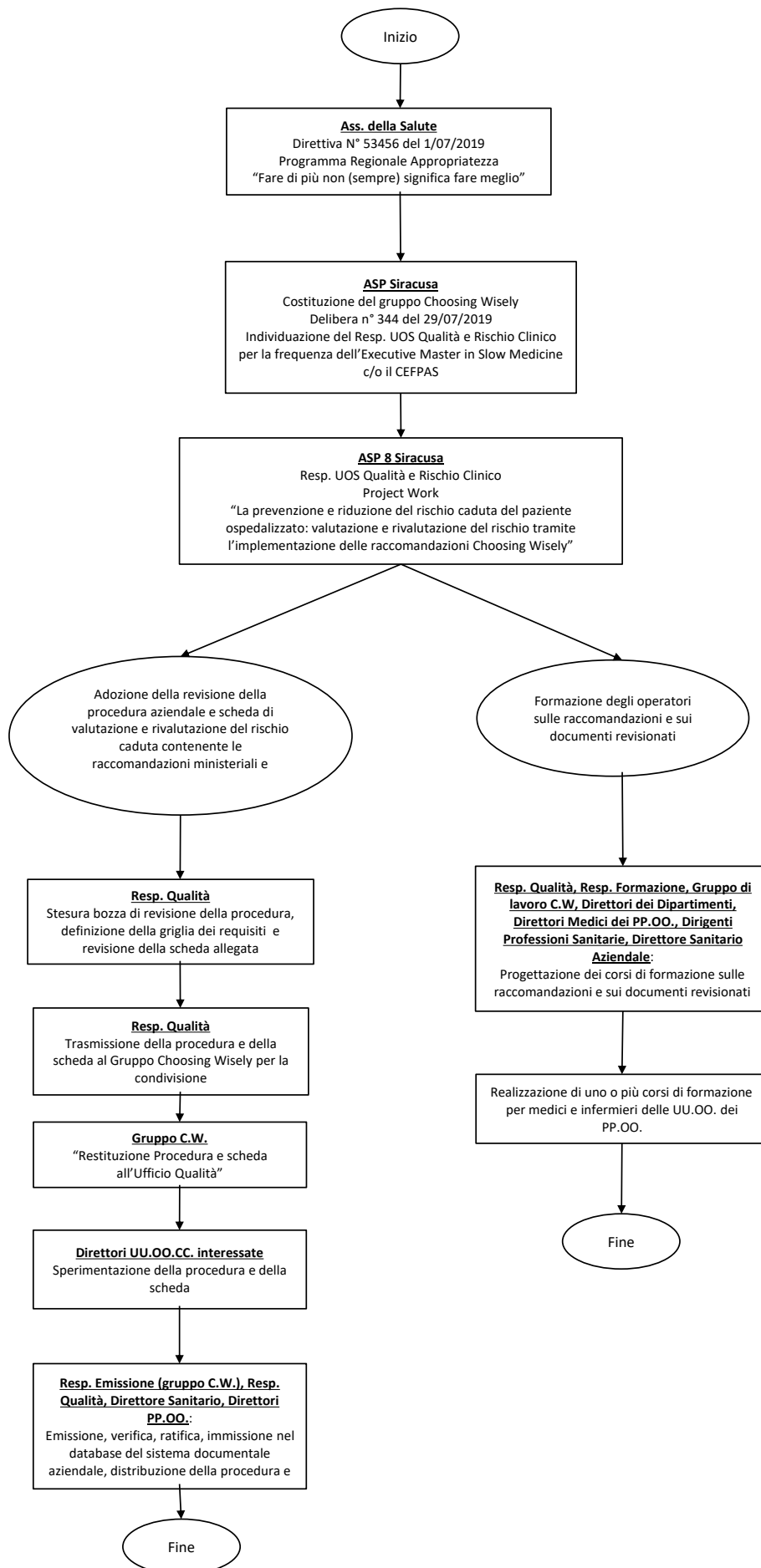
Il Direttore U.O.C. Ospedalità

Dr. Franco Ingala









## Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

### Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

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

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

# Come si è giunti alla creazione della lista

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

## Principali fonti bibliografiche

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

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

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

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

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

## Cinque raccomandazioni della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) - 2°Lista

1	<p><b>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.</b></p> <p>I pazienti anziani che assumono ipnotici, e in particolare le benzodiazepine, vanno incontro più spesso degli altri a incidenti d'auto e a cadute con fratture di femore e conseguente ospedalizzazione. Anche in regime di ricovero ospedaliero, il rischio di cadute e delle loro conseguenze è aumentato in rapporto all'uso di benzodiazepine, a causa di un ridotto stato di vigilanza al risveglio, e di deficit motori e cognitivi indotti. L'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere riservato alle condizioni di astinenza da alcol e agli stati ansiosi; dovendone far ricorso, va data preferenza ai bassi dosaggi, ai farmaci di più breve emivita, alle terapie di breve durata, all'uso intermittente, rivalutando periodicamente l'indicazione in caso di usi prolungati. In caso di agitazione e delirium va data la preferenza ad altri farmaci.</p>
2	<p><b>Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.</b></p> <p>La qualità delle cure offerte ai malati terminali ospedalizzati non è ottimale, soprattutto a causa del fatto che, per inerzia organizzativa e attitudine mentale, nei reparti per acuti (come sono le Medicine Interne) si tende a mantenere a oltranza standard di procedure terapeutiche e diagnostiche futili, orientate alla malattia piuttosto che ai reali bisogni del paziente. Ciò determina l'insufficiente controllo dei sintomi chiave che caratterizzano la terminalità (dolore, dispnea, agitazione, secrezioni respiratorie, etc.), con impatto negativo sui pazienti, sui familiari e sugli operatori sanitari stessi. L'adozione di protocolli di cure specificamente concepiti ("care pathways") introduce maggior sollievo e dignità al fine vita, non accelera il decesso, ed anzi è dimostrato che prolunga la vita in casi selezionati.</p>
3	<p><b>Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata</b></p> <p>Fino a un terzo della popolazione fra 75 e 85 anni dei paesi avanzati assume terapia ipolipemizzante (soprattutto statine) per prevenzione primaria o secondaria. Tuttavia, il concetto che anche nei soggetti anziani l'ipercolesterolemia LDL o i bassi valori di HDL siano importanti fattori di rischio cardiovascolare è controverso, perché per lo più basato sulla estrapolazione dei dati delle età più giovani; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con un'aumentata mortalità. Oltre gli 85 anni il rapporto rischio/beneficio correlato all'uso di statine non è ovviamente favorevole perché, mentre, l'aspettativa di vita è progressivamente minore, l'incidenza di effetti indesiderati (danno muscolare, neuropatia, decadimento cognitivo, cadute) è relativamente maggiore. A fronte di una aspettativa di vita limitata (i.e. &lt;10 anni), iniziare una terapia con statine non è supportato da evidenze, mantenerla è questionable.</p>
4	<p><b>Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.</b></p> <p>I FANS sono farmaci ampiamente prescritti per il trattamento del dolore muscoloscheletrico cronico, tuttavia ad essi sono correlati importanti effetti indesiderati cardiovascolari, renali ed ematologici specie nei pazienti anziani. I FANS e gli inibitori della ciclossigenasi di tipo 2 (anti COX-2) possono causare incremento della pressione arteriosa, minore risposta ai trattamenti antipertensivi, ritenzione idrica e peggioramento della funzione renale nei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni eziologia incluso il diabete. Le più recenti linee guida per il trattamento del dolore cronico dei soggetti affetti da tali patologie, per lo più se anziani, raccomandano di limitarne il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'utilizzo di paracetamolo, tramadolo ed oppiacei a breve emivita.</p>
5	<p><b>Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.</b></p> <p>La probabilità di diagnosticare una neoplasia con questa metodica in pazienti asintomatici è inferiore a 1%. In molti di questi casi, si tratta di neoplasie indolenti (i.e., linfomi) che non beneficiano di una terapia precoce, oppure di neoplasie già in stadio avanzato nonostante la asintomaticità (i.e., pancreas). Il numero di esami falsamente positivi e di reperti incidentali risulta preponderante (soprattutto nella regione testa-collo), e ciò comporta il ricorso a esami aggiuntivi, biopsie e procedure chirurgiche non necessarie (e quindi dannose). La PET/TC, come tutte le metodiche diagnostiche, deve essere usata per chiari quesiti e in contesti clinici definiti.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

## Come si è giunti alla creazione della lista

Con la sua adesione al programma di Slow Medicine®, alla FADOI è stato chiesto di contribuire con 10 raccomandazioni. All'inizio del 2014, il Direttivo Nazionale FADOI ha incaricato due suoi componenti di elaborare un questionario contenente una selezione delle raccomandazioni già pubblicate da Choosing Wisely® (270 da parte di 51 società scientifiche a febbraio 2014), da sottoporre agli iscritti di alcune regioni appositamente selezionate, al fine di giungere alla designazione delle "top ten". In marzo 2014, una lista di 32 raccomandazioni, quelle reputate più rilevanti per un internista da parte degli incaricati, è stata inviata, insieme ad una lettera di accompagnamento, a 1.175 iscritti FADOI appartenenti a 6 diverse regioni (Piemonte, Veneto, Trentino AA, Friuli VG, Lazio, Campania), secondo un ordine di presentazione che rispecchiava quello di pubblicazione da Choosing Wisely®. Ad ogni iscritto è stato chiesto di indicare le 5 raccomandazioni considerate più rilevanti per la propria pratica medica. La percentuale di risposte è stata di 18.1% (213, per un totale di 1.037 indicazioni) alla data di scadenza (aprile 2014). Questo metodo è stato prescelto per favorire la divulgazione e la partecipazione. La lista "top ten" risultante rispecchia l'opinione qualificata di un largo numero di iscritti FADOI: questa scheda contiene le ultime 5.

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Couto AT, Silva DT, Silvestre CC, Lyra DP Jr. <i>Quality analysis of research on the use of benzodiazepines by elderly patients in the emergency room: a systematic review.</i> Eur J Clin Pharmacol 2013;60:1343-50. doi: 10.1007/s00228-012-1439-7.</li><li>2. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. <i>American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults.</i> J Amer Geriatr Soc 2012;60:616-31.</li><li>3. Finkle WD, Der JS, Greenland S, al. <i>Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam or diazepam in older adults.</i> J Am Geriatr Soc 2011;59:1883-90.</li><li>4. Allain H, Bentue-Ferre D, Polard E, Akwa Y, Patat A. <i>Postural instability and consequent fall and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review.</i> Drugs Aging 2005;22:749-65.</li></ol>
2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ellershaw J, Ward C. <i>Care of the dying patient: the last hours or days of life.</i> Brit Med J 2003;326(7379):30-4.</li><li>2. Costantini M, Ottonelli S, Canvacci L, Pellegrini F, Belcaro M. <i>The effectiveness of the Liverpool care pathway in improving end of life care for dying cancer patients in hospital. A cluster randomized trial.</i> BMC Health Serv Res 2011;11:13.</li><li>3. Lusiani L, Bordin G, Mantineo G, Roncato P, Favaro L, Tessaro L, Sandonà L, Bordin F. <i>Cure di fine vita nei pazienti oncologici terminali in Medicina Interna.</i> It J of Med 2012;6:110-5.</li><li>4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blindermann CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billing JA, Lynch TJ. <i>Early palliative care for patients with metastatic non-small lung cancer.</i> N Engl J Med 2010;363:733-42.</li></ol>
3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dalleur O, Spinewin A, Henrard S, Lousseau C, Speybroeck N, Boland B. <i>Inappropriate prescribing and related hospital admission in frail older persons according to the STOPP and START criteria.</i> Drugs Aging. 2012;29:829-37.</li><li>2. Schiattarella GG, Perrino C, Magliulo F, et al. <i>Statins and the elderly: recent evidence and current indications.</i> Aging Clin Exp Res 2012;24(S3):47-55</li><li>3. Maraldi C, Lattanzio F, Onder G, et al. <i>Variability in the prescription of cardiovascular medications in older patients: correlates and potential explanations.</i> Drugs Aging 2009;26(Suppl 1):41-51.</li><li>4. Schatz IJ, Masaki K, Yano K, Chen R, Rodriguez BL, Curb JD. <i>Cholesterol and all cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study.</i> Lancet 2001;358:351-5.</li><li>5. Petersen LK, Chistensen K, Kragstrup J. <i>Lipid lowering to the end? A review of observational studies and RCT on cholesterol and mortality in 80+ year old.</i> Age Ageing 2010;39:674-80.</li></ol>
4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <a href="http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd">http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd</a>.</li><li>2. <a href="http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf">http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf</a></li><li>3. <a href="http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure">http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure</a></li><li>4. Whittle SL, Colebatch AN, Buchbinder R, et al. <i>Multinational evidence-based recommendations for pain management by pharmacotherapy in inflammatory arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a board panel of rheumatologists in the 3e Initiative.</i> Rheumatology 2012; 51:1416-1425.</li></ol>
5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Minamimoto R, Senda M, Terauchi T et al. <i>Analysis of various malignant neoplasms detected by FDG-PET cancer screening program: based on a Japanese Nationwide Survey.</i> Ann Nucl Med 2011;25:45-54</li><li>2. Lee JW, Kang KW, Paeng JC, et al. <i>Cancer screening using 18F-FDG PET/CT in Korean asymptomatic volunteers: a preliminary report.</i> Ann Nucl Med 2009;23:685-691.</li></ol>

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

La **FADOI, Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti**, è una Società Scientifica di Medicina Interna che ha come valori fondanti: promuovere e valorizzare la medicina interna ospedaliera e il suo ruolo nella organizzazione dipartimentale, accrescere le conoscenze mediche e la buona metodologia degli internisti, far crescere una impostazione professionale di "disease management", condividere le esperienze di carattere organizzativo gestionale realizzate nelle diverse regioni, favorire la crescita di sinergie culturali ed organizzative all'interno degli ospedali e con il territorio e i MMG, favorire l'acquisizione e l'utilizzo delle tecnologie necessarie per la gestione diretta della diagnostica di base. La società ha individuato dieci punti per una medicina interna saggia e sostenibile. <http://www.fadoi.org/>

## Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

### Cinque raccomandazioni del Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) - 1°Lista

1	<p><b>Non prescrivere la nutrizione artificiale enterale (PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy, o sonda naso-gastrica) ai pazienti affetti da demenza in fase avanzata, ma contribuire, invece, a favorire l'alimentazione fisiologica assistita.</b></p>
	<p>Nella demenza in fase avanzata gli studi clinici hanno dimostrato che PEG e sonda naso-gastrica sono associate a comparsa di ulcere da pressione, uso di mezzi di contenimento fisico e farmacologico, disagio del paziente connesso alla sonda, sovraccarico di liquidi, diarrea, dolore e complicanze locali nella sede d'inserzione della sonda, minor interazione interpersonale e possibile incremento del rischio di polmonite ab ingestis.</p> <p>Il declino funzionale e la presenza di malattie intercorrenti possono indicare che è improbabile ottenere qualche beneficio significativo o a lungo termine dalla nutrizione artificiale.</p> <p>L'aiuto manuale nell'alimentazione fisiologica è un approccio efficace, rispetto alla nutrizione, almeno quanto l'uso della sonda.</p> <p>Nella fase terminale gli obiettivi della nutrizione assistita manualmente sono il benessere del paziente ed il mantenimento della relazione interpersonale, piuttosto che finalità nutrizionali.</p>
2	<p><b>Non usare gli antipsicotici come farmaci di prima scelta nei disturbi comportamentali in corso di demenza, evitando di prescriberli prima di un'attenta valutazione delle cause scatenanti la cui rimozione potrebbe rendere inutile il trattamento.</b></p>
	<p>I disturbi comportamentali in corso di demenza comprendono agitazione, aggressività, ansia, irritabilità, depressione, apatia e psicosi. In questo contesto l'uso degli antipsicotici è frequente a fronte di un limitato beneficio e della possibilità di gravi effetti indesiderati (incremento del rischio d'ictus e di mortalità vascolare, insorgenza di parkinsonismo o altri sintomi extrapiramidali, sedazione, confusione, peggioramento delle funzioni cognitive ed aumento di peso) che possono prevalere sui potenziali vantaggi.</p> <p>L'obiettivo dell'uso degli antipsicotici non è sedare una generica agitazione ma trattare pazienti a rischio di danneggiare sé o gli altri oppure in condizioni di estremo malessere. La valutazione e l'identificazione delle cause del disturbo comportamentale, compresi dolore, stipsi, fattori ambientali quali il rumore o la temperatura, la messa in sicurezza, la riduzione del malessere e l'aiuto nelle comuni funzioni possono rendere inutile il trattamento farmacologico.</p> <p>Se tali misure, invece, non fossero efficaci, va considerato il trattamento antipsicotico col suo bilancio rischi-benefici.</p>
3	<p><b>Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia.</b></p>
	<p>Studi su ampia scala hanno dimostrato negli anziani che assumano benzodiazepine o altri ipnotici un rischio più che raddoppiato d'incidenti nella guida di motoveicoli, di cadute e frattura d'anca che conducono a ospedalizzazione e morte. I pazienti anziani, i loro familiari e chi si occupa dell'assistenza dovrebbero essere a conoscenza di questo rischio in corso di trattamenti contro l'insonnia, l'agitazione o il delirium.</p> <p>Le benzodiazepine andrebbero riservate al trattamento del delirium tremens o del grave disturbo d'ansia generalizzata non responsivi ad altre terapie.</p>
4	<p><b>Non richiedere la SPECT (tomografia a emissione di fotone singolo) cerebrale oppure la 18-FDG PET (tomografia a emissione di positroni) oppure la PET con i traccianti dell'amiloide nella diagnostica della demenza se la diagnosi clinica e radiologica è adeguatamente documentata.</b></p>
	<p>La SPECT cerebrale indaga la perfusione ematica dell'encefalo, la 18-FDG PET indaga l'ipometabolismo della sostanza grigia cerebrale, la PET con i traccianti dell'amiloide la presenza di depositi cerebrali di amiloide.</p> <p>In presenza di una documentata diagnosi clinica e radiologica di demenza e della sua natura, i benefici potenziali dell'uso di tale diagnostica sono dubbi nel senso che è improbabile che ulteriori dati possano utilmente rafforzare quanto già acquisito.</p> <p>Tali esami, invece, possono offrire indicazioni utili al processo diagnostico se vi è assenza di alterazioni strutturali indicative di demenza alla RNM e/o in quadri clinici atipici per età d'insorgenza o evoluzione, in associazione ad altri accertamenti.</p>
5	<p><b>Non sottoporre a PET (tomografia a emissione di positroni) con i traccianti dell'amiloide soggetti asintomatici per deterioramento cognitivo, neanche in presenza di familiarità, nonché soggetti che lamentino disturbi di memoria non confermati dalla valutazione neuropsicologica.</b></p>
	<p>Il timore dell'insorgenza di una condizione di demenza da parte dell'opinione pubblica induce richieste di consultazioni specialistiche e diagnostica strumentale che possono essere inappropriate. La PET con i traccianti dell'amiloide identifica una condizione di amiloidosi cerebrale che non è diagnostica della malattia di Alzheimer bensì comune ad altre forme di demenza e presente in soggetti sani. L'accuratezza del metodo, inoltre, si riduce aumentando l'età del paziente e non consente la definizione o il monitoraggio del deficit cognitivo. A tal proposito la valutazione neuropsicologica standardizzata svolge il ruolo fondamentale.</p> <p>In caso di familiarità la PET con i traccianti dell'amiloide non sostituisce le indagini genetiche.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.



## Come si è giunti alla creazione della lista

Nel novembre 2013 nell'ambito del Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) si è proceduto a cercare nell'elenco delle raccomandazioni pubblicate in Choosing Wisely quelle interessanti dal punto di vista del neurologo che si occupa di demenze. Le prime tre prescrizioni sono l'adattamento di altrettante prescrizioni in Choosing Wisely (American Academy of Hospice and Palliative Medicine, American Geriatrics Society, AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine™, American Psychiatric Association) e sono apparse adeguate alla realtà italiana. La quarta prescrizione, inizialmente ispirata a quella corrispondente della Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, è stata radicalmente modificata e aggiornata nel gennaio 2015. L'ultima raccomandazione nasce dall'esigenza di circoscrivere l'uso della diagnostica strumentale di recente introduzione nel deterioramento cognitivo, avvertendo il rischio della sovradiagnosi. Le ultime due raccomandazioni saranno oggetto di particolare attenzione in vista dell'aggiornamento futuro.

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. JAMA. 1999;282(14):1365-1370.</li> <li>2. Gillick MR, Volandes AE. The standard of caring: why do we still use feeding tubes in patients with advanced dementia? J Am Med Dir Assoc. 2008 Jun;9(5):364-7.</li> <li>3. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD007209.</li> <li>4. Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2010;58(3):580-584.</li> <li>5. Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS. Oral feeding options for people with dementia: A systematic review. J Am Geriatr Soc. 2011;59(3):463-472.</li> <li>6. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rhodes RL, Bynum JP, Mor V. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? J Am Geriatr Soc. 2012 Oct;60(10):1918-21.</li> </ol>
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. JAMA. 2005;293:596-608.</li> <li>2. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. JAMA. 2005;294(15):1934-43.</li> <li>3. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD003476.</li> <li>4. Maher A, Maglione M, Bagley S, Suttrop M, Hu JH, Ewing B, Wang Z, Timmer M, Sultzer D, Shekelle PG. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2011 Sep 28;306(12):1359-69.</li> <li>5. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31.</li> <li>6. Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;CD008634.</li> </ol>
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, Wang Z, Dell RM, VanRiper KB. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam or diazepam in older adults. J Am Geriatr Soc. 2011 Oct;59(10):1883-1890.</li> <li>2. Allain H, Bentue-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. Drugs Aging. 2005;22(9):749-765.</li> <li>3. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31.</li> </ol>
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guerra UP, Nobili FM, Padovani A, Perani D, Pupi A, Sorbi S, Trabucchi M. Recommendations from the Italian Interdisciplinary Working Group (AIMN, AIP, SINDEM) for the utilization of amyloid imaging in clinical practice. Neurol Sci 10.1007/s10072-015-2079-3 (Published 24 January 2015).</li> </ol>
5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zhang S, Smailagic N, Hyde C, Noel-Storr AH, Takwoingi Y, McShane R, Feng J. <sup>11</sup>C-PIB-PET for the early diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 7 DOI 10.1002/14651858.CD010386.pub2</li> <li>2. Guerra UP, Nobili FM, Padovani A, Perani D, Pupi A, Sorbi S, Trabucchi M. Recommendations from the Italian Interdisciplinary Working Group (AIMN, AIP, SINDEM) for the utilization of amyloid imaging in clinical practice. Neurol Sci 10.1007/s10072-015-2079-3 (Published 24 January 2015).</li> <li>3. Le Couteur DJ, Doust J, Creasey H, Brayne C. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis BMJ 2013;347:f5125 doi: 10.1136/bmj.f5125 (Published 9 September 2013).</li> </ol>

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOmCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

Il **Cochrane Neurological Sciences Field (CNF)** è un'entità della Cochrane Collaboration; è stato formalmente registrato nel 2000, fino al 2006 ha avuto sede a Milano presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università, dal 2007 ha sede a Perugia presso Direzione salute e coesione sociale, Regione Umbria. La finalità del CNF è di diffondere le revisioni Cochrane d'interesse neurologico, favorendo la medicina basata sulle prove, costituendo un collegamento fra gli autori delle revisioni, i clinici, i pazienti, le loro famiglie e gli amministratori per contribuire all'informazione sanitaria dei cittadini ed offrire un supporto scientifico ai professionisti della salute ed ai decisori. Il team è costituito dal direttore del field, dal coordinatore, da alcuni neurologi clinici, da operatori con funzioni amministrative e di gestione dell'archivio. <https://neurosciences.cochrane.org/>