

**EXECUTIVE MASTER
IN SLOW MEDICINE
2019 – 2021**

Project Work

*La prevenzione del Rischio Cadute in ambiente
ospedaliero*

Corsisti:
Franciò Giuseppe
Cosenza Buno

INDICE

RIASSUNTO	pag. 3
INTRODUZIONE	pag. 4
DEFINIZIONE DEL PROBLEMA/APPROFONDIMENTO	pag. 6
OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI E MODALITÀ DI VERIFICA	pag. 9
(SEZIONI SPECIFICHE)	pag. 10
CONCLUSIONI	pag. 12
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	pag. 13
ALLEGATI	pag. 14

RIASSUNTO

In linea con gli ideali Choosing Wisely si è progettato un Programma di implementazione di alcune raccomandazioni all'interno dell'A.O. Papardo di Messina, al fine di ridurre il periodo di degenza dei pazienti ricoverati (ove possibile) correlato con esami diagnostici aggiuntivi (spesso senza utilità). Molti pazienti giungono in PS a causa di cadute accidentali in ambiente domestico, o durante il loro ricovero in ospedale sono vittime di cadute accidentali, dovute a fattori ambientali (illuminazione, calzature, locali) e fattori individuali (terapia farmacologica, patologie, stato emotivo), questo evento avverso causa un prolungarsi del periodo di permanenza in ospedale con ulteriori esami diagnostici (TC, RMN, RX) che sarebbero potuti essere evitati; lo stesso prolungarsi del ricovero suscita nel soggetto abituato all'ambiente domestico uno stato di agitazione aggravando lo stato psico-emotivo. Questo evento avverso oltre a procurare un supplemento di indagini strumentali (evitabili) causano anche la perdita di fiducia nella struttura stessa (qualora l'evento si sia verificato in ospedale), pertanto al fine di prevenire l'evento caduta si sono implementati una serie di azioni atte a diffondere la conoscenza sulle buone pratiche da utilizzare per identificarne la possibilità di caduta e prevenirla. Si è partiti dalla formazione di un Team multidisciplinare con l'obiettivo di formare capillarmente il personale sanitario sul rischio caduta e sui metodi di prevenzione, ed in contemporanea è stato implementato un sistema di avviso informatico a supporto dei medici ed infermieri. Terminata la formazione del personale sanitario aziendale si è cominciata la fase di formazione anche dei familiari e caregiver dei "soggetti fragili", precocemente identificati tramite l'utilizzo di scale riconosciute dal Ministero della Salute, al fine di prevenire l'evento avverso. L'identificazione dello stato "a rischio caduta" permette di prevenire l'evento avverso non solo in ambiente ospedaliero, ma anche in ambiente domestico, con notevole riduzione dei ricoveri per cadute e riduzione di indagini strumentali che esporrebbero i soggetti a radiazioni. La possibilità di effettuare una riconciliazione farmacologica (a favore di una riduzione dei farmaci o del loro dosaggio) al momento del ricovero segue la linea delle raccomandazioni Choosing Wisely alleggerendo il soggetto fragile da farmaci che in combinazione con altri (o anche da soli) potrebbero favorire la caduta in ambiente domestico. La combinazione di questi interventi ha portato alla riduzione, nel periodo di tempo analizzato, del numero di eventi avversi dovuti alla caduta, riducendo di conseguenza il numero di indagini strumentali (RX, RMN, TC, esami ematochimici) con relativo accumulo di rifiuti speciali, con grande attenzione alla cura dell'ambiente. Il continuo sistema di sorveglianza/monitoraggio delle attività permette una rapida analisi delle azioni messe in atto e una pronta risposta in caso di aumento di eventi avversi (riferite solo per i pazienti caduti in ospedale).

INTRODUZIONE

Al giorno d'oggi con l'allungamento dell'aspettativa di vita, si assiste ad un aumento delle patologie croniche che si manifestano nell'età avanzata, le quali purtroppo necessitano di ricoveri (anche di breve durata) presso Strutture Sanitarie, Residenze per Anziani(RSA), Case di Cura ecc. Durante gli episodi di ricovero/soggiorno presso queste strutture, si assiste ad un'alterazione dello stato psico-fisico del soggetto, dovuto alle condizioni interne (stato di salute) sia all'ambiente estraneo, che può portare ad uno stato di confusione/agitazione. Molto spesso gli operatori sanitari, di fronte a situazioni delicate e difficilmente gestibili con la persuasione verbale, ricorrono a metodi di contenzione fisica o farmacologica, ricordando che:

- la contenzione non è atto terapeutico e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitativa.
- I mezzi di contenzione devono essere utilizzati solo nei casi di estrema necessità, cioè in presenza di situazioni di eccezionale gravità nelle quali sussista un pericolo grave e attuale di condotte autolesive e/o etero lesive non altrimenti evitabile e gestibile. Devono altresì essere utilizzati solo per il tempo strettamente necessario, essere proporzionati alle circostanze nonché richiedere le modalità meno invasive possibili.

Questi accorgimenti servono ad evitare che il soggetto si procuri danni dovuti all'alterato stato psico-fisico in cui versa per motivi dipendenti dai farmaci o dal deterioramento dello stato cognitivo. Il verificarsi di cadute accidentali, può provocare una serie di danni (da lievi a grave, fino al decesso del paziente) Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione). La caduta innesca un meccanismo anomalo che si traduce in un prolungato tempo di permanenza in regime di ricovero e l'impiego di ulteriori risorse umane e materiali da dedicare, in considerazione di un aggravamento delle condizioni di salute. A ciò bisogna aggiungere. Circa il 30-50% delle cadute negli anziani si traduce in lesioni lievi, inclusi lividi, abrasioni e lacerazioni, ma circa il 10% di tutte le cadute negli anziani causa lesioni gravi, tra cui lesioni intracraniche (ICI) e fratture. L'1% di tutte le cadute di questa popolazione provocano fratture dell'anca, che rappresentano un rischio significativo per la morbidità e la mortalità, inoltre, secondo i Centers for Disease Control and Prevention (CDC), tra il 2006 e il 2010, le cadute sono state la principale causa di decessi traumatici da lesioni cerebrali in persone di 65 anni o più (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/cadute#impatto>). Tutto questo conduce all'inevitabile perdita di fiducia della utenza nella struttura. Pertanto al fine di evitare il verificarsi di episodi di cadute, nei periodi di ricovero e/o in ambiente domestico post-dimissioni, si è sviluppato un sistema di verifica e di prevenzione del rischio caduta.

Scopo del progetto è quello di ridurre il più possibile il verificarsi dell'evento caduta, andando ad intervenire sui punti salienti che possono provocare l'evento avverso:

- Eliminazione della contenzione fisica (ancora presente, fortunatamente in pochissime realtà), con l'impegno alla rinuncia, per quanto possibile e necessario, alla contenzione a favore della movimentazione attiva e costante dei pazienti ricoverati ed alla loro riabilitazione estensiva.
- Formazione del Personale Sanitario sull'identificazione dei soggetti a rischio caduta. Uniformando l'informazione sulle corrette procedure da seguire per identificare i soggetti a rischio caduta e le conseguenziali azioni da intraprendere.
- Riconciliazione farmacologica, riducendo (dove possibile) l'uso di farmaci ipnotici o altri farmaci che alterano la capacità di movimento del soggetto (diuretici, antidolorifici). In

sinergia con le raccomandazioni Choosing Wisely sulla riorganizzazione della terapia farmacologia laddove sia possibile eliminare o ridurre i farmaci presenti in terapia del paziente.

- Informazione e formazione dei caregiver e familiari dei soggetti fragile al fine di evitare il verificarsi dell'evento anche una volta dimesso il paziente e rientrato in ambiente familiare.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA/APPROFONDIMENTO

Durante il periodo Pandemico 01/01/2020 e 30/09/2021 si è presa nota della verifica di n°67 casi di cadute presso Azienda Ospedaliera Papardo, tramite i report trasmessi all'Ufficio Rischio Clinico. Dall'analisi effettuata sui fattori scatenanti tali eventi, si è giunti alla conclusione che:

- n°58 casi i soggetti praticavano una terapia articolata con più di 4 farmaci e/o farmaci ipnotici già prima del ricovero, in una percentuale inferiore era legata a terapia occasionale al fine di contenere lo stato di agitazione psico motoria
- n°9 riferibili a fattori strutturali (scarsa illuminazione, calzature non adeguate, pavimento bagnato, presenza di arredamenti causa di inciampo,).

Questi eventi avversi hanno interessato per il 90% soggetti di età compresa tra 51 e 90 anni, causando un prolungamento delle giornate di degenza a seguito di lesioni procurate o semplicemente dovute all'attesa osservazionale o di eseguire test più approfonditi (RX, TAC, RMN) per identificare possibili lesioni non visibili esternamente.

Tale richiesta di esami aggiuntivi di approfondimento per la verifica delle condizioni di salute (RX, TAC, RMN, esami ematochimici) oltre ad un impegno di risorse umane ed esami strumentali, hanno causato un prolungamento dello stato di disagio per il paziente, in quanto si trovasse fuori dall'ambiente familiare più del tempo necessario previsto all'inizio del ricovero, aumentando lo stato d'ansia e la paura per il peggioramento del proprio stato di salute.

Da quanto esposto sopra presso l'AO Papardo si sono eseguiti controlli inerenti gli esiti di caduta, che hanno evidenziato un aumento delle prestazioni/indagini al paziente interessato, dovute ad ulteriore periodo di osservazione per un totale di:

- 67 RX (torace, addome, arti superiori ed inferiori, bacino, volto);
- 21 TC (cranio, torace, addome, total Body con mdc e senza mdc);
- 21 visite consulenze specialistiche.
- 8 nuovi interventi chirurgici (ortopedici, chirurgia plastica, chirurgia generale)

Al fine di evitare il verificarsi dell'evento avverso è stato implementato un sistema di "ALERT" informatico all'interno della cartella clinica informatizzata utilizzata dall'A.O. Papardo, questo sistema standardizzato secondo parametri stabiliti dalle più importanti organizzazioni scientifiche (OMS e scala di Conley) informa il personale sanitario sulla presenza di "paziente fragile" al momento del ricovero, al fine di mettere in atto tutti gli accorgimenti del caso per evitare che si verifichi l'evento avverso.



Considerato che il modulo è obbligatorio compilarlo sia all'ingresso del paziente che almeno ogni 72 ore ci sembra utile far segnalare nella Cartella del paziente nel menù a sinistra un alert in corrispondenza del modulo "Valutazione rischio cadute":

Triangolare giallo qualora il modulo non è compilato o è scaduto;

Triangolare verde qualora l'ultima valutazione ha dato un valore ≤ 2 ;

Triangolare rosso qualora il valore è > 2 .



Tale sistema è stato implementato in data 20/06/2020, con l'aggiornamento della procedura aziendale sulla "gestione e prevenzione delle cadute in ospedale", e trasmesso a tutti gli operatori sanitari/sociosanitari dell'Azienda, con feedback di ritorno tramite conferma di presa visione.

Al fine di formare tutto il personale ospedaliero interessato, si sono realizzate successivamente numerose giornate di formazione dedicate in prima fase al personale sanitario e sociosanitario, evidenziando l'importanza di una corretta anamnesi al momento del ricovero e una ricognizione e riconciliazione farmacologica sulla terapia che il paziente segue e la terapia da prescrivere durante il periodo di ricovero e/o dopo dimissioni, e successivamente incontri con i familiari e i propri Caregiver.

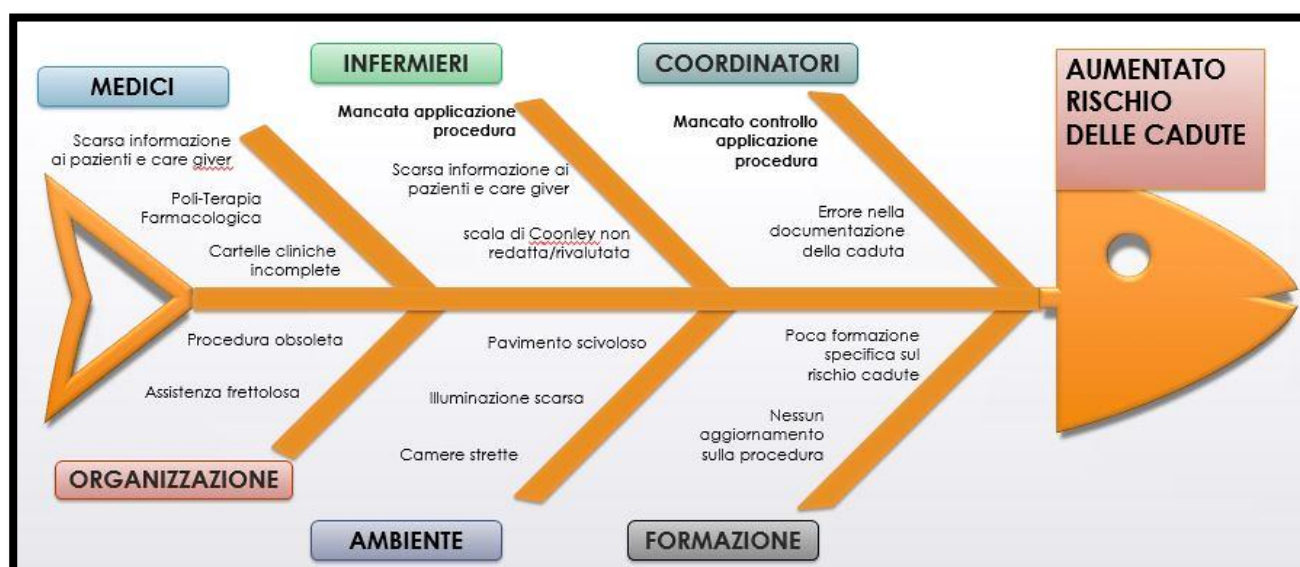
Concluso questo primo (e fondamentale) passaggio si è valutata la possibilità di mettere in atto tutti i sistemi previsti per evitare il verificarsi di cadute (abbassamento letto, calzature idonee, campanello vicino al letto, ecc.) adoperando come opzione estrema l'utilizzo della contenzione fisica/farmacologica (qualora non ci fosse nessuna possibilità di risoluzione), limitando l'uso di farmaci ipnotici ed informando i caregiver sulla possibilità di caduta del paziente (dovuto alla condizione di fragilità fisica e/o mentale) invitandoli ad una maggiore vigilanza e attenzione nell'assistere il soggetto "fragile".

Terminata la fase formativa/informativa si sono programmate e messe in atto sedute d'incontro con i familiari e i caregiver dei soggetti fragili ricoverati, che siano stati vittime di cadute o no, al fine di evitare il ripetersi dell'evento caduto o di prevenirne l'evento.

In linea con la mission/vision delle raccomandazioni Choosing Wisely, la prevenzione delle cadute riduce il tempo di permanenza del soggetto in ambiente ospedaliero (motivo di disagio per molti pazienti) ed altresì evita esami aggiuntivi che certamente possono provocare stress psicologico sia al paziente sia ai familiari – caregiver, ed il prodursi di materiale di scarto (reagenti, lastre rx e TC, rifiuti assimilabili agli urbani, rifiuti speciali), oltre che a causare la perdita di fiducia nell'Azienda Ospedaliera e peggiorando ulteriormente lo stato mentale del paziente che si sente “prigioniero” di un luogo in cui vorrebbe stare il più breve tempo possibile in quanto non si fida dell'operato dei sanitari.

Il progetto elaborato ha l'obiettivo di prevenire il verificarsi dell'evento cadute, in linea con la raccomandazione ***Non prescrivere un nuovo farmaco senza aver condotto una attenta revisione della terapia già in essere (riconciliazione farmacologica) e Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia***, eseguendo un'analisi accurata della terapia farmacologica seguita dal paziente, e in linea anche con la raccomandazione ***Non permettere che in regime di ricovero il paziente anziano rimanga allettato durante il giorno, a meno che non sia nella fase terminale della malattia o vi sia una precisa prescrizione medica*** con l'obiettivo di ridurre il più possibile l'allettamento del paziente anziano, che potrebbe causare una perdita della massa muscolare e di conseguenza un andamento instabile e più favorevole alle cadute. Altra raccomandazione inerente il progetto è ***Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute*** in quanto il ricorso a tale pratica a volte incoraggia il soggetto allettato a cercare di liberarsi, scavalcando le barriere e provocandosi dei danni.

Il sistema di “alert” informatico è stato predisposto per l'arco di tempo in cui il paziente si trova ricoverato presso la struttura sanitaria, e la relativa formazione del personale Aziendale fa parte della stessa azione. Mentre per il periodo post ricovero, in cui il soggetto fragile rientra nella propria abitazione o altra struttura, si è progettato materiale informativo per i familiari e/o caregiver sulle possibilità di prevenzione da mettere in atto per evitare il verificarsi dell'evento avverso traumatico.



OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI E MODALITÀ DI VERIFICA

Obiettivo Finale del PW è quello di ridurre le giornate di permanenza di un soggetto nella Struttura Sanitaria con relativi indagini strumentali aggiuntivi, il tutto causato da eventi avversi (caduta) durante il periodo di ricovero e/o in ambiente domestico dovuti ad una mancata conoscenza delle azioni da intraprendere per la prevenzione degli eventi avversi. Prevenendo l'evento avverso (caduta), si riduce il tempo di ricovero del paziente, evitandogli ulteriore stress dovuto al disagio del ricovero e al sottoporsi a indagini strumentali atti a verificare che l'evento avverso non abbia causato danni severi e/o invalidanti. Tale riduzione di giornate di ricovero, oltre a diminuire il peso del DRG, rende disponibile il posto letto per ulteriori ricoveri, e favorirebbe un ritorno in ambiente familiare al soggetto ricoverato.

Obiettivo finale: riduzione delle ospedalizzazioni dovute a cadute in ambiente ospedaliero e domestico

Obiettivo strumentale/intermedio: ridurre il prolungamento delle giornate di degenza e gli esami diagnostici ulteriori.

Obiettivo strumentale/intermedio: implementazione nel software aziendale di alert segnalatori di pazienti a rischio cadute sul sistema "Cartella Clinica On-Line" entro Giugno 2020

Obiettivo strumentale/intermedio: migliorare la riconciliazione farmacologica (riducendo ove possibile l'uso di farmaci o il loro dosaggio)

Obiettivo strumentale/intermedio: informazione/formazione dei caregiver e familiari sulle buone norme da utilizzare per la prevenzione delle cadute nei soggetti fragili sia in ambiente ospedaliero sia in ambiente domestico.

Obiettivo strumentale/intermedio: Programmazione ed attuazione di corsi di formazione per il personale aziendale, sull'identificazione dei soggetti fragili con conseguenti azioni da intraprendere per la prevenzione delle cadute entro Febbraio 2020

Obiettivo strumentale/intermedio: rafforzare l'empowerment del paziente fragile e formazione/informazione degli stakeholders/caregiver sulla prevenzione e gestione delle cadute del paziente ospedalizzato.

(SEZIONI SPECIFICHE)

Piano Operativo

Descrizione Attività <i>N° azioni</i>	Durata/Tempo <i>Inizio/fine</i>	Responsabilità <i>Struttura/attori</i>
1 Costituzione del gruppo/team	Dal 1 gennaio al 28 febbraio 2020	Direzione Medica/Risk Manager
2 Implementazione del software	Dal Giugno 2020	C.E.D.
3 Realizzazione di corsi per la formazione del personale	Dal 1 Marzo	UOC Formazione
4 Incontri con caregiver	Dal 1 Marzo	Membri del Team
5 Raccolta feedback e possibilità di miglioramento	Ogni 6 mesi	Membri del Team

Cronoprogramma

Attività del Progetto	Tempi in mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Costituzione Gruppo di Lavoro (TEAM)	X											
2 Implementazione Software						X						
3 Incontri, Corsi di Formazione			X	X	X	X						
4 Incontri con Caregiver/Stakeholders			X	X	X	X	X	X				
5 Raccolta ed analisi dati									X	X	x	X

Piano di Valutazione

Obbiettivo	Indicatore	Data di verifica	Valore atteso	Fonte dei dati
1 costituzione gruppo	Atto di nomina gruppo	Entro Gennaio 2020	Prima riunione del gruppo	Registro/albo pretorio
2 implementazione software	Numero di schede compilate digitalmente/ricoveri	Entro Giugno 2020	100%	CED/controllo gestione
3 corsi di formazione	Numero di questionari di apprendimento compilati	Entro Aprile 2020	100 %	Rendicontazione UO Formazione
4 incontri con caregiver	Numero di questionari di apprendimento compilati	Entro Settembre 2020	Almeno 30%	Relazioni conclusive Direttori UU.OO.
5 raccolta dati e confronti	Report cadute e schede apprendimento	Ogni 6 mesi	Riduzione report cadute del 30%	Report del Risk manager

CONCLUSIONI

Dal 18/05/2020 (dopo l'adozione delle nuove procedure e l'introduzione degli accorgimenti informatici) si sono verificate n°60 (2020-2021) e 11 (2022) cadute all'interno della A.O. Papardo rispetto alle 38 cadute verificatesi nel 2019 ,tale riduzione si può attribuire al buon lavoro svolto dai componenti del TEAM Operativo che ha informato e formato tutto il personale, nel proprio reparto di assegnazione, all'implementazione delle buone pratiche assistenziali fornite dalla Slow Medicine inerenti la prevenzione delle cadute accidentali in soggetti fragili (con politerapia farmacologica o alterazione dello stato cognitivo) ricoverati all'interno della Struttura Sanitaria. Altro fattore promuovente è stato rappresentato anche dagli avvisi informatici implementati nella cartella clinica informatizzata, di rapida visione e pronta risposta da parte dell'operatore, che hanno permesso di attenzionare maggiormente i soggetti "facili alla caduta". Importante fattore favorente la prevenzione sono stati gli incontri svolti con i parenti e caregiver del paziente, i quali hanno creato una più consapevolezza dello stato di salute del soggetto ricoverato ed hanno contribuito ad una migliore sorveglianza all'interno della Struttura Sanitaria e si spera anche, una volta dimesso, all'interno dell'ambiente di vita quotidiano. E' da considerare indicatore positivo anche l'aumento delle segnalazioni di eventi cadute, ciò a significare il superamento della reticenza e dei timori sul segnalare le cadute da parte dei sanitari con la possibile ripercussione di conseguenze da parte della direzione aziendale per l'aumento delle giornate di degenza.

Punti di forza di tale sistema sono pertanto costituiti dal TEAM che ha diffuso le buone pratiche assistenziali all'interno del proprio reparto, per una diffusione capillare delle raccomandazioni, supportate dalla parte informatica, e dalla formazione dei parenti/caregiver dei soggetti fragili. Limite della strategia adottata è costituito dalla mancanza del riscontro da parte dei pazienti che una volta dimessi, rientrando nell'ambiente domestico non c'è possibilità di verificare se le istruzioni/istruzioni fornite dal Personale Sanitario siano state applicate e se vi sono stati casi di cadute accidentali in ambiente domestico dovute ad una delle criticità evidenziate.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/cadute#impatto>

Lachance C, Wright MD. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines Ottawa: CADTH; 2019 Feb. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487137/>

Kröpelin TF, Neyens JC, Halfens RJ, Kempen GI, Hamers JP. Fall determinants in older long-term care residents with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2013;25(04):549-563.

Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Novembre 2011.

Haut A, Köpke S, Gerlach A, Mühlhauser I, Haastert B, Meyer G. Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomized controlled trial. *BMC geriatrics* 2009;9(1):42.

Couto AT, Silva DT, Silvestre CC, Lyra DP Jr. Quality analysis of research on the use of benzodiazepines by elderly patients in the emergency room: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol* 2013; 60; 1343-50. doi: 10.1007/s00228-012-1439-7.

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 Amer Geriatr Soc* 2012; 60: 616-31.

Finkle WD, Der JS, Greenland S, al. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 1883-90.

Allain H, Bentue-Ferre D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent fall and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging* 2005; 22: 749-65.

American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227–2246.

O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213–218.

Jonas W. Wastesson, Lucas Morin, Edwin C.K. Tan & Kristina Johnell (2018): An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review, *Expert Opinion on Drug Safety*, DOI: 10.1080/14740338.2018.1546841

Cappuccio R., Granatello J. et al, “*La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo*,” Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, 2008. www.evidencebasednursing.it

IPASVI – Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica*, I Quaderni, 2003; n.6. www.ipasvi.it

ALLEGATI

Raccomandazioni Choosing Wisely



CHOOSING WISELY ITALY
Fare di più non significa fare meglio



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

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Nazionale Infermieri di Medicina - ANIMO (Società scientifica di FNOPI)

1	<p>Non tritare e camuffare negli alimenti i farmaci prima di somministrarli a pazienti con difficoltà di deglutizione e/o tramite SNG (Sondino Naso Gastrico) e/o PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), se non specificato dalle indicazioni farmacologiche.</p> <p>La tritazione e il camuffamento dei farmaci, se non conforme alle indicazioni farmacologiche, è considerata una pratica inappropriata da includere nei potenziali errori di terapia. Alterare la formulazione dei farmaci e somministrarli camuffati nel cibo o nelle bevande può aumentare la tossicità, determinare l'instabilità, influenzare i tempi di assorbimento, ridurre l'efficacia, renderli meno appetibili.</p> <p>Quando possibile sarebbe opportuno utilizzare le forme farmaceutiche alternative, o considerare vie e mezzi di somministrazione diverse al fine di garantire una corretta efficacia clinica, un adeguato assorbimento del medicamento e ridurre al minimo l'ostruzione della sonda.</p>
2	<p>Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute.</p> <p>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.</p> <p>È necessario invece valutare il rischio cadute per ciascun paziente e attuare interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali e ambientali.</p>
3	<p>Non fare ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza o per l'esecuzione di semplici test diagnostici.</p> <p>Frequentemente nell'assistenza del paziente anziano non autosufficiente, si fa ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza e/o per l'esecuzione di test diagnostici.</p> <p>La letteratura dà precise indicazioni in merito alle situazioni in cui è necessario fare ricorso al cateterismo vescicale, al di fuori delle quali il paziente è sottoposto ad inutile ed aumentato rischio di infezione.</p>
4	<p>Non lasciare in sede qualsiasi tipo di catetere venoso (centrale, periferico, a breve, medio e lungo termine) se non è più presente il problema per cui vi si è fatto ricorso.</p> <p>Nella pratica quotidiana, frequentemente vengono lasciati in sede dispositivi vascolari per la sola possibilità che una volta rimossi se ne possa nuovamente avere la necessità. Le principali linee guida indicano che un catetere venoso debba essere rimosso prima possibile, qualora non sussistano le indicazioni che ne hanno determinato il posizionamento, al fine di prevenire e ridurre le complicanze (infezioni, flebiti, trombosi).</p>
5	<p>Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP) secondo protocolli "standard" nel paziente morente.</p> <p>Dato l'orizzonte temporale limitato, la mobilizzazione e la medicazione delle LDP eseguite di routine nel paziente morente non portano alcun beneficio allo stesso, possono invece creare disagio e provocare dolore inutile.</p> <p>Nella fase di fine vita è necessario ridefinire gli obiettivi assistenziali che devono essere mirati al confort e al controllo dei sintomi disturbanti. In particolare è fondamentale valutare il rischio di LDP ed utilizzare presidi antidecubito senza mobilizzare il paziente di routine ma solo in base alle sue reali esigenze e richieste, garantendo il massimo confort.</p> <p>In presenza di LDP, considerando che il controllo continuo della carica batterica e o lo sbrigliamento di un tessuto necrotico perdono di significato, diventa prioritario usare medicazioni a-traumatiche, che possono rimanere in sede più giorni e con caratteristiche tale da controllare il cattivo odore.</p>

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

Data stesura: Ottobre 2016. Ultima revisione: Novembre 2021

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>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.</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>Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.</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 Interniste) 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>Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata</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 sull'estrapolazione dei dati delle età più giovani; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con un'umentata 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. <10 anni), iniziare una terapia con statine non è supportato da evidenze, mantenerla è questionable.</p>
4	<p>Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.</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 limitare il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'utilizzo di paracetamolo, tramadolo ed oppiacei a breve emivita.</p>
5	<p>Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.</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.

Febbraio 2015

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare Cinque raccomandazioni del Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) - 1° Lista

1	<p>Non prescrivere la nutrizione artificiale enterale (PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy, o sonda naso-gastrica) ai pazienti affetti da demenza in fase avanzata, ma favorire, invece, l'alimentazione fisiologica assistita manualmente.</p> <p>Il ricorso alla nutrizione artificiale enterale ha come obiettivi mantenere o migliorare la qualità di vita e le capacità funzionali del paziente, oltre che prolungare la sopravvivenza. Nella demenza in fase avanzata il declino funzionale e la presenza di malattie intercorrenti possono indicare che è improbabile ottenere qualche beneficio significativo a lungo termine dalla nutrizione artificiale. I benefici ottenuti devono essere superiori ai rischi connessi alla procedura di posizionamento e al suo mantenimento.</p> <p>Gli studi clinici hanno dimostrato che, nella demenza in fase avanzata, 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, possibile sovraccarico di liquidi, diuresi, dolore e complicanze locali nella sede d'inserimento della sonda, minor interazione interpersonale e possibile incremento del rischio di polmonite ab ingestis. Nella fase terminale è da preferire l'alimentazione fisiologica, grazie all'aiuto manuale, con l'obiettivo di garantire il benessere del paziente ed il mantenimento della relazione interpersonale, piuttosto che finalità nutrizionali (comfort feeding).</p>
2	<p>Non usare gli antipsicotici come farmaci di prima scelta nei disturbi comportamentali in corso di demenza, evitando di prescriverli prima di un'attenta valutazione delle cause scatenanti la cui rimozione potrebbe rendere inutile il trattamento.</p> <p>I disturbi comportamentali in corso di demenza comprendono agitazione, aggressività, ansia, iritabilità, depressione, apatia e psicosi. In questo contesto l'uso degli antipsicotici è frequente a fronte di un limitato beneficio e delle possibilità di gravi effetti indesiderati (incremento del rischio d'ictus e di mortalità vascolare, insorgenza di parkinsonismo o altri sintomi extrapiramidali, cadute, fratture, sedazione, confusione, peggioramento delle funzioni cognitive, aumento di peso, disturbi urinari) 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 infezioni, dolore, stipsi, fattori ambientali quali il rumore o la temperatura), la messa in sicurezza, la mobilitazione, la riduzione del malessere e l'aiuto nelle comuni funzioni possono rendere inutile il trattamento farmacologico. Se tali misure, invece, non fossero efficaci, va considerato il trattamento antipsicotico col suo bilancio rischi-benefici. L'uso di antipsicotici, preferibilmente atipici, va effettuato alla dose minima efficace e per il più breve periodo possibile.</p>
3	<p>Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia.</p> <p>I pazienti anziani hanno un' aumentata sensibilità alle benzodiazepine e ad altri ipnotici e un loro ridotto metabolismo. In genere, tutte le benzodiazepine aumentano il rischio di deterioramento cognitivo, delirium, cadute, fratture e incidenti stradali, con conseguente 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, agitazione o il delirium. Le benzodiazepine possono essere considerate appropriate nel trattamento delle crisi epilettiche, nei disturbi del sonno REM, nell'astinenza da alcool e da benzodiazepine, nel grave disturbo d'ansia generalizzata e in ambito anestesiológico.</p>
4	<p>Non richiedere la 18-FDG PET cerebrale (tomografia a emissione di positroni) nella diagnostica della demenza se la diagnosi clinica, neuropsicologica e laboratoristica/radiologica di base è adeguatamente documentata.</p> <p>La 18-FDG PET encefalo indaga l'ipometabolismo della sostanza grigia cerebrale.</p> <p>In presenza di una documentata diagnosi clinica, neuropsicologica e laboratoristica/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 ulteriormente rafforzare quanto già acquisito.</p> <p>Tale esame, invece, è utile nei casi di presentazione atipica, esordio pre-senile o manifestazioni cliniche "miste" (ad esempio, concomitante presenza di disturbi cognitivi, comportamentali e/o motori), con le seguenti specificità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - demenza non Alzheimer come principale ipotesi diagnostica (ad esempio sospetta demenza fronto-temporale), in assenza di disturbi del movimento: 18-FDG PET encefalo - deficit cognitivi associati a disturbi del movimento (ad esempio sospetta demenza a Corpi di Lewy) ove è più appropriata la richiesta di una DaT-SPECT, eventualmente accompagnata da 18-FDG PET encefalo. - In caso di dubbio alla prescrizione degli esami va anteposta la valutazione di un esperto di demenza
5	<p>Non sottoporre a PET (tomografia a emissione di positroni) con i traccianti per la rilevazione di placche neuritiche di β-amiloide soggetti asintomatici per deterioramento cognitivo, neanche in presenza di familiarità, nonché soggetti che lamentino disturbi di memoria non confermati dalla valutazione neuropsicologica.</p> <p>La PET con i traccianti per la rilevazione di placche neuritiche di β-amiloide identifica una condizione di amiloidosi cerebrale che non è specifica della malattia di Alzheimer bensì è presente in altre forme di demenza (ad esempio la demenza a Corpi di Lewy) ed è riscontrabile anche in soggetti sani. L'accuratezza dell'esame, inoltre, si riduce con l'aumentare dell'età del paziente.</p> <p>L'uso della PET amiloide non è raccomandato nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti con quadro clinico ed esordio di malattia compatibile con malattia di Alzheimer probabile - definizione della severità o follow-up del deficit cognitivo (ruolo fondamentale della valutazione neuropsicologica standardizzata) - soggetti asintomatici, anche in caso di familiarità e/o positività per ApoE $\epsilon 4$ - disturbo soggettivo di memoria (deficit non confermati alla valutazione neuropsicologica) - come alternativa alle indagini genetiche - per uso non-medico (finalità legali e assicurative)

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.

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

Cinque raccomandazioni della Associazione Multidisciplinare di Geriatria (AMGe)

1	<p>Non prescrivere un nuovo farmaco senza aver condotto una attenta revisione della terapia già in essere (riconciliazione farmacologica).</p> <p>La prevalenza della polifarmacoterapia (generalmente definita come l'utilizzo di 5 o più principi attivi) è in continuo aumento nei paesi industrializzati. In Italia la percentuale di ultra 65enni in polifarmacoterapia è aumentata dal 43% nel 2000 al 53% nel 2010. È noto come il rischio di interazioni tra farmaci aumenti esponenzialmente con il numero di principi attivi in uso e come le reazioni avverse ai farmaci siano responsabili di circa il 10% delle ospedalizzazioni nei pazienti anziani. La polifarmacoterapia può portare inoltre a diminuita aderenza terapeutica, aumentato rischio di declino cognitivo e funzionale, incremento delle cadute. La revisione continua della terapia cronicamente assunta dal paziente anziano (riconciliazione farmacologica), a maggior ragione quando si intenda prescrivere un nuovo farmaco, è uno strumento imprescindibile per la valutazione della sotto o sovrapprescrizione e per il riscontro di potenziali interazioni tra farmaci. Particolare attenzione merita infine la revisione della terapia medica in situazioni di limitata aspettativa di vita.</p>
2	<p>Non posizionare o lasciare in sede un catetere urinario senza una reale indicazione.</p> <p>Le infezioni del tratto urinario associate al cateterismo vescicale (CV) rappresentano la più frequente forma di infezione associata alle cure mediche, comportano un incremento della morbidità e della mortalità, un allungamento della degenza ospedaliera, un aumento dei costi ed un utilizzo non necessario di antibiotici. La strategia più efficace per prevenire le infezioni del tratto urinario associate al CV si è dimostrata essere evitare la cateterizzazione inutile. Le indicazioni al cateterismo urinario nei pazienti degenti in area intensivistica sono limitate alla presenza di ristagno urinario, alla necessità di irrigazioni vescicali in presenza di macroematuria, alla necessità di un monitoraggio intensivo in condizioni instabilità emodinamica, alla presenza di ulcere sacrali di terzo stadio in pazienti incontinenti di sesso femminile, alla palliazione in pazienti terminali. Per monitorare la diuresi nel paziente non critico può essere utilizzato il peso corporeo rilevato quotidianamente. L'incontinenza urinaria, l'immobilità o la demenza non sono indicazioni valide al cateterismo vescicale.</p>
3	<p>Non prescrivere le statine in prevenzione primaria in pazienti con più di 80 anni; non trattare con statine i pazienti anziani in condizioni di fragilità grave.</p> <p>Dalle scarse evidenze scientifiche ed i documentati eventi avversi delle statine (in particolare miopatie, interazioni farmacologiche, insorgenza di diabete) le principali linee guida delle società cardiologiche ne scoraggiano l'utilizzo nei pazienti ultra 80enni in prevenzione primaria. In questa fascia di età vi sono dati che associano invece elevati livelli di colesterolo totale e non HDL con una diminuzione della mortalità. L'utilizzo delle statine in prevenzione primaria in questi individui va scoraggiato attraverso una valutazione condivisa medico/paziente in merito all'aspettativa ed alla qualità di vita, alle comorbidità, al rischio di eventi avversi. Nel paziente anziano in condizione di fragilità grave anche il trattamento in prevenzione secondaria dovrà essere attentamente ponderato.</p>
4	<p>Non usare gli antibiotici per trattare la batteriuria asintomatica negli anziani.</p> <p>La prevalenza della batteriuria asintomatica aumenta con il progredire dell'età ed è particolarmente frequente nei pazienti residenti in strutture di cura a lungo termine (fino al 50% dei soggetti). Il trattamento antibiotico per la batteriuria asintomatica nei pazienti anziani non ha dimostrato alcun beneficio negli studi clinici; al contrario si sono verificati effetti avversi quali selezione di patogeni resistenti, aumento del rischio di infezioni urinarie successive, infezione da Clostridium difficile. Per distinguere l'infezione del tratto urinario dalla batteriuria asintomatica si deve essere in presenza di sintomi clinici, vi deve essere evidenza laboratoristica di batteriuria e piuria e si deve escludere un'altra patologia (infettiva o meno) che possa spiegare la sintomatologia lamentata dal paziente. Negli anziani i sintomi clinici includono febbre, disuria, dolore sovrapubico, ematuria, delirium. Il trattamento della batteriuria asintomatica del paziente anziano è indicato solo prima di una procedura urologica che comporti un possibile danno alla mucosa per prevenire una batteriemia.</p>
5	<p>Non permettere che in regime di ricovero il paziente anziano rimanga allettato durante il giorno, a meno che non sia nella fase terminale della malattia o vi sia una precisa prescrizione medica.</p> <p>Il ricovero ospedaliero per il paziente anziano fragile rappresenta un fattore di rischio di declino funzionale e perdita dell'indipendenza. Da più di 20 anni è noto come fino al 20% dei pazienti anziani perdano la capacità di deambulare autonomamente dopo un ricovero in area intensivistica. Le conseguenze dell'allettamento appaiono deleterie e comprendono la perdita della massa muscolare, l'aumento del rischio di cadute, l'atelettasia polmonare con conseguente rischio di polmonite ed insufficienza respiratoria, le ulcere da pressione, il delirium, il tromboembolismo venoso, l'allungamento della degenza e l'aumento del rischio di istituzionalizzazione. In letteratura i programmi di mobilitazione precoce –ad esempio Acute Care of the Elderly (ACE) units, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Mobilization of Vulnerable Elders (MOVE) e Hospital Elder Life Program (HELP)- si sono dimostrati in grado di ridurre la disabilità associata al ricovero ospedaliero (Hospital-associated disability-HAD). La mobilitazione precoce (entro 24 ore dal ricovero) e frequente (almeno 3 volte al giorno) rappresenta un punto fondamentale di tali modelli di intervento. L'introduzione di un programma di esercizio fisico per pazienti anziani ricoverati in reparti per acuti è efficace nel migliorare gli outcomes non solo alla dimissione ma anche dopo un anno di follow-up. L'approccio geriatrico multidimensionale al paziente anziano ricoverato non può prescindere dalla mobilitazione attuata con il coinvolgimento attivo del personale paramedico e dei familiari del paziente medesimo.</p>

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

Agosto 2019

Flow chart II) Gestione del paziente presso la struttura sanitaria