

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

Cinque raccomandazioni del Cochrane Neurosciences 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 contribuire, invece, a favorire l'alimentazione fisiologica assistita.</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>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, 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>Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia.</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>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.</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>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.</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.

Febbraio 2015 (prima revisione)

Come si è giunti alla creazione della lista

Nel novembre 2013 nell'ambito del Cochrane Neurosciences 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 circostanziare 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"> 1. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. <i>JAMA</i>. 1999;282(14):1365-1370. 2. Gillick MR, Volandes AE. The standard of caring: why do we still use feeding tubes in patients with advanced dementia? <i>J Am Med Dir Assoc</i>. 2008 Jun;9(5):364-7. 3. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2009 Apr 15;(2):CD007209. 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. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2010;58(3):580-584. 5. Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS. Oral feeding options for people with dementia: A systematic review. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2011;59(3):463-472. 6. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rhodes RL, Bynum JP, Mor V. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2012 Oct;60(10):1918-21.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. <i>JAMA</i>. 2005;293:596-608. 2. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. <i>JAMA</i>. 2005;294(15):1934-43. 3. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2006 Jan 25;(1):CD003476. 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. <i>JAMA</i>. 2011 Sep 28;306(12):1359-69. 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. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2012 Apr;60(4):616-31. 6. Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2012 Dec 12;12:CD008634.
3	<ol style="list-style-type: none"> 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. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2011 Oct;59(10):1883-1890. 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. <i>Drugs Aging</i>. 2005;22(9):749-765. 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.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guerra UP, Nobili FM, Padovani A, Perani D, Pupi A, Sorbi S, Trabucchi M. Recommendations from the Italian Interdisciplinar Working Group (AIMN, AIP, SINDEM) for the utilization of amyloid imaging in clinical practice. <i>Neurol Sci</i> 10.1007/s10072-015-2079-3 (Published 24 January 2015).
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zhang S, Smailagic N, Hyde C, Noel-Storr AH, Takwoingi Y, McShane R, Feng J. ¹¹C-PIB-PET for the early diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2014 Issue 7 DOI 10.1002/14651858.CD010386.pub2 2. Guerra UP, Nobili FM, Padovani A, Perani D, Pupi A, Sorbi S, Trabucchi M. Recommendations from the Italian Interdisciplinar Working Group (AIMN, AIP, SINDEM) for the utilization of amyloid imaging in clinical practice. <i>Neurol Sci</i> 10.1007/s10072-015-2079-3 (Published 24 January 2015). 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 <i>BMJ</i> 2013;347:f5125 doi: 10.1136/bmj.f5125 (Published 9 September 2013).

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 inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

Il **Cochrane Neurosciences 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. <http://neuronet.cochrane.org/>