

ADI FLASH N. 37

SLOW MEDICINE: LE CINQUE PRATICHE A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN NUTRIZIONE CLINICA

A cura di Maria Luisa Amerio

Coordinatore Gruppo ADI-SLOW MEDICINE

INTRODUZIONE

Da tempo è stato evidenziato che molti esami e molti trattamenti farmacologici e chirurgici, largamente diffusi nella pratica medica, non apportano benefici per i pazienti, anzi rischiano di essere dannosi. Secondo una ricerca condotta su 2500 prestazioni sanitarie supportate da buone evidenze scientifiche, solo il 46% è sicuramente utile ed il 4% è dannoso. Analogamente il "Journal of the American Medical Association" ha riportato uno studio in cui si dimostra che la maggior parte dei dispositivi medici nuovi approvati dalla Food and Drug Administration sono simili a quelli già in uso e sono stati introdotti soprattutto per motivi commerciali senza dimostrazione diretta di efficacia clinica.

Negli USA si valuta che almeno il 30% della spesa sanitaria sia utilizzata per prestazioni inefficaci.

In Italia il rapporto tra risultati clinici e spesa pro capite per la salute è uno dei migliori a livello internazionale e nettamente più favorevole rispetto a quello USA: la spesa pro capite per l'assistenza sanitaria è inferiore alla media dei paesi OCSE e i risultati di salute mediamente superiori. Si moltiplicano però gli allarmi sulla possibile sostenibilità economica del Servizio Sanitario, i cui costi appaiono in forte e continua crescita. Inoltre sono presenti, accanto ad aree di sottoutilizzo di risorse (es. la spesa per le cure agli anziani), aree in cui si rileva un eccesso di esami e trattamenti: basti pensare all'altissimo numero di TAC e RMN per numero di abitanti, alla percentuale di parti con cesareo, al sovrautilizzo di antibiotici.

Nel 2012, Slow Medicine, fondata in Italia all'inizio del 2011 da professionisti che operano nel mondo della salute in settori diversi (organizzazione, formazione, prevenzione, medicina sociale, comunicazione) avvia il progetto "*Fare di più non significa fare meglio*" - *Choosing Wisely Italia*", per contrastare l'eccessivo utilizzo di esami diagnostici e di trattamenti che rischiano di essere più dannosi che utili, nella convinzione che la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo da parte dei medici.

Il progetto si propone di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari in Italia attraverso la riduzione di esami diagnostici e trattamenti che spesso non sono efficaci e rischiano di essere addirittura dannosi.

Promuovono il progetto FNOM-CeO, la federazione IPASVI, SIQuAS-VRQ, l'Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo e Slow Food Italia.

Molte Società Scientifiche e Associazioni professionali italiane hanno aderito al progetto di Slow Medicine.

Ogni società scientifica/associazione di professionisti che ha aderito al progetto ha individuato una lista di cinque test diagnostici o trattamenti che:

- sono effettuati molto comunemente in Italia
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti
- possono al contrario esporre i pazienti a rischi

L'ADI, partner di SLOW MEDICINE, nel 2014 ha attivato un percorso operativo finalizzato ad identificare quali tra le pratiche scorrette associate alla nutrizione siano da considerarsi più significative.

Il percorso si è articolato attraverso le seguenti tappe:

- Costituzione del gruppo di lavoro costituito da sei esperti in nutrizione (dott.ssa M.L. Amerio, dott.ssa L. Caregari, dott. L. Lucchin, dott. A. Pezzana, dott.ssa A. Radin, dott. M. Vincenzi)
- ciascun esperto ha selezionato, utilizzando un format dedicato, le cinque pratiche anzidette, da lui ritenute più rilevanti specificando per ciascuna le motivazioni della scelta e le fonti bibliografiche
- i contributi sono stati reciprocamente condivisi, quindi discussi.

Tra le pratiche individuate sono state selezionate le 5 che hanno ricevuto il maggior numero di consensi e che qui di seguito vengono riportate.

1) Non utilizzare i cosiddetti “test di intolleranza alimentare” come strumento per la terapia dietetica dell'obesità né per diagnosticare sospette intolleranze alimentari

Su un 20% di pazienti convinti di avere un'allergia a un qualche cibo, solo l'1-2% ne è realmente colpito. Si stanno diffondendo sempre più test non scientificamente validati e costosi, non effettuati in Centri allergologici e si può spendere dai 40, 50 euro fino a 500 euro. Queste metodiche sono state impiegate negli ultimi anni per identificare supposte intolleranze alimentari e ultimamente per giustificare l'obesità. Sono basate su presupposti teorici che non hanno trovato riscontro nella evidenza scientifica (determinazione delle IgG4, analisi del capello, test di citotossicità, test elettrodermico “Vega”).

Vi è quindi unanime consenso internazionale tra i professionisti che non seguono terapie cosiddette “alternative” nel non utilizzare tali indagini, per altro di costo elevato (300-500 Euro). Tali pratiche sono, inoltre, ad alto rischio di malnutrizione e ridotto accrescimento nei bambini e negli adolescenti, a causa della marcata riduzione della tipologia dei cibi da assumere e della notevole apprensione che ingenerano nelle persone.

2) Evitare di trattare obesità e disturbi dell'alimentazione con diete prestampate e in assenza di competenze multidimensionali

Tali patologie sono complesse perché croniche e ad etiologia polifattoriale. Devono perciò essere trattate contemporaneamente su più fronti: quello cognitivo comportamentale, psicologico, nutrizionale, internistico e rieducativo motorio. Fondamentale poi il contatto professionale continuo e il counselling (approccio multidimensionale). Auspicabile il supporto di differenti specialisti in modo da affrontare a tutto tondo le problematiche biologiche, sociali, ambientali e comportamentali.

3) Non incoraggiare un uso estensivo e indiscriminato di integratori alimentari come fattori preventivi delle neoplasie e della patologia cardiovascolare

Recentemente si è molto stressata l'opinione pubblica sulla efficacia di integratori dietetici nella prevenzione delle malattie neoplastiche e cardiovascolari (acido folico, antiossidanti, calcio e vitamina D). L'Italia risulta il primo consumatore in Europa. I risultati in letteratura non sono univoci e, a livello preventivo, l'assunzione di alimenti che contengono i principi attivi (vegetali in primis) si è dimostrata più efficace degli integratori che li contengono. È pertanto auspicabile un uso più oculato degli integratori alimentari e solo per sopperire a condizioni di carenza documentate, anche perché non sono scevri da effetti collaterali negativi in caso di sovradosaggio. Attualmente non ci sono prove sufficienti per stabilire se l'assunzione di un multivitaminico aiuterà a prevenire malattie cardiovascolari o il cancro.

Non ci sono prove sufficienti per stabilire se l'assunzione di della maggior parte dei supplementi singoli o accoppiati contribuisce a prevenire malattie cardiovascolari o il cancro.

L'assunzione di vitamina E o integratori a base di beta-carotene non aiutano a prevenire le malattie cardiovascolari o il cancro, inoltre gli integratori di beta-carotene possono aumentare la probabilità di ammalarsi di cancro al polmone per le persone che sono già a rischio di cancro ai polmoni, come ad esempio i fumatori.

4) Evitare in età evolutiva approcci a sovrappeso e obesità, restrittivi, di non dimostrata efficacia e non coinvolgenti la famiglia

Strategie per il controllo di sovrappeso e obesità in età evolutiva non evidence-based, quali diete fortemente ipocaloriche, diete non equilibrate o restrizioni dietetiche non associate a interventi sullo stile di vita, approcci esasperati nei confronti dell'attività fisica, non sufficiente coinvolgimento dell'ambito familiare, superficialità nella valutazione del tratto psicologico del giovane, inducono frequenti problemi di cronicizzazione del problema perché inefficaci nel medio e lungo termine, dato che espongono al rischio di sviluppare un disturbo alimentare (anoressia, bulimia), weight-cycling syndrome (sindrome dello yo-yo, cioè ripetute oscillazioni di peso), deficit nutrizionali e rallentamento della crescita.

5) Evitare la Nutrizione Artificiale (NA) nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence-based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata o oncologici in fase terminale

In situazioni come la demenza avanzata con un quadro clinico estremamente compromesso o nel paziente oncologico in fase di malattia avanzata, dolore non controllato, aspettativa di vita inferiore a 4-6 settimane, la Nutrizione Artificiale non ha dimostrato un favorevole rapporto benefici/rischi. È invece di dimostrata efficacia promuovere una cultura di prevenzione, screening e diagnosi precoce della malnutrizione ospedaliera e territoriale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il progetto “Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy”, promosso in Italia da *Slow Medicine*, ha conseguito in questi pochi anni un notevole sviluppo. Hanno aderito al progetto più di 30 società scientifiche mediche, oltre a società di farmacisti, di infermieri e di fisioterapisti, e sono state pubblicate 42 liste di esami e trattamenti a rischio di inappropriatelyzza per un totale di 210 raccomandazioni. La definizione delle pratiche rappresenta solo il primo passo, è indispensabile prevedere da un lato un’ampia informazione e formazione di tutti i professionisti sanitari ed iniziative atte a migliorare il dialogo e la relazione tra medici e pazienti, dall’altro un’ampia diffusione delle pratiche a cittadini, pazienti e loro rappresentanze anche grazie alla messa a punto di materiale informativo ad hoc, come le schede già predisposte in collaborazione con Altroconsumo.

In quest’ottica sarebbe quindi auspicabile un’indagine conoscitiva, indirizzata a tutti i soci ADI, volta ad investigare quale sia la loro opinione circa il progetto, il loro giudizio circa il rischio di inappropriatelyzza delle pratiche individuate, la diffusione di tali pratiche nel loro ambito professionale, l’esistenza di altre pratiche ad alto rischio di inappropriatelyzza e potenzialmente dannose che potrebbero essere utilmente ridotte. E’ la prima volta che viene data la possibilità a medici, infermieri, professionisti sanitari di assumersi la responsabilità di individuare quegli esami e quei trattamenti che vengono effettuati in eccesso ed in maniera impropria e che rischiano di provocare danni anche seri ai nostri pazienti; è un’opportunità da non lasciarsi sfuggire.

BIBLIOGRAFIA

1. Stapel SO, Asero R, Ballmer-Webber BK, Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool., EAACI Task Force Report. *Allergy* 2008;63:793, -6;
2. Carr S, Chan E, Lavine E, Moote W CSACI Position statement on the testing of food-specific IgG, *Allergy Asthma Clin Immunol* , 2012; 8(1):12
3. Wilfley D, Vannucci A, White EK Early intervention of eating and weight-related problems, *J Clin Psychol Med Settings*, 2010; 17(4):285-300
4. Raman J, Smith E, Hay P The clinical obesity maintenance model: an integration of Psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function, *J Obes*, 2013:240128
5. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. *Eating Weight Disord* 2010; 15: 1-31
6. Kamangar F, Emadi A Vitamin and mineral supplements: do we really need them?, *Int J prev Med*, 2012; 3(3):221-26
7. Martinez ML, Jacobs ET, Baron JA, Marshall JR, Byers T Dietary supplements and cancer prevention:balancing potential benefits against proven harms, *J Natl Cancer Inst*, 2012;104(10); 732-39
8. Stice E, Presnell K, Spangler D Risk factor for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation, *Health Psychol*. 2002 Mar; 21(2):131-8
9. Portela de Santana ML, Da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence; a review , *Nutr Hosp* 2012 Mar-Apr;27(2):391-401
10. Boschi V, Siervo M, D’Orsi P, Margiotta N, Trapanese E, Basile F, Nasti G, Papa A, Bellini O, Falconi C., Body composition, eating behavior, food-body concerns and eating disorders in adolescent girls *Ann Nutr Metab*. 2003;47(6):284-93
11. Santonastaso P, Friederici S, Favaro A Full and partial syndromes in eating disorders: a 1-year prospective study of risk factors among female students, *Psychopathology* 1999 Jan-Feb;32(1):50-6
12. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample, *Psychosom Med* 2003 Jul-Aug;65(4):701-8
13. Birch LL, Fisher JO, Development of eating behaviors among children and adolescents, *Pediatrics* 1998 Mar;101(3 Pt 2);539-49
14. AGS Position Statement – Feeding Tubes in Advanced Dementia (2013)
15. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition, *Geriatrics*, 2006, (25),330-360