

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

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Infermieri di Urologia - AIURO (Società scientifica di FNOPI)

1	<p>Non utilizzare il cateterismo vescicale in assenza di specifica indicazione. Se indispensabile, attenersi alle linee guida in materia di scelta dei presidi, procedura di inserzione, gestione, precoce rimozione ed educazione al paziente.</p> <p>La pratica del cateterismo vescicale risulta essere, da notevole tempo a questa parte, tra le più diffuse nelle strutture di cura - ivi comprese strutture private ed assistenza domiciliare - risultando pertanto una procedura con notevole trasversalità di campo d'applicazione.</p> <p>Una non corretta indicazione e seguente gestione del cateterismo vescicale può determinare fino al 40% delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali, con conseguente aumento di morbilità e di costi. Da questi dati deriva la necessità di standardizzare le conoscenze e le competenze di tutti gli operatori che si trovano a dover praticare la procedura del cateterismo vescicale, soprattutto nell'intento di prevenire le infezioni assistenza-correlate associate a tale pratica.</p>
2	<p>Non praticare cateterismo vescicale con presidi in lattice e a due vie, di calibro inferiore a 22 ch per gli uomini e 20 ch per le donne, in pazienti con diagnosi sospetta e/o accertata di macroematuria.</p> <p>L'utilizzo e la gestione inappropriata del cateterismo vescicale può determinare fino al 40% delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali, con conseguente aumento di morbilità e di costi.</p> <p>In caso di macroematuria è indicato utilizzare presidi che abbiano come requisiti minimi la grandezza indicata, il materiale siliconato e le tre vie.</p> <p>Da questi dati deriva la necessità di standardizzare le conoscenze e le competenze di tutti i professionisti che si trovano a dover eseguire la procedura del cateterismo vescicale, soprattutto nell'intento di prevenire le infezioni associate a tale pratica. Nell'assistenza ai pazienti con macroematuria sospetta e/o accertata, la corretta scelta del presidio permette una efficace gestione del processo assistenziale, riducendo significativamente la possibilità di insorgenza di ostruzione del catetere, di traumatismi uretrali e/o infezioni urinarie poiché, qualora si presentino tali condizioni, si rende molto spesso necessario ripetere la procedura di cateterismo con conseguente esposizione del paziente ai rischi derivati dalla manovra.</p>
3	<p>Non effettuare la valutazione del dolore senza l'utilizzo di scale standardizzate nell'immediato periodo post-operatorio.</p> <p>La somministrazione di terapia analgica post-operatoria è prassi consolidata in molte realtà chirurgiche, tuttavia non sempre viene valutato preventivamente il dolore percepito dal paziente.</p> <p>Qualora vi sia prescrizione di trattamento antidolorifico "sotto condizione", ovvero con possibilità di optare per diversi principi attivi prescritti tramite protocolli interdisciplinari condivisi, la scelta deve essere guidata da un accertamento sistematico del sintomo dolore.</p> <p>L'utilizzo di scale standardizzate (es. Numerical Rating Scale o Visual Analogic Scale), consente di uniformare i comportamenti in tal senso e favorisce la scelta del trattamento più adatto alla situazione ed al paziente.</p> <p>Risulta altresì essere fondamentale, ove possibile, l'educazione pre-operatoria del paziente, nonché la valutazione del dolore prima dell'intervento chirurgico</p>
4	<p>Non rinnovare la medicazione del sito chirurgico nelle prime 48 ore dopo l'intervento in assenza di complicanze.</p> <p>La medicazione della ferita chirurgica è da sempre fonte di dibattito per ciò che concerne aspetti quali: metodi, materiali, frequenza di rinnovo.</p> <p>Al momento risulta essere routinario sostituire le medicazioni posizionate in camera operatoria in prima giornata, ovvero dopo neanche 24h dal primo posizionamento. Lasciare in sede la medicazione per 48 ore dopo l'intervento chirurgico rappresenta il gold standard per limitare le infezioni e le complicanze del sito chirurgico nel post operatorio, e per favorire la naturale rigenerazione tissutale.</p>
5	<p>Non rinnovare le medicazioni avanzate poste su sito chirurgico complicato e/o infetto con tempistiche differenti rispetto a quanto indicato dalle linee guida e dalle specifiche del prodotto.</p> <p>L'utilizzo sempre più diffuso di medicazioni "avanzate", ovvero di presidi per il trattamento delle ferite chirurgiche costituiti da materiale biocompatibile che ne favorisce la guarigione, è frutto della continua ricerca farmacologica, infettivologica ed epidemiologica.</p> <p>Al fine di garantire al paziente cure appropriate, è necessario che l'infermiere conosca le diverse tipologie di prodotti, sia per scegliere il presidio più adatto, sia per decidere le modalità e le tempistiche di sostituzione.</p> <p>Risulta quindi necessario abbandonare la filosofia della "medicazione quotidiana" per il controllo diretto di una lesione chirurgica complessa, ma bensì optare per criteri di scelta di rinnovo guidati dal giudizio clinico del professionista che tenga in considerazione le caratteristiche del prodotto. Risulta importante altresì trasmettere le informazioni agli altri professionisti tramite un linguaggio universalmente condiviso e preferibilmente corredato da iconografia.</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.

Come si è giunti alla creazione della lista

A.I.U.R.O (Associazione Infermieri di Urologia), società scientifica di FNOPI, alla luce degli studi e delle relative statistiche epidemiologiche ed infettivologiche di recente pubblicazione ed alla propria esperienza, ha deciso di costituire un gruppo di lavoro formato principalmente da propri iscritti che, alla luce dell'analisi critica delle evidenze scientifiche disponibili, alla consultazione delle più aggiornate linee guida del settore, ha elaborato le raccomandazioni. L'impostazione metodologica è stata curata dall'Accademia Scienze Infermieristiche (ASI).

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> Hartley S, Valley S, Kuhn L, Washer LL, Gandhi T, Meddings J, Chenoweth C, Malani AN, Saint S, Srinivasan A, Flanders SA. Inappropriate Testing for Urinary Tract Infection in Hospitalized Patients: an Opportunity for Improvement. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2013; 34(11):1204-7 Meddings J, Rogers MA, Krein SL, Fakh MG, Olmsted RN, Saint S. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. <i>BMJ Qual Saf</i> 2014; 23: 277-289 Kennedy EH, Greene MT, Saint S. Estimating hospital costs of catheter-associated urinary tract infection. <i>J Hosp Med.</i> 2013; 8 (9): 519-22. Smith MA, Dahlen NR, Bruemmer A, Davis S, Heishman C. Clinical practice guideline surgical site infection prevention. <i>Orthop Nurs.</i> 2013; 32(5) 242-248
2	<ol style="list-style-type: none"> Hartley S, Valley S, Kuhn L, Washer LL, Gandhi T, Meddings J, Chenoweth C, Malani AN, Saint S, Srinivasan A, Flanders SA. Inappropriate Testing for Urinary Tract Infection in Hospitalized Patients: An Opportunity for Improvement. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2013;34(11):1204-1207. Meddings J, Rogers MA, Krein SL, Fakh MG, Olmsted RN, Saint S. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. <i>BMJ Qual Saf</i> 2013; 0:1-13. Kennedy EH, Greene MT, Saint S. Estimating hospital costs of catheter-associated urinary tract infection. <i>J Hosp Med.</i> 2013; 8(9):519-22 Associazione infermieri di urologia ospedaliera. <i>Nursing in endourologia dell' alto apparato urinario.</i> Pavan G. (a cura di). Milano: Masson; 2004
3	<ol style="list-style-type: none"> Aubrun F, Marmion F. The elderly patient and postoperative pain treatment. <i>Best Pract Res Clin Anaesthesiol.</i> 2007; 21(1):109-27 Gkotsi A, Petsas D, Sakalis V, Fotas A, Triantafyllidis A, Vouros I, Saridakis E, Salpiggidis G, Papatheanasiou A Pain point system scale (PPSS): a method for postoperative pain estimation in retrospective studies. <i>J Pain Res.</i> 2012; 5: 503-10 Registered Nurses Association of Ontario. Assessment e management of pain (third edition). Registered Nurses Association of Ontario; 2013 Savoia G, Ambrosio F, Paoletti F et al. SIAARTI recommendations for treatment of postoperative pain. <i>Minerva Anesthesiol.</i> 2002; 68(10):735-50. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. <i>Lancet.</i> 2006 367(9522):1618-25. Brennan F, Carr DB, Cousin M. Pain management: a fundamental human right. <i>Pain Medicine</i> 2008; 106, 1: 205-221.
4	<ol style="list-style-type: none"> Mestral C., Nathens AB. Prevention, diagnosis and management of surgical site infection: relevant considerations for clinical care medicine. <i>Crit Care Clin.</i> 2013; 29(4):887-94 Smith MA, Dahlen NR, Bruemmer A, Davis S, Heishman C. Clinical practice guideline surgical site infection prevention. <i>Orthop Nurs.</i> 2013; 32(5) 242-248 Spagnolo AM, Ottria G, Amicizia D, Perdelli F, Cristina ML. Operating theatre quality and prevention of surgical site infections. <i>J Prev Med Hyg.</i> 2013;54(3):131-7. Neuman D, Grzebeniak Z. Surgical site infection—the authors' own prospective research. <i>Pol Przegl Chir.</i> 2014 ;86(1):26-32. Bergs J, Hellings J, Cleemput I, Zurel Ó, De Troyer V, Van Hiel M, Demeere JL, Claeys D, Vandijck D. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. <i>Br J Surg.</i> 2014; 101 (3) 150-158
5	<ol style="list-style-type: none"> H Vermeulen, D Ubbink, A Goossens, R de Vos, D Legemate. Dressings and topical agents for surgical wounds healing by secondary intention. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews;</i> 2004 Chaby G, et al. Dressings for acute and chronic wounds: a systematic review. <i>Arch Dermatol.</i> 2007 143(10):1297-304. Pollard T. <i>Wound care handbook 2008-2009. The comprehensive guide to product selection.</i> Londra: MA Healthcare Ltd; 2008. Magill, S.S., Edwards R.J, Stat M. et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated Infections. <i>New England Journal of Medicine,</i> 2014; 370(13): 1198-208.

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; www.slowmedicine.it

A.I.U.R.O nasce nel 1995 dall'iniziativa di un gruppo di infermieri operanti nei reparti di Urologia sensibili agli aspetti formativi professionali e specialistici, con sede a Torino. In origine affiliata all'AURO (Associazione Urologi Ospedalieri), si è poi separata nell'anno 2000, rendendosi soggetto autonomo e indipendente. Nel 1997, viene inoltre riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Sanità Italiana. Sin dagli albori della creazione la collaborazione con Società e Professionisti a livello Nazionale, Europeo e Internazionale ha rivestito una notevole importanza. Grazie alla rilevanza dell'associazione in ambito nazionale e non solo, si è instaurata dal 2001 una proficua collaborazione con una ONG, per un progetto della Comunità Europea in ambito sanitario nei paesi in via di sviluppo. Con particolare soddisfazione abbiamo partecipato alla fondazione del GPAIN (Gruppo Permanente Associazioni Infermieristiche Nazionali).

Tra gli obiettivi dell'associazione spiccano la promozione della ricerca e della cultura infermieristica in ambito urologico in collaborazione con la Federazione Nazionale dei Collegi Infermieristici ed altre associazioni professionali, valorizzando così l'attività infermieristica nei reparti urologici ospedalieri a mezzo dell'interscambio di informazioni tecnico-scientifiche tra i professionisti, anche a livello internazionale. <http://www.aiuro.org/>