

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

## Cinque raccomandazioni dell'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica ANIARTI (Società scientifica di FNOPI)

1	<p><b>Non sostituire ad intervalli regolari i circuiti del ventilatore meccanico per ridurre il rischio VAP (Ventilator Associated Pneumonia)</b></p> <p>La sostituzione routinaria dei circuiti del ventilatore meccanico è sconsigliata. Questi vanno sostituiti solamente in caso siano visibilmente sporchi (con abbondante condensa e/o secrezioni). Le VAP producono un aumento di morbilità, mortalità e costi dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (ICU) con la presenza di Tubo Endo Tracheale (ETT). La sostituzione routinaria dei circuiti di ventilazione non diminuisce il rischio infettivo. Gli interventi efficaci per la riduzione delle VAP possono essere inseriti in un "bundle" (combinazione di più strategie preventive) che prevede: mantenere la testa sollevata di almeno 30° (compatibilmente con eventuali posizioni obbligate da limitazioni funzionali); igiene del cavo orale con soluzione alcolica a base di clorexidina collutorio a 0,12% almeno ogni 6 ore; igiene delle mani del personale sanitario; uso di ETT con lume di aspirazione sub-glottica, estubazione e mobilitazione precoce.</p>
2	<p><b>Non utilizzare routinariamente presidi di protezione individuale (camici, mascherine, copricapo, guanti,...) per l'accesso dei familiari nei reparti di terapia intensiva</b></p> <p>Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali sono un'importante causa di morbilità, mortalità, prolungata degenza ospedaliera ed hanno un rilevante impatto economico. I pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva (ICU) sono ad alto rischio di acquisire infezioni a causa delle ridotte difese immunitarie (es. esiti di trauma, terapia con corticosteroidi) e della frequente esposizione a procedure invasive. L'ingresso dei familiari in ICU ha messo in evidenza l'importanza di controllare eventuali rischi infettivi per il paziente, ma l'utilizzo di presidi di protezione individuale non è efficace nel limitare le colonizzazioni batteriche, le infezioni e la mortalità dei ricoverati. Risulta invece essenziale nella prevenzione delle infezioni l'igiene delle mani all'entrata e all'uscita dal reparto.</p>
3	<p><b>Non eseguire aspirazioni endotracheali ad intervalli regolari ma in base a indicatori precoci di ritenzione di secrezioni bronchiali.</b></p> <p>L'aspirazione endotracheale delle secrezioni attraverso una protesi ventilatoria (tubo oro tracheale e o cannula tracheostomica), non è una procedura priva di rischi; nonostante la letteratura internazionale sia carente su modi e tempi di aspirazione, da molti anni le principali raccomandazioni indicano che la procedura debba essere effettuata con la minima frequenza o quando clinicamente indicato dalla presenza di secrezioni nella protesi ventilatoria.</p> <p>Gli indicatori precoci per la diagnosi di ritenzione di secrezioni bronchiali sono: modifica del loop Flusso volume (comparsa di traccia a "dente di sega"), presenza di crepitii grossolani (rilevabili mediante strumenti dedicati), aumento della pressione di Picco nelle ventilazioni volumetriche o diminuzione del volume corrente nelle ventilazioni presso metriche, desaturazione arteriosa. In assenza di questi indicatori non eseguire aspirazioni "routinarie."</p>
4	<p><b>Non sostituire i cateteri venosi periferici ad intervalli regolari ma in base a valutazione clinica.</b></p> <p>La sostituzione routinaria (o a intervalli regolari) dei cateteri venosi periferici ha un costo-beneficio inferiore rispetto alla sostituzione secondo criteri clinici. La decisione di sostituire il catetere vascolare periferico dovrebbe essere basata sulla valutazione delle condizioni del paziente, del sito di accesso vascolare, dell'integrità cutanea e della vena utilizzata, della lunghezza e tipo di terapia prescritta, dell'integrità, pervietà e stabilità del presidio, della medicazione di fissaggio. Strategie di sostituzione dei cateteri secondo indicazione clinica portano ad una riduzione dei costi e dei disagi per i pazienti senza aumentare il rischio di flebite. Complicanze potenziali quali flebiti, occlusione e rimozione accidentale del catetere sono legati ad altri fattori di rischio.</p>
5	<p><b>Non mantenere routinariamente il digiuno pre-operatorio dalla mezzanotte antecedente l'intervento chirurgico d'elezione.</b></p> <p>Ancora oggi in molte realtà operative i pazienti vengono invitati a praticare digiuno da solidi e liquidi dalla mezzanotte della sera prima dell'effettuazione di un intervento chirurgico, nonostante sia dimostrato che tale pratica non diminuisce la possibilità di aspirazione nelle vie aeree durante l'anestesia generale. La letteratura scientifica ha infatti dimostrato che assumere acqua per o.s. prima dell'intervento produce volumi gastrici significativamente minori, nei pazienti non considerati a rischio, ovvero di classe ASA (American Society of Anesthesiology) 1 (paziente in buona salute) o 2 (patologia sistemica di lieve entità)</p> <p>Per le motivazioni sopradescritte, possono essere assunti liquidi chiari fino a due ore prima dell'intervento chirurgico (acqua, the, camomilla, caffè nero ... ecc cioè tutto ciò che ha effetto di "trasparenza") sempre per ASA I e II e nei pazienti non portatori di patologie che possono alterare la funzione digestiva. (obesità, reflusso gastro - esofageo, diabete). Per aiutare i pazienti ad assumere i farmaci, nel pre-operatorio immediato, si possono somministrare fino a 30 ml di acqua. Se l'intervento viene posticipato occorre considerare la possibilità di far bere acqua al paziente per evitare la sete eccessiva e la disidratazione. Gli adulti sottoposti ad interventi chirurgici d'urgenza vanno trattati come se fossero a stomaco pieno. L'approccio all'assistenza deve essere sempre interdisciplinare e coinvolgere tutte le persone deputate a gestire il "digiuno preoperatorio"</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

**ANIARTI** (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) società scientifica di FNOPI, ha risposto all'invito di Slow Medicine e di FNOPI (ex Federazione IPASVI fino al 2017), ed è stata coinvolta, insieme ad altre Società scientifiche ed Associazioni professionali, per quello che concerne la propria area di competenze professionali, nell'individuazione di pratiche assistenziali ad alto rischio di inappropriatazza, secondo le indicazioni di Slow Medicine, nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy". Come nelle altre Associazioni, è stato costituito un gruppo di lavoro (individuato all'interno del Consiglio Nazionale) il quale, dopo aver identificato le procedure che più rispondevano ai criteri di "NON FARE" per rischi di inappropriatazza, ha effettuato una revisione della letteratura a conferma della scarsa efficacia o del rischio di danni per i pazienti relativi a pratiche ad alta diffusione in Area Critica. L'impostazione metodologica è stata curata dall'Accademia Scienze Infermieristiche (ASI).

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Levy MM. A new definition of ventilator-associated pneumonia: far from perfect, better than before. <i>Ann Am Thorac Soc.</i> 2013 Dec;10(6):644-5.</li><li>2. Rosenthal VD, Bijie H, Maki DG, Mehta Y, Apisamthanarak A, Medeiros EA, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 36 countries, for 2004-2009. <i>Am J Infect Control</i> 2012;40(5):396-407.</li><li>3. Eom JS, Lee MS, Chun HK, Choi HJ, et al. The impact of a ventilator bundle on preventing ventilator-associated pneumonia: A multicenter study. <i>Am J Infect Control.</i> 2014 Jan;42(1):34-7</li><li>4. Mietto C, Pinciroli R, Patel N, Berra L. Ventilator Associated Pneumonia: Evolving Definitions and Preventive Strategies. <i>Respir Care.</i> 2013 Jun;58(6):990-1007</li></ol>
2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mongardi M, Melotti R, Sonetti S, Moro ML. Il rito della "vestizione" per l'accesso dei visitatori nelle Unità di Terapia Intensiva: revisione della letteratura ed indicazioni operative. <i>Scenario.</i> 2008;25 (3): 30-34</li><li>2. Webster J, Pritchard MA. Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2003;(3):CD003670.</li><li>3. Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. <i>Am J Infect Control.</i> 2011 Dec;39(10):898-900.</li><li>4. World Health Organization. WHO Guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Challenge: Clean Care is Safer Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009</li></ol>
3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. American Association for Respiratory Care. Clinical practice guideline. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways: 2010. <i>Respir Care.</i> 2010; 55(6):758-764</li><li>2. Lucchini A, Zanella A, Bellani G, Gariboldi R, Foti G, Pesenti A, Fumagalli R. Tracheal secretion management in the mechanically ventilated patient: comparison of standard assessment and an acoustic secretion detector. <i>Respir Care.</i> 2011 May; 56(5): 596-603</li><li>3. Pedersen CM, Rosendahl-Nielsen M, Hjerminnd J, Egerod I. Endotracheal suctioning of the adult intubated patient-what is the evidence? <i>Intensive Critic Care Nurs.</i> 2009; 25(1):21-30.</li></ol>
4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tuffaha HW, Rickard CM, Webster J, Marsh N, Gordon L, Wallis M, Scuffham PA. Cost-Effectiveness Analysis of Clinically Indicated Versus Routine Replacement of Peripheral Intravenous Catheters. <i>Applied Health Economics and Health Policy,</i> 01/2014</li><li>2. Infusion Nurses Society (INS), Infusion Nursing. Standards of practice, Revised 2011. <i>Journal of Infusion Nursing.</i> 2011; 34: 1-110.</li><li>3. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, CDC and Prevention, 2011</li><li>4. Rickard C, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail M, French V, Foster L, Gallagher P, Gowardman J, McClymont A, Whitby M. Peripheral intravenous catheters can be left in situ until clinically indicated for removal: Randomised controlled trial. <i>Australian Critical Care.</i> 2012; 25(2):125.</li><li>5. Wallis MC, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J, Playford EG, Rickard CM. Risk Factors for Peripheral Intravenous Catheter Failure: A Multivariate Analysis of Data from a Randomized Controlled Trial. <i>Infection Control and Hospital Epidemiology,</i> 2014; 35(1):63-68.</li></ol>
5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Brady M., Kinn S., Stuart P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications ( Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews.</i> 2003, Issue 4. Art.No. CD004423.</li><li>2. Soreide E., Eriksson L.I., Hirlekar G., Eriksson H., Henneber W., Sandin R., Raeder J. Pre-operative fasting guidelines: an update. <i>Acta Anaesthesiol Scand</i> 2005; 49.1041-1049.</li><li>3. Westby M, Bullock I, Gray W, Lardner-Browne C, Rashid R, Perioperative fasting in adults and children, <i>Clinical Practice Guidelines,</i> Royal College of Nursing, 2005;1-14</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 inappropriatazza 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)

L'**ANIARTI** è un'Associazione di professionisti che, dal 1981, su tutto il territorio nazionale, promuove e valorizza la cultura, le competenze e l'operatività degli infermieri di area critica.

L'area critica è l'insieme delle strutture di tipo intensivo intra ed extraospedaliere e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità e dall'instabilità dell'ammalato e della complessità dell'intervento infermieristico. L'infermiere di area critica garantisce un'assistenza infermieristica tempestiva, intensiva e continua a qualunque persona si trovi in situazione di instabilità e/o criticità vitale, utilizzando anche strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica.

L'**ANIARTI** intende favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica alle persone.

[www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)