

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

**Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Patologia Clinica
e Medicina di Laboratorio (SIPMeL)**

1	<p>Non richiedere l'amilasi oltre alla lipasi in caso di sospetto di pancreatite acuta.</p> <p>La diagnosi di pancreatite acuta si basa su dolore addominale persistente e grave, valore di lipasi o amilasi nel sangue elevato e imaging caratteristico. La lipasi è più sensibile e specifica dell'amilasi e rimane elevata più a lungo.</p>
2	<p>Non richiedere la velocità di eritrosedimentazione per lo screening di pazienti asintomatici o come esame generale per cercare stati infiammatori in pazienti con condizioni non diagnosticate.</p> <p>La proteina C-reattiva (PCR) è più sensibile, specifica e rapida nella fase acuta dell'infiammazione. La PCR deve essere preferita per rilevare sia l'insorgenza sia la risoluzione di uno stato infiammatorio sistemico.</p>
3	<p>Non richiedere la misurazione dell'ammonio nel sangue per la diagnosi o per la gestione di encefalopatia epatica (EE) in pazienti con epatopatia cronica.</p> <p>Un ammonio elevato nel sangue da solo non aggiunge nessuna informazione nella diagnosi, stadiazione e prognosi di encefalopatia epatica (EE) nei pazienti con epatopatia cronica e raramente la concentrazione di ammonio correla con la severità dei sintomi e gli outcome.</p>
4	<p>Non misurare la procalcitonina al di fuori di protocolli, basati su prove di efficacia, definiti da Società scientifiche o a livello aziendale/regionale/nazionale.</p> <p>La procalcitonina (PCT) è stata proposta per discriminare le infezioni, e in, particolare, le sepsi batteriche da quelle virali e da altre cause e per ridurre la prescrizione di antibiotici. La eterogeneità dei metodi di misura, dei cut-off adottati e dei protocolli raccomandati hanno divaricato molto le posizioni di entità governative, società scientifiche e professionisti circa il ruolo della PCT in laboratorio.</p>
5	<p>Non richiedere l'acido urico come parte della valutazione di routine del rischio cardiovascolare, dell'obesità o del diabete.</p> <p>L'associazione tra acido urico e rischio di eventi cardiovascolari maggiori e/o mortalità cardio-vascolare è studiata da tempo ma il rapporto costi-benefici della riduzione farmacologica dell'iperuricemia asintomatica di questa strategia nella prevenzione degli eventi cardio-vascolare non è dimostrata.</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.

Come si è giunti alla creazione della lista

Un articolo a cura del gruppo di studio EBLM di SIPMeL accessibile on-line a tutti i soci (Riv Ital Med Lab 2022; 7:7-10) ha proposto cinque nuove "procedure a maggior rischio di inappropriattezza" che sono state presentate in una sessione congiunta con Choosing Wisely del 7° Congresso Nazionale SIPMeL. La lista definitiva è stata approvata dopo discussione nel corso della sessione. Nel luglio 2023 un articolo a cura del gruppo di studio EBLM contenente una valutazione critica della letteratura rilevante disponibile e le motivazioni a sostegno dell'inclusione delle singole raccomandazioni è stato inviato, dopo l'approvazione del Presidente Nazionale di SIPMeL, a *La Rivista italiana della Medicina di Laboratorio*.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Johnson CD. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. <i>Gut</i> 2005; 53 (Suppl III):1-9. 2. Ismail OZ, Bhayana V. Lipase or amylase for the diagnosis of acute pancreatitis? <i>Clin Biochem</i> 2017; 50: 1275-80. 3. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. <i>Gastroenterology</i> 2018;154:1096-1101 4. Yi KQ, Yang T, Yang YM, et al. Appraisal of the diagnostic procedures of acute pancreatitis in the guidelines. <i>Syst Rev</i> 2021;10:17.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kratz A, Plebani M, Peng M, et al. ICSH recommendations for modified and alternate methods measuring the erythrocyte sedimentation rate. <i>Int J Lab Hematol</i> 2017; 39:448-457. doi: 10.1111/ijlh.12693. 2. Bartlett KJ, Vo AP, Rueckert J, et al. Promoting appropriate utilisation of laboratory tests for inflammation at an academic medical centre. <i>BMJ Open Qual</i> 2020;9:e000788. 3. Lapić I, Padoan A, Bozzato D, et al. Erythrocyte Sedimentation Rate and C-Reactive Protein in Acute Inflammation. <i>Am J Clin Pathol</i> 2020;153:14-29. doi: 10.1093/ajcp/aqz142. PMID: 31598629. 4. Harrison M. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein. <i>Aust Prescr</i> 2015;38:93-4.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arora S, Martin CL, Herbert M. Myth: interpretation of a single ammonia level in patients with chronic liver disease can confirm or rule out hepatic encephalopathy. <i>CJEM</i> 2006;8:433-5. doi: 10.1017/s148180350001424x. PMID: 17209493. 2. Gundling F, Seidl H, Schmidt T, et al. Blood ammonia level in liver cirrhosis: a conditio sine qua non to confirm hepatic encephalopathy? <i>Eur J Gastroenterol Hepatol.</i> 2008;20:246-247 3. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. <i>Hepatology</i> 2014; 60: 715-35. 4. Ninan J, Feldman L. Ammonia levels and hepatic encephalopathy in patients with known chronic liver disease. <i>J Hosp Med</i> 2017; 12: 659-61.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. NICE. Procalcitonin testing for diagnosing and monitoring sepsis (ADVIA Centaur BRAHMS PCT assay, BRAHMS PCT Sensitive Kryptor assay, Elecsys BRAHMS PCT assay, LIAISON BRAHMS PCT assay and VIDAS BRAHMS PCT assay). Diagnostics guidance-2015. Disponibile alla pagina: https://www.nice.org.uk/guidance/dg18/ [citato 3 aprile 2023]. 2. Huang DT, Yealy DM, Filbin MR, et al. Procalcitonin guided use of antibiotics for lower respiratory tract infection. <i>N Engl J Med</i> 2018;379:236-49. 3. Dorizzi RM, Azzini AM, Sette P. La procalcitonina in terapia intensiva: dubbi che rimangono? <i>Biochimica Clinica</i> 2018;42:146-51. 4. Hamade B, Huang DT. Procalcitonin: Where Are We Now? <i>Crit Care Clin</i> 2020;36:23-40. doi: 10.1016/j.ccc.2019.08.003 5. Azzini AM, Dorizzi RM, Sette P, et al. A 2020 review on the role of procalcitonin in different clinical settings: an update conducted with the tools of the Evidence Based Laboratory Medicine. <i>Ann Transl Med</i> 2020;8:610. doi: 10.26103/atm-20-1855. 6. Chambliss AB, Patel K, Colón-Franco JM, et al. AACC Guidance Document on the Clinical Use of Procalcitonin. <i>J Appl Lab Med</i> 2023; 8:598-634.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Culleton BF, Larson MG, et al. Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death: the Framingham Heart Study. <i>Ann Intern Med</i> 1999;131:7-13. doi: 10.7326/0003-4819-131-1-199907060-00003. 2. Wheeler JG, Juzwishin KDM, Eiriksdottir G, et al. Serum uric acid and coronary heart disease in 9,458 incident cases and 155,084 controls: Prospective study and metaanalysis. <i>PLoS Med</i> 2005; 2: e76. 3. Stamp L, Dalbeth N. Urate lowering therapy for asymptomatic hyperuricemia. A need for caution. <i>Semin Arthritis Rheum</i> 2017; 46: 457-64. 4. Li Q, Li X, Wang J, et al. Diagnosis and treatment for hyperuricemia and gout: a systematic review of clinical practice guidelines and consensus statements. <i>BMJ Open</i> 2019;9:e026677. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026677

Slow Medicine ETS, associazione del Terzo Settore 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 inappropriattezza 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

La Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio (SIPMeL) è una associazione medico/scientifica nazionale di professionisti che lavorano in laboratori clinici. Fondata nel 1986 con il nome SIMeL (Società Italiana di Medicina di Laboratorio), la società conta circa 1000 membri. **Dal 29 ottobre 2014 SIMeL ha cambiato ragione sociale in SIPMeL.** La struttura della società è di tipo federale, e comprende tre componenti professionali: medici, laureati specialisti in discipline scientifiche (DSLb) e tecnici di laboratorio biomedico (STLb). È compito della Società mettere a punto e diffondere gli standard professionali operativi dai quali dipende la "buona pratica" di laboratorio. Le attività formative riconoscono crediti formativi ai partecipanti, in accordo con il Programma di Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute. Le attività di ricerca scientifica e di produzione della formazione sono promosse e mantenute da 22 gruppi di studio. <https://www.sipmel.it/it/>