

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

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)

1	<p>Non eseguire esami ematochimici di routine ai pazienti da sottoporre a intervento chirurgico (o valutazione anestesiológica).</p> <p>L'esecuzione routinaria e sistematica di esami di laboratorio pre-operatori è sconsigliata. Le più recenti linee guida internazionali (NICE 2018 ed ESA 2016), sulla base delle evidenze presenti, non ne raccomandano l'esecuzione di routine, anzi se eseguiti in modo sistematico non rappresentano un valore aggiunto per la stratificazione del rischio clinico. Il risultato è di procrastinare o annullare l'intervento chirurgico oltre ad impattare in maniera significativa sui costi e sull'impiego di risorse sanitarie. Si consiglia di predisporre l'esecuzione degli esami ematochimici pre-operatori in base allo score di rischio clinico generale derivante dall'associazione del rischio del paziente (Classe ASA), all'invasività chirurgica ed alla tecnica anestesiológica.</p>
2	<p>Non eseguire esami ematochimici routinariamente e quotidianamente nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, ma solo in base a specifici quesiti clinici.</p> <p>L'esecuzione routinaria e sistematica di esami di laboratorio nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva è sconsigliata. È stato dimostrato che richiederli in modo routinario, piuttosto che in base a specifici quesiti clinici oppure con l'obiettivo di modificare il piano terapeutico, non migliora l'outcome, espone i pazienti a rischi inutili (anemizzazione secondaria alle eccessive flebotomie, aumento delle infezioni correlate all'eccessiva manipolazione dei cateteri venosi, rischi derivanti da risultati incidentali e non patologici di esami di laboratorio eseguiti di routine) e aumenta la spesa sanitaria.</p>
3	<p>Non eseguire trasfusioni ematiche per valori arbitrari di Hb > 7 g/dl ma valutare la necessità clinica di ogni singolo paziente (sanguinamento, stabilità emodinamica, comorbidità).</p> <p>La trasfusione routinaria di globuli rossi concentrati in pazienti critici ricoverati in Terapia Intensiva sulla base di valori arbitrari di emoglobina superiori a 7 g/dl non è consigliata. Diversi studi hanno dimostrato che utilizzare una bassa soglia trasfusionale (7 g/dl invece che 9 g/dl) è associata ad una sopravvivenza uguale o aumentata e riduce sia i costi che gli eventi avversi correlati alla emotrasfusione. Alcune categorie di pazienti (grandi anziani o pazienti con sindrome coronarica acuta) potrebbero tuttavia beneficiare di una soglia trasfusionale più liberale, anche se le evidenze non sono dirimenti. In tutti i casi è consigliato valutare la necessità clinica del singolo paziente (sanguinamento in atto o recente, stabilità/instabilità emodinamica) piuttosto che valori arbitrari di emoglobina per decidere di procedere con l'emotrasfusione.</p>
4	<p>Non superare le 24 ore di profilassi antibiotica dopo la chirurgia, la durata della profilassi dovrebbe essere la più breve possibile.</p> <p>La durata della profilassi antibiotica chirurgica non dovrebbe superare le 24 ore. Molti studi di buona qualità hanno dimostrato che la durata della profilassi antibiotica oltre le 24 ore non ha alcun effetto nel ridurre le infezioni del sito chirurgico. La somministrazione di ulteriori dosi di antibiotico a scopo profilattico dopo la chirurgia espone i pazienti ad un aumentato rischio di effetti avversi (per es. insufficienza renale, infezione da Clostridium difficile) e contribuisce allo sviluppo dell'antibiotico-resistenza.</p>
5	<p>Non aspettare che il dolore sia all'apice della sua intensità per iniziare il trattamento, ma prevenirlo attivamente impostando una terapia di base appropriata per tutto il tempo necessario.</p> <p>Il dolore cronico rappresenta uno dei maggiori problemi di salute e causa di disabilità. Non sempre le terapie sono in grado di modificare l'evoluzione della patologia dolorosa, pertanto sono fondamentali una diagnosi e un adeguato trattamento sintomatico precoci al fine di prevenire il più possibile l'insorgenza del dolore cronico. Indipendentemente dal fatto che il dolore sia acuto o cronico, periferico o centrale, esso dev'essere trattato nel più breve tempo possibile, utilizzando tutte le strategie a disposizione.</p> <p>Il trattamento del dolore dev'essere applicato quando il sintomo si manifesta, anche se con intensità moderata, prima che diventi di intensità elevata e perduri nel tempo. Tuttavia, non esistono prove di un nesso causale tra dolore acuto postoperatorio e dolore persistente postoperatorio (PPSP), pertanto il trattamento aggressivo del dolore acuto per prevenire il PPSP è sconsigliato, tenendo conto che il dolore cronico richiede un trattamento multimodale appropriato.</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.

Come si è giunti alla creazione della lista

Le cinque raccomandazioni inerenti all'ambito anestesiologicalo e rianimatorio sono state prodotte da un gruppo di lavoro (GDL) costituito da Medici Anestesiologi della **SIAARTI (Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva)**. Il GDL ha stilato una lista di dieci proposte riguardanti raccomandazioni inerenti il percorso peri-operatorio ed il ricovero in area critica relative al "non fare", in accordo con il principio di Choosing Wisely Italia che "fare di più non significa fare meglio". Sono state successivamente selezionate dal GDL le 5 raccomandazioni ritenute di maggior impatto clinico. Le raccomandazioni proposte sono state sviluppate mediante una adeguata revisione della letteratura e grazie alla collaborazione dei Colleghi delle sezioni e dei gruppi di studio SIAARTI competenti sui temi in oggetto.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2018 ;35:407-65. 2. National Guideline Centre (UK). Preoperative Tests (Update): Routine Preoperative Tests for Elective Surgery. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016. 3. Committee on Standards and Practice Parameters. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2012;116:522-38. 4. Klein AA, Arrowsmith JE. Should routine pre-operative testing be abandoned? Anaesthesia 2010; 65:974-6. 5. Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio. Non richiedere di routine esami di laboratorio preoperatori in pazienti a basso rischio (per chirurgia minore e per chirurgia intermedia nei pazienti ASA 1, ASA 2). https://choosingwiselyitaly.org/wp-content/uploads/2018/06/Scheda-SIPMeL-2017-2023-ok.pdf. [ultimo accesso 14 febbraio 2024].
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kleinpell RM, Farmer JC, Pastores SM. Reducing Unnecessary Testing in the Intensive Care Unit by Choosing Wisely. Acute Crit Care 2018;33:1-6. 2. Conroy M, Homsy E, Johns J, et al. Reducing Unnecessary Laboratory Utilization in the Medical ICU: A Fellow-Driven Quality Improvement Initiative. Crit Care Explor 2021;3:e0499. 3. Goddard K, Austin SJ. Appropriate regulation of routine laboratory testing can reduce the costs associated with patient stay in intensive care. Crit Care 2011;15 (Suppl 1): S133. 4. Allyn J, Devineau M, Oliver M, et al. A descriptive study of routine laboratory testing in intensive care unit in nearly 140,000 patient stays. Sci Rep 2022; 12:21526.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vlaar AP, Oczkowski S, de Bruin S, et al. Transfusion strategies in non-bleeding critically ill adults: a clinical practice guideline from the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 2020;46:673-96. 2. Simon GI, Craswell A, Thom O, et al. (2017) Outcomes of restrictive versus liberal transfusion strategies in older adults from nine randomised controlled trials: a systematic review and meta-analysis. Lancet Haematol 2017; 4:e465–74. 3. Vincent JL, Baron JF, Reinhart K, et al. Anaemia and blood transfusion in critically ill patients. JAMA 2002; 288:1499-507.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, second edition. Geneva: World Health Organization; 2018. 2. Nagata K, Yamada K, Shinozaki T, et al. Effect of Antimicrobial Prophylaxis Duration on Health Care–Associated Infections After Clean Orthopedic Surgery: A Cluster Randomized Trial. JAMA Netw Open 2022;5:e226095. 3. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg 2017;152:784–91. 4. De Chiara S, Chiumello D, Nicolini R, et al. Prolongation of antibiotic prophylaxis after clean and clean-contaminated surgery and surgical site infection. Minerva Anesthesiol 2010;76:413-9.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nordness MF, Hayhurst CJ, Pandharipande P. Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. J Pain Res 2021;14:1733-44. 2. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med 2013;41:263-306. 3. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med 2018;46:e825-73.

<p>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 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, 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</p>	<p>La Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI) rappresenta su tutto il territorio nazionale con oltre 10.000 soci, attivi nelle strutture universitarie, nelle Unità ospedaliere e nei servizi territoriali. SIAARTI – società scientifica riconosciuta dal Ministero della Salute in attuazione dell’articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli) e del Decreto ministeriale 2 agosto 2017 – si dedica, dalla sua fondazione nel 1934, al rafforzamento costante del connubio tra attività clinica e ricerca per migliorare le linee guida, i protocolli terapeutici e la sicurezza dei pazienti, permettendo e facilitando il confronto e la discussione tra migliaia di Anestesiologi-Rianimatori e contribuendo alla crescita nelle più diverse aree culturali che caratterizzano una professione così complessa, affascinante e carica di responsabilità: Anestesia e medicina perioperatoria; Rianimazione e terapia intensiva; Medicina critica dell’emergenza; Dolore e cure palliative; Medicina iperbarica; Cure materno-infantili. www.siaarti.it</p>
---	---