

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

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Nazionale Infermieri di Medicina - ANIMO (Società scientifica di FNOPI)

1	<p>Non tritare e camuffare negli alimenti i farmaci prima di somministrarli a pazienti con difficoltà di deglutizione e/o tramite SNG (Sondino Naso Gastrico) e/o PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), se non specificato dalle indicazioni farmacologiche.</p> <p>La triturazione e il camuffamento dei farmaci, se non conforme alle indicazioni farmacologiche, è considerata una pratica inappropriata da includere nei potenziali errori di terapia. Alterare la formulazione dei farmaci e somministrarli camuffati nel cibo o nelle bevande può aumentarne la tossicità, determinarne l'instabilità, influenzare i tempi di assorbimento, ridurne l'efficacia, renderli meno appetibili.</p> <p>Quando possibile sarebbe opportuno utilizzare le forme farmaceutiche alternative, o considerare vie e mezzi di somministrazione diverse al fine di garantire una corretta efficacia clinica, un adeguato assorbimento del medicamento e ridurre al minimo l'ostruzione della sonda.</p>
2	<p>Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute.</p> <p>In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che indichi l'uso della contenzione fisica come intervento che prevenga le cadute dei pazienti. I mezzi di contenzione meccanica possono provocare invece effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti e indiretti.</p> <p>È necessario invece valutare il rischio cadute per ciascun paziente e attuare interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali e ambientali.</p>
3	<p>Non fare ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza o per l'esecuzione di semplici test diagnostici.</p> <p>Frequentemente nell'assistenza del paziente anziano non autosufficiente, si fa ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza e/o per l'esecuzione di test diagnostici.</p> <p>La letteratura dà precise indicazioni in merito alle situazioni in cui è necessario fare ricorso al cateterismo vescicale, al di fuori delle quali il paziente è sottoposto ad inutile ed aumentato rischio di infezione.</p>
4	<p>Non lasciare in sede qualsiasi tipo di catetere venoso (centrale, periferico, a breve, medio e lungo termine) se non è più presente il problema per cui vi si è fatto ricorso.</p> <p>Nella pratica quotidiana, frequentemente vengono lasciati in sede dispositivi vascolari per la sola possibilità che una volta rimossi se ne possa nuovamente avere la necessità. Le principali linee guida indicano che un catetere venoso debba essere rimosso prima possibile, qualora non sussistano le indicazioni che ne hanno determinato il posizionamento, al fine di prevenire e ridurre le complicanze (infezioni, flebiti, trombosi).</p>
5	<p>Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP) secondo protocolli "standard" nel paziente morente.</p> <p>Dato l'orizzonte temporale limitato, la mobilizzazione e la medicazione delle LDP eseguite di routine nel paziente morente non portano alcun beneficio allo stesso, possono invece creare disagio e provocare dolore inutile.</p> <p>Nella fase di fine vita è necessario ridefinire gli obiettivi assistenziali che devono essere mirati al confort e al controllo dei sintomi disturbanti. In particolare è fondamentale valutare il rischio di LDP ed utilizzare presidi antidecubito senza mobilizzare il paziente di routine ma solo in base alle sue reali esigenze e richieste, garantendo il massimo confort.</p> <p>In presenza di LDP, considerando che il controllo continuo della carica batterica e o lo sbrigliamento di un tessuto necrotico perdono di significato, diventa prioritario usare medicazioni a-traumatiche, che possono rimanere in sede più giorni e con caratteristiche tale da controllare il cattivo odore.</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

Le pratiche considerate a rischio di inappropriatazza sono state individuate tramite il coinvolgimento di tutti i referenti regionali dell'Associazione **ANIMO**, società scientifica di FNOPI. Ad ogni referente è stato dato mandato di:

- riflettere sulle pratiche di esclusiva attinenza con l'ambito di autonomia decisionale dell'infermiere;
- individuare 5 pratiche che non portavano beneficio al paziente;
- supportare la selezione con adeguata letteratura.

I referenti regionali, dal confronto con i propri collaboratori hanno inviato al referente ANIMO per il progetto le pratiche individuate. La ricerca bibliografica a supporto delle pratiche è stata realizzata dal Gruppo Ricerca Animo. Questa attività ha permesso di stilare un elenco di 5 pratiche che sono state presentate e discusse con il referente per il progetto del Collegio Ipasvi e i rappresentanti di altre associazioni infermieristiche. L'impostazione metodologica è stata curata dall'Accademia Scienze Infermieristiche (ASI). Le raccomandazioni sono state tutte riviste a gennaio 2024 nei loro riferimenti bibliografici.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klang MG. Developing guidance for feeding tube administration of oral medications. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2023;47:519-40. 2. Blaszczyk A, Brandt N, Ashley J, et al. Crushed Tablet Administration for Patients with Dysphagia and Enteral Feeding: Challenges and Considerations. Drugs Aging 2023; 40:895-907. 3. Raccomandazione N° 19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide Ministero della Salute [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2892_allegato.pdf [citato nel gennaio 2024]. 4. Salmon D, Pont E, Chevillard H, et al. Pharmaceutical and safety considerations of tablet crushing in patients undergoing enteral intubation. Int J Pharm 2013;443:146-53.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. SISMED società italiana scienza mediche. Contenzione: tipologie, quando si applica e alternative possibili. Settembre 2021 [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.sismed-it.com/contenzione . [citato nel gennaio 2024]. 2. Lachance C, Wright MD. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines Ottawa: CADTH; 2019 Feb. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal) [Internet]. Disponibile alla pagina: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487137/ [citato nel gennaio 2024]. 3. Kröpelin TF, Neyens JC, Halfens RJ, et al. Fall determinants in older long-term care residents with dementia: a systematic review. Int Psychogeriatr 2013;25:549-63. 4. Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Novembre 2011. [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf [citato nel gennaio 2024].
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patel PK, Advani SD, Kofman AD, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2023;44:1209-31. 2. Schaeffer AJ, Richie JP, Chen W. Placement and Management of urinary catheters in adults. in UpToDate 2024- UpToDate. Waltham (MA) 2024 - uptodate.com. [Internet]. Disponibile alla pagina: https://medilib.ir/uptodate/show/8090 . [citato nel gennaio 2024]. 3. European Association of Urology Nurses (2012). Evidence Based Guidelines for best practice in urological health care. Catheterisation indwelling catheter in adults [Internet]. Disponibile alla pagina: https://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/ [citato nel gennaio 2024]. 4. HSE (2011). Guidelines for the prevention of catheter associated urinary tract infection. [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.hpsc.ie/a-z/microbiologyantimicrobialresistance/infectioncontrolandhai/guidelines/File_12913_en.pdf [citato nel gennaio 2024].
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pittiruti M, Van Boxtel T, Scoppettuolo G, et al. European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus): A WoCoVA project. J Vasc Access 2023;24:165-82. 2. Gorski LA, Hadaway L, Hagle ME et al. Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. J Infus Nurs 2021;44 (Suppl 1):S224. 3. Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, et al. epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. J Hosp Infect 2014;86 (Suppl 1):S1-70. 4. NHMRC. Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare. (2019) [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-prevention-and-control-infection-healthcare-2019 [citato nel gennaio 2024].
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline - The international Guideline 2019 (EPUAP) [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf citato nel gennaio 2024]. 2. Pressure Injury/Ulcer Risk Management in Palliative Care and Hospice, 2018 October. WoundSource Editors [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.woundsource.com/blog/kennedy-terminal-ulcerpalliative-care-and-hospice-care [citato nel gennaio 2024]. 3. Langemo D, Haesler E, Naylor W, Tippet A, Young T. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. Int J Palliat Nurs. 2015 May;21:225-32. 4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014 [Internet]. Disponibile alla pagina: https://www.nzwcs.org.nz/images/International_PUG/Quick_Reference_Guide_DIGITAL-PPPIA-Jan2016.pdf [citato nel gennaio 2024].

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 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; www.slowmedicine.it

ANIMO, l'Associazione Nazionale Infermieri di Medicina, ha come scopo la promozione dello sviluppo professionale degli infermieri per migliorare l'assistenza alla persona e alla collettività. Ha rappresentanze in ogni regione italiana con lo scopo di promuovere e diffondere i principi e le iniziative dell'associazione. Promuove e organizza iniziative scientifiche, culturali, e di ricerca, collabora con le università e le agenzie formative per lo sviluppo e la formazione continua degli associati.

www.animo.fadoi.org