

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 inappropriatelyzza" 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 inappropriatelyzza 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 (DSL) 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/>

Tests, treatments and procedures at risk of inappropriateness in Italy
that Physicians and Patients should talk about.

**Five Recommendations from SIPMeL
Italian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine- 2nd List**

1	Don't request amylase in addition to lipase if acute pancreatitis is suspected.
	The diagnosis of acute pancreatitis is based on persistent and severe abdominal pain, high blood lipase or amylase value, and characteristic imaging. Lipase is more sensitive and specific than amylase and remains high longer.
2	Don't request erythrocyte sedimentation rate to screen asymptomatic patients or as a general test to look for inflammatory states in patients with undiagnosed conditions.
	C-reactive protein (CRP) is more sensitive, specific and rapid in the acute phase of inflammation. CRP should be preferred to detect both the onset and resolution of a systemic inflammatory state.
3	Don't request blood ammonium measurement for diagnosis or management of hepatic encephalopathy (HE) in patients with chronic hepatopathy.
	High blood ammonium alone adds no information in the diagnosis, staging, and prognosis of hepatic encephalopathy (HE) in patients with chronic hepatopathy, and ammonium concentration rarely correlates with symptoms severity and outcomes.
4	Don't measure procalcitonin outside of evidence-based protocols defined by professional Societies or at the health organization/regional/national level.
	Procalcitonin (PCT) has been proposed to discriminate infections and in, particular, bacterial sepsis from viral and other causes and to reduce antibiotic prescribing. The heterogeneity of measurement methods, adopted cut-offs and recommended protocols have greatly divided the positions of governmental entities, professional Societies and professionals about the role of PCT in the laboratory.
5	Don't request uric acid as part of routine assessment of cardiovascular risk, obesity or diabetes.
	The association between uric acid and the risk of major cardiovascular events and/or cardiovascular mortality has long been studied, but the cost-effectiveness of pharmacological reduction of asymptomatic hyperuricemia of this strategy in preventing cardiovascular events is unproven.

Please note that these items are provided only for information and are not intended as a substitute for consultation with a clinician. Patients with any specific questions about the items on this list or their individual situation should consult their clinician.

How this list was created

An article by SIPMeL's EBLM Working Group (WG) accessible online to all the association members (Riv Ital Med Lab 2022;7:7-10) proposed five new "procedures at greatest risk of inappropriateness" that were presented in a joint session with Choosing Wisely Italy at the 7th SIPMeL National Congress. The final list was approved after discussion at the session. In July 2023, an article by the EBLM WG containing a critical evaluation of the available relevant literature and the rationale supporting the inclusion of the individual recommendations was sent, after approval by the National President of SIPMeL, to La Rivista italiana della Medicina di Laboratorio.

Sources

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, an Italian Third Sector organization of health professionals, patients and citizens promoting a Measured, Respectful and Equitable Medicine, launched the campaign **"Doing more does not mean doing better- Choosing Wisely Italy"** in Italy at the end of 2012, similar to Choosing Wisely in the USA. The campaign aims to help physicians, other health professionals, patients and citizens engage in conversations about tests, treatments and procedures at risk of inappropriateness in Italy, for informed and shared choices. The campaign is part of the Choosing Wisely International movement. Partners of the campaign are the National Federation of Medical Doctors' and Dentists' Orders (FNOMCeO), that of Registered Nurses' Orders (FNOPI), the Academy of Nursing Sciences (ASI), National Union of Radiologists (SNR), Tuscany regional health agency, PartecipaSalute, Altroconsumo, the Federation for Social Services and Healthcare of Aut. Prov. of Bolzano, Zadig. www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

The Italian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine (SIPMeL) is a national medical/scientific association of professionals working in clinical laboratories. Founded in 1986 under the name SIMeL (Italian Society of Laboratory Medicine), the society has about 1,000 members. As of Oct. 29, 2014, SIMeL changed its name to SIPMeL. The structure of the society is federal in nature, and includes three professional components: physicians, graduate scientific specialists (DSLBS) and biomedical laboratory technicians (STLBS). It is the responsibility of the Society to develop and disseminate the professional operating standards on which laboratory "good practice" depends. Training activities recognize educational credits to participants, in accordance with the Continuing Medical Education Program of the Ministry of Health. Scientific research and training activities are promoted and maintained by 22 study groups. <https://www.sipmel.it/it/>