Implementazione di un protocollo ERAS in ASUR-AV5

Per decenni gli operatori sanitari hanno fondato la loro pratica clinica su una serie di convinzioni imparate e trasmesse dai maestri e dai libri, relative alla gestione pre-, intra- e postoperatoria del paziente chirurgico, in particolare ad esempio sul digiuno e sulla ripresa della nutrizione orale, sul controllo del dolore, sulla ripresa dell'attività fisica.

Nel 1997, tuttavia, Henrik Kehlet, chirurgo danese, ha analizzato criticamente la questione e si è reso conto che buona parte di questi dogmi in realtà non era basato sull'evidenza scientifica e, cosa più importate, una volta infranti non solo il decorso dei pazienti non peggiorava, ma migliorava significativamente.

Ha quindi messo a punto un protocollo basato su evidenze scientifiche indiscutibili definito inizialmente 'fast track surgery' (a sottolineare una ripresa più rapida).

Nel corso degli ultimi 20 anni questo protocollo è stato studiato, implementato, monitorizzato e definito in vari modi, giungendo negli ultimi anni alla definizione di "ERAS" ovvero "Enhanced Recovery After Surgery" (guarigione potenziata dopo chirurgia), a voler sottolineare che il fine ultimo del protocollo non è soltanto la riduzione della degenza postoperatoria, che ne rappresenta indubbiamente uno dei risultati finali, ma una significativa riduzione dello 'stress' e del disagio perioperatorio del paziente e quindi una riduzione delle complicanze e, infine, quindi, della degenza postoperatoria.

Il protocollo ERAS consiste nella aderenza progressiva a tutta una serie di principi schematizzabili in una fase pre-, intra- e postoperatoria, ma che in realtà rappresentano un continuum unico del viaggio del paziente attraverso l'intervento chirurgico (Fig. 1).

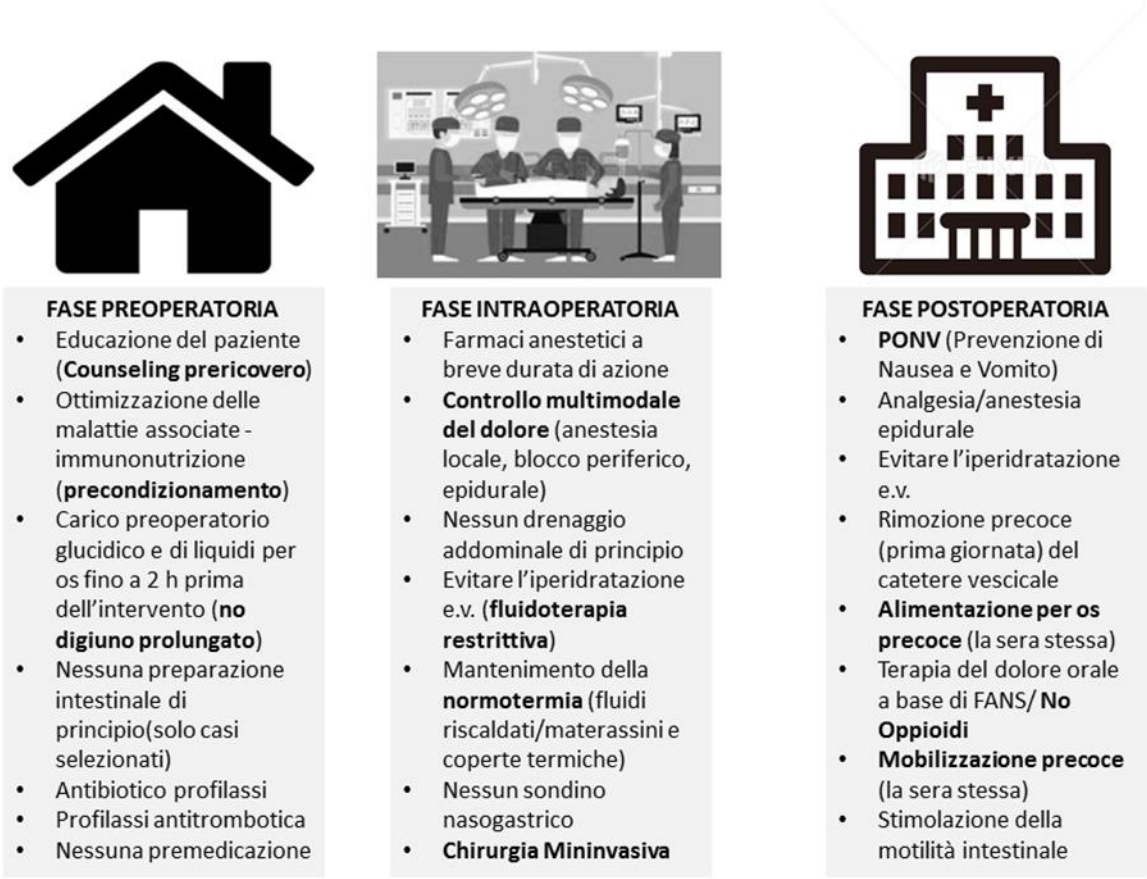

Fig. 1: Fasi e principi del protocollo ERAS

Il protocollo è stato ideato e applicato inizialmente alla chirurgia colorettale, ma le aree di applicazione sono attualmente molto più estese, abbracciando ampiamente buona parte della chirurgia dell'apparato digestivo, inclusa la chirurgia esofago-gastrica, epato-bilio-pancreatica e dell'obesità patologica, la chirurgia ortopedica, urologica, ginecologica, toracica, e cardio-vascolare. E' applicabile nella maggioranza dei casi, fino all'80-90%, escludendo ad esempio gli interventi eseguiti in urgenza e quelli dove il rischio operatorio è particolarmente elevato.

Di cosa si tratta in pratica, quindi:

Compito del chirurgo e dell'infermiere sarà innanzitutto informare adeguatamente il paziente in fase preoperatoria sul nuovo percorso e sull'importanza della aderenza allo stesso, evitando o limitando gli invariabili preconcetti del paziente e dei suoi familiari che, per sentito dire o per esperienze personali precedenti o di congiunti

sono 'rassegnati' ad un allettamento prolungato dopo l'intervento, a non mangiare e a tollerare il dolore perché 'è stato operato'.
Prima degli interventi di chirurgia digestiva, ad esempio, non sarà più somministrata la tradizionale ma fastidiosa preparazione intestinale per bocca, che non solo ha dimostrato di non prevenire le complicanze ma i certi casi addirittura di aumentarle e non sarà più prescritta la restrizione alimentare abituale (mi raccomando dopo mezzanotte niente per bocca!) incoraggiando anzi una assunzione di determinati alimenti e un carico orale di carboidrati elementari (maltodestrine) fino a due-tre ore prima dell'intervento.
Durante l'intervento sarà compito dell'anestesista favorire la normotermia del paziente, limitare la somministrazione di liquidi al necessario senza sovraccaricare il paziente per evitare l'edema (rigonfiamento) dei tessuti ed eseguire un controllo del dolore evitando farmaci oppiacei, che rallentano la ripresa della funzione intestinale, ovvero integrando l'anestesia generale con una analgesia peridurale, blocchi nervosi periferici, anestesia locale delle piccole incisioni laparoscopiche.
Il chirurgo, il più possibile, eseguirà l'intervento per via laparoscopica rispetto alla tradizionale incisione laparotomica.
Dopo l'intervento la rimozione precoce del catetere vescicale, del sondino naso gastrico (alla fine dell'intervento) e di eventuali drenaggi addominali saranno la regola.
La nutrizione per bocca potrà iniziare la sera stessa dell'intervento quando ovviamente l'eventuale nausea e vomito postoperatori siano adeguatamente controllati da una profilassi farmacologica preoperatoria e soprattutto la mobilizzazione, inizialmente solo passiva il giorno stesso dell'intervento, e quindi attiva, ovvero l'alzarsi dal letto e camminare, sarà stimolata il più precocemente possibile. Gli infermieri e i fisioterapisti giocano un ruolo fondamentale in tal senso.
Il protocollo non presenta alcun aspetto "magico", essendo basato su una serie di evidenze scientifiche ormai indiscutibili. L'aspetto più rilevante, tuttavia, è proprio la "magia" con la quale il protocollo induce una collaborazione multidisciplinare continua di figure professionali diverse, in maniera del tutto analoga a quanto si sta sviluppando con la istituzione della Breast Unit di AV5; con il precedente approccio tradizionale i professionisti sanitari tendevano a lavorare per compartimenti stagni rigidamente confinati nelle fasi pre-, intra- e postoperatorie. Gli anestesisti, ad

esempio, potevano non essere a conoscenza di come le loro scelte influenzino il ritorno della funzione intestinale, dal momento che sono raramente coinvolti in questa parte della ripresa. I chirurghi continuano a limitare la diffusione delle tecniche mininvasive (ancora limitate in Italia nel 2016 al 30-40% dei casi secondo i dati del Programma Nazionale Esiti di AGENAS). Neanche gli infermieri spesso sanno che ci sono delle scelte fatte in precedenza nel percorso con un impatto importante sulle loro possibilità di aiutare i pazienti a mangiare normalmente e più precocemente. Questo è solo un esempio di quanto siano importanti la visione d'insieme e la collaborazione tra i dipartimenti e professionisti per implementare ERAS in maniera ottimale.

La "magia" di ERAS, quindi, è avere le migliori pratiche cliniche utilizzate da tutte le figure professionali in quanti più pazienti possibile. Detto ciò, la conformità con ogni elemento in un protocollo ERAS non è necessaria al 100% per ottenere risultati. Ci saranno, soprattutto nelle fasi più precoci del processo di implementazione, eccezioni all'uso di alcuni degli elementi per alcuni pazienti. All'inizio della implementazione, infatti, l'utilizzo di ERAS è effettivamente conforme solo al 50% circa degli elementi del protocollo, e un aumento della aderenza complessiva al 70% è associato a risultati migliori (recupero più rapido e meno complicazioni, Fig. 2).

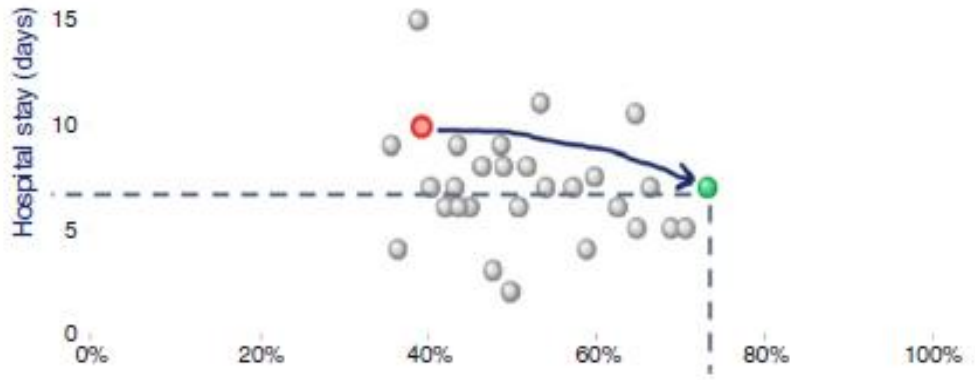

Fig. 2: Risultati della implementazione sistematica di ERAS. Questo esempio descrive una tipica evoluzione delle prestazioni mediante l'implementazione di ERAS.

L'aderenza a tutti gli elementi del percorso ERAS è tracciata contro la durata del soggiorno in ospedale e ogni centro lo è raffigurato da un punto grigio. Presso l'ospedale universitario di Losanna, i principi dell'ERAS erano già applicati prima

dell'implementazione sistematica, ma l'aderenza effettiva al protocollo era solo del 40% (punto rosso). Dopo l'implementazione sistematica, la compliance era quasi raddoppiata (75%) e il ricovero in ospedale dopo resezioni colorettale ridotto da 10 a 6 giorni.

Esiste, inoltre, una precisa relazione "dose-risposta" tra il grado di aderenza al protocollo e i risultati clinici (Fig. 3).

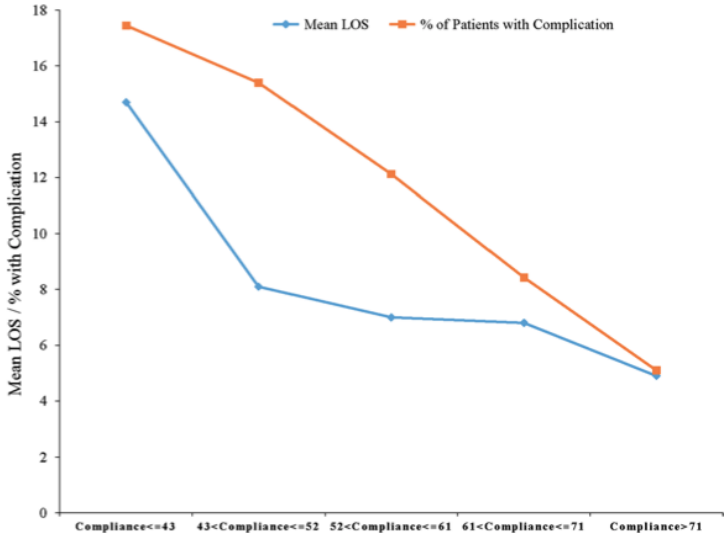

Fig. 3: Relazione "dose-risposta" tra il grado di aderenza (compliance) al protocollo ERAS dal 43 al 71% e la riduzione della degenza postoperatoria e delle complicanze (ridotte graficamente a ¼ per la sovrapposizione con la scale della degenza postoperatoria).

Formare una squadra composta da tutti i professionisti coinvolti nell'intero viaggio del paziente, quindi, è la chiave per un'implementazione di successo. La formazione della squadra, tuttavia, richiede molto tempo e molto impegno: è necessario, ad esempio, identificare dei facilitatori locali per ogni figura professionale coinvolta, identificare un team-leader che ha la responsabilità di governare il processo di cambiamento e, soprattutto, identificare un infermiere che svolga la funzione di case-manager, ovvero che abbracci il paziente in tutto il suo nuovo percorso dell'intervento chirurgico. Il prezzo da pagare come in tutte le cose esiste, ed in particolare consiste in un impegno intenso e continuo di risorse umane ed economiche che coinvolge diverse figure professionali, in particolare il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere ma anche ad esempio il nutrizionista, il fisioterapista, lo psicologo, e, soprattutto, il paziente che deve essere informato e convinto dell'importanza di ciò che gli viene proposto.

Diverse esperienze oramai hanno dimostrato che la strada da seguire è questa e che ne vale la pena anche se, come sempre, i cambiamenti richiedono impegno e tempo. La soddisfazione, tuttavia, di vedere un paziente sottoposto ad una resezione intestinale maggiore che 3 o 4 giorni dopo l'intervento viene dimesso, si alimenta e ha un dolore controllato è l'evidenza sufficiente per crederci e farlo. Credo utile sottolineare ancora una volta che lo scopo del programma NON è quello di anticipare la dimissione, anche se questo è un invariabile risultato collaterale, ma di permettere un più fisiologico recupero dopo l'intervento chirurgico riducendo del 50% il tasso di complicanze perioperatorie.

In ultimo, ma non certo di minore importanza, è ampiamente dimostrato ormai da molti studi che la riduzione delle complicanze e della degenza postoperatoria indotte dalla implementazione di un protocollo ERAS determina un significativo risparmio economico. In chirurgia colorettale, ad esempio, è stato verificato un risparmio variabile tra 2.000 e 4.000 euro per ogni singolo caso di resezione colorettale ERAS rispetto al percorso tradizionale. Considerando che lo scorso anno nelle Marche sono state effettuate più di 1.500 resezioni colorettali, è verosimile che la piena implementazione di un protocollo ERAS soltanto in chirurgia colorettale su tutto il territorio regionale possa indurre un risparmio globale da 3 a 6 milioni di euro/anno, a fronte di una spesa di implementazione del protocollo sullo stesso territorio stimabile intorno ai 250.000 euro.

Secondo un recente comunicato della Società Italiana di Chirurgia: "...Sebbene il programma sia fondato su solide basi scientifiche e avvalorato da i più alti livelli di Evidence Based Medicine (Trial Clinici e metanalisi) la sua diffusione in Italia è stata molto lenta e la sua adozione tuttora stenta ad affermarsi." In base a quanto sopra riportato, appaiono chiare alcune evidenze: 1) per quanto ogni protocollo ERAS sia supportato da una cospicua mole di evidenza scientifica sviluppata nel corso degli ultimi 20 anni, la sua diffusione in Italia è ancora molto lenta: una degenza postoperatoria mediana nazionale di 8 giorni dopo resezione colica nel 2016 lo testimonia ampiamente; 2) la ragione di tale fenomeno risiede nella atavica difficoltà/resistenza nella induzione di un drastico cambiamento nelle abitudini cliniche radicate nel tempo: il processo di implementazione di un programma ERAS è lento perchè deve indurre dapprima un profondo cambiamento culturale, quindi deve essere ampiamente condiviso e supportato a livello multidisciplinare, e, infine,

deve essere continuamente monitorizzato e aggiustato in base alle risorse e alle esigenze cliniche locali.

L'implementazione di ERAS in AV5 è iniziata una anno fa, quando due chirurghi, due anestesisti, una nutrizionista e quattro infermieri hanno partecipato al Corso nazionale di Formazione della PeriOperative Italian Society, ovvero la società scientifica che promuove l'implementazione di ERAS. Alla fine dello scorso anno è stato sviluppato un protocollo ERAS aziendale, discusso, condiviso e approvato circa sei mesi orsono. Quindi è iniziata una fase di formazione professionale di quattro mesi, inviando una serie di triplette professionali (chirurgo, anestesista, infermiere) presso l'Ospedale di Rimini, dove un protocollo ERAS è implementato da circa 10 anni, formando "sul campo" circa 25 diversi professionisti. La fase di formazione sta continuando attraverso una serie mensile di corsi di formazione interni, che terminerà alla fine del corrente anno; la Direzione Strategica della AV5, quindi, ha mostrato piena disponibilità al rimansionamento di due figure professionali infermieristiche che rivestiranno il delicato ruolo di case-manager ad Ascoli Piceno e a San Benedetto del Tronto, permettendo lo sviluppo dei percorsi e delle routine interne che daranno vita alla piena implementazione clinica del protocollo entro il prossimo anno.

Allo stato attuale in Italia solo poche unità operative di chirurgia stanno realizzando pienamente il programma e, se i risultati saranno ulteriormente confermati nelle nostre realtà come sta avvenendo in tutto il mondo, è auspicabile ve ne sia una progressiva diffusione.

La mammografia fa parte delle metodiche diagnostiche comprendenti ecografi dedicati alla Senologia, l'attività di Senologia Interventistica (biopsie) e la RM mammaria. La Diagnostica Senologica è parte integrante dell'attività diagnostico-terapeutica multidisciplinare insieme alla Chirurgia, Oncologia, Medicina Nucleare, Anatomia Patologica e Radioterapia, al fine di offrire un approccio multidisciplinare alla patologia del seno, come previsto dalle Linee Guida Regionali, Nazionali ed Internazionali, alle quali l'AV5 si può allineare con un'offerta ed una organizzazione complete.