

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

Cinque raccomandazioni di AICPR

Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa

1	<p>Non richiedere di routine una radiografia del torace nei pazienti cardio-operati all'ingresso in cardiologia riabilitativa.</p> <p>Il paziente cardio-operato esegue sempre una radiografia del torace prima della dimissione dalla cardiocirurgia. Un controllo radiologico dovrebbe essere eseguito solo in presenza di variazioni dello stato clinico. Il follow-up di un versamento pleurico oltre che clinicamente dovrebbe preferibilmente essere eseguito con l'ecografia.</p>
2	<p>Non richiedere tomografia computerizzata (TC) coronarica per ricerca di calcificazioni coronariche (coronary calcium scoring) nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare.</p> <p>Il "coronary calcium score" non aumenta la predittività di eventi nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare.</p>
3	<p>Non richiedere un ECG-Holter nei soggetti con sincope, presincope o sintomatologia vertiginosa in cui sia stata identificata una causa non aritmica.</p> <p>L'ECG-Holter è indicato quando vi è un'elevata probabilità pre-test di identificare una causa aritmica, per la presenza degli elementi clinici sospetti per sincope cardiogena. Se le sincope sono molto frequenti, quotidiane o settimanali, possono essere utilizzati l'ECG-Holter o il loop recorder esterno (monitor cardiaco non impiantabile), rispettivamente. Quando le sincope sono poco frequenti, cioè a cadenza mensile o superiore, può essere utile il loop recorder sottocutaneo (monitor cardiaco impiantabile).</p>
4	<p>Non associare di routine un inibitore di pompa protonica alla terapia con un singolo farmaco antiaggregante, in assenza di fattori di rischio di sanguinamento.</p> <p>Gli antiaggreganti (acido acetilsalicilico - ASA, tienopiridine) aumentano il rischio di sanguinamento gastrointestinale in particolare se usati in combinazione. L'uso di un singolo antiaggregante incrementa il rischio di sanguinamento nei pazienti a maggior rischio (pregresso sanguinamento GE, pregressa ulcera peptica, età avanzata, uso di FANS o di terapia steroidea o di terapia anticoagulante orale..). Nei pazienti in terapia con un singolo antiaggregante e a basso rischio di sanguinamento l'uso di PPI non appare indicato.</p>
5	<p>Non fare profilassi antibiotica dell'endocardite infettiva nelle valvulopatie di grado lieve-moderato.</p> <p>Nonostante la frequenza di batteriemia associata a procedure odontoiatriche, il rischio di sviluppare un'endocardite infettiva (EI) è estremamente basso sia nella popolazione generale che nei cardiopatici. Le evidenze non giustificano l'uso estensivo della profilassi raccomandata nelle precedenti linee guida. La profilassi deve essere limitata ai pazienti a maggior rischio: pazienti a prognosi peggiore in caso di EI e pazienti con più alto rischio d'incidenza di EI.</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

Il Direttivo Nazionale della AICPR ha costituito un gruppo di lavoro, con il compito di individuare le 5 pratiche a maggior rischio di in appropriatezza di propria competenza. Da un primo sondaggio online tra tutti i membri del Direttivo sono state individuate 11 pratiche. In una successiva riunione sono state rivalutate complessivamente le 11 pratiche e sono state considerate le pratiche ritenute più diffuse e con maggior impatto negativo sui pazienti.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none">1. Linee guida di riferimento per la diagnostica mediante immagini. Protezione dalle radiazioni 118. Lussemburgo. Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità Europee. 2002 – ISBN 92-828-9456-8.2. La diagnostica per immagini. Linee guida nazionali di riferimento. Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM)- 2004.3. Is thoracic ultrasound a viable alternative to conventional imaging in the critical care setting? D.T. Ashton-Cleary. British Journal of Anaesthesia 2013;12:1-9.4. Bedside Ultrasonography in the ICU. Chest 2005;128:1766-1781.5. Clinical review: Bedside lung ultrasound in critical care practice. B. Bouhemad at coll. Critical Care 2007;11:205.6. The Use of Point-of-Care Bedside Lung Ultrasound Significantly Reduces the Number of Radiographs and Computed Tomography Scans in Critically Ill Patients. Persi A. at coll. Anesth Analg 2010;111:687-92.
2	<ol style="list-style-type: none">1. John A Rumberger. Using noncontrast cardiac CT and coronary artery calcification measurements for cardiovascular risk assessment and management in asymptomatic adults. Vascular Health and Risk Management 2010;6 579–591.2. Robert A. O'Rourke et al. American College of Cardiology/American Heart Association Expert Consensus Document on Electron-Beam Computed Tomography for the Diagnosis and Prognosis of Coronary Artery Disease. Circulation. 2000;102:126-140.3. Greeland P. et al. Coronary Artery Calcium Score Combined With Framingham Score for Risk Prediction in Asymptomatic Individuals. JAMA 2004; Vol 291:210-215.
3	<ol style="list-style-type: none">1. Linee guida per la diagnosi e il trattamento della sincope (versione 2009). Task Force per la Diagnosi e il Trattamento della Sincope della Società Europea di Cardiologia (ESC) con la collaborazione di European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA) e Heart Rhythm Society (HRS). G Ital Cardiol 2010; 11 (10 Suppl 2): e94-e135.
4	<ol style="list-style-type: none">1. ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use. A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. JACC 2008 Vol. 52, No. 18:1502-17.2. ACCF/ACG/AHA 2010 Expert Consensus Document on the Concomitant Use of Proton Pump Inhibitors and Thienopyridines: A Focused Update of the ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use. A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. JACC 2010 Vol. 56, No. 24:2051– 66.3. PPI e prevenzione del sanguinamento gastrointestinale farmaco indotto. Giorn Ital End Dig 2010;33:107-111.
5	<ol style="list-style-type: none">1. Prevention of Infective Endocarditis Guidelines From the American Heart Association. A Guideline From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Circulation. 2007;116:1736-1754.2. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2009)30, 2369–2413

Slow Medicine, rete 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 in appropriatezza 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 **AICPR (Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa)** è un’associazione no profit, con oltre 1000 soci, operanti in 210 Strutture pubbliche e private del SSN in tutte le regioni, con attività ambulatoriale e in regime di degenza. Cardiologi, psicologi, fisioterapisti, dietisti e infermieri si integrano nel GICR-IACPR a testimoniare la scelta innovativa di un approccio multidisciplinare. La Cardiologia Preventiva e Riabilitativa è lo spazio culturale e lo strumento organizzativo per garantire la continuità assistenziale nel passaggio dalla fase dell’acuzia alla fase della cronicità, e si pone come ponte tra lo specialista della fase acuta e il medico di medicina generale.

Per ulteriori dettagli: <http://www.iacpr.it/>