

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

1	Non richiedere ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia lieve-moderata o con disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di nuovi sintomi, segni o eventi clinici.
	A causa della lenta evolutività delle patologie valvolari lievi-moderate e dell'inutilità clinica di rivalutare la funzione ventricolare sinistra in pazienti clinicamente stabili, l'ecocardiografia dovrebbe essere eseguita solo in presenza di variazioni dello stato clinico.
2	Non richiedere di routine prova elettrocardiografica da sforzo di controllo in pazienti asintomatici dopo rivascularizzazione chirurgica o percutanea.
	Non ci sono prove di efficacia che dimostrino la riduzione di eventi con l'esecuzione di routine di una prova da sforzo dopo rivascularizzazione. La prova da sforzo dovrebbe essere eseguita solo per valutare rivascularizzazioni incomplete o in presenza di variazioni dello stato clinico.
3	Non richiedere registrazione Holter in pazienti con dolore toracico da sforzo che siano in grado di eseguire prova da sforzo, a meno che non vi sia anche il sospetto di aritmie.
	L'Holter ha una bassa sensibilità e specificità nell'evidenziare ischemia in pazienti con dolore toracico, non potendo calibrare l'entità dello sforzo. È preferibile eseguire prima una prova da sforzo.
4	Non richiedere di routine test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.
	Il test dovrebbe essere indicato solo in presenza di importanti fattori di rischio: diabete oltre i 40 anni, arteriopatia periferica, rischio Framingham/Cuore superiore al 20%, o in presenza di alterazioni dell'ECG di base, tali da inficiare l'interpretazione della prova da sforzo.
5	Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.
	In pazienti asintomatici e senza fattori di rischio, la probabilità di malattia coronarica è molto bassa, per cui l'esame aumenta il rischio di falsi positivi e di indurre ulteriori test diagnostici per escludere i dubbi sollevati dal test.

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.

Giugno 2014 – ultima revisione Giugno 2017

Come si è giunti alla creazione della lista

Il Direttivo Nazionale dell'ANMCO ha costituito un gruppo di lavoro, con il compito di individuare le 5 pratiche a maggior rischio di in appropriatezza. In un primo incontro sono state individuate 17 pratiche. Per ognuna delle 17 pratiche, i partecipanti hanno dato un punteggio da 1 a 5 sui seguenti 4 criteri: pertinente, frequente, inutile, pericoloso. Alla fine del sondaggio, è stata distribuita una tabella riassuntiva con i totali dei punteggi e una sintesi ragionata. In una successiva riunione sono state rivalutate complessivamente le 17 pratiche con i rispettivi punteggi, ed è stato deciso che:

1. è inutile raccomandare di non prescrivere le pratiche considerate inappropriate dalle linee guida;
2. le pratiche caratterizzate da aspetti molto tecnici (eseguire angioplastica con FFR >0,80; impianto di PM resincronizzante con QRS < 0,12msec) riguardano un ristretto numero di operatori e non coinvolgono né la grande maggioranza dei cardiologi né i pazienti;
3. sia preferibile focalizzare l'attenzione dei cardiologi sulle aree grigie, che riguardano pratiche di frequente uso, spesso inutili, anche se poco pericolose per il paziente (se non per l'induzione di ulteriori accertamenti).

Principali fonti bibliografiche

1	<p>1. Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, Picard MH, Polk DM, Ragosta M, Ward RP, Weiner RB. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Endorsed by the American College of Chest Physicians. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 2011 Mar 1;57(9):1126-66.</p>
2	<p>1. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischmann KE, Freeman WK, Froehlich JB, Kasper EK, Kersten JR, Riegel B, Robb JF. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). <i>J Am Coll Cardiol</i> 2007;50:e159-24.</p> <p>2. Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, Garg S, Huber K, James S, Knuuti J, Lopez-Sendon J, Marco J, Menicanti L, Ostojic M, Piepoli MF, Pirtlet C, Pomar JL, Reifart N, Ribichini FL, Schalij MJ, Sergeant P, Serruys PW, Silber S, Sousa Uva M, Taggart D. Guidelines on myocardial revascularization The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)-ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. <i>Eur Heart J</i> 2010;31:2501-2555.</p>
3	<p>1. Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, DiMarco JP, Ferrick KJ, Garson A Jr, Green LA, Greene HL, Silka MJ, Stone PH, Tracy CM, Gibbons RJ, Alpert JS, Eagle KA, Gardner TJ, Gregoratos G, Russell R, Ryan TH, Smith SC. ACC/AHA Guidelines for ambulatory electrocardiography. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee to revise the guidelines for ambulatory electrocardiography) Developed in collaboration with the North American Society for pacing and Electrophysiology. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 1999 Sep; 34(3):912-48.</p> <p>2. Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M, Buxton AE, Chaitman B, Fromer M, Gregoratos G, Klein G, Moss AJ, Myerburg RJ, Priori SG, Quinones MA, Roden DM, Silka MJ, Tracy C. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). <i>Europace</i> 2006;8:746-837.</p>
4	<p>1. Hendel RC, Berman DS, Di Carli MF, Heidenreich PA, Henkin RE, Pelliikka PA, Pohost GM, Williams KA. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, the American Society of Nuclear Cardiology, the American College of Radiology, the American Heart Association, the American Society of Echocardiography, the Society of Cardiovascular Computed Tomography, the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, and the Society of Nuclear Medicine. <i>J Am Coll Cardiol</i> 2009;53:2201-29.</p>
5	<p>1. Greenland P, Alpert JS et al. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: Executive Summary : A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. <i>Circulation.</i> 2010;122:2748-2764.</p> <p>2. Fihn SD, Gardin JM, Abrams J et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: executive summary. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. <i>Circulation</i> 2012; 126:3097-3137.</p>

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 inappropriatezza 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

L'ANMCO (**Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri**) è un'associazione **no profit**, con oltre 5.000 iscritti, formata da cardiologi italiani operanti nel Servizio Sanitario Nazionale. Fondata nel 1963 l'ANMCO ha come obiettivi la promozione della buona prassi clinica, la prevenzione e riabilitazione di malattie cardiovascolari attraverso proposte organizzative, l'educazione professionale e la formazione, la promozione e la conduzione di studi e ricerche, la leadership nella preparazione e sviluppo di standard e linee guida. Dal 2006 ha conseguito il Certificato di Conformità ISO 9001. <http://www.anmco.it/>