

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

1	<p>Non richiedere test induttivi di ischemia (test ergometrico e altri test induttivi di ischemia), come controllo di routine, in pazienti asintomatici sottoposti a rivascolarizzazione chirurgica o percutanea entro 2 anni dalla procedura.</p> <p>Non vi sono dati a supporto del fatto che una diagnosi precoce di ischemia silente migliori la prognosi dei pazienti né che l'eventuale ripetizione di rivascolarizzazione guidata dai test di ischemia riduca la mortalità.</p>
2	<p>Non richiedere l'ECG Holter in pazienti con episodi di cardiopalmo o sincopi con frequenza inferiore ad uno alla settimana.</p> <p>La ridotta frequenza degli episodi potrebbe portare ad avere falsi negativi con un bilancio sfavorevole tra costo e beneficio.</p>
3	<p>Non richiedere ecocardiografia di controllo annuale in pazienti con nota valvulopatia di grado lieve-moderato in assenza di nuovi sintomi o di eventi clinici e in pazienti con nota disfunzione ventricolare sinistra lieve in assenza di nuovi sintomi o di eventi clinici.</p> <p>La valvulopatia di grado lieve-moderato ha generalmente una lenta evolutività: l'ecocardiografia dovrebbe essere eseguita più di frequente solo in presenza di variazioni dello stato clinico. L'ecocardiogramma transtoracico è indicato per indagare la comparsa di nuovi sintomi, l'eventuale loro peggioramento e per determinare la prognosi nei pazienti con scompenso cardiaco di primo riscontro: la ripetizione di routine dell'ecocardiogramma nei pazienti con nota disfunzione ventricolare sinistra lieve non è indicata in assenza di eventuali modifiche dello status clinico.</p>
4	<p>Non richiedere coronarografia routinaria in tutti i pazienti con scompenso cardiaco a funzione sistolica ridotta, asintomatici per angor e senza segni di ischemia inducibile, con bassa probabilità pre-test di coronaropatia o in assenza di nota anatomia favorevole a ulteriore rivascolarizzazione.</p> <p>La coronarografia può essere presa in considerazione nei pazienti con scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta con probabilità pre-test di coronaropatia intermedio-alta, in presenza di ischemia inducibile e in presenza di un'anatomia coronarica favorevole a rivascolarizzazione.</p>
5	<p>Non richiedere test da sforzo per la ricerca di ischemia inducibile.</p> <p>Non è appropriato utilizzare il test ergometrico per diagnosticare la coronaropatia ostruttiva come metodica di primo livello, in quanto ha un potere diagnostico estremamente limitato nel riconoscere o escludere una coronaropatia significativa. Il test ergometrico potrebbe essere preso in considerazione per la diagnosi di coronaropatia ostruttiva nel caso in cui non siano disponibili test di imaging.</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 dell'ANMCO ha costituito nel 2014 un gruppo di lavoro, con il compito di individuare le 5 pratiche a maggior rischio di inappropriatazza. Recentemente l'ANMCO ha costituito un gruppo di lavoro coordinato dall'Area Management e Qualità con lo scopo di individuare, alla luce delle più recenti linee guida, attraverso la metodologia del "brainstorming", le 5 pratiche cardiologiche che attualmente in Italia sono a maggior rischio di inappropriatazza. Sono state identificate 23 pratiche potenzialmente a rischio di inappropriatazza, poi sottoposte ad una votazione dai componenti del gruppo di lavoro attribuendo un punteggio secondo criteri prestabiliti. Sulla base dei punteggi più alti sono poi state definite le 5 raccomandazioni sulle pratiche a maggior rischio di inappropriatazza (revisione 2024).

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2019;40:87-165. doi: 10.1093/eurheartj/ehy394. 2. Rossini R, Oltrona Visconti L, Musumeci G, et al. A multidisciplinary consensus document on follow-up strategies for patients treated with percutaneous coronary intervention. Catheter Cardiovasc Interv 2015;85:E129-39. doi: 10.1002/ccd.25724. 3. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: the Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2020;41:407-477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425 4. Rossini R, Oltrona Visconti L, Musumeci G, et al. A multidisciplinary consensus document on follow-up strategies for patients treated with percutaneous coronary intervention. Catheter Cardiovasc Interv 2015;85:E129-39. doi: 10.1002/ccd.25724.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 2018;39:1883-1948 doi: 10.1093/eurheartj/ehy037 2. Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, et al. 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. Heart Rhythm 2017;14:e55-96. doi: 10.1016/j.hrthm.2017.03.038. 3. Piccirilli S, Gallagher MM, Vellini M, et al. Appropriateness of ECG Holter requests in an outpatient service: a prospective study. J Cardiovasc Med (Hagerstown) 2007;8:517-20. doi: 10.2459/01.JCM.0000278449.96988.82.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nardi F, Pino PG, Gabrielli D, et al. Documento di consenso ANMCO/SI CI-GISE/SIC/SIECVI/SIRM: Appropriateness dell'imaging multimodale nelle patologie cardiovascolari. G Ital Cardiol 2020;21:34- 88. doi: 10.1714/3285.32588. 2. Steeds RP, Garbi M, Cardim N, et al. EACVI appropriateness criteria for the use of transthoracic echocardiography in adults: a report of literature and current practice review. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2017;18:1191-204. doi: 10.1093/ehjci/jew333. 3. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2021;143:e35-71. doi: 10.1161/CIR.0000000000000932. 4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2021;42:3599-726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ferreira JP, Rossignol P, Demissei B, et al. Coronary angiography in worsening heart failure: determinants, findings and prognostic implications. Heart 2018;104:606-613. doi: 10.1136/heartjnl-2017-311750. 2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2021;42:3599-3726 doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. 3. Perera D, Clayton T, O'Kane PD, et al.; REVIVED-BCIS2 Investigators. Percutaneous revascularization for ischemic left ventricular dysfunction. N Engl J Med 2022;387:1351-1360 doi:10.1056/NEJMoa2206606.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Knuuti J, Ballo H, Juarez-Orozco LE, et al. The performance of non-invasive tests to rule-in and rule-out significant coronary artery stenosis in patients with stable angina: a meta-analysis focused on post-test disease probability. Eur Heart J 2018;39:3322-3330. doi: 10.1093/eurheartj/ehy267. 2. Zacharias K, Ahmed A, Shah BN, et al. Relative clinical and economic impact of exercise echocardiography vs. exercise electrocardiography, as first line investigation in patients without known coronary artery disease and new stable angina: a randomized prospective study. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2017;18:195-202. doi: 10.1093/ehjci/jew049. 3. Williams MC, Hunter A, Shah ASV, et al. Use of coronary computed tomographic angiography to guide management of patients with coronary disease. J Am Coll Cardiol 2016;67:1759-1768. doi: 10.1016/j.jacc.2016.02.026.

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

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/>