

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare  
**Cinque raccomandazioni del Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare**

<b>1</b>	<p><b>Non richiedere ecocolordoppler come esame di primo livello per arteriopatia arti inferiori, in pazienti asintomatici o con claudicatio intermittens di grado lieve/moderata e sostituirlo con la misurazione dell'Ankle Brachial Index (ABI).</b></p> <p>L'ecocolordoppler spesso viene richiesto in caso di parestesie con polsi periferici presenti e validi. La misurazione dell'ABI è sufficiente per diagnosticare un'arteriopatia ed impostare un trattamento o, se la sintomatologia è severa, per indirizzare il paziente al chirurgo vascolare. Tale modifica ridurrebbe di almeno il 25% le richieste di ecocolordoppler.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non eseguire Test di imaging (ecocolordoppler - angioTC polmonare) come test diagnostico iniziale in pazienti con bassa probabilità di Trombo Embolismo Venoso (TEV), secondo Scala di Wells o Scala di Ginevra. Eseguire invece una misurazione del D-dimero che ha un'alta sensibilità come test diagnostico iniziale.</b></p> <p>TEV e Embolie Polmonari (EP) sono eventi rari in assenza di elevati valori di D-dimero e di fattori di rischio specifici. Il tromboembolismo venoso degli arti inferiori è una patologia frequente che si sospetta, di solito, quando è presente edema rilevante ad un arto, quasi sempre quello inferiore. L'edema può essere determinato anche da patologie osteoarticolari, cardiologiche o linfatiche. Molti degli ecocolordoppler richiesti risultano essere negativi e potrebbero essere evitati con un test poco costoso e di facile utilizzo come la misurazione del D-dimero. Quando il valore del D-dimero risulta nei limiti della norma in assenza di fattori di rischio, possiamo escludere fenomeni trombotici in atto.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non richiedere ecocolordoppler dei tronchi sopra-aortici per vertigini, acufeni, cefalea, cervicalgia se non in presenza di segni neurologici.</b></p> <p>I sintomi dell'insufficienza cerebro-vascolare acuta vengono frequentemente confusi con quelli determinati da altre patologie. Si osserva, inoltre, un uso improprio della dizione Attacco Ischemico Transitorio (TIA). Esso consiste nell'improvvisa comparsa di sintomatologia focale neurologica di durata inferiore alle 24 ore, da insufficiente apporto di sangue. In assenza di segni focali, anche solo anamnestici, accade che i pazienti siano inviati ad eseguire l'ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici, esponendoli al rischio di attribuire un ruolo causale per sintomatologia non focale a condizioni di ateromatosi emodinamicamente ininfluenti.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non eseguire un trattamento chirurgico aperto o endovascolare in lesioni steno/occlusive delle arterie degli arti inferiori, a meno che non si sia in presenza di claudicatio limitante la vita di relazione del soggetto o in caso di ischemia critica/piede diabetico.</b></p> <p>Nelle arterie periferiche degli arti inferiori un trattamento preventivo può essere del tutto inappropriato, dato che non esistono evidenze che si possa limitare l'evoluzione della malattia. Vi è un discreto tasso di recidive, spesso con peggioramento rispetto alla situazione di partenza.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non eseguire stenting di stenosi di arteria renale se non in presenza di ipertensione arteriosa resistente alla terapia o di deterioramento della funzione renale.</b></p> <p>Lo stenting dell'arteria renale richiede ottima esperienza da parte dell'operatore in quanto può determinare rottura, dissecazione o trombosi dell'arteria stessa. Inoltre, studi recenti dimostrano che non si evidenziano benefici dello stenting rispetto al trattamento medico di qualità - Best Medical Treatment (BMT).</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 problema della sostenibilità sanitaria richiede un'azione pianificata e condivisa circa l'appropriatezza con la quale vengono gestiti i problemi di salute e necessita di un corretto utilizzo delle risorse sanitarie. Le cosiddette "linee guida" vengono spesso considerate un'arma di difesa in quanto condivise a livello scientifico sia internazionale sia nazionale. Sono però necessari anche altri strumenti di supporto alla pratica clinica, specie in sistemi come quello italiano che dispone di risorse limitate e che, sempre più, ha la necessità di fornire prestazioni sanitarie che possano apportare un reale beneficio sulla salute della popolazione. Per la realizzazione della Lista è stata riunita una Commissione composta dai rappresentanti scelti tra Chirurghi Vascolari Ospedalieri e Universitari. Le altre Società che hanno aderito sono la SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare), la SIAPAV (Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare) e FNOMCEO nella figura delle loro rappresentanze regionali e nazionali. Infine il Consiglio del Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare ha presentato, all'ultima riunione tenutasi a Milano nell'ambito dell'EXPOSALUTE in data 4 Ottobre 2015, un elenco di nove pratiche a rischio inappropriata e, tra queste, sono state votate le cinque descritte.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing Group: Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, Geraghty PJ, McKinsey JF, et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. <i>J Vasc Surg</i> 2015;61(3 Suppl):2S-41S.</li> <li>2. Casati G, Panella M, Di Stanislao F, Vichi MC, Morosini P. Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali. Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale 1, marzo 2005.</li> <li>3. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG on behalf of the TASC II Working Group: Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). <i>Eur J Vasc Endovasc Surg</i> 2007;1:1-75</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niimi R, Hasegawa M, Sudo A, Shi D, Yamada T, Uchida A. Evaluation of soluble fibrin and D-dimer in the diagnosis of postoperative deep vein thrombosis. <i>Biomarkers</i>. 2010;15(2):149-57.</li> <li>2. Casati G, Panella M, Di Stanislao F, Vichi MC, Morosini P. Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali. Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale 1, marzo 2005.</li> <li>3. Di Minno G, Mannucci PM, Tufano A, Palareti G, Moia M, Baccaglioni U, et al. First Ambulatory Screening on Thromboembolism ((FAST) Study Group. The first ambulatory screening on thromboembolism: a multicentre, cross-sectional, observational study on risk factors for venous thromboembolism. <i>J Thromb Haemost</i> 2005;3:1459-66.</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease. <i>JACC</i> 2011;57(8):e16-94.</li> <li>2. SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. VII Edizione. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. Raccomandazioni e sintesi. Stesura del 14 marzo 2012.</li> <li>3. Setacci C, Argentero A, Cremonesi A, De Donato G, Galzerano G, Lanza G, Navaretta F, Pulli R, Ricci S, Sbarigia E, Setacci F, Sirignano P, Peinetti F, Speziale F. Guidelines on the diagnosis and treatment of extracranial carotid artery stenosis from the Italian Society for Vascular and Endovascular Surgery. <i>J Vasc and Endovasc Surg</i> 2014;21:31-42.</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutherford RB, Flanigan DP, Gupta SK, et al: Suggested standards for reports dealing with lower extremity ischemia. <i>J Vasc Surg</i> 1986; 4:80-94.</li> <li>2. Standards of Practice Committee of the Society of Cardiovascular &amp; Interventional Radiology. Guidelines for percutaneous transluminal angioplasty. <i>Radiology</i> 1990; 177:619-626.</li> <li>3. Salmistraro G, Camporese G, Martini R, Scopin MA, Verlati F, Andreozzi GM: Utilità dello screening per l'arteriopatia obliterante periferica. <i>Min Cardioangiolog</i> 2008 56(s1) 67-70.</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cooper CJ, Murphy TP, Cutlip DE, et al. Stenting and Medical Therapy for Atherosclerotic Renal-Artery Stenosis. <i>N Engl J Med</i>, 2013 Nov 25.</li> <li>2. Klausner JQ, BS Harlander-Locke MP, Plotnik AN, Lehman E, DeRubertis BG, Lawrence PF: Current treatment of renal artery aneurysms may be too aggressive <i>J Vasc Surg</i>. 2014 May;59(5):1356-61. doi: 10.1016/j.jvs.2013.11.062. Epub 2014 Jan 22.</li> </ol>

**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 inappropriata 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](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

Il **Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare** promuove indagini nazionali e sistemi per il controllo di qualità nell'ambito della Chirurgia Vascolare; promuove l'adesione a Trials e a linee guida nazionali e internazionali; promuove presso i Centri Ospedalieri azioni a favore dei pazienti con malattie vascolari, per l'ottimizzazione della cura, della gestione delle risorse e della formazione del personale sanitario; promuove presso le Istituzioni sanitarie la programmazione sul territorio delle Strutture Ospedaliere di Chirurgia Vascolare pubbliche e private accreditate, con riferimento alla "rete" dei servizi specialistici. Il collegio conta attualmente 140 soci tra Primari di unità Operative Complesse e Semplici. Si fonda non in contrasto bensì in accordo con le altre Società che si occupano di Patologia Vascolare, nel massimo rispetto dei principi etici e deontologici che dovrebbero prevalere nelle scelte del medico. <http://www.collprimvasc.org/>