

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

## Cinque raccomandazioni di ITACARE-P Italian Alliance for Cardiovascular Rehabilitation and Prevention

<b>1</b>	<p><b>Non eseguire un test di ricerca di ischemia nel <i>follow-up</i> delle sindromi coronariche croniche nel paziente stabile e asintomatico.</b></p> <p>Nei pazienti stabili e asintomatici i test di ricerca di ischemia (dal semplice test da sforzo, all'ecostress, alla scintigrafia miocardica...) non sono indicati poiché rischiano di indurre trattamenti invasivi non appropriati; il trattamento d'elezione è conservativo, basato su un aggressivo controllo dei fattori di rischio e sulla valutazione clinica del paziente.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non controllare routinariamente ogni anno con ecocolordoppler una stenosi carotidea inferiore al 50%.</b></p> <p>Le cosiddette stenosi "low-grade" (di basso grado) rappresentano la quota maggiore (fino al 90%) nelle grandi casistiche osservazionali di "first examinations" (primi esami). In queste la progressione della stenosi è stata calcolata intorno al 7% dei casi. La prescrizione "acritica" e "seriale" di <i>follow-up</i> a un anno mediante ecocolordoppler di una stenosi carotidea inferiore al 50% non apporta benefici clinici in termini di riduzione dello <i>stroke</i> mentre ben noti sono gli effetti del sovrautilizzo della metodica. La definizione della tempistica del <i>follow-up</i> ecocolordoppler delle stenosi carotidee inferiori al 50% richiede la valutazione individualizzata del profilo di rischio cardiovascolare globale (comprensivo del raggiungimento dei target di prevenzione secondaria e del grado di aderenza alla terapia) e di caratteristiche di placca aggiuntive alla sola percentuale di stenosi (ad esempio ecogenicità, omogeneità, superficie, progressione temporale della stenosi) nonché della storia clinica.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non richiedere di routine una radiografia del torace nei pazienti cardio-operati all'ingresso in cardiologia riabilitativa.</b></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 <i>follow-up</i> di un versamento pleurico oltre che clinicamente dovrebbe preferibilmente essere eseguito con l'ecografia.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non eseguire una TC (Tomografia Computerizzata) coronarica in prevenzione primaria nel soggetto asintomatico.</b></p> <p>La TC coronarica non è indicata nel soggetto asintomatico perché, nella maggior parte dei casi, non migliora gli esiti clinici. Nel soggetto asintomatico la probabilità di trovare una malattia coronarica clinicamente rilevante è bassa. Il riscontro di placche o stenosi lievi spesso non cambia la gestione clinica e la terapia rimane comunque basata sul controllo dei fattori di rischio. Inoltre, la TC può individuare reperti dubbi che possono portare ad ulteriori esami invasivi (come coronarografia) e trattamenti talvolta non necessari, esponendo il paziente a rischi (allergia a mezzo di contrasto, danno renale...), il tutto senza un reale beneficio prognostico. L'unica eccezione è rappresentata dal paziente asintomatico ma ad altissimo rischio cardiovascolare (diabete di lunga data, grave familiarità per coronaropatia precoce) o determinate categorie di soggetti (per es. sportivo ad alto impatto cardiovascolare su indicazione dello specialista).</p>
<b>5</b>	<p><b>Non prescrivere periodici check-up diagnostici strumentali in prevenzione primaria per evidenziare una patologia cardiovascolare o il rischio di svilupparla negli adulti asintomatici di età inferiore a 65 anni (maschi) o a 75 anni (femmine) senza fattori di rischio cardiovascolare.</b></p> <p>I check-up cardiovascolari strumentali indiscriminati in prevenzione primaria in soggetti asintomatici non hanno documentato una riduzione di eventi cardio-cerebrovascolari fatali e non fatali, mentre hanno dimostrato un potenziale rischio di falsa positività che induce ad ulteriori e periodici controlli (con relativo allungamento delle liste d'attesa e spreco di risorse), a indagini ad elevata tecnologia e dai costi elevati con impatto ambientale negativo, oppure a test invasivi e terapie non necessarie (entrambi potenzialmente pericolosi e fonti di stress per il paziente). Inoltre, l'aver indotto un rischio di falsa negatività determina un ingiustificato senso di sicurezza e induce a trascurare l'adozione di corretti stili di vita. Le attività di prevenzione cardiovascolare devono basarsi sulla valutazione e il controllo dei rischi legati allo stile di vita e allo status psicosociale, e la ricerca di un'eventuale patologia cardiovascolare va valutata sulla base del profilo complessivo di rischio misurato con uno score integrato e validato.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al professionista.

Data stesura: maggio 2022; Ultima revisione: aprile 2026

## Come si è giunti alla creazione della lista

Le 5 raccomandazioni per la campagna Choosing Wisely Italy di Slow Medicine ETS sono state selezionate mediante sondaggio online rivolto ai componenti del Comitato Scientifico e del Direttivo di Itacare-P su un totale di 11 pratiche in ambito di Cardiologia Riabilitativa proposte dal gruppo di studio "Appropriatezza e Sostenibilità". Questa lista sostituisce la precedente del 2022.

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> <li>2024 ESC Guidelines for the management of Chronic Coronary Syndromes. 2024;45: 3415-37. doi:10.1093/eurheartj/ehaf079.</li> <li>Gibbons RJ. Myocardial ischemia in the management of chronic coronary artery disease – past and present. Circ Cardiovasc Imaging 2021;14:e011615. doi:10.1161/CIRCIMAGING.120.011615.</li> <li>Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. N Engl J Med. 2020;382:1395-407. doi:10.1056/NEJMoa1915922.</li> </ol>
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J 2024;45:3538-700.</li> <li>Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2021; 143:e254-e743. doi: 10.1161/CIR.0000000000000950.</li> <li>Bennet GM, Bluth EI, Larson ML, et al. Recommendations for low-grade carotid stenosis follow-up based on a single-institution database. J Ultrasound Med 2018; 37: 439-45. doi:10.1002/jum.14354.</li> </ol>
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nazarian E, Sinnige JS, Bos LDJ, et al. Advances in bedside imaging: lung ultrasound. Intensive Care Medicine Exp 2025;13:126. doi:10.1186/s40635-025-00838-5.</li> <li>Chatzivasiloglou F, Dimopoulos S, Raidou V, et al. The use of lung ultrasound in the postoperative period following cardiac surgery. Europ Respiratory J 2020;56(suppl 64):2779.</li> <li>Senniappan K, Sreedhar R, Babu MSS, et al. Bedside Lung Ultrasound for Postoperative Lung Conditions in Cardiothoracic Intensive Care Unit: Diagnostic Value and Comparison with Bedside Chest Roentgenogram. Anesth Essays Res. 2019;13: 649-53. doi:10.4103/aer.AER_125_19.</li> <li>Soni NJ, Franco R, Velez MI, et al. Ultrasound in the diagnosis and management of pleural effusions. J Hosp Med 2015;10:811-6. doi:10.1002/jhm.2434.</li> </ol>
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42:3227-37. doi:10.1093/eurheartj/ehac458.</li> <li>Narula J, Chandrashekar Y, Ahmadi A, et al SCCT 2021 Expert Consensus Document on Coronary Computed Tomographic Angiography: A Report of the Society of Cardiovascular Computed Tomography. J Cardiovasc Comput Tomogr. 2021;15:192-217. doi:10.1016/j.jcct.2020.11.001.</li> </ol>
5	<ol style="list-style-type: none"> <li>Recommendations for EU-wide cardiometabolic health checks. Expert Task Force proposes EU-wide cardiometabolic health checks to detect risk early and improve long-term outcomes. Updated ESC website 15 Jan. 2026. (ultimo accesso aprile 2026) <a href="https://www.escardio.org/news/news-room/recommendations-for-eu-wide-cardiometabolic-health-checks/">https://www.escardio.org/news/news-room/recommendations-for-eu-wide-cardiometabolic-health-checks/</a></li> <li>Kherad O, Carneiro AV; Choosing wisely working group of the European Federation of Internal Medicine. General health check-ups: To check or not to check? A question of choosing wisely. Eur J Internal Med 2023;109:1-3. doi:10.1016/j.ejim.2022.12.021.</li> <li>Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al 2021ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42: 3227-37. doi:10.1093/eurheartj/ehac458.</li> <li>Krogstøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1:CD009009. doi:10.1002/14651858.CD009009.pub3.</li> </ol>

**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 la campagna **"Fare di più non significa fare meglio-Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. La campagna 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. La campagna italiana è inserita nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner della campagna: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, 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)

**ITACARE-P** (*Italian Alliance for Cardiovascular Rehabilitation and Prevention*) è una Associazione di Promozione Sociale del Terzo settore. Possono aderire all'Associazione le persone fisiche e gli enti del Terzo settore o senza scopo di lucro che condividono le finalità della stessa e che partecipano alle attività con la loro opera, con le loro competenze e conoscenze. Le attività dell'Associazione sono tese a: 1) promuovere lo sviluppo di studi e ricerche scientifiche nell'ambito dell'epidemiologia, della prevenzione e della riabilitazione delle malattie cardiovascolari a beneficio dei pazienti e della popolazione generale; 2) favorire la diffusione dei medesimi temi a livello della comunità scientifica e non, nazionale e internazionale; 3) promuovere l'attività scientifica, didattica e culturale dei propri soci; 4) favorire la formazione e lo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari nel campo della epidemiologia, prevenzione e riabilitazione delle malattie cardiovascolari. L'Associazione ha come organi l'Assemblea e il Consiglio Direttivo con il rispettivo Presidente, con durata di carica di tre anni. È inoltre presente un Comitato Scientifico per la conduzione supervisionata dei progetti. L'Associazione dispone di un sito internet con web app e di canali social. Sono attive partnership con altre società scientifiche di settore. <https://www.itacarep.it/>