

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

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

1	<p>Non eseguire un test di ricerca di ischemia nel follow-up delle sindromi coronariche croniche nel paziente stabile e asintomatico</p> <p>Nelle sindromi coronariche croniche, a funzione ventricolare sinistra preservata, la rivascularizzazione coronarica ha lo scopo di controllare i sintomi e non incide sulla prognosi. 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.</p>
2	<p>Non prescrivere Antagonisti della Vitamina K se il paziente non ha controindicazione all'uso dei NAO (Nuovi Anticoagulanti Orali o Anticoagulanti Orali Diretti)</p> <p>Il differente meccanismo degli anticoagulanti orali diretti rispetto alla terapia anticoagulante orale tradizionale rende ragione del migliore rapporto rischio/beneficio di questi farmaci associato ad una riduzione delle emorragie intracraniche in ambiti clinici differenti (fibrillazione atriale, tromboembolismo venoso, cardiopatia ischemica cronica ed arteriopatia periferica) ed in differenti tipologie di pazienti, anche fragili (anziani, oncologici, periodo perioperatorio) e con diverse comorbidità (insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete mellito, scompenso cardiaco)</p>
3	<p>Non richiedere sistematicamente un ECG-Holter nei pazienti con cardiopalmo extrasistolico sporadico qualora sia già stata esclusa una cardiopatia strutturale</p> <p>L'ECG dinamico secondo Holter delle 24 h rappresenta uno strumento diagnostico semplice, economico e non invasivo. Nella pratica clinica si assiste spesso a prescrizioni inappropriate. Le palpitazioni rappresentano l'indicazione più comune (fino al 20% delle prescrizioni). L'ECG Holter è indicato nei seguenti gruppi di pazienti con palpitazioni non spiegate: 1) quando la storia clinica, l'esame obiettivo e l'ECG a 12 derivazioni suggeriscono la possibilità di un'aritmia; 2) quando è stata diagnosticata una patologia strutturale cardiaca o una canalopatia, in caso di familiarità di morte improvvisa; 3) quando il paziente necessita di rassicurazione e di una spiegazione dei suoi sintomi; 4) quando è necessario documentare la correlazione sintomo-aritmia.</p>
4	<p>Non controllare routinariamente ogni anno con ecocolorDoppler una stenosi carotidea inferiore al 50%</p> <p>Le cosiddette stenosi "low-grade" rappresentano la quota maggiore (fino al 90%) nelle grandi casistiche osservazionali di "first examinations". In queste la progressione della stenosi è stata calcolata intorno al 7% dei casi. La prescrizione "acritica" e "seriale" di follow-up a un anno mediante ecocolorDoppler di una stenosi carotidea inferiore al 50% non apporta benefici clinici in termine di riduzione dello stroke mentre ben noti sono gli effetti del sovrautilizzo della metodica. La definizione della tempistica del follow-up 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>
5	<p>Non prescrivere benzodiazepine e antidepressivi serotoninergici (SSRI) dopo un evento cardiovascolare acuto senza prevedere una rivalutazione a distanza</p> <p>Le benzodiazepine (BDZ) sono i farmaci più prescritti nei paesi occidentali e fino al 30% dei pazienti a cui viene prescritta durante un ricovero continua ad assumerla a 12 mesi. Le BDZ sono associate ad un incremento di 5 volte di disturbi cognitivi, disturbi psicomotori e sono associate ad un maggior numero di incidenti e cadute, in particolare nei pazienti anziani. In questo ultimi inoltre le BDZ possono causa a breve termine confusione e delirio, per cui dovrebbero essere evitati. A lungo termine infine l'uso delle BDZ come degli antidepressivi serotoninergici (SSRI) determina tolleranza e dipendenza. Chi prescrive questi farmaci in fase acuta deve attenersi ad un principio di cautela limitando il ricorso ai casi di reale necessità, per periodi di tempo adeguati, scoraggiandone l'uso cronico e l'abuso.</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.

Come si è giunti alla creazione della lista

Nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy" promosso da Slow Medicine, il Comitato Scientifico di Itacare-P ha identificato 8 pratiche a elevato rischio di inappropriatezza nell'ambito della Cardiologia Preventiva e Riabilitativa, da cui estrarre quelle più rilevanti per una maggiore diffusione tra professionisti della salute e pazienti. Le 5 raccomandazioni sono state selezionate mediante votazione in una survey online da parte dei Soci di Itacare-P.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. <i>Eur Heart J</i> 2020;41:407-77. 2. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al.; COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. <i>N Engl J Med</i> 2007;356:1503-16. 3. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. <i>New England Journal of Medicine</i> 2020; 382:1395-407.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Steffel J et al; 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation; <i>Eur Heart J</i> 2021; 23, 1612–1676 2. Harel Z, Sood MM, Perl J et al. Comparison of novel oral anticoagulants versus vitamin K antagonists in patients with chronic kidney disease. <i>Current opinion in nephrology and hypertension</i> 2015 Mar;24(2):183-92 3. Vilchez JA, Gallego P, Lip GY et al. Safety of new oral anticoagulant drugs: a perspective. <i>Therapeutic advances in drug safety</i> 2014 Feb;5(1):8-20
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, et al. 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. <i>Heart Rhythm</i> 2017;14:e55-e96. 2. Located ET. New directions for ambulatory monitoring following 2017 HRS-ISHNE expert consensus. <i>J Electrocardiol</i> 2017;50:828-32. 3. Goldberger JJ, Cain ME, Hohnloser SH, et al. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation/Heart Rhythm Society scientific statement on noninvasive risk stratification techniques for identifying patients at risk for sudden cardiac death: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology Committee on Electrocardiography and Arrhythmias and Council on Epidemiology and Prevention. <i>Circulation</i> 2008;118:1497-518 4. Russo V, carbone A, Rago A et al. Elettrocardiogramma dinamico secondo Holter: dalle indicazioni alla refertazione, una guida pratica al corretto utilizzo in cardiologia clinica. <i>G Ital Cardiol</i> 2018; 19 (7): 437-447.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aboyans V, Ricco J-B, Bartelink M-LEL, et al. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). <i>Eur Heart J</i> 2018; 39: 763–816. 2. Kakkos SK, Nicolaidis AN, Charalambous I, et al. Predictors and clinical significance of progression or regression of asymptomatic carotid stenosis. <i>J Vasc Surg</i> 2014; 59: 956-67. 3. Bennet GM, Bluth EI, Larson ML, Luo Q. Recommendations for low-grade carotidstenosi follow-up based on a single-institution data base. <i>J UltrasoundMed</i> 2018; 37: 439–445.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Srisurapanont M. et al. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand. <i>BMC Fam Pract.</i> 2005;6:27. 2. 2019 American Geriatric Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication in use in Older Adult.. https://geriatricsareonline.org/toc/american-geriatrics-society-updated-beers-criteria/CL001 3. Choosing Wisely. Insomnia and anxiety in older people. https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2018/02/Treating-Insomina-And-Anxiety-In-Older-People-AGS.pdf 4. Brandt J et al. Benzodiazepines and Z-drugs: an updated review of major adverse outcomes reported on in epidemiologic research. <i>Drugs RD</i> 2017;493-507 5. Fava G.A. et al. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. <i>Psychoter Psychosom</i> 2015;84:72-81.

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

ITACARE-P (Italian Alliance for Cardiovascular Rehabilitation and Prevention)

è una Associazione di Promozione Sociale del Terzo settore, costituita il 27/09/2021. 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. 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/>