

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**Il Direttore Generale
Franco Rossi**

Protocollo N°. ASS/DIR/02/40507
Data, 17 ottobre 2002

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Delle Aziende USL ed Ospedaliere

Al Commissario Straordinario
Al Direttore Sanitario
Dello II.OO.RR.

Ai Referenti Organizzativi della
Specialistica Ambulatoriale
Delle Aziende USL ed Ospedaliere

LORO SEDI

CIRCOLARE N. 16

Oggetto: Prestazioni di ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori: indicazioni per il controllo dei tempi di attesa e per la definizione di percorsi con priorità di accesso.

Premessa

L' ecocolordoppler vascolare dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori è un esame ad alta efficacia diagnostica utilizzato per valutare condizioni cliniche il cui esito finale favorevole è frequentemente condizionato dalla tempestività della definizione diagnostica.

Il sistema di monitoraggio a livello regionale dei tempi di attesa, sin dal suo avvio nel 1999, comprende tra le prestazioni critiche l' ecocolordoppler vascolare; le Aziende sanitarie, nel corso del triennio, hanno operato per garantirne l'erogazione entro lo standard stabilito di 60 giorni.

Gli interventi di aumento dell'offerta di prestazioni attuati dalle aziende, hanno comportato un incremento del 16% delle prestazioni erogate nel 2001 rispetto al 2000 (per un totale di 183.521 ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori rispetto ai precedenti 164.922), ed hanno determinato un miglioramento progressivo ed uniforme sul territorio regionale dei tempi di attesa per la prestazione. La maggior parte

delle aziende ha inoltre individuato per questa tipologia di esame anche modalità di accesso per l'urgenza ambulatoriale a 7 giorni.

Parallelamente a queste iniziative è stato sviluppato un programma per migliorare l'appropriatezza nell'uso di questo test, definendo criteri comuni in ambito regionale per definire le priorità di accesso alla prestazione, sulla base anche delle esperienze già realizzate dalle aziende ed in coerenza con gli impegni assunti nella circolare regionale n. 9/01 in termini di equità di accesso, in relazione non solo agli ambiti territoriali ma anche alla condizione clinica presentata dal paziente.

Per definire le indicazioni ed i tempi per l'accesso al primo esame ed agli esami successivi (controlli), l'Agenzia Sanitaria Regionale ha affidato ad un Panel multidisciplinare di esperti coordinato dal CeVEAS, l'elaborazione di raccomandazioni specifiche per l'ecocolordoppler vascolare dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori.

Il documento tecnico in allegato riporta la metodologia utilizzata dal Panel, le raccomandazioni all'eco –(color)- doppler vascolare, e l'analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di technology assessment disponibili a livello internazionale e nazionale, nonché delle raccomandazioni clinico- organizzative già elaborate dalle aziende a livello locale.

Obiettivi delle raccomandazioni prodotte sono:

1. Migliorare l'appropriatezza d'uso dell'esame per favorire l'accesso a chi ne ha maggiormente bisogno in tempi garantiti
2. Ridurre i tempi di attesa per l'esecuzione dell'esame quando clinicamente appropriato
3. Migliorare i risultati clinici attraverso una migliore capacità dell'esame di influenzare le decisioni terapeutiche successive mediche e/o chirurgiche.

Sintesi delle priorità di accesso per condizione clinica elaborate dal Panel multidisciplinare di esperti

Il gruppo di esperti ha evidenziato che l'eco –(color)- doppler vascolare non deve considerarsi un esame di screening da applicare alla popolazione generale e che dovrebbe essere richiesto solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi comportamenti assistenziali e/o la qualità di vita del paziente.

Il panel ha poi suddiviso le raccomandazioni in relazione alla appropriatezza ed inappropriata all'uso dell'esame, ed ha individuato, sulla base delle condizioni cliniche, le categorie di priorità di accesso per il primo esame e la cadenza temporale dei controlli/monitoraggio.

Si riporta di seguito l'elenco delle categorie di priorità individuate, rimandando al documento tecnico allegato per l'illustrazione più dettagliata delle condizioni cliniche e delle raccomandazioni specifiche.

A. EMERGENZA VASCOLARE ED URGENZA ENTRO 24 ORE

Nel documento tecnico sono esplicitati due gruppi di condizioni cliniche:

A1. Condizioni che necessitano di invio immediato al P.S.;

- Segni neurologici di attacco ischemico acuto (TIA, ictus) in atto
- Segni clinici di Embolia Polmonare
- Patologia aneurismatica sintomatica
- Ischemia acuta degli arti inferiori

A2. Condizioni che richiedono l'effettuazione dell'esame d'urgenza entro le 24 ore;

- Sospetto clinico di Trombosi venosa profonda (TVP)
- Flebite superficiale di coscia
- Microembolia periferica ("dito blu")

B. URGENZA AMBULATORIALE (ENTRO 7 GIORNI)

per le seguenti condizioni:

Tronco Sopraaortico(TSA):

- TIA carotideo o vertebrale recente (da meno di 30gg e con segni focali secondo la scala di Wells)

Arti Inferiori:

- *Arterioso*: riduzione improvvisa dell'autonomia di marcia o comparsa di lesioni trofiche
- *Venoso*: Flebite superficiale di gamba

C. ESAME DA EFFETTUARE ENTRO 45 GIORNI

per le seguenti condizioni:

Tronco Sopraaortico(TSA):

- Soffi carotidei asintomatici
- Pazienti con cardiopatia ischemica o arteriopatia periferica sintomatica o aneurisma aortico
- Sospetto di Furto della succlavia (gradiente pressorio >30 mmHg tra i due arti)
- Vertigini solo se persistenti nell'ambito di un iter polispecialistico

Arti Inferiori:

- Pazienti con arteriopatia periferica ostruttiva in cui si preveda un trattamento chirurgico e/o endovascolare

D. ESAME DA EFFETTUARE ENTRO 60 GIORNI

per le seguenti condizioni:

Tronco Sopraaortico(TSA):

- Soggetti con multipli fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, diabete, familiarità, fibrillazione atriale) secondo il giudizio clinico-prognostico di gravità delle condizioni associate e se il risultato dell'esame può servire a modificare le scelte terapeutiche

Arti Inferiori:

- Pazienti con sindrome varicosa ai fini della scelta terapeutica medica o chirurgica (con esclusione di teleangectasie e varici reticolari).

F. CONTROLLI/FOLLOW UP

Le condizioni cliniche sopra citate comportano, nella maggior parte dei casi, la necessità di effettuare esami di controllo, in genere riconducibili al percorso specialistico. Il documento specifica in modo puntuale le cadenze temporali dei controlli sia per il TSA che per gli arti inferiori, individuando le diverse categorie di pazienti per tipologia di esame.

Indicatori di monitoraggio

Il gruppo di esperti ha predisposto alcuni strumenti che possono consentire nel tempo di monitorare l'applicazione delle raccomandazioni e di valutarne implicazioni e impatto nella pratica clinica.

Gli strumenti sono:

1. Un modulo di richiesta per il medico prescrittore, in cui sono elencate le indicazioni principali all'esame, secondo un codice-colore basato sulla priorità di accesso proposta dalla linea-guida.
2. Due schede di raccolta dati da compilarsi a cura dei servizi erogatori, nelle quali sono contenute le principali indicazioni all'esame che consentono una valutazione di appropriatezza a posteriori.
3. Indicatori amministrativi, che rilevano i tempi di attesa e il numero di persone in lista di attesa (per classi di età e per sesso).

Applicazione in ambito regionale

Nel corso del 2000 alcune aziende sanitarie della nostra regione hanno partecipato ad un audit utilizzando una scheda di raccolta dati pressochè analoga a quella proposta sopracitata, per una settimana di esami effettuati.

Recentemente (marzo 2002) l'Agenzia Sanitaria Regionale ha realizzato in alcune aziende della regione, una rilevazione i cui risultati saranno presto presentati e discussi alle Aziende. I risultati preliminari evidenziano che il 55% degli esami di Ecodoppler degli Arti Inferiori richiesti come primo esame ed il 23% degli esami richiesti come controllo possono essere definiti appropriati in base ai criteri elaborati dal Panel. Relativamente all'esame dei tronchi sovra-aortici, l'appropriatezza del primo esame è risultata essere del 62%, e per i controlli del 45%.

Si ritiene utile effettuare periodicamente in modo stabile e secondo i criteri elaborati dal Panel, basati sulle linee guida internazionali e nazionali e che già sono stati condivisi da numerose realtà aziendali, un audit strutturato rappresentativo di tutte le

realità regionali. A questo fine viene allegata la scheda di monitoraggio, che tiene conto dei problemi evidenziati dallo studio pilota.

Le Aziende sanitarie sono pertanto invitate ad effettuare, con gli strumenti sopra indicati, verifiche semestrali i cui risultati saranno trasmessi al Servizio Distretti sanitari di questa Direzione.

Distinti saluti.

Franco Rossi

ALLEGATI n. 2:

Schede di raccolta dati

Analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di technology assessment

Allegato n. 1

Schede di raccolta dati:

schede di audit e/o moduli di richiesta (solo nel caso della Scheda 1 e previa aggiunta dei campi cognome/nome del paziente e del medico prescrittore):

Scheda 1 – Modulo di richiesta ECO-(COLOR)-DOPPLER VASCOLARE

Scheda 2 – Scheda Raccolta Dati ECO-(COLOR)-DOPPLER TSA

Scheda 3 – Scheda Raccolta Dati ECO-(COLOR)-DOPPLER ARTI INFERIORI

Allegato n. 2

**ANALISI COMPARATA DELLE LINEE GUIDA E DEI RAPPORTI DI
TECHNOLOGY ASSESSMENT**

ECO-(COLOR)-DOPPLER VASCOLARE DEI TRONCHI SOVRA-AORTICI (TSA) E DEGLI ARTI INFERIORI

ANALISI COMPARATA DELLE LINEE GUIDA E DEI RAPPORTI DI TECHNOLOGY ASSESSMENT

- **Analisi e valutazione linee-guida internazionali e nazionali**
- **Sintesi delle raccomandazioni**
- **Indicatori di monitoraggio**

Luglio 2001

Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria

CeVEAS

Il presente rapporto è stato preparato da:

Panel multidisciplinare

Dr. Stefano Camparini
chirurgo vascolare – Azienda USL Modena
Prof. Sergio Coccheri
angiologo - SIMI – SLAPAV – Policlinico S. Orsola-Malpighi Bologna
Dr. Gioacchino Coppi
chirurgo vascolare – Presidente SICVE - Azienda USL Modena
Dr. Stefano Dughetti
medico di medicina generale – Piacenza
Dr. Guglielmo Fornasari
chirurgo vascolare – Azienda USL Piacenza
Dr. Mauro Gargiulo
chirurgo vascolare – Azienda Ospedaliera – Modena
Prof. Bruno Gossetti
chirurgo vascolare –SIDV-GIUV – Università “La Sapienza” di Roma
Dr.ssa Donata Guidetti
neurologo – Azienda Ospedaliera Reggio-Emilia
Dr. Roberto Lonardi
chirurgo vascolare – Azienda Ospedaliera – Modena
Dr. Ulisse Morelli
Medico di medicina generale – Ravenna
Dr. Massimo Pieratelli
direttore sanitario – Azienda Ospealiera Forlì
Dr. Roberto Spinola
responsabile CSA – Azienda USL Piacenza
Prof. Andrea Stella
chirurgo vascolare – SICVE-SIDV - Azienda Ospedaliera – Modena

CeVEAS

Dr. Nicola Magrini
farmacologo clinico - CeVEAS
Dr.ssa Anna V. Ciardullo
Internista - CeVEAS
Dr.ssa Luciana Ballini
Sociologa - CeVEAS

Il testo del presente rapporto è stato scritto da:

Dr. Nicola Magrini
Dr.ssa Anna V. Ciardullo

*CeVEAS – Centro per la Valutazione
dell’Efficacia dell’Assistenza Sanitaria
Viale Muratori, 201 – 41100 – Modena
Tel. 059.435200 – fax 059.435222
e-mail: n.magrini@ausl.mo.it*

INDICE

Sintesi del documento	4	Bibliografia	12
Capitolo 1 Metodologia	6	Capitolo 3 Analisi comparativa delle linee-guida e dei rapporti di TA disponibili	13
1.a. Reperimento delle linee-guida	6	Sinossi e valutazione metodologica	13
1.b. Valutazione metodologica delle linee-guida internazionali e nazionali	6	Sinossi e valutazione delle raccomandazioni	17
1.c. Valutazione delle raccomandazioni cliniche delle linee-guida internazionali	6	Capitolo 4 Valutazione delle linee-guida prodotte dalle aziende sanitarie locali RER	22
1.d. Costituzione del panel multidisciplinare e sintesi delle raccomandazioni	7	Allegato 1. Modulo per la richiesta	29
1.e. Valutazione delle linee-guida locali RER	7	Allegato 2. Scheda raccolta dati TSA	30
Schema riassuntivo	8	Allegato 3. Scheda raccolta dati	
Capitolo 2 Raccomandazioni per l'eco-(color)-Doppler vascolare	9	Arti Inferiori	31
Premessa	9	Allegato 4. scala di Wells per sospetta TVP, Segni neurologici per la diagnosi di TIA	32
Fattori di rischio per ictus cerebrale	10		
Fattori di rischio per AOC	10		
Obiettivi	10		
Criteri per la definizione delle raccomandazioni	11		
Raccomandazioni generali	11		
Emergenze vascolari da inviare al P.S.			
Senza richiedere esami strumentali	11		
Raccomandazioni specifiche per il primo esame	11		
Raccomandazioni per i controlli/follow-up	11		
Indicatori di Monitoraggio	12		

Sintesi del documento

Premessa

Il presente rapporto è stato commissionato al CeVEAS dalla Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) della Regione Emilia-Romagna e fornisce una valutazione metodologica e una sintesi delle principali raccomandazioni delle linee-guida disponibili sull'uso appropriato dell'eco-(color)-Doppler vascolare.

Obiettivi

- Revisione sistematica delle linee-guida internazionali e nazionali basate sulle indicazioni alla esecuzione di eco-(color)-Doppler.
- Definire le indicazioni ed i tempi per l'accesso al primo esame ed agli esami successivi (controlli).
- Migliorare l'appropriatezza d'uso dell'esame, favorire l'accesso, in tempi garantiti, a coloro per i quali l'esame è indicato.
- Ridurre i tempi di attesa per l'accesso all'esame.

Metodologia

Le fasi seguite nella elaborazione del presente rapporto sono state le seguenti:

- ricerca delle linee-guida disponibili, loro valutazione metodologica, sintesi delle raccomandazioni principali e valutazione comparata del grado di accordo
- analisi degli studi primari e delle metanalisi per l'approfondimento di specifici problemi;
- identificazione di un panel multidisciplinare composto da medici specialisti, medici di medicina generale, medici di direzione sanitaria e da metodologi del CeVEAS;
- discussione e condivisione con i membri del panel dei criteri metodologici e degli obiettivi del presente rapporto;
- stesura di una versione preliminare da parte del gruppo di coordinamento e discussione con il panel;
- stesura del documento finale.

Criteri per la definizione delle raccomandazioni

Le raccomandazioni sono state prodotte sulla base di 2 criteri generali:

1. suddivisione delle raccomandazioni in relazione alla appropriatezza, inappropriata ed eventuali aree di incertezza;
2. differenziazione dei tempi di attesa desiderabili.

Sintesi delle principali raccomandazioni

Sulla base delle linee-guida internazionali e nazionali esaminate, sono state definite le seguenti raccomandazioni:

Raccomandazioni Generali

1. L'Eco-(color)-Doppler vascolare non è raccomandato come screening universale di popolazione.
2. L'Eco-(color)-Doppler vascolare dovrebbe essere richiesto solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi comportamenti assistenziali e/o la qualità di vita del paziente.

Emergenze da inviare al P.S. senza richiedere esami:

- Segni neurologici di attacco ischemico acuto (TIA, ictus) in atto
- Segni clinici di Embolia Polmonare
- Patologia aneurismatica sintomatica
- Ischemia acuta degli arti inferiori

Raccomandazioni Specifiche:

A. Esame da effettuare entro 24 ore:

Arti Inferiori:

- Sospetto clinico di Trombosi Venosa Profonda
- Flebite superficiale di coscia
- Microembolia periferica ("Dito blu")

B. Esame da effettuare entro 7 giorni:

TSA:

- TIA carotideo o vertebrale recente (<30gg)

Arti Inferiori:

- *Arterioso*: riduzione improvvisa dell'autonomia di marcia di recente insorgenza o comparsa di lesioni trofiche
- *Venoso*: flebite superficiale di gamba

C. Esame da effettuare entro 30-45 giorni:

TSA:

- Soffi carotidei asintomatici
- Pazienti con cardiopatia ischemica o arteriopatia periferica sintomatica o aneurisma aortico
- Sospetto furto della succlavia (gradiente >30mmHg)
- Vertigini solo se persistenti

Arti Inferiori:

- Pazienti con arteriopatia periferica ostruttiva in cui si preveda terapia chirurgica e/o endovascolare.

D. Esame da effettuare oltre 45 giorni:

TSA:

- Soggetti con multipli fattori di rischio cardiovascolare secondo il giudizio clinico-prognostico di gravità delle condizioni associate e se il risultato dell'esame può servire a modificare le scelte terapeutiche

Arti Inferiori:

- Pazienti con sindrome varicosa ai fini della scelta terapeutica medica o chirurgica (con esclusione delle teleangectasie e varici reticolari).

Raccomandazioni ai controlli/follow-up:

L'agenda degli esami di controllo riguarda gli specialisti che li richiedono.

TSA:

- Dopo TEA carotidea: controllo a 3-6 mesi, 1 e 2 anni
- Occlusione carotide interna o comune; valutare la controlaterale, se normale a 1 e 2 anni; se stenotica vedi punto successivo.
- Stenosi carotidea nota:

	Stenosi asintomatica	Stenosi sintomatica*
< 50%	Controllo a 1 anno	Controllo ogni 6 mesi
50-70%	Controllo a 6 mesi poi ogni anno	Controllo ogni 3 mesi
>70%	Controllo a 3-6 mesi oppure poi ogni anno	- (chirurgia)

placche ecoprive o ulcerate

* stenosi sintomatica = sintomi emisferici focali congrui con la lesione e comparsi da non più di 12 mesi

Arti Inferiori:

- Pazienti sottoposti a interventi di rivascolarizzazione arteriosa diretta: controllo a 3-6 mesi e poi 1 volta all'anno
- Soggetti con sindrome post-trombotica: solo nel sospetto di reidiva
- Soggetti con trombosi venosa profonda recente: termine della terapia anticoagulante e successivamente annualmente per i successivi 2 anni

Analisi delle linee-guida delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna

Le raccomandazioni sopra riportate sono, in linea di massima, coerenti con le raccomandazioni prodotte da sei aziende sanitarie regionali (Piacenza, Imola, Reggio-Emilia, Cesena, Parma e Modena).

E' risultata apprezzabile la soluzione adottata da diverse ASL di raggruppare le raccomandazioni cliniche, anche mediante l'uso di *codici-colore*, per stabilire le diverse priorità di accesso (anche sulla base delle disposizioni della Direttiva della Regione ER 1296/1998).

Indicatori

Risulta di fondamentale importanza poter valutare la qualità dell'assistenza realmente fornita e quanto questa si discosti o sia in linea rispetto a standard definiti. La definizione di questi standard può essere rappresentata dalle linee-guida *evidence-based*. La definizione di

indicatori utili ad effettuare una valutazione della tipologia dell'assistenza fornita può essere effettuata utilizzando indicatori di processo e (molto più raramente) di esito.

A tal fine sono stati raccolti 3 diversi tipi di strumenti utilizzabili per l'audit di appropriatezza d'uso dell'esame.

- Strumenti di rilevazione *ad hoc* mediante una "scheda raccolta dati" apposita, che specifica le raccomandazioni appropriate ed inappropriate prodotte, per la valutazione della appropriatezza delle prestazioni;
- modulo di richiesta in cui le raccomandazioni sono elencate attraverso l'uso di *codici-colore*; questa modulistica, se informatizzata, potrebbe consentire una valutazione routinaria della appropriatezza e della tipologia delle prestazioni;
- una proposta per la ricetta dei medici di medicina generale (ricettario regionale) di inserire nella richiesta l'indicazione all'esame secondo l'elenco differenziato delle raccomandazioni sopra riportate per consentire al sistema di prenotazione locale di allocare la prestazione da erogare in idonee liste di attesa.

Capitolo 1 Metodologia

1.a. Reperimento delle linee-guida

Sono state raccolte e catalogate tutte le linee-guida prodotte da organismi scientifici nazionali ed internazionali sull'ecocolorDoppler, sull'ictus cerebrale e sulle vasculopatie periferiche.

La ricerca dei documenti è stata eseguita in modo sistematico sia sui siti di linee-guida di agenzie nazionali, agenzie di technology assessment o di autorevoli organismi indipendenti internazionali sia sulle principali banche dati biomediche disponibili: MEDLINE ed EMBASE. Vale la pena sottolineare come le linee-guida prodotte da agenzie nazionali o agenzie di Technology Assessment spesso non sono disponibili su queste banche dati ma è possibile reperirli in linea (solitamente in full-text) sui siti delle agenzie responsabili della loro elaborazione.

Per ogni argomento sono state sviluppate strategie di ricerca delle linee-guida pubblicate (dal 1996 al maggio 2001) utilizzando sia termini controllati (es. MESH) che liberi; la ricerca è stata poi perfezionata applicando limiti in riferimento al tipo di pubblicazione ed alla data.

La fase successiva ha comportato il reperimento dei documenti originali e la loro valutazione metodologica e delle raccomandazioni cliniche attraverso una check-list (v. oltre), sul modello della National Clearinghouse statunitense, semplificata per la parte metodologica ed analitica per la parte del confronto sinottico delle raccomandazioni principali e secondarie. Dal momento che molte linee-guida non sono pubblicate sulle principali riviste scientifiche, ma prodotte da agenzie governative o altri organismi ad esse preposte, si possono reperire spesso in linea; in caso contrario, le abbiamo recuperate attraverso servizi nazionali ed internazionali di *document delivery*.

I principali siti di linee-guida consultati sono stati:

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (già **AHCPR**) – USA
<http://text.nlm.nih.gov/fts/pick?collect=ahcpr&dbName=0&cc=1&t=929011982>

ANAES – Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - (già **ANDEM**) – Francia <http://www.anaes.fr>

RMO – Les References Medicales Opposables – Francia (**ANDEM**)
<http://www.upml.fr/rmo.htm>

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION – Clinical Practice Guidelines – Canada
<http://www.cma.ca/cpgs>

CTFPHC – Canadian Task Force on Preventive Health Care – USA
<http://www.ctfphc.org>

MJA – Clinical Guidelines – Australia
<http://www.mja.com.au/public/guides/guides.html>

NGC – National Guideline Clearinghouse – USA
<http://www.guideline.gov/index.asp>

NHLBI – The National Heart, Lung, and Blood Institute at NIH – USA
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm>

NHS R&D HTA – Health Technology Assessment Programme – Inghilterra
<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk>

NICE – National Institute of Clinical Excellence – Inghilterra
<http://www.nice.org.uk>

NIH – The National Institutes of Health – USA <http://consensus.nih.gov/>

NZGG – New Zealand Guidelines Group – Nuova Zelanda
<http://www.nzgg.org.nz/LIBRARY.CFM>

PRODIGY Guidance – NHS Dept of Health – Inghilterra
<http://www.prodigy.nhs.uk/guidance/list.htm>

SBU – The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care – Svezia
<http://www.sbu.se/sbu-site/index.html>

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network – Scozia
<http://www.sign.ac.uk>

1.b. Valutazione metodologica delle linee-guida internazionali e nazionali

È stata prodotta una comparazione sinottica delle linee-guida internazionali disponibili prodotte negli ultimi 5 anni (dal 1996 in poi); è riportato, ove disponibile, il collegamento ipertestuale con il documento originale.

Il vantaggio di queste tavole sinottiche è soprattutto quello di rendere immediatamente disponibile al lettore una visione sintetica d'insieme delle linee-guida.

Sono stati utilizzati 3 criteri metodologici principali assegnando per ciascuno di essi un segno + ed ottenendo così un **punteggio finale** di tipo analogico, ovvero da un punteggio minimo pari a tre segni meno (-- -) fino ad un punteggio massimo pari a tre segni più (+++).

I criteri utilizzati per valutare la qualità metodologica delle linee-guida sono stati:

- la composizione **multidisciplinare del gruppo di lavoro** che ha prodotto la linea-guida, per la maggiore generalizzabilità e trasferibilità nella pratica clinica delle raccomandazioni prodotte rispetto a gruppi monodisciplinari;
- la presenza di uno schema esplicito di graduazione del livello di evidenza e della forza delle raccomandazioni (**schema di grading**, che comprende la forza e il livello di evidenza/tipo di studi); tale criterio consente sia di graduare o dare priorità alle singole raccomandazioni sia di evidenziare il tipo di studi a sostegno di ogni singola raccomandazione;
- la presenza di un **sistema esplicito di raccolta e valutazione degli studi primari** e di consultazione delle banche dati principali; la ricerca delle evidenze scientifiche deve avvenire in maniera sistematica e riproducibile, esplicitando i metodi utilizzati per evitare che ricerche bibliografiche relative allo stesso argomento producano risultati differenti.

Altre caratteristiche di particolare rilevanza delle linee-guida per l'implementazione e la valutazione sono state:

- presenza di sistemi di monitoraggio e di valutazione di impatto della linea-guida (**indicatori**)
- definizione o proposta di possibili strategie di implementazione suggerita
- particolare importanza è stata attribuita alla forma editoriale dei documenti ed alla presenza di flow-charts tanto da meritare un commento conclusivo a se stante inserito alla fine della *check-list* di valutazione clinica
- presenza di analisi economica
- dichiarazione esplicita di possibili conflitti di interesse.

1.c. Valutazione delle raccomandazioni cliniche delle linee-guida internazionali e nazionali

Tutte le raccomandazioni principali e parte delle secondarie sono state tradotte in italiano e confrontate per le categorie di prevenzione, diagnosi, terapia, follow-up, criteri di accesso e/o di ricovero, ecc.

In questo modo si è offerto ad un lettore medio italiano la possibilità di effettuare confronti tra le diverse linee-

guida e valutarne il grado di consenso o di omogeneità sulle raccomandazioni date.

1.d. Costituzione del panel multidisciplinare e sintesi delle raccomandazioni

La costituzione del panel ha comportato le seguenti fasi:

- l'identificazione dei rappresentanti delle principali società scientifiche attraverso la consultazione dei referenti regionali e nazionali che hanno provveduto alle loro nomine;
- bilanciamento delle figure professionali mediche per garantire una buona rappresentatività delle componenti ospedaliera e territoriale;
- bilanciamento per garantire una buona rappresentatività delle diverse realtà regionali;
- inserimento di figure mediche di organizzazione/direzione sanitaria.

Le fasi seguite nella elaborazione del presente rapporto sono state le seguenti:

Le fasi seguite nella elaborazione del presente rapporto sono state le seguenti:

- ricerca delle linee-guida disponibili, loro valutazione metodologica, sintesi delle raccomandazioni principali e valutazione comparata del grado di accordo
- analisi degli studi primari e delle metanalisi per l'approfondimento di specifici problemi;
- identificazione di un panel multidisciplinare composto da medici specialisti, medici di medicina generale, medici di direzione sanitaria e da metodologi del CeVEAS;
- discussione e condivisione con i membri del panel dei criteri metodologici e degli obiettivi del presente rapporto;
- stesura di una versione preliminare da parte del gruppo di coordinamento e discussione con il panel;
- stesura del documento finale.

1.e. Valutazione delle linee-guida delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna

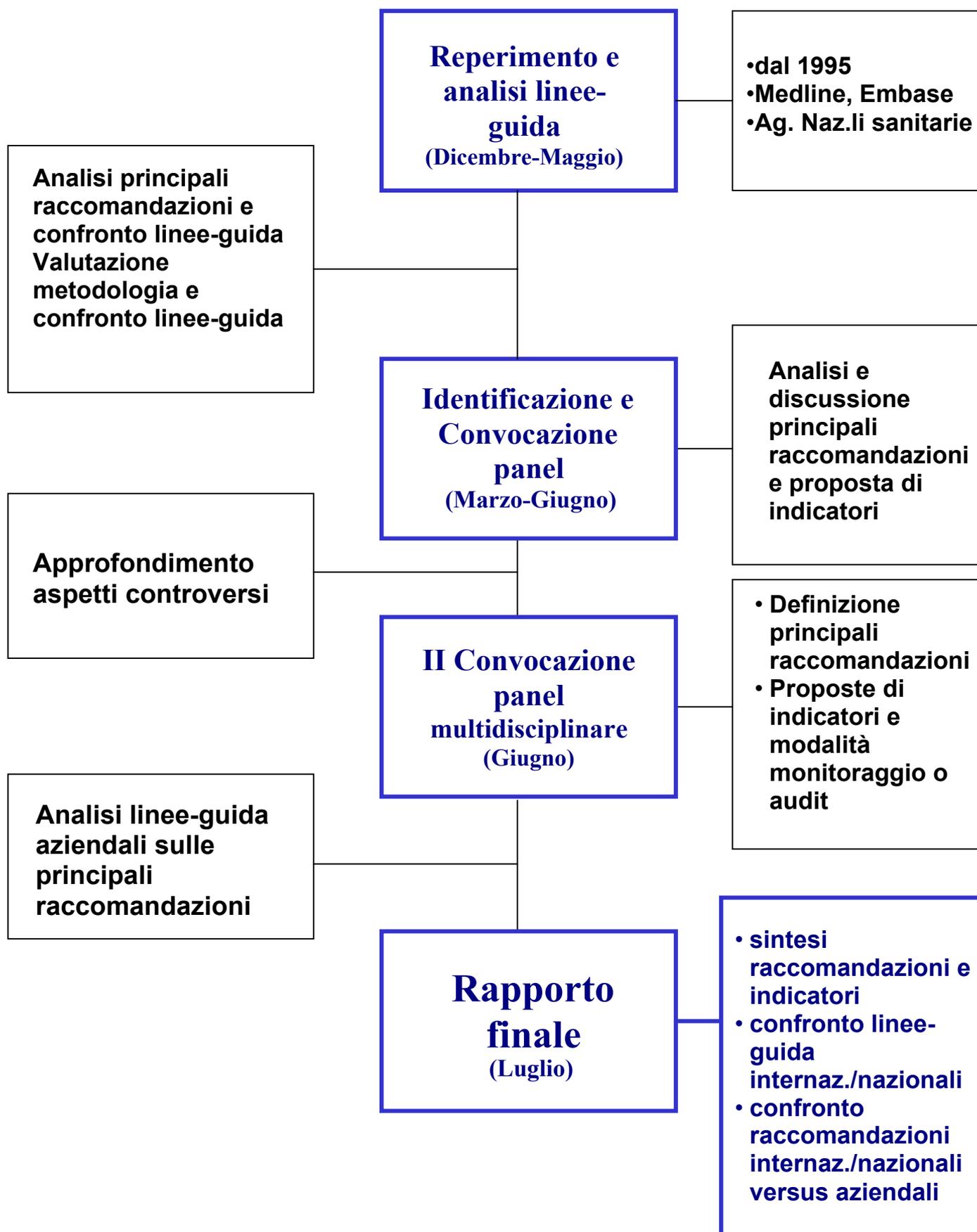
È stata prodotta una comparazione sinottica delle principali raccomandazioni contenute nelle linee-guida prodotte dalle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna ricevute dalla ASR/Ass. Sanità RER.

La valutazione metodologica ha seguito i 3 principali criteri riportati nei paragrafi precedenti (1.b e 1.c).

Particolare attenzione è stata data alla valutazione degli aspetti organizzativi locali ed in particolare del loro grado di validità (*evidence-based*) e di coerenza alle linee-guida principali; inoltre, la presenza di indicatori espliciti di valutazione, criteri per la prioritarizzazione dell'accesso e per la gestione delle liste d'attesa, sono stati oggetto di discussione da parte del panel e, quando valide o utili, riportate nella sintesi generale del documento.

La valutazione delle raccomandazioni cliniche e/o clinico-organizzative presenti in ciascuna linea-guida locale sono state confrontate con le raccomandazioni definite ed accettate dal gruppo di lavoro regionale multidisciplinare a partire dalle linee-guida internazionali disponibili.

SCHEMA RIASSUNTIVO METODOLOGIA DI LAVORO



Capitolo 2

Raccomandazioni all'eco-(color)-Doppler vascolare

A cura del panel multidisciplinare

Premessa

Ictus Cerebrale

L'ictus cerebrale è la terza causa principale di morte.¹ La mortalità e la morbilità dovute all'ictus riguardano principalmente gli adulti più anziani: l'87% di tutti i decessi e il 74% di tutti i ricoveri si verificano in persone di età pari o superiore a 65 anni.² L'ictus può determinare esiti invalidanti neurologici importanti e una serie di complicanze mediche e psicologiche; questa patologia rappresenta dunque un enorme onere per i familiari e per coloro che si prendono cura del malato.

Il miglioramento del trattamento dell'ipertensione arteriosa è stato ritenuto responsabile di oltre il 50% della riduzione nella mortalità da ictus correlata all'età riscontrata dal 1972 a oggi. Gli studi di coorte nella popolazione hanno stabilito che le persone con stenosi carotidea sono a rischio maggiore di un successivo ictus, infarto miocardico (IMA) e morte.³⁻⁴ Il rischio di ictus è massimo per le persone con sintomi neurologici quali l'attacco ischemico transitorio (TIA), ma risulta aumentato anche nelle persone con lesioni asintomatiche. La prevalenza di una stenosi emodinamicamente significativa varia in funzione dell'età e di altri fattori di rischio. Studi di popolazione hanno calcolato che lo 0,5% delle persone nella quinta decade di età e circa il 10% dei soggetti con più di 80 anni abbiano stenosi carotidee maggiori del 50%.⁵

La percentuale di tutti gli ictus attribuibili a pregressa stenosi carotidea asintomatica sembra comunque essere alquanto ridotta. In uno studio condotto su 250 pazienti di età superiore a 60 anni colpiti da infarto cerebrale solo il 13% aveva una stenosi carotidea omolaterale pari o superiore al 70%.⁶

La diagnosi precoce della stenosi carotidea asintomatica presenta vari vantaggi. La consapevolezza della diagnosi può motivare i pazienti a modificare altri fattori di rischio (per esempio l'ipertensione, il fumo e l'inattività fisica). L'intervento di endoarteriectomia carotidea in alcuni individui può prevenire successivi infarti cerebrali distali all'ostruzione. Infine, i farmaci anti-aggreganti (aspirina e ticlopidina) possono ridurre il rischio di ictus nei soggetti asintomatici con stenosi carotidea.

Il primo sintomo della stenosi carotidea in alcuni pazienti può comunque essere un ictus irreversibile. Un certo numero di studi ha esaminato se interventi in persone asintomatiche possano ridurre la successiva incidenza di ictus con esito non fatale o fatale. Un soffio carotideo è un buon indicatore di patologia vascolare ma è un debole elemento predittivo di un eventuale ictus ischemico che potrebbe verificarsi nell'area di distribuzione dell'arteria. La percentuale di persone con soffi asintomatici che verrà successivamente colpita da ictus è bassa: l'incidenza annuale di ictus omolaterale al soffio, non preannunciato da un TIA, è solo dell'1-3%.⁷⁻¹⁰ Gradi maggiori di stenosi (documentati dalla ultrasonografia) sono associati a un rischio aumentato di eventi neurologici pari al 5-7% all'anno per stenosi grave o per occlusione totale.¹¹⁻¹² Tuttavia nei soggetti colpiti da ictus il grado di stenosi carotidea non sempre è predittivo del rischio di infarto cerebrale o della sua localizzazione.¹³ Le lesioni carotidee possono essere più predittive di un'aterosclerosi

generalizzata che di ictus su base aterotrombotica; gli individui con un'ateromasia carotidea hanno maggior probabilità di morire per cardiopatia ischemica che per un evento cerebrovascolare.³⁻⁴

Arteriopatia Periferica

La diffusione della arteriopatia periferica (AP) aumenta progressivamente con l'età. Si stima che il 12-17% della popolazione di età superiore a 50 anni sia affetta da AP.¹⁴⁻¹⁷ L'aumento della mortalità è stato ben documentato in pazienti con AP, malattia fortemente associata alla coronaropatia, con cui condivide molti dei fattori di rischio.^{14-15, 18-22}

Sebbene soltanto una piccola percentuale dei soggetti con AP e *claudicatio intermittens* sviluppi ulcere cutanee o presenti perdita di un arto, il dolore e l'invalidità spesso limitano la deambulazione e, nel complesso, la qualità di vita.¹⁴⁻¹⁸ I fumatori, le persone affette da diabete mellito o da ipertensione hanno un rischio più elevato di arteriopatia periferica.^{14,18,23} Circa il 50% di tutte le amputazioni è dovuto a AP diabetica.¹⁴

Poiché una AP viene trattata chirurgicamente solo in pazienti sintomatici, l'importanza della diagnosi precoce di una AP asintomatica risiede fondamentalmente nel fatto che la modificazione dei fattori di rischio dopo la diagnosi potrebbe ridurre ulteriormente la morbilità e la mortalità da AP e da malattia aterosclerotica sistemica. Data la sua stretta associazione con l'arteriosclerosi coronarica e con eventi coronarici, la diagnosi precoce di AP potrebbe anche consentire di individuare una cardiopatia ischemica asintomatica.²⁴

Alcuni interventi sono vantaggiosi in persone sintomatiche. È stato documentato, per esempio, che nei pazienti che hanno smesso di fumare si evidenziano un marcato miglioramento della sintomatologia della AP e una riduzione complessiva della mortalità cardiovascolare.²⁵

Può essere utile anche la somministrazione di alcuni farmaci antitrombotici.²⁶ Non si sa se i programmi terapeutici adottati per pazienti sintomatici siano ugualmente efficaci in quelli asintomatici. Essi comprendono fra l'altro l'attività fisica moderata (camminate), il controllo del peso e della pressione sanguigna, la correzione di elevati livelli serici di lipidi e glucosio, l'adeguata cura delle estremità inferiori e la somministrazione di alcuni farmaci.

Ogni intervento rivolto ai pazienti ha come obiettivo principale la prevenzione delle malattie vascolari: ictus, arteriopatie periferiche, trombosi venosa profonda.

La prevenzione primaria delle malattie vascolari è rivolta all'individuo che ancora non ha registrato eventi, mentre in chi ha già subito un evento si deve parlare di prevenzione secondaria o di trattamento.

L'anamnesi e l'esame obiettivo sono essenziali per la valutazione del rischio assoluto cardiovascolare individuale.

Una valutazione dei pazienti a rischio è utile per:

- confermare il sospetto diagnostico;
- stimare il rischio di evento maggiore;
- decidere se istituire un trattamento farmacologico o chirurgico.

L'ecocolorDoppler è l'esame strumentale più utile. Tuttavia, anche se permette di diagnosticare e definire le caratteristiche morfo-evolutive delle lesioni stenotiche e/o occupanti il lume vasale, è soltanto uno dei fattori che devono essere presi in considerazione per definire il rischio vascolare globale.

Vi è oggi unanime consenso nell'affermare che l'ecocolorDoppler vascolare **non è consigliato come "screening" universale** da applicare alla popolazione generale.¹

Per questo motivo è indispensabile promuovere un **uso appropriato dell'esame** per sottoporre all'indagine chi può trarne reale giovamento e per ridurre gli attuali lunghi tempi di attesa.

L'identificazione delle categorie a rischio elevato assume un ruolo di primo piano quale prerequisito essenziale per le decisioni diagnostiche e terapeutiche. E' pertanto rilevante definire quali siano i **fattori di rischio potenzialmente modificabili**.

Fattori di rischio per ictus cerebrale

I fattori di rischio per vasculopatie sono di due tipi:

1. Fattori Non Modificabili

Età avanzata

Familiarità

2. Fattori Potenzialmente Modificabili

Iperensione

Pregresso TIA

Diabete

Ipercolesterolemia

Fumo

Malattia coronarica

Fibrillazione atriale

Fattori di rischio per l'arteriopatia obliterante cronica periferica (AOCP):

Diabete

Iperensione

Ipercolesterolemia

Fumo di sigarette

Iperfibrinogenemia

Ridotta tolleranza al glucosio

Iperomocisteinemia

Fattori genetici.

L'associazione di più fattori di rischio aumenta l'incidenza di base di ischemia critica (es: pz 65 anni, fumatore, PAS>190, Colesterolo>300, presenza di intolleranza al glucosio: rischio =3.7%; se non fumatore: rischio=1.5%).

Obiettivi delle raccomandazioni

Le raccomandazioni sono state formulate con i seguenti obiettivi:

1. Migliorare l'appropriatezza d'uso dell'esame per favorire l'accesso a chi ne ha maggiormente bisogno in tempi garantiti

2. Ridurre i tempi di attesa per l'esecuzione dell'esame quando clinicamente appropriato

3. Prevenire le malattie vascolari attraverso una potenziata capacità del risultato dell'esame di influenzare le decisioni terapeutiche successive mediche e/o chirurgiche.

Criteri per la definizione delle raccomandazioni

Le raccomandazioni sono state prodotte sulla base di 2 criteri generali:

- suddivisione delle raccomandazioni in relazione alla appropriatezza, inappropriatezza ed eventuali aree di incertezza;

- scansione differenziata dei tempi di attesa desiderabili. Un esame è **appropriato** quando ci sono prove della sua efficacia e se viene applicato a persone per le quali è stato dimostrato un beneficio superiore al danno. Un esame è **inappropriato** quando ci sono prove della sua inefficacia/inutilità e se viene applicato a persone per le quali è stato dimostrato un danno superiore al beneficio.

Raccomandazioni Generali

- L'Eco-(color)-Doppler vascolare non è raccomandato come screening universale di popolazione.
- L'Eco-(color)-Doppler vascolare dovrebbe essere richiesto solo quando il risultato dell'esame può modificare i successivi comportamenti assistenziali e/o la qualità di vita del paziente

Emergenze vascolari da inviare direttamente al Pronto Soccorso senza richiesta di esami strumentali specifici

- Segni neurologici di attacco ischemico acuto (TIA, ictus) in atto
- Segni clinici di Embolia Polmonare
- Patologia aneurismatica sintomatica
- Ischemia acuta degli arti inferiori

Raccomandazioni specifiche per il primo esame

A. esame da effettuare entro 24 ore	B. esame da effettuare entro 7 giorni	C. esame effettuare entro 30-45 giorni	D. esame effettuare oltre 45 giorni
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospetto clinico Trombosi Venosa Profonda (TVP) (scala di Wells - Allegato 4) ▪ Flebite superficiale di coscia ▪ Microembolia periferica ("dito blu") 	<p><u>TSA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TIA carotideo o vertebrale recente (<30gg) (segni focali - Allegato 4) <p><u>Arti Inferiori:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Arterioso:</i> riduzione improvvisa dell'autonomia di marcia o comparsa di lesioni trofiche ▪ <i>Venoso:</i> Flebite superficiale di gamba 	<p><u>TSA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soffi carotidei asintomatici ▪ Pazienti con cardiopatia ischemica o arteriopatia periferica sintomatica o aneurisma aortico ▪ Sospetto di Furto della succlavia (gradiente pressorio >30 mmHg tra i due arti) ▪ Vertigini solo se persistenti nell'ambito di un iter polispecialistico <p><u>Arti Inferiori:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti con arteriopatia periferica ostruttiva in cui si preveda un trattamento chirurgico e/o endovascolare 	<p><u>TSA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soggetti con multipli fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, diabete, familiarità, fibrillazione atriale) secondo il giudizio clinico-prognostico di gravità delle condizioni associate e se il risultato dell'esame può servire a modificare le scelte terapeutiche <p><u>Arti Inferiori:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti con sindrome varicosa ai fini della scelta terapeutica medica o chirurgica (con esclusione di teleangectasie e varici reticolari)

Raccomandazioni per i controlli/follow-up

Gli esami di controllo vengono generalmente richiesti dallo specialista che effettua l'esame.

TSA:

- Pazienti sottoposti a tromboendarterectomia (TEA) carotidea: controllo a 3 - 6 mesi, a 1 anno e 2 anni
- In caso di occlusione della carotide interna o della carotide comune:
 - valutare la carotide controlaterale, se normale: controllo a 1 e 2 anni
 - valutare la carotide controlaterale, se stenotica: secondo i criteri sotto riportati per la stenosi carotidea nota
- Stenosi carotidea nota:

	Stenosi asintomatica	Stenosi sintomatica*
< 50%	Controllo a 1 anno	Controllo ogni 6 mesi
50-70%	Controllo a 6 mesi poi ogni anno	Controllo ogni 3 mesi
>70% oppure placche ecoprive o ulcerate	Controllo a 3-6 mesi poi ogni anno	- (chirurgia)

* stenosi sintomatica = sintomi emisferici focali congrui con la lesione e comparsi da non più di 12 mesi

Arti Inferiori:

- Pazienti sottoposti a interventi di rivascolarizzazione arteriosa diretta: controllo a 3-6 mesi e poi 1 volta all'anno
- Soggetti con sindrome post-trombotica: solo nel sospetto di redivida
- Soggetti con trombosi venosa profonda recente: termine della terapia anticoagulante e successivamente annualmente per i successivi 2 anni

Indicatori di monitoraggio

È importante che l'applicazione di queste raccomandazioni venga monitorata nel tempo attraverso indicatori idonei a valutarne le implicazioni e l'impatto sulla pratica clinica.

A tal fine sono stati raccolti diversi tipi di strumenti utilizzabili per l'audit di appropriatezza d'uso dell'esame.

Indicatori amministrativi

- N. Persone in Lista d'attesa (% per classi di età e per sesso)
- Tempi di attesa

Indicatori di appropriatezza

- E' possibile una definizione dell'accesso attraverso un modulo di richiesta ad hoc in cui sono chiaramente elencati con un codice-colore le modalità di accesso temporizzate sulla base delle indicazioni principali. Questo modulo permette anche una valutazione del tipo e della appropriatezza delle richieste (**allegato 1**). Se tale proposta dovesse incontrare difficoltà in termini di ricaduta/accettazione da parte dei medici prescrittori, anche perché non si potrebbe eliminare la prescrizione su ricettario regionale, si potrebbero raggiungere i medesimi obiettivi mediante un sistema in cui il prescrittore (MMG o specialista) specifici sulla ricetta l'indicazione (presa dal presente elenco di criteri regionali) che troverà corrispondenza in un analogo elenco di indicazioni distribuito al CUP grazie al quale la richiesta verrà suddivisa secondo le tre categorie: primo esame da erogare entro 24 ore, entro 7 giorni, programmabile, controlli.
- È possibile una valutazione della appropriatezza *a posteriori* attraverso audit a campione temporale utilizzando indicatori costruiti sulla base delle principali raccomandazioni prodotte e riportate su una apposita "scheda raccolta dati" (**allegati 2 e 3**).

A titolo di esempio, un audit di questo tipo è stato condotto nella regione Emilia-Romagna nel 2000 con la partecipazione volontaria di alcune aziende sanitarie (in particolare Bologna, Modena, Parma, Piacenza e Cesena). I risultati delle indagini campionarie (una settimana di esami effettuati) hanno evidenziato tassi relativamente bassi di utilizzo della metodica secondo le indicazioni definite come appropriate. Per quanto riguarda l'eco-(color)-Doppler TSA sono stati richiesti in modo appropriato approssimativamente il 27% del totale; gli eco-(color)-Doppler degli arti inferiori richiesti per in modo appropriato sono stati circa il 42% del totale.

Sarebbe pertanto utile effettuare in modo stabile e secondo criteri condivisi (come quelli proposti dal Panel) un audit strutturato rappresentativo delle diverse realtà regionali.

Bibliografia

1. Screening for asymptomatic carotid artery stenosis and peripheral vascular diseases – US Task Force CPG 1996 - United States Preventive Services Task Force (USPSTF) – Federal Government Agency [U.S.] – 1996
2. Centers for Disease Control. Cerebrovascular disease mortality and Medicare hospitalization-United States, 1980-1990. MMWR 1992;41:477-480
3. Matchar DB, McCrory DC, Barnett HJM, et al. Medical treatment for stroke prevention. Ann Intern Med 1994;121:41-53
4. Wolf PA, Kannel WB, Sorlie P, et al. Asymptomatic carotid bruit and risk of stroke: the Framingham study. JAMA 1981;245:1442-1445
5. Warlow C. Endarterectomy for asymptomatic stenosis? Lancet 1995;345:1254-1255
6. Amarenco P, Cohen A, Tzourio C, et al. Atherosclerotic disease of the aortic arch and the risk of ischemic stroke. N Engl J Med 1994;331:1474-1479
7. Chambers BR, Norris JW. Outcome in patients with asymptomatic neck bruits. N Engl J Med 1986;315: 860-865
8. Bogousslavsky J, Despland PA, Regli F. Asymptomatic tight stenosis of the internal carotid artery: long-term prognosis. Neurology 1986;36:861-863
9. Meissner I, Wiebers DO, Whisnant JP, et al. The natural history of asymptomatic carotid artery lesions. JAMA 1987;258:2704-2707
10. Hennerici M, Hulsbomer HB, Heftler H, et al. Natural history of asymptomatic extracranial arterial disease: results of a long-term prospective study. Brain 1987;110:777-791
11. Nicholls SC, Bergelin RO, Strandness DE. Neurologic sequelae of unilateral carotid artery occlusion. J Vasc Surg 1989;10:542-548
12. Cote R, Barnett HJ, Taylor DW. Internal carotid artery occlusion: a prospective study. Stroke 1983;14: 898-902
13. Yatsu FM, Fields WS. Asymptomatic carotid bruit: stenosis or ulceration, a conservative approach. Arch Neurol 1985;42:383-385
14. Strandness DE, Didisheim P, Clowes AW, et al, eds. Vascular diseases: current research and clinical applications. Orlando, FL: Grune and Stratton, 1987
15. Criqui MH, Fronck A, Barrett-Connor E, et al. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. Circulation 1985;71:510-515
16. Lombardi G, Polotti R, Polizzi N, et al. Prevalence of asymptomatic peripheral vascular disease in a group of patients older than 50. J Am Geriatr Soc 1986;34:551-552
17. Fowkes FGR, Housley E, Cawood EHH, et al. Edinburgh artery study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. Int J Epidemiol 1991;20:384-392
18. Vogt MT, Cauley JA, Newman AB, et al. Decreased ankle/arm blood pressure index and mortality in elderly women. JAMA 1993;270:465-469
19. Kannel WB, McGee DL. Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham study. J Am Geriatr Soc 1985;33:13-18
20. Criqui MH, Fronck A, Klauber MR, et al. The sensitivity, specificity, and predictive value of traditional clinical evaluation of peripheral arterial disease: results from noninvasive testing in a defined population. Circulation 1985; 71:516-522
21. Criqui MH, Coughlin SS, Fronck A. Noninvasively diagnosed peripheral arterial disease as a predictor of mortality: results from a prospective study. Circulation 1985;72:768-773
22. Krupski WC. The peripheral vascular consequences of smoking. Ann Vasc Surg 1991;5:291-304
23. McGill HC. The cardiovascular pathology of smoking. Am Heart J 1988;115:250-257
24. Moneta GL, Strandness DE. Peripheral arterial duplex scanning. J Clin Ultrasound 1987;15:645-651
25. Jonason T, Bergstrom R. Cessation of smoking in patients with intermittent claudication: effects on the risk of peripheral vascular complications, myocardial infarction and mortality. Acta Med Scand 1987; 221:253-260
26. Arcan JC, Blanchard J, Boissel JP, et al. Multicenter double-blind study of ticlopidine in the treatment of intermittent claudication and the prevention of its complications. Angiology 1988;39:802-811

Capitolo 3

Analisi comparata delle linee-guida e dei rapporti di technology assessment disponibili internazionali e nazionali

1. SPREAD – Ictus Cerebrale: linee guida italiane - ANCE-ANMCO-ICAMM-SICVE-SIC-SID-SIF-SIGG-SIGO-SIIA-SIMGSIMI-SIN-SINS-SIPIC-SIPV-SISET-SNO-ALICE-ALT – 1999 (aggiorn. 2001)
2. Nuzzaci G, Gossetti B, Antignani PL, et al e Consiglio Direttivo Società Italiana di Diagnostica Vascolare. Procedure Operative per Indagini Diagnostiche Vascolari – Bollettino della SIDV– GIUV. *Minerva Cardioangiologica* 2000;48:303-355
3. Pedrini L, Spartera C, Ponzio F, et al e consiglio direttivo SIAPAV. Definizione dei Percorsi Diagnostici-Terapeutici nelle arteriopatie ostruttive croniche periferiche. Linee Guida Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare (SIAPAV). *Minerva Cardioangiologica* 2000;48:277-302
4. Società Italiana di Chirurgia Vascolare e Endovascolare. Linee Guida SICVE – *Giornali Italiano di Chirurgia Vascolare* 2000;7:S1-S70
5. Screening for asymptomatic carotid artery stenosis and peripheral vascular diseases – US Task Force CPG 1996 - United States Preventive Services Task Force (USPSTF) – Federal Government Agency [U.S.] – 1996
6. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC) Working Group. Management of peripheral arterial disease (PAD). *J Vasc Surg* 2000; 31:S1-S296
7. Practice Guidelines for the Use of Imaging in Transient Ischemic Attacks and Acute Stroke A Report of the Stroke Council, American Heart Association - Stroke Council of the American Heart Association – 1997
8. Prevention of a First Stroke. A Review of Guidelines and a Multidisciplinary Consensus Statement From the National Stroke Association - National Stroke Association's (NSA's) -Stroke Prevention Advisory Board - Cedars-Sinai Health System Department of Health Services Research – 1999

Sinossi e valutazione metodologica delle linee-guida su **ECODOPPLER VASCOLARE**

TITOLO	<u>SPREAD – Ictus Cerebrale: linee guida italiane</u>	<u>Procedure Operative per Indagini Diagnostiche Vascolari</u>	<u>Definizione dei Percorsi Diagnostici-Terapeutici nelle A.O.P. SIAPAV</u>	<u>Linee-guida SICVE</u>	<u>Screening for asymptomatic carotid artery stenosis – US Task Force CPG 1996</u>	<u>Management of peripheral arterial disease (PAD) 2000</u>	<u>Practice Guidelines for the Use of Imaging in Transient Ischemic Attacks and Acute Stroke A Report of the Stroke Council, American Heart Association</u>	<u>Prevention of a First Stroke A Review of Guidelines and a Multidisciplinary Consensus Statement From the National Stroke Association 1999</u>
Organismo e Anno di produzione	ANCE-ANMCO-ICAMM-SICVE-SIC-SID-SIF-SIGG-SIGO-SIIA-SIMGSIMI-SIN-SINS-SIPIC-SIPV-SISET-SNO-ALICE-ALT – 1999 (aggiorn. 2001)	SIDV– GIUV 2000	Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare 2000	Società Italiana di Chirurgia Vascolare e Endovascolare – SICVE 2000	United States Preventive Services Task Force (USPSTF) - Federal Government Agency [U.S.] 1996	TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC) Working Group 2000	Stroke Council of the American Heart Association 1997	National Stroke Association's (NSA's) - Stroke Prevention Advisory Board - Cedars-Sinai Health System Department of Health Services Research 1999
CATEGORIA	Diagnosi - Trattamento – Prognosi - Riabilitazione	Diagnosi	Diagnosi – Trattamento - Follow-Up	Diagnosi - Trattamento - Prognosi	Screening	Diagnosi - Trattamento - Prognosi	Diagnosi	Prevenzione
Gruppo Multidisciplinare	SI: esperti di tutte le associazioni e società scientifiche in elenco	Viene dichiarato un approccio multidisciplinare	Il gruppo è formato da 14 medici di cui non sono indicate le specialità	NO	Membri della US Task Force afferenti dalla medica interna/generale e dai dipartimenti di prevenzione/sanità pubblica	SI: esperti di tutte le associazioni e società scientifiche in elenco	SI: neurologi, angiologi, neuroradiologi	SI: 9 neurologi, 2 cardiologi, 1 medico di famiglia, 1 infermiere, 1 clinico, 2 esperti di servizi sanitari

<p>SCHEMA DI GRADING</p>	<p>Peso della raccomandazione: Indicata: tecnica diagnostica o terapia indispensabile in tutti i casi Non Indicata: tecnica diagnostica o terapia non consigliabili Indicata solo: tecnica diagnostica o terapia da adottare in sottogruppi di pazienti (specificandoli) Ottimale: tecnica o terapia utile ma attuabile solo in centri specializzati Integrativa: tecnica che porta ad una maggiore conoscenza delle cause In sospenso: tecnica sulla quale non è possibile dare un giudizio definitivo</p> <p>Forza della raccomandazione: grado A = Livello I: lavori controllati, randomizzati, con bassi falsi positivi e falsi negativi grado B = Livello II: lavori controllati, randomizzati, con alti falsi positivi e falsi negativi grado C = Livello III: lavori non randomizzati contemporanei a studi di coorte = Livello IV: studi di coorte, non randomizzati, e con controlli storici = Livello V: serie di casi aneddotici</p>	<p>PESO RACCOMANDAZIONE: indicata: indagine diagnostica indispensabile in tutti i casi non indicata: indagine diagnostica non consigliabile indicata solo: indagine da adottare in sottogruppi di pazienti (specificandoli) ottimale: indagine utile ma attuabile solo in alcuni centri integrativa: indagine che porta a maggiori conoscenze in sospenso: indagine sulla quale non è possibile dare un giudizio definitivo obsoleta: indagine che non dovrebbe essere eseguita a scopo diagnostico per la scarsa affidabilità. Non ne viene escluso il valore per studi scientifici mirati complementare: indagine, come l'integrativa, che completa le conoscenze in particolari distretti vascolari o condizioni anatomico-patologiche o cliniche FORZA RACCOMANDAZIONE: A = livello I: Trial clinico randomizzato di alto valore statistico o meta-analisi B = livello II: Trial clinico randomizzato con più basso valore statistico C = livello III: Studi di singoli gruppi non randomizzati livello IV: Studi descrittivi o di casistica livello V: Rapporti su singoli casi</p>	<p>NO</p>	<p>Livello di Evidenza: Ia: Evidenza ottenuta da meta-analisi di studi clinici randomizzati controllati (RCTs) Ib: Evidenza ottenuta da almeno un RCT Ia: Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato ben disegnato senza randomizzazione Ib: Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi-sperimentale ben disegnato III: Evidenza ottenuta da studi descrittivi non-sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, di correlazione e di casi IV: Evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli Forza della Raccomandazione: Grado A: (=Livelli di Evidenza Ia, Ib) richiede almeno un RCT come parte dell'insieme di letteratura di complessiva buona qualità e consistenza che suggerisce specifiche raccomandazioni Grado B: (=Livelli di Evidenza IIa, IIb, III) richiede disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCTs sui temi della raccomandazione Grado C: (=Livello di Evidenza IV) richiede evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità</p>	<p>Criteri di Efficacia dei Test di screening - accuratezza dei test di screening - efficacia della diagnosi precoce Livello di evidenza I: Prove raccolte da almeno uno studio randomizzato e adeguatamente controllato. II-1: Prove raccolte da studi con un adeguato disegno sperimentale senza randomizzazione. II-2: Prove raccolte da studi analitici caso-controllo o di coorte basati su un adeguato disegno sperimentale, condotti preferibilmente da più di un centro o gruppo di ricerca. II-3: Prove raccolte in serie storiche multiple con o senza intervento. Possono rientrare in questa categoria anche risultati estremamente rilevanti di esperimenti non controllati (come per esempio i risultati dell'introduzione del trattamento con la penicillina negli anni quaranta). III: Opinioni espresse da autorità riconosciute basate sull'esperienza clinica; studi descrittivi e relazioni di casi o indicazioni di comitati di esperti. Forza raccomandazioni A. Vi sono prove convincenti per raccomandare lo screening. B. Vi sono prove sufficienti per raccomandare lo screening C. Vi sono prove insufficienti a favore della raccomandazione, ma si può raccomandare di farlo per altre ragioni. D. Vi sono prove sufficienti per non raccomandare lo screening E. Vi sono prove convincenti per non raccomandare lo screening</p>	<p>NO</p> <p>Schema utilizzato nelle Consensus Conference degli NIH statunitensi</p>	<p>Livello di Evidenza: I: evidenza da uno o più studi clinici ben disegnati di una ampia popolazione usando un gold standard come test riferimento in una appropriata valutazione in cieco II: evidenza da uno o più studi clinici ben disegnati di una popolazione ristretta usando un test di riferimento in una appropriata valutazione in cieco III: evidenza da opinione degli esperti, controlli storici non randomizzati o serie di casi Forza raccomandazioni: A: forte raccomandazione positiva, basata su evidenza I o II B: raccomandazione positiva, basata su evidenza II C: raccomandazione positiva, basata su forte consenso III D: raccomandazione negativa, basata su evidenza inconclusiva o conflittuale II E: forte raccomandazione negativa, basata su evidenza di non efficacia o mancanza di efficacia I o II</p>	<p>NO</p> <p>Lo spettro delle raccomandazioni evidence-based è stato valutato criticamente ed il rango più alto è stato attribuito agli studi clinici controllati randomizzati ed alle meta-analisi.</p>
---------------------------------	--	---	------------------	--	---	---	--	---

Bibliografia Ricerca delle Fonti Metodi di Revisione	Aggiornata al 1999 Banche Dati: Medline, Cochrane library peer-review esterna Revisione sistematica	Aggiornata al 1999 Banche Dati: Medline, Cochrane library consensus	Manca Bibliografia nel documento on-line Metodi non dichiarati	Aggiornata al 1999 Banche Dati: Non dichiarate consensus	Aggiornata al 1996 Banche Dati: Medline, AIDSLNIE, CANCERLIT, PSYCHINFO peer-review interna Revisione sistematica	Aggiornata al 1998 Banche Dati: non dichiarato, consensus Revisione sistematica	Aggiornata al 1997 Banche Dati: Medline, peer-review interna Revisione sistematica	Aggiornata al 1997 Banche Dati: Medline consensus
ANALISI ECONOMICA	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
CONFLITTO DI INTERESSI	Non Dichiarato La segreteria scientifica e organizzativa è stata affidata ad una società di capitali (Health Alliance s.r.l.) e la pubblicazione del volume è stata finanziata dalla Bayer SpA	Non Dichiarato	Non Dichiarato	Non Dichiarato	NO	E' dichiarato il finanziamento ricevuto da una industria farmaceutica	NO	Non Dichiarato
E' prevista la revisione:	SI entro il 2004	Non dichiarato	Non dichiarato	Si al bisogno	SI nel 2002	NO	NO	NO
STRATEGIA DI IMPLEMENTAZIONE	Diffusione tramite: pieghevole di presentazione con raccomandazioni essenziali sintesi raccomandazioni in scenario medico concreto volume completo con tutto il materiale documento informatico Implementazione: si prevede di sottoporre queste LLGG a un periodo di conferma pratica di validità su un campione rappresentativo del territorio e della popolazione, con la collaborazione di medici specialisti, di matrice interventistica o chirurgica, e di medicina generale.	Il testo verrà diffuso in supporto cartaceo, come supplemento del Bollettino della Società, e mediante i normali canali di informazione. Le presenti linee guida sono state consegnate ai consigli Direttivi delle seguenti Società Scientifiche: Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare - SICVE Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare - SIAPAV Collegio Italiano di Flebologia - CIF	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Indicatori di Monitoraggio e Valutazione	I criteri di <i>outcome</i> (da definire) dovranno essere rilevati al baseline e al termine del periodo di applicazione	Si prevede di sottoporre periodicamente a revisione queste linee guida utilizzando laboratori certificati sul territorio, e medici specialisti.	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DISPONIBILITÀ DEL FULL-TEXT online	SI http://www.spread.it	SI http://www.siapav.org/pdf/SIDVSintesi.pdf	SI www.siapav.org	SI http://www.sicve.org	SI http://odphp.osophs.dhs.gov/pubs/guidecps/ ediz. Italiana: www.pnlg.it	SI solo abstract http://www.harcourthealth.com/scripts/om.dll/serv	SI http://stroke.ahajournal.org/cgi/content/full/28/7/1480	SI http://jama.ama-assn.org/issues/v281n12/full/jst80021.html
DOCUMENTI ACCOMPAGNATORI	Versione sintetica	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

<p>Giudizio BD-CeVEAS METODOLOGI A</p>	<p>++- Il documento è molto voluminoso ed onnicomprensivo di tutti gli aspetti inerenti all'ictus cerebrale. Le raccomandazioni sono abbastanza chiare, ma poco dettagliate. E' prevista una strategia di implementazione secondo un progetto pilota di cui non è reperibile</p>	<p>++- Viene dichiarato un approccio multidisciplinare, ma la composizione del panel non è specificata; manca il rappresentante degli utenti. Le raccomandazioni sono chiare. Sono molto utili le procedure operative e le proposte di refertazione per ciascun tipo di esame</p>	<p>++- La composizione del panel non è multidisciplinare Le raccomandazioni sono chiare Manca la descrizione della metodologia di lavoro</p>	<p>++- La composizione del panel non è multidisciplinare Le raccomandazioni sono chiare</p>	<p>+++ Le raccomandazioni sono chiare e supportate da una descrizione molto ampia degli studi che le supportano. Il documento è il riferimento per lo screening in prevenzione primaria.</p>	<p>++- Manca la rappresentanza dell'utenza. Le raccomandazioni sono chiare, ma la mancanza di uno schema di grading esplicito ne penalizza l'interpretazione</p>	<p>++- Manca la rappresentanza dell'utenza. Lo schema di grading è stato approntato specificamente per la diagnostica. Le raccomandazioni sono chiare.</p>	<p>++- Manca uno schema di <i>grading</i> dettagliato ed esplicito Le raccomandazioni sono chiare E' di particolare interesse la tabella con il rischio attribuito ai principali fattori di rischio per trasferire i risultati degli studi clinici alla popolazione generale.</p>
<p>Giudizio BD-CeVEAS LEGGIBILITA'</p>	<p>Formato breve Flow charts presenti Raccomandazioni chiare</p>	<p>Formato voluminoso Le raccomandazioni sono sintetizzate alla fine di ogni sezione</p>	<p>Formato breve Mancano flow-charts Le raccomandazioni sono facilmente riconoscibili</p>	<p>Formato intermedio. Le flow charts sono chiare e raccolte alla fine del testo Le raccomandazioni sono facilmente riconoscibili. L'approccio è onnicomprensivo delle patologie vascolari</p>	<p>Formato breve. Tabelle riassuntive molto chiare. Raccomandazioni e indicazioni cliniche ben evidenziate nel testo.</p>	<p>Formato voluminoso. Flow-charts chiare Le raccomandazioni sono facilmente riconoscibili nel testo Le raccomandazioni e gli aspetti critici sono opportunamente sintetizzati all'inizio del documento</p>	<p>Formato breve. Flow-chart chiara. Raccomandazioni e indicazioni cliniche ben evidenziate nel testo. L'approccio è onnicomprensivo della diagnostica per immagini nelle emergenza vascolare</p>	<p>Formato breve. Tabelle chiare. Raccomandazioni e indicazioni cliniche non ben evidenziate nel testo dal punto di vista editoriale.</p>

STATO BD-CeVEAS:

Completato dal CeVEAS in aprile 2001

Sinossi delle raccomandazioni cliniche delle linee-guida su ECODOPPLER VASCOLARE

TITOLO	<u>SPREAD – Ictus Cerebrale: linee guida italiane 1999</u>	<u>Procedure Operative per Indagini Diagnostiche Vascolari 2000</u>	<u>Definizione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici nelle A.O.P. SIAPAV 2000</u>	<u>Linee-guida SICVE 2000</u>	<u>Screening for asymptomatic carotid artery stenosis – US Task Force CPG 1996</u>	<u>Management of peripheral arterial disease (PAD) 2000</u>	<u>Practice Guidelines for the Use of Imaging in Transient Ischemic Attacks and Acute Stroke A Report of the Stroke Council, American Heart Association</u>	<u>Prevention of a First Stroke A Review of Guidelines and a Multidisciplinary Consensus Statement From the National Stroke Association 1999</u>
POPOLAZIONE TARGET	Adulti	Persone di tutte le età	Persone di tutte le età	Persone di tutte le età	Adulti	Persone di tutte le età	Persone di tutte le età	Persone di tutte le età
FATTORI DI RISCHIO	<p>Fattore di rischio per ictus non modificabile: età</p> <p>Fattori di rischio per ictus modificabili ben documentati: pregresso TIA, ipertensione arteriosa; alcune cardiopatie (in particolare, fibrillazione atriale); diabete mellito; iperomocisteinemia; ipertrofia ventricolare sinistra; stenosi carotidea; fumo di sigaretta.</p> <p>Fattori di rischio probabili non ben documentati: dislipidemia; alcune cardiopatie (forame ovale pervio, aneurisma settale); placche dell'arco aortico; uso di contraccettivi orali; eccessivo consumo di alcool; ridotta attività fisica; emicrania; anticorpi antifosfolipidi; fattori dell'emostasi; infezioni; uso di droghe</p>	-	<p>Fattori di rischio per arteriopatia obliterante cronica periferica (AOCP): fumo di sigarette, alterazioni metaboliche, dislipidemie, alterazioni emocoagulative</p>	<p>Fattori di rischio per arteriopatia obliterante cronica periferica (AOCP): diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, fumo di sigarette, iperfibrinogenemia, ridotta tolleranza al glucosio, iperomocisteinemia, fattori genetici.</p> <p>L'associazione di più fattori di rischio aumenta l'incidenza di base di ischemia critica (es: pz 65 anni, fumatore, PAS>190, Colesterolo>300, presenza di intolleranza al glucosio: rischio =3.7%; se non fumatore: rischio=1.5%)</p>	<p>Fattore di rischio per ictus non modificabile: età avanzata, familiarità</p> <p>Fattori di rischio per ictus modificabili: ipertensione, fumo, pregresso TIA, diabete, dislipidemia, obesità, malattia coronarica, fibrillazione atriale</p>	<p>Fattori di rischio per arteriopatia periferica: diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, fumo di sigarette, iperfibrinogenemia, ridotta tolleranza al glucosio, iperomocisteinemia, fattori genetici.</p>	<p>Fattore di rischio per ictus: ipertensione (Rischio Attribuibile >40%) infarto miocardico (RA 15-40%) fibrillazione atriale (RA <15%) diabete mellito (RA <15%) dislipidemia (RA 15-40%) stenosi carotidea asintomatica tra 60-99% (RA <15% e 15-40% rispet.) fumo di sigarette (RA <15%) abuso di alcool (RA <15%) inattività fisica (RA n.v.) obesità (RA n.v.)</p>	

<p>PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI</p> <p>Diagnostiche ECODOPPLER TRONCHI SOPRA-AORTICI</p>	<p>Il TIA è caratterizzato dalla "improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo, attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore." La perdita di coscienza, le vertigini, l'amnesia globale transitoria, i <i>drop attacks</i>, l'astenia generalizzata, lo stato confusionale, l'incontinenza sfinterica non possono costituire l'unico elemento di una diagnosi di TIA (C). La diagnosi di TIA e di ictus è clinica e non necessita del dato di <i>imaging</i>. Tuttavia una TC o una RM è indicata per la diagnosi differenziale (C).</p> <p>L'identificazione clinica di un territorio vascolare è indicata per i risvolti pratici sull'iter degli esami strumentali, la correlazione con le informazioni fornite dal <i>neuroimaging</i>, l'identificazione dei fattori patogenetici e prognostici e le decisioni terapeutiche, soprattutto chirurgiche (C). L'eco-Doppler dei TSA è indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ nei pz con TIA o ictus recente (A) ➤ nella valutazione della stenosi carotidea ai fini della scelta terapeutica in senso chirurgico quale indagine conclusiva e quindi sostitutiva dell'angiografia, dopo averne verificato l'accuratezza, e se completata con i dati angio-RM (C) ➤ nei pz che devono subire un intervento di chirurgia cardiovascolare maggiore (C) ➤ in presenza di soffio sui vasi epiaortici di genesi non cardiaca (C) ➤ in soggetti appartenenti a popolazioni con alto livello di prevalenza di stenosi carotidea (arteriopatici con claudicatio, coronaropatici documentati, soggetti di età superiore ai 65 anni con fattori di rischio multipli) (C) 	<p>L'esame di scelta per la diagnosi delle malattie cerebrovascolari e per lo screening è l'eco(color)-Doppler (A)</p> <p>Nei casi in cui il reperto eco-Doppler della carotide interna sia incerto (per esempio per la presenza di forti calcificazioni della placca, biforcazione alta, collo tozzo, ecc.) un ophthalmic Doppler test negativo o positivo è indicativo, con alto grado di probabilità, di assenza e rispettivamente di presenza di stenosi emodinamica della carotide interna (C)</p> <p>L'eco-Doppler dei TSA è indicato nei pazienti con TIA o ictus recente (A)</p> <p>L'eco-Doppler dei TSA è indicato come accertamento integrativo nei pazienti con soffio laterocervicale, con arteriopatia periferica, con aneurisma aortico, nei coronaropatici, nei soggetti con età superiore a 65 anni con fattori di rischio multipli e nei pazienti candidati ad un intervento di chirurgia vascolare maggiore (C)</p> <p>L'imaging radiologico con angio-TC o angio-RM (complementare o integrativo proposto dallo specialista) deve essere riservato allo studio di (C):</p> <ul style="list-style-type: none"> • patologie multifocali dei tronchi sopraortici (in pazienti sintomatici) • per completamento diagnostico dei vasi intracranici dove sia ritenuto opportuno ai fini di una pianificazione terapeutica • Eco(color)Doppler di insufficiente valore diagnostico (per esempio per calcificazioni importanti) con sospetta lesione significativa dei vasi extracranici sotto il profilo clinico o emodinamico 	<p>-</p>	<p>L'esame di scelta per la diagnosi e lo screening della patologia cerebrovascolare è l'eco(color)-Doppler. (A)</p> <p>L'eco-Doppler dei TSA è indicato come accertamento integrativo nei pazienti asintomatici con o senza soffio laterocervicale a genesi non cardiaca, con arteriopatia periferica, con aneurisma aortico, nei coronaropatici, nei soggetti con età > 65 anni e con fattori di rischio multipli e nei pazienti candidati ad un intervento di chirurgia vascolare maggiore (C IV)</p> <p>In questo ultimo caso l'incidenza di stenosi >50% è del 17% e >80% è del 6%, da qui la necessità di studio eco TSA in tutti i pazienti candidati a chirurgia cardiovascolare maggiore (B IIb)</p> <p>E' necessaria una validazione locale dei criteri ultrasonografici per classificare la stenosi (A)</p> <p>Validare i criteri velocimetrici significa individuare i valori soglia che meglio discriminano i falsi positivi dai negativi sulla base dei cut-off angiografici prescelti. Nel pz sintomatico è prioritario minimizzare i falsi negativi e quindi scegliere un criterio più sensibile. Nei pz asintomatici è prioritario minimizzare i falsi positivi e quindi scegliere un criterio più specifico. (A)</p> <p>I criteri velocimetrici consigliati più ampiamente per la classificazione della stenosi carotidea sono quelli riportati da Strandness e Moneta in relazione ai risultati del NASCET e ACAS (A)</p> <p>Esistono correlazioni tra classificazione ecografica ed aspetti anatomopatologici e clinici: la placca soft a prevalente contenuto lipidico tende a sviluppare ulcerazione e quindi embolizzazione, la placca eterogenea e medium si correla al fenomeno di emorragia intramurale. Tali tipi di placca sono più frequenti nei pz sintomatici rispetto agli asintomatici (B IIa)</p>	<p>Raccomandazione</p> <p>Non vi sono sufficienti evidenze per esprimersi a favore o contro lo screening per la stenosi carotidea effettuato tramite l'esame clinico e il doppler carotideo in persone asintomatiche. In base ad altre considerazioni si raccomanda di valutare i benefici potenziali dello screening e dell'endoarteriectomia carotidea nei pazienti selezionati ad alto rischio (v. <i>Indicazioni cliniche</i>). Tutte le persone dovrebbero sottoporsi a uno screening per l'ipertensione e gli operatori sanitari dovrebbero fornire un'educazione sanitaria volta a ottenere l'astensione dal fumo.</p> <p>Indicazioni cliniche</p> <p>Sulla scorta dei dati disponibili non è possibile esprimersi a favore o contro lo screening per stenosi carotidea tramite esame obiettivo o ecografia carotidea nelle persone asintomatiche (raccomandazione C, livello I e II-2).</p> <p>Per altre ragioni si può consigliare di prendere in esame i benefici potenziali dello screening nei soggetti ad alto rischio (per esempio persone di età >60 anni ad alto rischio per vasculopatie), a condizione che sia disponibile una terapia chirurgica di alta qualità (morbilità e mortalità inferiori al 3%).</p> <p>Ciò può essere giustificato dall'aumentata prevalenza della malattia carotidea significativa e dal possibile beneficio a lungo termine dell'endoarteriectomia nei soggetti asintomatici con stenosi superiori al 60%, se eseguita da chirurghi qualificati.</p> <p>I pazienti dovrebbero essere sottoposti a screening ed educazione sanitaria sugli altri fattori di rischio delle malattie cerebrovascolari</p>	<p>-</p>	<p>L'ecocolorDoppler dei vasi del collo rappresenta l'indagine non invasiva iniziale da eseguire in tutti i pazienti con sospetto TIA (II)</p> <p>Lo studio dei vasi cervico-cerebrali per stabilire la probabile eziologia dell'ictus acuto non è necessario per iniziare il trattamento in emergenza (I) e l'esame (ultrasuoni, MRA, CT angiografia, SPECT) non dovrebbe ritardare il trattamento. Quando indicate queste procedure dovrebbero essere adattate a specifiche esigenze. L'informazione sulla malattia occlusiva carotidea o intracranica può guidare le decisioni sulla valutazione cardiaca, sull'anticoagulazione o sulla endoarteriectomia carotidea per la prevenzione di ictus futuri. Gli ultrasuoni sono generalmente sufficienti.</p>	<p>La malattia aterosclerotica carotidea è un importante fattore di rischio per l'ictus cerebrale.</p> <p>Il rischio di sintomi clinici aumenta con il grado della stenosi.</p> <p>Al presente, comunque, uno screening di massa per la stenosi carotidea asintomatica di alto grado non è costo-efficace.</p> <p>I determinanti chiave per considerare una Endoarteriectomia Carotidea (EC) sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> nessuna LG supporta la EC per stenosi asintomatiche <60% La recente LG della American Heart Association guideline raccomanda EC per lesioni stenotiche asintomatiche >= 60%. Senza la garanzia che il rischio chirurgico locale sia accettabile, cioè <3%, la EC non può essere raccomandata. L'aspettativa di vita del paziente deve essere ragionevole, cioè almeno >= 5 anni.
				20			Eco-(color)-Doppler	vascolare

<p>PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI</p> <p>Diagnostiche ECODOPPLER ARTI INFERIORI</p>		<p>Il primo accertamento, oltre alla valutazione clinica è rappresentato dalla determinazione della pressione sistolica alla caviglia e dalla determinazione del rapporto pressorio caviglia-braccio (A)</p> <p>La determinazione degli indici pressori dopo sforzo (Treadmill test) e la claudicometria in piano (esami di secondo livello), sono indicati solo negli studi clinici e nei casi con sintomatologia dubbia (C)</p> <p>L' eco(color)Doppler viene utilizzato per lo studio morfologico di segmenti arteriosi inferiori. E' particolarmente indicato per lo studio della biforcazione femorale e delle arterie femorali superficiale e profonda (C)</p> <p>L'eco-(color)-Doppler è spesso un esame complementare all'angiografia nei pazienti con ischemia critica necessitanti rivascolarizzazioni infrapopltee (C)</p> <p>L' imaging radiologico con angio-TC o angio-RM (esami complementari di secondo livello) è indicato solo per completare lo studio ultrasonografico nella determinazione della sede e della natura della lesione, e nella valutazione della patologia di parete, sul letto arterioso a monte ed a valle della lesione (C)</p> <p>L'esame ultrasonoro, permette di dimostrare un reflusso, identificarne la origine e seguirne l'asse cranio-distale (A)</p> <p>Per lo studio del reflusso venoso superficiale si può usare il Doppler CW (C)</p> <p>Lo studio della trombosi venosa profonda si effettua con l'eco color Doppler (B); non con il Doppler C.W. o la pletismografia (A)</p> <p>La manovra di compressione ultrasonora per la identificazione di una trombosi venosa profonda è l'unica validata a livello internazionale (A)</p>	<p>AOCP 1° e 2°: studio Doppler CW eventualmente completata da valutazione morfologica per indicaz chirurg o endovascolare</p> <p>AOCP 3° e 4° o ischemia critica: è opportuno, anche se non indispensabile, valutare il microcircolo con laser-doppler e/o con tcpO2-CO2 e/o capillaroscopia. Nel sospetto di arteriopatie con componente funzionale può essere indicato studio con capillaroscopia o pletismografia.</p> <p>Misurazione indice pressorio caviglia/braccio: in tutti</p> <p>Ecodoppler dell'aorta e degli arti inferiori: in tutti i pz con lesioni clinicamente apprezzabili per le quali è ipotizzabile ed indicato un trattamento invasivo. Consigliato in tutti i pz in cui non sia possibile escludere clinicamente un aneurisma dell'aorta addominale.</p> <p>Ecodoppler degli arti inferiori: è un valido complemento all'angiografia nello studio dell'ischemia critica. Inoltre è utile per la valutazione del diametro e caratteristiche della parete della safena omolaterale ed il mappaggio delle collaterali e perfortni nell'ipotesi di un bypass con safena in situ.</p>	<p>L'esame clinico è generalmente sufficiente per confermare la diagnosi di arteriopatia obliterante degli arti inferiori e deve essere orientato alla ricerca di patologie correlate (A IIa)</p> <p>L'indice pressorio caviglia/braccio deve essere rilevato in entrambi gli arti in ogni pz al momento della prima visita e rivalutato in caso di variazione della clinica (A IIa)</p> <p>L'eco(color)Doppler non deve essere utilizzato di prima scelta nella patologia ostruttiva degli arti inferiori; il suo uso è preliminare all'angiografia nei casi in cui sia ipotizzabile una rivascolarizzazione e successivo studio angiografico alla ricerca di particolari utili per l'intervento. (A IIa)</p> <p>La determinazione degli indici pressori dopo sforzo su tapis roulant è indicata solo negli studi clinici e nei casi con sintomatologia dubbia (C III)</p>		<p>La prima indagine, oltre alla valutazione clinica, è rappresentata dalla determinazione della pressione sistolica alla caviglia e dalla determinazione del rapporto pressorio caviglia-braccio</p> <p>L' eco(color)Doppler viene utilizzato per lo studio morfologico di segmenti arteriosi inferiori. E' particolarmente indicato per lo studio della biforcazione femorale e delle arterie femorali superficiale e profonda</p> <p>L'eco-(color)-Doppler è spesso un esame complementare all'angiografia nei pazienti con ischemia critica necessitanti rivascolarizzazioni infrapopltee</p> <p>Ecodoppler dell'aorta e degli arti inferiori: in tutti i pz con lesioni clinicamente apprezzabili per le quali è ipotizzabile ed indicato un trattamento invasivo. Consigliato in tutti i pz in cui non sia possibile escludere clinicamente un aneurisma dell'aorta addominale.</p> <p>Ecodoppler degli arti inferiori: è un valido complemento all'angiografia nello studio dell'ischemia critica. Inoltre è utile per la valutazione del diametro e caratteristiche della parete della safena omolaterale ed il mappaggio delle collaterali e perfortni nell'ipotesi di un bypass con safena in situ</p>		
---	--	---	--	---	--	---	--	--

<p>PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI</p> <p>Prognostiche (follow-up)</p> <p>ECODOPPLER TRONCHI SOPRA-AORTICI</p>	<p>Lo studio eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici è indicato nei pazienti operati di tromboendarterectomia carotidea entro i primi tre mesi dall'intervento, a nove mesi ed in seguito annualmente, per la valutazione della ricorrenza di stenosi (C)</p> <p>Sintesi 5.3 In assenza di evidenze conclusive sulla predizione dell'<i>outcome</i> clinico, le caratteristiche morfologiche della placca carotidea non hanno per ora un valore prognostico definito</p>							
<p>PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI</p> <p>Prognostiche (follow-up)</p> <p>ECODOPPLER ARTI INFERIORI</p>			<p>Ecodoppler dell'aorta e degli arti inferiori: non è utile al controllo routinario di un pz con AOCF trattato farmacologicamente.</p> <p>Diabetici: Indice caviglia/braccio in tipo1 >35 aa; in tipo 2 >40 aa; in tutti i pz con durata diabete da più di 20 aa</p> <p>Valori Ind C/B: >0.9 art. improbabile 0.6-0.9 art moderata <0.6 art probabile con stenosi segmentaria <0.5 art severa (indicato Ecocolor-Doppler)</p> <p>Indice inaffidabile se >1.3 o <0.5 oppure se PAS caviglia >250 mmHg o maggiore di >75 rispetto alla brachiale</p>	<p>L'indice pressorio caviglia/braccio deve essere rilevato in entrambi gli arti in ogni pz al momento della prima visita e rivalutato in caso di variazione della clinica (A IIa)</p> <p>L'eco(color)Doppler non è indicato per il controllo dei pz in trattamento farmacologico (A IIa)</p>				

<p>End point clinici considerati</p>	<p>Riduzione dei fattori di rischio e/o dell'ictus cerebrale</p>	<p>Sintesi 1-1: Le raccomandazioni espresse da queste linee guida sono rivolte a tutto l'iter diagnostico del paziente vasculopatico (iter diagnostici), ma le raccomandazioni relative alle procedure diagnostiche e alle modalità di refertazione sono limitate a quegli accertamenti che normalmente devono essere effettuati nei laboratori di diagnostica o di fisiopatologia vascolare.</p> <p>Sintesi 1-2: Essendo delle raccomandazioni non sono obbligatoriamente applicabili e "vincolanti per il medico. Esse costituiscono raccomandazioni determinate in via generale ed astratta in relazione alle varie tipologie di diagnosi e trattamenti, in funzione di una esigenza di razionale uso delle risorse, che non deve mai tradursi in un danno per il paziente singolo." La loro applicazione diventa comunque un impegno etico e professionale tanto più importante, quanto più è correlato alla tipologia ed al peso dell'evidenza documentata su cui si basano. Quando le raccomandazioni sono "forti" è importante segnalare il motivo della eventuale mancata adesione. Queste linee guida non sono solo informative, ma tendenzialmente anche normative, anche se in maniera non vincolante.</p>	<p>Non esplicitati</p>	<p>Non esplicitati</p>	<p>Prevenzione delle vasculopatie cerebrali Riduzione dei fattori di rischio dell'ictus cerebrale</p> <p>Destinatari: operatori sanitari che svolgono attività clinica di primo livello ossia a medici, infermieri, infermieri operanti nella medicina di base, assistenti ai medici, altri ausiliari medici e studenti. Gli interventi di prevenzione sono destinati a soggetti asintomatici appartenenti a tutte le fasce d'età e le categorie di rischio</p>	<p>Formulare algoritmi di management basati sulle migliori evidenze scientifiche per raggiungere l'esito ottimale per il paziente Standardizzare la classificazione e la terminologia Stabilire linee-guida per la refertazione e la valutazione degli studi clinici, incluse la valutazione degli esiti Favorire un approccio multidisciplinare degli specialisti coinvolti nella cura del paziente arteriopatico Identificare ed esplorare le aree di controversia che necessitano di una soluzione</p>	<p>Aiutare i clinici a selezionare la migliore procedura di diagnostica per immagini da usare nel tempo più appropriato in risposta a quesiti clinici fondamentali. Supportare la scelta del migliore trattamento successivo in base al risultato del test. Scopo del test diagnostico è quello di identificare i candidati alla terapia chirurgica o medica. Il test migliore è caratterizzato da: basso rischio, pronta disponibilità, riproducibilità diagnostica e costo accettabile.</p>	<p>Riduzione dei fattori di rischio e prevenzione dell'ictus cerebrale</p>
<p>Giudizio BD-CeVEAS RILEVANZA CLINICA</p>	<p>Non è trasparente il peso dei finanziatori e il ruolo dei curatori del volume in relazione a potenziali conflitti di interesse. Raccomandazioni chiare. Utile la versione di sintesi della LG per il trasferimento delle raccomandazioni nella pratica clinica.</p>	<p>Raccomandazioni chiare e dettagliate Sono molto utili, per l'impatto sulla pratica clinica, le procedure operative e le proposte di refertazione per ciascun tipo di esame</p>	<p>Le raccomandazioni sono chiare e ben evidenziate nel testo Sono molto utili per la pratica clinica, principalmente per gli specialisti angiologi e chirurghi vascolari.</p>	<p>Le raccomandazioni sono chiare e generalmente ben evidenziate nel testo Sono molto utili per la pratica clinica, specialmente per gli specialisti chirurghi vascolari.</p>	<p>Raccomandazioni chiare e dettagliate Sono molto utili, per l'impatto in sanità pubblica</p>	<p>Le raccomandazioni sono chiare e molto più estese di quelle qui riportate perché trattano tutti gli aspetti (diagnosi, terapia, prognosi), manca però uno schema di grading esplicito Sono molto utili per la pratica clinica, principalmente per i diversi specialisti coinvolti nell'argomento</p>	<p>Le raccomandazioni sono molto chiare e molto più estese di quelle qui riportate perché riguardano tutta la diagnostica per immagini cerebrovascolare (RMN, TC, SPECT, etc.). E' molto utile per la costruzione di un algoritmo per la diagnostica in emergenza del TIA e dell'ictus acuto.</p>	<p>Le raccomandazioni sono chiare e molto più estese di quelle qui riportate perché trattano tutti i fattori di rischio per l'ictus cerebrale. E' molto utile la quantificazione del rischio attribuibile ai diversi fattori di rischio per la costruzione di un punteggio (<i>score</i>) negli individui asintomatici.</p>

STATO BD-CeVEAS:

Sommario completato dal CeVEAS in aprile 2001

Capitolo 4

Valutazione delle linee-guida prodotte dalle aziende sanitarie della regione ER

- | | |
|------------------|-----------|
| 1. Piacenza | 5. Parma |
| 2. Imola | 6. Modena |
| 3. Reggio Emilia | |
| 4. Cesena | |

Sinossi delle indicazioni delle aziende sanitarie regionali su **ECODOPPLER VASCOLARE**

TITOLO	Indicazioni di Comportamento per l'esecuzione dell'ecocolorDoppler AUSL Piacenza	Linee Guida aziendali per l'accesso all'ECODOPPLER AUSL Imola	Progetto Eco-color-Doppler AUSL RE	Linee guida per l'appropriatezza d'uso dell'eco-color-Doppler dei tronchi SoprAortici AUSL Cesena	Linee guida di appropriatezza d'accesso all'ecocolorDoppler AUSL Parma	Indicazioni generali per l'esecuzione dell'esame <u>ECODOPPLER</u> CeVEAS
Organismo e Anno di produzione	AUSL Piacenza 1999	Azienda USL di Imola (BO) 1999	Azienda Ospedaliera e Azienda USL di Reggio Emilia 2000	Divisione di Medicina Polispécialistica – AUSL Cesena Ospedale “M. Bufalini” 1998	Azienda Ospedaliera e Azienda USL di Parma 1999	CeVEAS - Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria – AUSL e Azienda Ospedaliera Modena 1999
CATEGORIA	Diagnosi - Follow-Up	Diagnosi - Follow-Up	Diagnosi – Follow-Up	Diagnosi – Follow-Up	Diagnosi – Follow-Up	Diagnosi – Follow-Up
Gruppo Multidisciplinare	SI: 2 medici medicina generale 2 chirurghi vascolari, 1 chirurgo, 1 internista, 1 radiologo, 1 medico di direzione sanitaria	SI: medici di distretto, neurologo, cardiologo, internista, geriatra, medici di medicina generale, resp ammin CUP, resp ammin distretto, capo-sala	SI	SI: primario div medicina polispécialistica, primario medicina interna, primario medicina d'urgenza, responsabile servizio neurofisiopatologia, primario ORL, medico di medicina generale FIMMG	SI: Il gruppo è formato da 8 medici di cui non sono indicate le specialità	SI: 5 medici medicina generale, 2 medici di direzione sanitaria, 9 chirurghi vascolari, 2 neurologi, 9 internisti, 2 medici epidemiologi

SCHEMA DI GRADING	NO	NO	NO	NO	NO	<p>Livello di Evidenza: Ia: Evidenza ottenuta da meta-analisi di studi clinici randomizzati controllati (RCTs) Ib: Evidenza ottenuta da almeno un RCT IIa: Evidenza ottenuta da almeno un studio controllato ben disegnato senza randomizzazione IIb: Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi-sperimentale ben disegnato III: Evidenza ottenuta da studi descrittivi non-sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, di correlazione e di casi IV: Evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli Forza della Raccomandazione: Grado A: (=Livelli di Evidenza Ia, Ib) richiede almeno un RCT come parte dell'insieme di letteratura di complessiva buona qualità e consistenza che suggerisce specifiche raccomandazioni Grado B: (=Livelli di Evidenza IIa, IIb, III) richiede disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCTs sui temi della raccomandazione Grado C: (=Livello di Evidenza IV) richiede evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità</p>
POPOLAZIONE TARGET	Adulti	Adulti	Adulti	Adulti	Adulti	Adulti
FATTORI DI RISCHIO	-	Ipertensione ipercolesterolemia fumo diabete	-	<p>Fattori di rischio Punteggio</p> Familiarità 1 Fumo 1 Dislipidemia 1 Diabete mellito 1 Ipertensione 2 Arteriopatia perif sintomatica 4 Coronaropatia sintomatica 2 ===== <p>Punteggio Totale _____</p> <p>Solo se la sommatoria, cioè il punteggio totale, è >6 punti l'esame è appropriato</p>	-	<p>Fattori di rischio per ictus non modificabili: Familiarità, età >65 anni, Fattori di rischio per ictus modificabili: pregresso TIA, ipertensione, diabete, fumo, dislipidemia, obesità</p>

<p>PRINCIPALI RACCOMANDA ZIONI</p> <p>Diagnostiche</p> <p>EcoDoppler TRONCHI SOPRA-AORTICI</p>	<p>Evasione delle richieste:</p> <p>Colore ROSSO: emergenza vascolare; sarà gestita dal Pronto Soccorso</p> <p>Colore BLU: sospetto di TVP. La prestazione sarà erogata entro 24 ore (tramite contatto telefonico tra prescrittore ed esecutore)</p> <p>Colore AZZURRO: sintomi relativi a patologie che meritano una risposta strumentale entro tempi certi (25 gg) (tramite contatto telefonico tra prescrittore ed esecutore)</p> <p>Colore VERDE: sintomi non attribuibili a vasculopatia, ma portatori di fattori di rischio per patologia vascolare, immettendo i pazienti nel normale flusso di prenotazione.</p> <p>Colore ROSSO: emergenza, indirizzare al Pronto Soccorso</p> <p>Sintomi focali TIA RIND STROKE Deficit Sensitivo-Motori Assenza polso carotideo Assenza polso temporale</p> <p>Colore AZZURRO: urgenza differita erogata entro 25 gg</p> <p>Soffio latero-cervicale Differente pressione arti superiori</p> <p>Colore VERDE: elezione, erogata nei normali tempi d'attesa</p> <p>Sintomi non focali Lipotimia – Tinnito Amnesia – Cefalea Vertigini – Ronzii Turbe del visus Soffio latero-cervicale assente Normosfigmia arti superiori Polso carotideo presente Polso temporale presente Non deficit neurologici</p>	<p>Evasione delle richieste e indicazioni cliniche:</p> <p>URGENTE: entro 24-48 ore</p> <ul style="list-style-type: none"> non sono previste indicazioni per l'accesso ambulatoriale urgente <p>SOLLECITA: entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> TIA Ammaurosi fugax <p>PROGRAMMABILE: entro 60 giorni:</p> <p>INDICAZIONE ASSOLUTA</p> <ul style="list-style-type: none"> Soffi carotidei asintomatici In presenza di cardiopatia o arteriopatia sintomatiche Pz asintomatici con somma di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, diabete) Sincope solo nel sospetto clinico di furto della succlavia o non cardiogena <p>INDICAZIONE DUBBIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Vertigini solo se: <ul style="list-style-type: none"> persistenti; esclusa patologia labirintica Valutazione della rivascolarizzazione, dopo intervento chirurgico <p>INDICAZIONE ASSENTE</p> <p>Inquadramento diagnostico della demenza vascolare</p> <ul style="list-style-type: none"> Sincope cardiogena Vertigini: <ul style="list-style-type: none"> non persistenti, non accompagnate da altri segni neurologici, da patologia labirintica 	<p>URGENTE (codice GIALLO): entro 24-48 ore</p> <p>non previsto</p> <p>URGENTE DIFFERITO (codice VERDE): entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Chiari ed inequivocabili sintomi di focalità neurologica nel settore vertebro-basilare: TIA, RIND, deficit sensitivo-motori Ammaurosi fugax Episodio recente di vertigine o perdita di coscienza in pz con stenosi carotidea critica (>70%) già documentata ecograficamente Soffio carotideo sintomatico o asintomatico in pz con patologia ateromica nota di altri distretti <p>PROGRAMMABILE (Codice BIANCO): entro 60 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Tutti gli altri pz che non ricadono nelle categorie precedenti <p>EVITARE LE RICHIESTE CON INDICAZIONI DUBBIE O ASSENTI</p> <p>INDICAZIONE DUBBIA</p> <p>Inquadramento diagnostico della demenza vascolare</p> <p>INDICAZIONE ASSENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Soggetti asintomatici in assenza di segni neurologici suggestivi di malattia cerebrale vascolare (anche in presenza di fattori di rischio cardiovascolare: familiarità, età>65 anni, ipertensione, diabete, dislipidemia, obesità, fumo) Cefalea, lipotimia, tinnito (percezione di suoni in assenza di stimolo acustico), sensazioni vaghe riferite come “confusione o tontaggine” Sincope sia cardiogena che vaso-vagale Vertigini (non persistenti, non accompagnate da altri segni neurologici, da patologia labirintica) 	<p>Codice ROSSO: attesa 3-7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> TIA Carotideo TIA vertebrale In previsione di intervento chirurgia vascolare o cardiocirurgia <p>Codice GIALLO: attesa 7-30 giorni</p> <p>Soffio Carotideo</p> <p>Codice VERDE: entro 1-6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> Pazienti asintomatici solo se la sommatoria di fattori di rischio è >6 punti 	<p>URGENTE: entro 24 ore</p> <p>TIA recidivante o con segni neurologici focali in atto</p> <p>URGENTE DIFFERIBILE: entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Soffio carotideo di primo riscontro semeiotico Anamnesi di segni neurologici focali fugaci Stato vertiginoso complicato (non classificabile come vertigine posizionale benigna, accompagnato da fugace presenza di segni neurologici di lato) Disturbi del campo visivo e dell'oculomotone (ad es: emi-quadrantopsia, diplopia, ammaurosi fugace) <p>PROGRAMMABILE: entro i tempi di attesa definiti ottimali della direzione sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Per logica esclusione tutte le situazioni cliniche non comprese nelle precedenti 	<p>USI APPROPRIATI</p> <p>SOGGETTI ASINTOMATICI:</p> <p>Soffio cervicale (C)</p> <p>Grave malattia coronarica (in particolare prima di by-pass o angioplastica) (C)</p> <p>Grave arteriopatia periferica (claudicatio invalidante) (C)</p> <p>SOGGETTI SINTOMATICI:</p> <p>Attacchi ischemici transitori (TIA) (A)</p> <p>Segni clinici di ictus (A)</p> <p>Sospetto furto della succlavia (C)</p> <p>USI INAPPROPRIATI</p> <p>SOGGETTI ASINTOMATICI CON UNO O PIÙ FATTORI DI RISCHIO CV:</p> <p>Soggetti asintomatici, in assenza di segni neurologici (deficit sensitivo e/o motorio unilaterale; afasia; ammaurosi unilaterale; cecità bilaterale improvvisa; deficit sensitivo e/o motorio bilaterale o crociato; vertigini centrali e diplopia e disfagia e cadute (combinati); disartria ed emianopsia) suggestivi di malattia cerebrale vascolare o in assenza di soffio cervicale, anche in presenza di fattori di rischio cardiovascolare (familiarità, età>65 anni, ipertensione, diabete, dislipidemia, obesità e fumo). (C)</p> <p>Sulla base delle attuali evidenze scientifiche, l'esame andrebbe riservato a casi selezionati a maggior rischio cardiovascolare (presenza di molteplici fattori di rischio di grado severo). (C)</p> <p>SINTOMI NON DA MALATTIA CEREBRALE VASCOLARE (obiettività neurologica negativa e assenza di soffi) (C):</p> <p>Cefalea Lipotimia Sincope (sia vaso-vagali che cardiogene) Vertigini o capogiri così intese: disturbi dell'equilibrio, a carattere francamente rotatorio e/o posizionale, insorti acutamente e/o in remissione spontanea in 24-48 ore (in assenza di ulteriori manifestazioni neurologiche) Tinnito (percezioni di suono in assenza di uno stimolo acustico) Sintomi vaghi come sensazione di “confusione” o “tontaggine”</p> <p>SOGGETTI CON SINTOMI DA MALATTIA CEREBRALE VASCOLARE (C):</p> <p>Soggetti con controindicazioni all'intervento chirurgico di tromboendoarteriectomia (per patologie concomitanti)</p>
---	---	--	---	--	--	---

<p>PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI</p> <p>Diagnostiche</p> <p>EcoDoppler</p> <p>ARTI INFERIORI</p>	<p>ARTERIOSO</p> <p>Colore ROSSO: emergenza, indirizzare al Pronto Soccorso</p> <p>Dolore a riposo presente</p> <p>Assenza polso</p> <p>Colore AZZURRO: urgenza differita erogata entro 25 gg</p> <p>Claudicatio presente</p> <p>Iposfigmia polsi periferici</p> <p>Lesioni trofiche presenti</p> <p>Colore VERDE: elezione, erogata nei normali tempi d'attesa</p> <p>Claudicatio assente</p> <p>Dolore a riposo assente</p> <p>Normosfigmia polsi periferici</p> <p>Polso presente</p> <p>Lesioni trofiche assenti</p> <p>VENOSO</p> <p>Colore ROSSO: emergenza, indirizzare al Pronto Soccorso</p> <p>Sintomi generali presenti</p> <p>Colore BLU: erogato entro 24 ore</p> <p>Sospetta Trombosi Venosa Profonda</p> <p>Colore AZZURRO: urgenza differita erogata entro 25 gg</p> <p>Sintomi locali presenti</p> <p>Varici complicate</p> <p>Colore VERDE: elezione, erogata nei normali tempi d'attesa</p> <p>Sintomi locali assenti</p> <p>Sintomi generali assenti</p> <p>Varici assenti o solo varici</p> <p>Ulcere trofiche assenti</p> <p>Flogosi assente</p> <p>Edema assente</p>	<p>ARTERIOSO</p> <p>Invio in P.S. del pz con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sospetta trombosi o embolia arteriosa <p>URGENTE: entro 24-48 ore</p> <ul style="list-style-type: none"> non sono previste indicazioni per l'accesso ambulatoriale urgente <p>SOLLECITA: entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Claudicatio all'esordio, in assenza di polsi tibiali palpabili <p>PROGRAMMABILE: entro 60 giorni:</p> <p>INDICAZIONE ASSOLUTA</p> <ul style="list-style-type: none"> Soffi vascolari In presenza di cardiopatia sintomatica o patologia carotidea Aneurisma aorta addominale (diagnosi e monitoraggio) Valutazione della rivascularizzazione, dopo intervento chirurgico Pz asintomatici con somma di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo diabete) <p>VENOSO</p> <p>URGENTE: entro 24-48 ore</p> <ul style="list-style-type: none"> Sospetta trombosi venosa profonda <p>SOLLECITA: entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Varicoflebite di coscia (con o senza interessamento di crosse) <p>PROGRAMMABILE: entro 60 giorni:</p> <p>INDICAZIONE ASSOLUTA</p> <ul style="list-style-type: none"> Sindrome varicosa in previsione di intervento chirurgico <p>Controllo evolutivo di TVP al termine della terapia anticoagulante</p> <p>INDICAZIONE DUBBIA</p> <p>Diagnosi di insufficienza venosa superficiale o sindrome varicosa</p>	<p>ARTERIOSO</p> <p>Invio in P.S. o visita specialistica urgente del pz con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ischemia acuta o subacuta Ischemia critica Claudicatio all'esordio, in assenza di polsi tibiali Improvviso peggioramento della claudicatio con importante riduzione dell'autonomia di marcia Assenza di polso/i periferici Sospetta trombosi o embolia arteriosa <p>URGENTE (codice GIALLO): entro 24-48 ore non previsto</p> <p>URGENTE DIFFERITO (codice VERDE): entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Claudicatio intermittens, recentemente aggravata, in precedente riscontro di arteriopatia obliterante periferica allo stadio 2a di Fontaine non giudicata correggibile chirurgicamente all'esordio, in assenza di polsi tibiali palpabili <p>PROGRAMMABILE (Codice BIANCO): entro 60 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Tutti gli altri pz che non ricadono nelle categorie precedenti <p>VENOSO</p> <p>Invio in P.S. o visita specialistica urgente del pz con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sospetta TVP che presenti almeno 3 dei seguenti criteri clinici: dolore spontaneo, dolorabilità alla pressione, dolorabilità alla dorsiflessione del piede, edema, gonfiore dell'arto Varicoflebite di coscia (con o senza interessamento di crosse) <p>URGENTE (codice GIALLO): entro 24-48 ore non previsto</p> <p>URGENTE DIFFERITO (codice VERDE): entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> non previsto <p>PROGRAMMABILE (Codice BIANCO): entro 60 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Tutti gli altri pz <p>EVITARE LE RICHIESTE CON INDICAZIONI DUBBIE O ASSENTI</p> <p>INDICAZIONE DUBBIA</p> <p>Diagnosi di insufficienza venosa superficiale o sindrome varicosa</p>		<p>URGENTE: entro 24 ore</p> <ul style="list-style-type: none"> Trombosi ed embolia arteriosa con evidenza della scomparsa del polso correlato Trombosi venosa profonda Varicoflebite di coscia (con o senza interessamento crosse safenofemorale) <p>URGENTE DIFFERIBILE: entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none"> Soffio vascolare di primo riscontro semeiotico Claudicatio intermittens di prima insorgenza Controllo evoluzione di TVP di recente insorgenza <p>PROGRAMMABILE: entro i tempi di attesa definiti ottimali della direzione sanitaria</p> <p>Per logica esclusione tutte le situazioni cliniche non comprese nelle precedenti</p>	<p>USI APPROPRIATI</p> <p>Soggetti con <i>claudicatio intermittens</i> (C)</p> <p>Soggetti con soffio arterioso (ad es. aorta addominale, aa iliache, aa femorali) (C)</p> <p>Soggetti con perdita di un polso arterioso distale (aa poplitee, aa pedidie, aa tibiali posteriori) (C)</p> <p>Soggetti con segni e sintomi suggestivi di trombosi venosa profonda in atto (C)</p> <p>Soggetti con varici candidabili all'intervento chirurgico (C)</p> <p>USI SUPERFLUI o NON APPROPRIATI</p> <p>SINTOMI NON DA VASCULOPATIA:</p> <p>Soggetti con polsi arteriosi validi (C)</p> <p>Soggetti con astenia, atonie muscolari, crampi, parestesie (C)</p> <p>Soggetti con acrocianosi bilaterale in presenza polsi arteriosi validi (C)</p> <p>Soggetti con edemi declivi simmetrici (C)</p> <p>Soggetti con insufficienza del circolo venoso superficiale (telangectasie e varici reticolari o con varici non candidabili ad intervento chirurgico) (C)</p> <p>Soggetti con pregressa trombosi venosa profonda in assenza di segni clinici di recidiva all'esame obiettivo (C)</p>
---	--	--	---	--	---	--

<p>PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI</p> <p>Prognostiche (follow-up)</p> <p>EcoDoppler TRONCHI SOPRA-AORTICI</p>		<p>PROGRAMMABILE: entro 60 giorni:</p> <p>INDICAZIONE ASSOLUTA</p> <p>Valutazione della rivascolarizzazione, arteriosa dopo intervento chirurgico</p>	<p>L'agenda degli esami di controllo coinvolge in particolare gli specialisti che li richiedono.</p> <p>Per questi esami si ritiene indispensabile procedere alla prenotazione tempestiva dell'esame nel momento stesso in cui viene consigliato e prescritto</p>	<p>Codice VERDE: entro 1-6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> Pazienti sottoposti a tromboendoarteriectomia carotidea: ogni 4 mesi nel primo anno, poi una volta all'anno 		<p>USI APPROPRIATI</p> <p>SOGGETTI CON PREGRESSA PATOLOGIA CAROTIDEA:</p> <p>Precedente endoarteriectomia: controllo a 6 mesi, a 1 anno e 2 anni (grado C)</p> <p>Occlusione della carotide controlaterale: controllo ogni anno (grado C)</p> <p>SOGGETTI CON PREGRESSA DOCUMENTAZIONE DI STENOSI CAROTIDEA (grado C):</p> <ol style="list-style-type: none"> Stenosi <50%: controllo non raccomandabile a meno di placca con caratteristiche come nei punti 3, 4 e 5. Stenosi 50-60% con picco sistolico di flusso <170 (Carpenter et al. 1995) cm/sec e placche omogenee iso-iperecogene (classi III, IV, V): controllo dopo 2 anni Stenosi ≥60% con picco di flusso ≥170 (Carpenter et al. 1995) cm/sec o rapporto del picco sistolico di flusso carotide interna/carotide interna distale (<i>mean velocity ratio</i>) ≥2 e placche omogenee iso-iperecogene (classi III, IV, V): controllo dopo 1 anno Stenosi ≥70% con picco di flusso (carotide interna) ≥210 (Carpenter et al. 1995) cm/sec o rapporto del picco sistolico di flusso carotide interna/carotide interna distale ≥3 e placche omogenee iso-iperecogene (classi III, IV, V): controllo dopo 1 anno Placche miste prevalentemente ecoprive (classe II): controllo a 6 mesi Placche ecoprive (classe I): controllo a 3 mesi Placche ulcerate (2x2 mm con flusso invertito all'interno dell'ulcera) indipendentemente dal grado di stenosi: controllo prima di 3 mesi – poi collocazione in uno dei punti precedenti
--	--	---	---	--	--	--

<p>PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI Prognostiche (follow-up) EcoDoppler ARTI INFERIORI</p>		<p>PROGRAMMABILE: entro 60 giorni:</p> <p>INDICAZIONE ASSOLUTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione della rivascolarizzazione, arteriosa dopo intervento chirurgico • Controllo evolutivo di TVP al termine della terapia anticoagulante 	<p>L'agenda degli esami di controllo coinvolge in particolare gli specialisti che li richiedono. Per questi esami si ritiene indispensabile procedere alla prenotazione tempestiva dell'esame nel momento stesso in cui viene consigliato e prescritto</p>			<p><u>USI APPROPRIATI</u> <u>Soggetti con AOCIP al 2° stadio:</u> controllo a 3 anni (C) <u>Soggetti sottoposti a interventi chirurgici arteriosi maggiori:</u> controllo a 1 mese, 3 mesi e 6 mesi e poi 1 volta all'anno (C) <u>Soggetti con sindromi post-trombotiche:</u> controllo a 2 anni (C) <u>Soggetto con trombosi venosa profonda recente:</u> controllo a 1 mese, 3 mesi e 6 mesi o prima della sospensione della terapia anticoagulante (C)</p>
<p>End point clinici considerati</p>	<p>Ottimizzare la richiesta, definendo gli usi appropriati dell'esame, favorendo l'accesso a chi ne ha un reale bisogno</p> <p>Favorire l'inserimento verso un iter diversificato con conseguente erogazione dell'esame in tempi minori quanto maggiore sarà la gravità del quadro clinico rilevato...</p> <p>Consentire anche a tutti i soggetti con sintomi non attribuibili a vasculopatia, ma che sono portatori di fattori di rischio della stessa, l'esecuzione delle prestazioni ammettendoli nel normale flusso di prenotazione</p>		<p>Ridefinire i percorsi appropriati per l'effettuazione degli esami ambulatoriali.</p>	<p>Migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo dell'esame Ridurre i tempi d'attesa</p>	<p>Migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo dell'esame Ridurre i tempi d'attesa</p>	<p>Prevenzione delle vasculopatie centrali e/o periferiche. Capacità del risultato dell'esame di influenzare la decisione terapeutica. Migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo dell'esame Ridurre i tempi d'attesa</p>

<p>Commento BD-CeVEAS RILEVANZA CLINICA</p>	<p>Raccomandazioni non chiaramente raccolte nel testo perché sono deducibili dalla scheda raccolta dati in cui ogni indicazione è scritta nel colore corrispondente alla priorità di esecuzione dell'esame</p> <p>Manca il <i>grading</i> della forza delle raccomandazioni</p> <p>Molto interessante la proposta di un software applicativo per la gestione in tempo reale delle situazioni cliniche scelte.</p>	<p>Manca la forza delle raccomandazioni</p> <p>Raccomandazioni chiare.</p> <p>Molto apprezzabile la armonizzazione delle indicazioni cliniche con la prioritizzazione degli accessi sulla base delle disposizioni della Direttiva della Regione ER 1296/1998</p>	<p>Manca la forza delle raccomandazioni</p> <p>Raccomandazioni chiare.</p> <p>Molto apprezzabile la armonizzazione delle indicazioni cliniche con la prioritizzazione degli accessi sulla base delle disposizioni della Direttiva della Regione ER 1296/1998</p> <p>Utili le due schede prodotte per verificare sia l'appropriatezza che la tempestività delle prestazioni (nell'ambito del progetto concordato con gli specialisti ed i MMG dell'AUSL RE).</p>	<p>Manca la forza delle raccomandazioni</p> <p>Raccomandazioni chiare.</p> <p>Molto apprezzabile la armonizzazione delle indicazioni cliniche con la prioritizzazione degli accessi sulla base delle disposizioni della Direttiva della Regione ER 1296/1998</p> <p>Molto utile lo schema per il calcolo del punteggio totale e, quindi dell'indicazione all'esame per punteggio >6, in pazienti asintomatici con fattori di rischio.</p>	<p>Manca la forza delle raccomandazioni</p> <p>Raccomandazioni chiare.</p> <p>Molto apprezzabile la armonizzazione delle indicazioni cliniche con la prioritizzazione degli accessi sulla base delle disposizioni della Direttiva della Regione ER 1296/1998</p>	<p>Raccomandazioni chiare e dettagliate</p> <p>Utile la distinzione tra gli usi appropriati e non appropriati della metodica per il trasferimento delle raccomandazioni nella pratica clinica e per ricavare gli indicatori per il monitoraggio della LG.</p> <p>Non per tutte le raccomandazioni viene specificato il <i>grading</i></p> <p>Utile la scheda raccolta dati per l'audit sulla appropriatezza d'uso</p>
---	---	--	---	--	--	---

STATO BD-CeVEAS:

Comparazione CeVEAS aprile 2001

Allegato 1. Modulo di Richiesta ECO-(COLOR)-DOPPLER VASCOLARE

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE _____ ETÀ (anni) _____

A) Medico Richiedente:

🏥 **Specialista:** Chirurgo vascolare Cardiologo Angiologo Otorino Oculista
Internista Neurologo Diabetologo Reumatologo ALTRO _____

🏥 **Medico di Medicina Generale**

🏥 **Medico di Medicina Generale su indicazione dello Specialista** (barrare sopra quale)

B) Tipo di esame: Primo esame Controllo dopo chirurgia Controllo per patologia

C) Fattori di rischio: Diabete Ipertensione Dislipidemia Obesità
Familiarità precoce Fumo ALTRO _____

D) Lesioni concomitanti: Arteriopatia obliterante Coronaropatia
Aneurisma aortico Intervento maggiore ALTRO _____

Sospetto diagnostico:

Tronchi Sovra Aortici (TSA)

- | | |
|--|--|
| ➤ TIA carotideo recente..... <input type="checkbox"/> | ➤ Soggetto con multipli fattori di rischio CV (n° __) <input type="checkbox"/> |
| ➤ TIA vertebrale recente..... <input type="checkbox"/> | ➤ Pz sottoposto a endoarteriectomia carotidea..... <input type="checkbox"/> |
| ➤ Soffio carotideo asintomatico <input type="checkbox"/> | ➤ Occlusione carotidea: controlaterale normale..... <input type="checkbox"/> |
| ➤ Pz con Coronaropatia <input type="checkbox"/> | ➤ Occlusione carotidea: controlaterale stenotica..... <input type="checkbox"/> |
| ➤ Pz con Arteriopatia periferica sintomatica..... <input type="checkbox"/> | ➤ Pregressa stenosi carotidea <50% <input type="checkbox"/> |
| ➤ Pz con Aneurisma aortico..... <input type="checkbox"/> | ➤ Pregressa stenosi carotidea 50-70% <input type="checkbox"/> |
| ➤ Furto della succlavia <input type="checkbox"/> | ➤ Pregressa stenosi carotidea >70% <input type="checkbox"/> |
| ➤ Vertigini solo se persistenti..... <input type="checkbox"/> | ➤ Pregressa placca ecopriva o ulcerata <input type="checkbox"/> |

Arti Inferiori

- | | |
|---|---|
| ➤ Sospetta Trombosi Venosa Profonda <input type="checkbox"/> | ➤ Pz con Arteriopatia Ostruttiva Cronica Periferica in previsione di terapia endoprotesica <input type="checkbox"/> |
| ➤ Flebite superficiale di coscia..... <input type="checkbox"/> | ➤ Pz con sindrome varicosa ai fini della scelta terapeutica medica o chirurgica <input type="checkbox"/> |
| ➤ "Dito blu" da microembolia periferica..... <input type="checkbox"/> | ➤ Pz sottoposto a rivascolarizzazione arteriosa <input type="checkbox"/> |
| ➤ Arterioso: riduzione improvvisa della autonomia di marcia o comparsa di lesioni trofiche <input type="checkbox"/> | ➤ Pz con sindrome post-trombotica recidivata..... <input type="checkbox"/> |
| ➤ Arterioso: Flebite superficiale di gamba <input type="checkbox"/> | ➤ Trombosi venosa recente <input type="checkbox"/> |
| ➤ Pz con Arteriopatia Ostruttiva Cronica Periferica in previsione di terapia chirurgica <input type="checkbox"/> | |

DATA __/__/_____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

.....
Legenda dei Colori dello schema in relazione ai tempi di erogazione della prestazione:

Colore rosso: entro 24 ore
Colore blu: entro 7 giorni
Colore verde: entro 30-45 giorni
Colore bordeaux: oltre 45 giorni
Colore nero: esame di controllo/follow-up

Allegato 2. Scheda Raccolta Dati ECO-(COLOR)-DOPPLER TSA

PAZIENTE DI ETÀ (anni) _____ SESSO F M

DATA DELLA RICHIESTA ____/____/____ DATA DELLA PRESTAZIONE ____/____/____

A) Medico che ha suggerito l'esame:

Specialista: Chirurgo vascolare Cardiologo Angiologo Otorino
 Oculista Internista Neurologo Diabetologo
 Reumatologo Medico di P.S. ALTRO _____

Medico di Medicina Generale

B) Patologie/fattori di rischio: Diabete Cardiopatia ischemica/infarto

Iperensione Dislipidemia Arteriopatia Periferica

Fumo Familiarità ALTRO _____

C) È specificato il quesito diagnostico per la richiesta? Sì No

Primo Esame	Controllo/follow up
<ul style="list-style-type: none"> ➤ È un esame richiesto come accertamento assieme ad altri esami (senza indicazione specifica e senza segni clinici) <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primo controllo <input type="checkbox"/> Secondo controllo <input type="checkbox"/> Terzo o successivo controllo <input type="checkbox"/> ➤ Ultimo eco-(color)-Doppler eseguito da ____ mesi <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ TIA o ictus <input type="checkbox"/> ➤ Pz con coronaropatia <input type="checkbox"/> ➤ Pz con arteriopatia sintomatica <input type="checkbox"/> ➤ Pz con aneurisma aortico <input type="checkbox"/> ➤ Furto della succlavia <input type="checkbox"/> ➤ Multipli fattori di rischio CV (n° ____) ➤ presenza di soffio carotideo <input type="checkbox"/> ➤ Vertigini persistenti <input type="checkbox"/> ➤ Pz con <i>claudicatio intermittens</i> <input type="checkbox"/> ➤ recente TIA/Ictus (insorto da ____ giorni) <input type="checkbox"/> 	<p>Motivo per richiedere il controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Precedente endoarteriectomia da ____ mesi <input type="checkbox"/> ➤ Recente TIA/Ictus (insorto da ____ mesi) <input type="checkbox"/> ➤ Occlusione carotide controlaterale <input type="checkbox"/> ➤ Stenosi carotide <50% sintomatica <input type="checkbox"/> ➤ Stenosi carotide <50% asintomatica <input type="checkbox"/> ➤ Stenosi carotide 50-70% sintomatica <input type="checkbox"/> ➤ Stenosi carotide 50-70% asintomatica <input type="checkbox"/> ➤ Stenosi carotide >70% asintomatica <input type="checkbox"/> ➤ Placca ecopriva o ulcerata <input type="checkbox"/>
<p>Altro, specificare _____</p>	<p>Altro, specificare _____</p>

Allegato 3 - Scheda Raccolta Dati ECO-(COLOR)-DOPPLER ARTI INFERIORI

PAZIENTE DI ETÀ (anni) _____ SESSO F M

DATA DELLA RICHIESTA ____/____/____ DATA DELLA PRESTAZIONE ____/____/____

A) Medico che ha suggerito l'esame:

➤ **Specialista:** Chirurgo vascolare Cardiologo Angiologo Otorino
Oculista Internista Neurologo Diabetologo Reumatologo
Medico di P.S. ALTRO _____

➤ **Medico di Medicina Generale**

B) Patologie/fattori di rischio: Diabete Cardiopatia ischemica/infarto

Iperensione Dislipidemia Arteriopatia Periferica

Fumo Familiarità ALTRO _____

C) È specificato il quesito diagnostico per la richiesta? Sì No

Primo Esame	Controllo/follow up
➤ È un esame richiesto come accertamento assieme ad altri esami (senza indicazione specifica e senza segni clinici)	➤ Primo controllo <input type="checkbox"/> Secondo controllo <input type="checkbox"/> Terzo o successivo controllo <input type="checkbox"/>
➤ Aneurisma popliteo	➤ Ultimo eco-(color)-Doppler eseguito da ____ mesi
➤ Sospetta trombosi venosa profonda	Motivo per richiedere il controllo:
➤ "Dito blu" da microembolia periferica	➤ Precedente TVP da ____ mesi <input type="checkbox"/>
➤ Flebite superficiale di coscia	➤ Precedente rivascolarizzazione arteriosa (da ____ mesi) <input type="checkbox"/>
➤ Flebite superficiale di gamba	➤ Precedente chirurgia distale (da ____ mesi) <input type="checkbox"/>
➤ Sindrome varicosa per scelta terapeutica	➤ Precedente chirurgia aortica (da ____ mesi) <input type="checkbox"/>
➤ Riduzione improvvisa della autonomia di marcia	➤ Sindrome post-trombotica recidivata <input type="checkbox"/>
➤ Comparsa di lesioni trofiche arteriose	
Altro, specificare _____	Altro, specificare _____

Allegato 4

Scala di Wells per il sospetto clinico di TVP (JAMA 1998;279:1094-9)

Parametro clinico	Score
Cancro in atto (terapia in corso o negli ultimi 6 mesi o palliativo)	1
Paralisi, paresi o recente ingessatura agli arti inferiori	1
Allettamento per più di 3 giorni dopo chirurgia maggiore nelle ultime 4 settimane	1
Tensione dolorosa lungo la distribuzione del sistema venoso profondo	1
Gonfiore a tutta la gamba	1
Edema del polpaccio >3cm in confronto alla gamba asintomatica (misurato 10cm sotto la tuberosità tibiale); in pazienti con sintomi bilaterali usare la gamba peggiore	1
Edema con fovea (maggiore nella gamba sintomatica)	1
Vene superficiali collaterali (non varicose)	1
Diagnosi alternativa più verosimile o più probabile	-2

Interpretazione:

score totale ≥ 3 :	alta probabilità di TVP
score totale tra 1 e 2:	probabilità intermedia di TVP
score totale ≤ 0 :	bassa probabilità di TVP

Schema semplificato dei segni neurologici focali per la diagnosi di TIA

<i>Territorio della carotide interna:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ deficit sensitivo e/o motorio unilaterale ▪ afasia ▪ amaurosi unilaterale
<i>Territorio vertebro-basilare:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cecità bilaterale improvvisa ▪ deficit sensitivo e/o motorio bilaterale o crociato ▪ vertigini centrali e diplopia e disfagia e cadute (combinati)
<i>Lesioni a sede incerta:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ disartria ▪ emianopsia

CeVEAS

Viale Muratori, 201 - 41100 – MODENA
tel. +39+059.435200 - fax +39+059.435222
e-mail: ceveas@ausl.mo.it