

# Prevenzione dopo una SCA.

## La filosofia “less is more”

La programmazione del follow-up clinico-strumentale “personalizzato” sulla base del profilo di rischio individuale è fondamentale nella gestione del paziente che ha superato la fase intraospedaliera di una sindrome coronarica acuta. Alla luce del crescente uso delle metodiche diagnostiche e degli interventi terapeutici soprattutto in cardiologia è importante ridurre le indagini non appropriate potenziando invece i percorsi riconosciuti come più efficienti

**Pier Luigi Temporelli**

*Divisione di Cardiologia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS - Veruno (NO)*

**L**a gestione del paziente che ha superato la fase intraospedaliera di una Sindrome Coronarica Acuta (SCA) è un percorso complesso che richiede strutture organizzative flessibili e competenze specifiche in grado di determinare un ottimale controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, di favorire la puntuale assunzione dei trattamenti farmacologici raccomandati e l'aderenza agli stessi e a stili di vita corretti nel medio-lungo termine, e di programmare un follow-up clinico-strumentale “personalizzato” sulla base del profilo di rischio individuale.

Gli obiettivi di questo approccio sono rappresentati da un miglioramento della prognosi, con riduzione dell'incidenza di nuovi eventi cardiovascolari fatali e non, e di minore evoluzione verso lo scompenso cardiaco con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni e dei costi sanitari.

I pazienti dimessi dopo una SCA dovrebbero essere dunque indirizzati a percorsi assistenziali, specie nel primo anno, tarati sul livello di

rischio individuale e non in modo standardizzato e uguale per tutti. Per raggiungere questo obiettivo è necessario stabilire fin da subito una chiara gerarchia tra le variabili con documentato valore prognostico dopo una SCA.

I fattori di rischio tradizionali conservano un indubbio valore, ma la loro capacità predittiva a lungo termine è inferiore rispetto ai parametri correlati con il danno subito dal ventricolo sinistro durante l'episodio acuto o con il rischio di nuovi eventi coronarici.

### ► Percorso più appropriato

In un recente documento nazionale, i punti cardine della stratificazione prognostica dopo una SCA sono stati identificati:

- in primo luogo nella disfunzione ventricolare sinistra, nello scompenso cardiaco e nei suoi predittori,
- in secondo luogo, nella valutazione accurata del rischio di recidive ischemiche, altrimenti detto “rischio trombotico”.<sup>1</sup>

Di conseguenza, dopo averne cor-

rettamente inquadrato il profilo di rischio, il paziente andrebbe indirizzato al percorso a lui più appropriato.

Un più recente documento nazionale intersocietario ha delineato un ideale follow-up clinico strumentale focalizzato sul primo anno dopo l'evento acuto.<sup>2</sup>

► Per i pazienti ad alto rischio, cioè sottoposti a rivascolarizzazione percutanea (PCI) per SCA con frazione d'eiezione ridotta (<45%) o con sintomi di insufficienza cardiaca, un percorso riabilitativo dovrebbe essere sempre considerato dopo la dimissione dalla fase acuta.

► Nei pazienti stabili, una visita cardiologica con ECG ed un ecocardiogramma dovrebbero essere comunque eseguiti almeno a 3 e 12 mesi, e in seguito in base all'evoluzione clinica.

► Nei pazienti diabetici con disfunzione ventricolare sinistra anche se clinicamente stabili può essere preso in considerazione un ecocardiogramma annuale. L'esecuzione di uno stress test deve essere sempre valutata sulla base

delle caratteristiche cliniche/angiografiche.

► In pazienti rivascolarizzati per SCA senza disfunzione ventricolare sinistra e/o scompenso in fase acuta, ma con diabete mellito, malattia multivasale, malattia del tronco comune e/o della discendente anteriore prossimale, o con rivascolarizzazione incompleta o subottimale, una visita cardiologica con ECG dovrebbe essere garantita a 6 mesi e ad 1 anno e poi annualmente.

► L'esame ecocardiografico di routine non è raccomandato nei pazienti asintomatici senza disfunzione ventricolare residua.

► Uno stress test a 3 mesi può essere indicato in caso di rivascolarizzazione incompleta o risultato PCI subottimale e dovrebbe essere ripetuto annualmente in seguito.

► In pazienti con rivascolarizzazione completa, senza disfunzione ventricolare sinistra e senza rilevanti comorbidità, cioè a basso rischio, l'esame ecocardiografico di routine non è indicato. Se stabili, questi pazienti devono essere sottoposti solo a visita cardiologica con ECG entro 12 mesi (non raccomandati di routine in seguito). Uno stress test non è raccomandato entro il primo anno in pazienti stabili.

### ► Fare di più non significa fare meglio

Negli ultimi anni si è osservato in campo medico e soprattutto cardiologico un crescente uso delle metodiche diagnostiche e degli interventi terapeutici. Una loro significativa quota appare però inappropriata, cioè potenzialmente ridondante, pericolosa, costosa e poco utile. Il problema è trasversa-

le a tutti i Paesi industrializzati. Gli Stati Uniti, ad esempio, hanno il sistema di assistenza sanitaria tecnologicamente più avanzato al mondo. Sebbene spendano molto di più nell'assistenza sanitaria di qualsiasi altro Paese, su indicatori quali l'aspettativa di vita e la mortalità infantile hanno risultati inferiori rispetto a Paesi che spendono molto meno. Nel cercare una risposta al perché il rendimento dei loro enormi investimenti nell'assistenza sanitaria non sia migliore è emerso come centinaia di miliardi di dollari vadano sprecati ogni anno in spese sanitarie che non contribuiscono al benessere dei pazienti.<sup>3</sup> Da ciò si è diffuso tra i medici un crescente riconoscimento che molti pazienti ricevono un'eccessiva (e costosa e per certi aspetti inutile) assistenza sanitaria. I trattamenti evitabili spesso sono legati a convinzioni che gli individui, inclusa la classe medica, tendono a mantenere nonostante prove che dovrebbero portare a convinzioni almeno contraddittorie o più sfumate.

Alcuni esempi di tale modo errato di pensare sono le convinzioni secondo cui la tecnologia avanzata è sempre un bene, che le nuove tecnologie sono sempre meglio delle tecnologie più datate, e che l'incertezza in ambito medico è inaccettabile e va esclusa a qualsiasi costo. A partire dall'inizio del nuovo millennio, una serie di documenti tra cui il "Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter"<sup>4</sup>, emesso nel 2002, il programma "Putting the Charter into Practice" dell'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation del 2009, le serie di articoli di JAMA "Less Is More"<sup>5</sup> hanno fornito ai medici alcune indicazioni per affrontare l'iperprescri-

zione nelle cure sanitarie.

In Italia, Slow Medicine ha lanciato l'analoga campagna "Fare di più non significa fare meglio" cui ha aderito l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). Un gruppo di lavoro ad hoc ha preparato una lista di 5 procedure cardiologiche il cui uso routinario sembra inappropriato nel nostro Paese.<sup>6</sup> Non a caso, la gran parte di queste procedure inappropriate riguarda la cardiopatia ischemica cronica (*tabella 1*). Le strategie di follow-up nel paziente con cardiopatia ischemica cronica sono infatti estremamente eterogenee e, purtroppo, molte volte anche scorrette.

I pazienti a basso rischio sono spesso sottoposti a periodiche valutazioni cliniche ed esami non invasivi inutili, mentre paradossalmente i pazienti a più alto rischio hanno meno probabilità di accedere a seriati controlli clinico-strumentali appropriati.<sup>7,8</sup> Di fatto anche in Italia, come del resto in molti Paesi dotati di alta tecnologia, molte indagini, soprattutto i test non invasivi, sono spesso prescritte in maniera inappropriata, fino a sostituire quasi completamente (e inopportunitamente) la valutazione clinica.

Proprio nella logica di limitare le prescrizioni strumentali inappropriate nel nostro Paese, un documento dell'Area Prevenzione dell'ANMCO<sup>9</sup> e un documento di consenso cardiologico intersocietario nazionale<sup>10</sup> hanno fornito negli ultimi anni delle puntuali indicazioni sul timing delle indagini strumentali più richieste nel follow-up del paziente cardiopatico cronico, con l'obiettivo di evidenziare soprattutto ciò di cui possiamo fare a meno senza perdere in accuratezza diagnostico/terapeutica (i docu-

**Tabella 1**

**Indagini diagnostiche non appropriate nel paziente cardiopatico cronico**

|          |                                                                                                                                                                                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | Non richiedere ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia lieve-moderata o con disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di nuovi sintomi, segni o eventi clinici. |
| <b>2</b> | Non richiedere di routine prova elettrocardiografica da sforzo di controllo in pazienti asintomatici dopo rivascolarizzazione chirurgica o percutanea.                                |
| <b>3</b> | Non richiedere registrazione Holter in pazienti con dolore toracico da sforzo che siano in grado di eseguire prova da sforzo, a meno che non vi sia anche il sospetto di aritmie.     |
| <b>4</b> | Non richiedere test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.                                                        |
| <b>5</b> | Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.                                  |

*Mod da G Ital Cardiol 2014;15(4):244-252*

menti integrali sono disponibili in [www.giornaledicardiologia.it](http://www.giornaledicardiologia.it)).

**► Conclusioni**

Anche in Italia, come del resto in molti Paesi dotati di alta tecnologia, molte indagini, soprattutto i test non invasivi, sono spesso pre-

scritte in maniera inappropriata, fino a sostituire quasi completamente (e inopportuno) la valutazione clinica.

Inoltre quando le indagini comportano esposizione a radiazioni ionizzanti, è importante tenere conto anche del rischio biologico reale per il paziente, che cresce espo-

nenzialmente in caso di indagini multiple. D'altra parte, non vi è una dimostrazione univoca che l'utilizzo indiscriminato e ripetitivo delle indagini diagnostiche possa migliorare l'outcome, ovvero prevenire gli eventi cardiovascolari. Tra i pazienti sottoposti a test di imaging, circa un sesto dei casi non assume terapia adeguata e frequentemente non vengono apportate modifiche di terapia a conclusione dell'iter diagnostico. L'appropriatezza delle indicazioni appare dunque un obiettivo prioritario. È importante prendere atto delle indagini diagnostiche che, in prevenzione cardiovascolare secondaria, non apportano alcun contributo alla gestione del paziente al fine di ottimizzare le risorse disponibili, contenere la spesa e ridurre le indagini non appropriate potenziando invece i percorsi riconosciuti come più efficienti.

• Questo articolo è una sintesi di una relazione al Congresso "Conoscere e Curare il Cuore" - Coordinamento Francesco Prati, Presidente Centro Lotta contro l'Infarto, Fondazione onlus (Firenze 28/2-3.3 2019).

**Bibliografia**

1. Greco C, Bovenzi FM, Berti S, et al. Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE. L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. *G Ital Cardiol* 2014; 15 (1 Suppl 1):3 S-27S.
2. Rossini R, Oltrona Visconti L, Musumeci G, et al. A multidisciplinary consensus document on follow-up strategies for patients treated with percutaneous coronary intervention. *Catheter Cardiovasc Interv* 2015; 85: E129-39.
3. Fineberg HV. Shattuck Lecture. A successful and sustainable health system-how to get there from here. *N Engl J Med* 2012; 366: 1020-7.
4. ABIM Foundation American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
5. Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med* 2010; 170: 749-50.
6. Bobbio M, Abrignani MG, Caldarola P, et al. Choosing wisely: the Top 5 list of the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO). *G Ital Cardiol* 2014; 15: 244-52.
7. Safavi KC, Li S, Dharmarajan K, et al. Hospital variation in the use of noninvasive cardiac imaging and its association with downstream testing, interventions, and outcomes. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 546-53.
8. Mudrick DW, Shah BR, McCoy LA, et al. Patterns of stress testing and diagnostic catheterization after coronary stenting in 250,350 Medicare beneficiaries. *Cardiovasc Imaging* 2013; 6: 11-9.
9. Cherubini A, Mureddu GF, Temporelli PL, et al. Appropriateness of diagnostic tests in cardiovascular prevention: what can we skip? *G Ital Cardiol* 2014; 15: 253-63.
10. Riccio C, Gulizia MM, Colivicchi F, et al. ANMCO/GICR-IACPR/SICI-GISE Consensus document: Clinical management of patients with stable coronary artery disease. *G Ital Cardiol* 2016; 17: 529-69.