

# Linee Guida Esc 2025

## Aggiornamenti in medicina generale

Tanti i temi affrontati che offrono al Mmg strumenti e conoscenze fondamentali per migliorare la cura dei pazienti, dal trattamento della coronaropatia multivasale nell'infarto Stemi, alla gestione delle malattie cardiovascolari in gravidanza, all'approccio della salute mentale e delle malattie Cv, alla gestione delle dislipidemie

Il panorama della cardiologia è in continua evoluzione, con nuove ricerche e linee guida che emergono costantemente per affinare la pratica clinica. Gli aggiornamenti presentati all'Esc 2025 offrono spunti fondamentali che il Medico di medicina generale può integrare nella propria routine, migliorando la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione a lungo termine dei pazienti con malattie cardiovascolari (Cv).

### Trattamento della coronaropatia multivasale nell'infarto Stemi

La gestione dei pazienti con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (Stemi) e coronaropatia multivasale rappresenta una sfida clinica significativa. Le attuali Linee Guida Esc raccomandano la rivascolarizzazione completa, che include il trattamento sia della lesione responsabile dell'infarto (lesione "culprit") sia delle altre lesioni non responsabili ("non-culprit"). Tuttavia, il momento ottimale per trattare queste ultime non era ben definito. Il **trial Option-Stemi**, i cui risultati sono stati presentati al congresso Esc 2025 e pubblicati su Lancet, ha cercato di chiarire questo aspetto. Lo studio ha confrontato due strategie:

- **rivascolarizzazione completa immediata:** trattamento di tutte le lesioni interessate (culprit e non-culprit) durante la stessa procedura di intervento coronarico percutaneo (Pci).
- **rivascolarizzazione completa a stadi:** trattamento iniziale della lesione culprit, seguito dal trattamento delle lesioni non-culprit in un giorno diverso durante lo stesso ricovero ospedaliero.

#### ELEMENTI CHIAVE PER IL MMG

- **Non-inferiorità non dimostrata:** il trial Option-Stemi non ha dimostrato la non-inferiorità della rivascolarizzazione completa immediata rispetto a quella a stadi. Ciò significa che non vi sono prove conclusive che la strategia immediata sia equivalente o migliore di quella a stadi.
- **Segnale di peggiori outcome in pazienti con scompenso cardiaco:** è emerso un segnale di esiti peggiori con la rivascolarizzazione completa immediata nei pazienti che mostravano segni di scompenso cardiaco, classificati come Killip class II o III. In questi pazienti, il rischio di decesso, infarto non fatale o rivascolarizzazione non pianificata a 1 anno era significativamente più alto nel gruppo a rivascolarizzazione immediata rispetto a quello a stadi

(Hr 1.79). Al contrario, nei pazienti senza segni di scompenso cardiaco (Killip class I), l'Hr era 0.84, suggerendo una potenziale eterogeneità dell'effetto del trattamento in base alla classe Killip.

- **Endpoint primario:** l'endpoint composito di morte per tutte le cause, infarto miocardico non fatale e qualsiasi rivascolarizzazione non pianificata a 1 anno si è verificato nel 13.1% dei pazienti nel gruppo immediato e nel 10.8% nel gruppo a stadi.

- **Implicazioni pratiche:** il Professor Youngkeun Ahn, Principal Investigator del trial Option-Stemi, suggerisce che, dati i risultati nei pazienti con segni di scompenso cardiaco, è prudente **limitare la rivascolarizzazione completa immediata ai pazienti Stemi stabili con coronaropatia multivasale e a basso rischio clinico.**

- **Contesto:** è importante notare che altri due studi recenti avevano mostrato la non-inferiorità della rivascolarizzazione immediata rispetto a quella a stadi, ma con popolazioni di pazienti e tempistiche di procedura a stadi diverse (a settimane di distanza dall'intervento iniziale). Il trial Option-Stemi, invece, ha confrontato le due strategie all'interno dello stesso ricovero ospedaliero.

Per il Mmg, è fondamentale essere a conoscenza di questi risultati per

comprendere meglio le strategie di gestione acuta dei propri pazienti con Stemi multivasale e per monitorare eventuali segni di scompenso cardiaco post-procedurale. La stratificazione del rischio basata sulla Killip class, sebbene sia una valutazione specialistica acuta, informa la prognosi e le successive necessità di follow-up.

## Malattie cardiovascolari e gravidanza

Le nuove Linee Guida Esc 2025 per la gestione delle malattie cardiovascolari (Cvd) e la gravidanza rappresentano un aggiornamento significativo rispetto alla versione del 2018, con un' enfasi rinnovata su vari aspetti clinici. Il Mmg ha un ruolo insostituibile in questo contesto, spesso essendo il primo punto di contatto per le donne in età fertile.

### CONCETTI CHIAVE PER IL MMG

■ **Il Pregnancy Heart Team:** una delle revisioni strutturali più importanti è la creazione di una sezione dedicata al Pregnancy Heart Team. Questo team multidisciplinare è essenziale per garantire un' assistenza completa dalla pre-conoscenza fino al periodo post-partum.

■ **Ruolo del Mmg nella valutazione del rischio e nel referral:** la selezione delle donne da indirizzare a un Pregnancy Heart Team si basa sulla **classificazione modificata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (mWho) 2.0 per il rischio cardiovascolare in gravidanza.**

- Le donne con Cvd di **classe mWho 2.0 II-III o superiore** dovrebbero essere valutate e gestite da un Pregnancy Heart Team fin dalla fase pre-gravidanza e per tutta la durata della gravidanza e del post-partum.
- Per le donne con condizioni di

**classe mWho 2.0 IV**, è raccomandata una discussione approfondita da parte del Pregnancy Heart Team sui rischi elevati di mortalità o morbilità materna e i correlati alti rischi fetali. In questo contesto, le precedenti raccomandazioni di Classe III sono state modificate in una raccomandazione di Classe I, promuovendo un modello di **decisione condivisa** e permettendo alle donne di fare scelte pienamente informate con un adeguato supporto psico-sociale. Il Mmg è fondamentale nell'identificare queste pazienti e indirizzarle precocemente verso la valutazione specialistica.

■ **Importanza degli esiti avversi della gravidanza (Apos):** le linee guida riconoscono l'importanza crescente degli Apos, che includono disturbi ipertensivi gestazionali, pre-eclampsia, diabete mellito gestazionale, neonati piccoli o grandi per età gestazionale e parto pretermine.

• È raccomandato eseguire una **valutazione del rischio Cv nelle donne con Apos**, documentare gli Apos quando si valuta il rischio Cv e fornire consulenza sull'importanza di uno stile di vita sano per ottimizzare la salute cardiovascolare. Il Mmg, monitorando le gravidanze e il post-partum, ha un ruolo chiave in questa fase.

■ **Cure post-partum e continuità assistenziale:** il Professor Kristina H. Haugaa sottolinea che l'assistenza post-partum è spesso frammentata e gestita solo dagli ostetrici. Un periodo più lungo di assistenza post-partum potrebbe ridurre il rischio Cv a lungo termine nelle donne con Apo. È **critica una comunicazione fluida tra i vari professionisti sanitari** (ostetrico, cardiologo, internista, **medico di famiglia**) e una gestione multidisciplinare degli Apos per la salute a lungo termine della donna. Il Mmg è il fulcro di questa comunicazione

e del follow-up a lungo termine.

Il Mmg deve quindi considerare la gravidanza non solo come un evento ostetrico, ma anche come un "test da stress" cardiovascolare che può rivelare o esacerbare condizioni preesistenti e influenzare la salute Cv futura della donna. La proattività nella consulenza pre-concezionale e nel follow-up post-partum è essenziale.

## Salute mentale e malattie cardiovascolari: un approccio integrato

La prima dichiarazione di consenso clinico Esc del 2025 sulla salute mentale e le malattie cardiovascolari (Cvd) sottolinea un'interconnessione profonda e spesso trascurata tra queste due condizioni. Questo documento è di particolare interesse per il Mmg, che gestisce quotidianamente pazienti con entrambe le problematiche.

### PUNTI SALIENTI PER IL MMG

■ **Relazione reciproca:** le persone con sintomi di condizioni di salute mentale e quelle con disturbi di salute mentale sono ad alto rischio di sviluppare Cvd. Allo stesso modo, i pazienti con Cvd spesso sperimentano condizioni di salute mentale, con un impatto sulla qualità della vita, l'aderenza al trattamento e la prognosi. La dichiarazione mira a evidenziare l'entità di questo impatto reciproco e come prevenirlo o minimizzarlo.

■ **Mancanza di consapevolezza:** attualmente, vi è una insufficiente consapevolezza tra i professionisti sanitari della prevalenza delle condizioni di salute mentale e del loro impatto sul rischio di Cvd, così come della prevalenza di queste condizioni nei pazienti con Cvd. Il Mmg può giocare un ruolo cruciale nel colmare questa lacuna.

■ **Approccio olistico e integrato:** il Professor Christi Deaton sottolinea che l'alto carico di Cvd e condizioni di salute mentale concomitanti richiede un **approccio olistico integrato** alla cura dei pazienti con Cvd, incorporando la valutazione e la gestione della salute mentale nella routine cardiologica.

■ **Nuovi modelli di cura e collaborazione:** vengono suggeriti nuovi modelli di cura e la creazione di **team psico-cardio** nelle unità di cura Cv ospedaliere e ambulatoriali, in collaborazione con professionisti della salute mentale, cure primarie (Mmg) e assistenza sociale.

■ **Principi Active per il Mmg:** Il documento propone un approccio pratico per rendere la cura più centrata sul paziente e integrata, seguendo i principi **Active:**

- **Acknowledge (Riconoscere):** riconoscere la potenziale comorbidità.
- **Check (Verificare):** verificare attivamente la presenza di problemi di salute mentale.
- **(use validated) Tools (Usare strumenti validati):** utilizzare strumenti di screening validati.
- **Implement (Implementare):** implementare interventi appropriati.
- **Venture (Avventurarsi):** collaborare con altri specialisti.
- **Evaluate (Valutare):** valutare continuamente l'efficacia delle cure.

■ **Gestione della Cvd in persone con malattie mentali gravi:** il documento affronta specificamente la gestione della Cvd in persone con malattie mentali gravi, coprendo questioni come lo stile di vita, i fattori di rischio indotti dai farmaci e le disparità nella gestione.

■ **Superare le barriere sistemiche:** esistono barriere sistemiche (stigma, stereotipi, pregiudizi, "diagnostic overshadowing" - attribuire erroneamente sintomi fisici a malattie psicologiche preesistenti) che portano a disuguaglianze

nell'assistenza Cv ricevuta da queste persone. Il Professor Héctor Bueno evidenzia che i professionisti sanitari devono essere consapevoli di questi problemi e affrontarli. Il Mmg, con la sua visione d'insieme del paziente e del contesto sociale, è in una posizione privilegiata per identificare e mitigare queste barriere.

■ **Centralità della prospettiva del paziente:** le esperienze vissute dai pazienti con Cvd e condizioni di salute mentale sono state centrali nella creazione del documento di consenso, sottolineando l'importanza di cambiare la pratica. Il Mmg dovrebbe sempre considerare il punto di vista del paziente per fornire cure più efficaci e umane.

### Gestione delle dislipidemie

Le Linee Guida Esc/Eas del 2025 rappresentano un **aggiornamento mirato** del precedente documento del 2019 che **incorpora nuovi algoritmi di previsione del rischio** come Score2 e Score2-OP, e **nuovi modificatori del rischio**, tra cui l'aterosclerosi subclinica e livelli elevati di Lp(a). Inoltre, le linee guida introducono **nuove terapie per ridurre il colesterolo Ldl e i trigliceridi**, raccomandando acido bempedoico per pazienti intolleranti alle statine, evinacumab per l'ipercolesterolemia familiare omozigote, e icosapent etile/volanesorsen per ipertrigliceridemia. Viene anche enfatizzata una **riduzione intensiva e precoce del C-Ldl** per i pazienti con sindrome coronarica acuta, e sono fornite raccomandazioni specifiche per **popolazioni speciali** come persone con Hiv o pazienti oncologici. Infine, si sconsiglia l'uso di integratori e vitamine senza comprovata efficacia nel ridurre il rischio cardiovascolare.

### Conclusioni e implicazioni pratiche per il Mmg

I recenti aggiornamenti delle Linee Guida Esc offrono al Medico di Medicina Generale strumenti e conoscenze fondamentali per migliorare la cura dei pazienti. La comprensione approfondita dei risultati del trial Option-Stemi permette una maggiore consapevolezza sulle strategie di rivascolarizzazione e sui rischi differenziati in base alla condizione clinica acuta del paziente. Le nuove Linee Guida su Cvd e gravidanza rafforzano il ruolo cruciale del Mmg nella consulenza pre-concezionale, nella valutazione del rischio tramite la classificazione mWho 2.0 e nella gestione a lungo termine del post-partum, sottolineando l'importanza del Pregnancy Heart Team e della comunicazione multidisciplinare. Infine, la prima dichiarazione di consenso su salute mentale e Cvd evidenzia la necessità di un approccio olistico e integrato, che riconosca l'interconnessione tra queste condizioni e sfidi le barriere sistemiche, promuovendo i principi Active e la collaborazione con team psico-cardio. L'aggiornamento sulla gestione delle dislipidemie offre un panorama esaustivo delle possibilità di intervento in relazione agli algoritmi di previsione del rischio e ai modificatori del rischio, alle nuove terapie per la riduzione del C-Ldl e dei trigliceridi per concludere con la gestione in popolazioni speciali.

Il Mmg, trovandosi in una posizione privilegiata per la continuità assistenziale e la conoscenza globale del paziente, è il pilastro per implementare queste raccomandazioni nella pratica quotidiana, garantendo una cura centrata sulla persona, una prevenzione efficace e una gestione ottimale delle malattie cardiovascolari in tutte le fasi della vita.