

Dieci priorità nel trattamento del paziente con sindrome coronarica acuta

Giovanni Esposito¹, Fabrizio Ricci², Giovanni Battista Zito³

¹Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli - Italy

²Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara - Italy

³Presidente Nazionale A.R.C.A. (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali), Roma - Italy

Ten priorities in the treatment of the ACS patient

From the topics addressed in the articles of this Special Issue, dedicated to acute coronary syndromes (ACS), some priorities have emerged summarizing the complexity of the management of these patients, which must take into account not only clinical and pharmacological factors but also logistical and organizational aspects, as well as elements of health policy. Only the synergy between these different aspects can bring out the solution for the optimization of ACS management, in terms of prevention, diagnosis, treatment and improvement of the patient's quality of life.

Keywords: Acute coronary syndrome, Management, Priorities, Treatment

Dall'insieme delle tematiche affrontate negli articoli di questo Special Issue, dedicato alle sindromi coronariche acute (SCA), sono emerse alcune priorità che riassumono la complessità della gestione di questi pazienti, che deve tenere conto non solo di fattori clinici e farmacologici ma anche di aspetti logistici e organizzativi, nonché di elementi di politica sanitaria. Solo dalla sinergia tra questi diversi aspetti può scaturire la chiave per l'ottimizzazione della gestione di tale condizione, in termini di prevenzione, diagnosi, trattamento e miglioramento della qualità di vita del paziente.

1 – Rapido e corretto inquadramento diagnostico e prognostico del paziente con SCA: la stratificazione immediata del rischio ischemico e iatrogeno del singolo paziente consente un'appropriata disposizione del livello di intensità delle cure e la corretta valutazione del timing dello studio angiografico coronarico invasivo.

2 – Organizzazione dell'operatività delle reti territoriali per il trattamento dell'infarto miocardico acuto, attraverso

la definizione di un percorso clinico assistenziale del paziente con infarto acuto, che comprenda:

- fase pre-ospedaliera: dall'inizio dei sintomi all'arrivo al primo ospedale;
- fase ospedaliera: dall'arrivo al primo ospedale e presa in carico del paziente per la riperfusione coronarica, alla gestione delle eventuali complicanze, del trattamento raccomandato e della successiva degenza;
- fase post-ospedaliera: dalla dimissione, alla fase riabilitativa, al follow-up ambulatoriale.

La rete per la gestione dell'emergenza si è strutturata al fine di garantire ai pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) l'accesso più precoce possibile alle cure necessarie. L'integrazione tra le competenze ospedaliere e la capillarità dei servizi territoriali, anche grazie alle nuove tecnologie, ai sistemi di connessione e comunicazione e alle intelligenze artificiali, saranno la chiave per migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti nel prossimo futuro.

3 – Stretta sinergia tra terapia farmacologica e rivascolarizzazione miocardica nella fase iniziale di trattamento delle SCA: le proposte terapeutiche inerenti intensità e durata della terapia antitrombotica, le possibili strategie conservative o di rivascolarizzazione mediante angioplastica o by-pass coronarico, la prevenzione secondaria devono tener conto del delicato equilibrio fra rischio ischemico ed emorragico, della severità e della complessità del quadro coronarico ed emodinamico, delle comorbilità e del grado di fragilità del singolo paziente. Il successo terapeutico è condizionato dalla

Received: March 1, 2022

Accepted: March 23, 2022

Published online: May 24, 2022

Corresponding author:

Giovanni Esposito

Divisione di Cardiologia,

Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate

Università degli Studi di Napoli Federico II

Via S. Pansini 5

80131 Napoli - Italy

espogiov@unina.it



capacità del cardiologo di instaurare un'alleanza terapeutica con il paziente e i suoi familiari e dalla capacità di informarli e condurli attraverso le diverse fasi di cura e assistenza.

4 – Importanza e benefici della cardiologia preventiva e riabilitativa, comprendente:

- a) valutazione multidimensionale del paziente,
- b) counselling per attività fisica e nutrizione,
- c) controllo del peso e riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari,
- d) supporto psicosociale ed elaborazione cognitiva,
- e) ottimizzazione terapeutica e prevenzione secondaria.

5 – Realizzazione di una solida alleanza medico-paziente:

è la base per garantire alla dimissione dal ricovero l'aderenza alle terapie, che dovrebbero essere sempre concordate con il paziente nell'ambito di una relazione bidirezionale, in cui le proposte del medico devono trovare la condivisione del destinatario finale dell'intervento terapeutico, soprattutto per ciò che riguarda la sua reale possibilità di attenersi al trattamento proposto. Seguendo questo percorso di condivisione, forse più che di *aderenza alla terapia* è opportuno parlare di *adesione*, che esprime accettazione, accoglimento, consenso dato a qualche cosa e non mera "ubbidienza" a una indicazione del medico. Ciò risulta fondamentale per garantire l'efficacia delle terapie, che ancora troppo spesso non vengono assunte adeguatamente o vengono interrotte prematuramente, con un impatto negativo sulla prognosi del paziente.

6 – Creazione di una concreta e fattiva sinergia di intenti tra regime di ricovero (unità di terapia intensiva cardiologica, corsia di degenza) e regime ambulatoriale (ambulatori intra ed extra-ospedalieri): è fondamentale realizzare un'integrazione fra la gestione della fase acuta della malattia e quella della sua complessiva storia naturale, molto più lunga e articolata, in cui il cardiologo ambulatoriale ha compiti di primaria responsabilità. Il percorso di presa in carico ospedale/territorio deve partire da una corretta diagnosi della patologia, che permette di definire la terapia e il percorso più appropriato per il singolo paziente. Come nel caso di altre malattie croniche, la gestione a lungo termine dei pazienti con SCA necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multi-livello, in grado di realizzare progetti di cura personalizzati finalizzati a migliorare la qualità di vita, prevenire le disabilità e razionalizzare l'uso delle risorse. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 sottolinea la necessità di programmare in modo sempre più integrato le attività presenti sul territorio e negli ospedali e di rafforzare le aziende sanitarie nello sviluppo delle attività di prevenzione, garantendo una maggiore integrazione tra area sociale e socio-sanitaria.

7 – Implementazione di misure di prevenzione secondaria, per limitare il rischio residuo dei pazienti con SCA

dopo un primo evento: la corretta applicazione delle strategie di prevenzione secondaria in pazienti affetti da cardiopatia ischemica è in grado di ritardare la progressione della malattia aterosclerotica, di ridurre la mortalità e l'incidenza di nuovi eventi clinici e di controllare i sintomi migliorando la qualità di vita. A tal fine, i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) hanno un ruolo fondamentale, garantendo la creazione di una rete territoriale coordinata dal medico di medicina generale, che permette di:

- a) ottimizzare l'utilizzo delle risorse aumentando la qualità delle cure e della soddisfazione del paziente,
- b) facilitare la comunicazione e il coordinamento delle diverse professionalità coinvolte,
- c) monitorare e valutare le attività svolte e i risultati ottenuti in un'ottica di miglioramento continuo.

8 – Ottimizzazione della terapia ipolipemizzante nei pazienti con SCA: la riduzione intensiva dei livelli di LDL-C è fondamentale per prevenire la progressione dell'aterosclerosi e migliorare la prognosi dei pazienti, soprattutto in presenza di un rischio cardiovascolare molto alto, come nei pazienti con SCA, nei quali la terapia ipolipemizzante deve mirare a livelli target di LDL-C <55 mg/dL (o addirittura <40 mg/dL in caso di secondo evento cardiovascolare entro 2 anni dal primo). Tali obiettivi ambiziosi richiedono l'utilizzo di terapie farmacologiche aggressive, comprendenti farmaci diversi dalle statine (ezetimibe e PCSK9 inibitori) e un attento follow-up del paziente.

9 – Ottimizzazione della terapia antitrombotica nei pazienti con SCA: la durata della doppia terapia antiaggregante (*dual anti-platelet therapy*, DAPT) con acido acetilsalicilico (ASA) e un inibitore del recettore piastriatico P2Y₁₂, il cui obiettivo primario è quello di prevenire gli eventi ischemici, deve essere guidata dal bilanciamento tra rischio ischemico e rischio emorragico, da valutare attentamente nel singolo paziente, prendendo in considerazione l'evoluzione nel tempo dei fattori di rischio e l'eventuale insorgenza di nuove complicanze. A questo scopo può essere utile l'utilizzo dello *score* PRECISE-DAPT (basato su 5 variabili: età, storia di sanguinamento, livello di emoglobina, clearance della creatinina e conta leucocitaria), che consente di definire il rischio di sanguinamento (<25 = basso; >25 = alto) e modulare di conseguenza la durata della DAPT.

10 – Implementazione di strategie volte a garantire l'aderenza alla terapia farmacologica e alle misure di prevenzione secondaria non farmacologica: la prevenzione secondaria, farmacologica e non, riveste un ruolo importante nel ridurre il rischio di recidive ischemiche e di mortalità post-SCA. È fondamentale prevedere quindi non solo interventi per ottimizzare l'aderenza alla terapia farmacologica, ma anche programmi e raccomandazioni su cessazione del fumo, corretta alimentazione, controllo del peso

corporeo, assunzione di alcol, attività fisica regolare, attività sessuale e vaccinazioni. L'aderenza nel tempo a queste strategie richiede la realizzazione di reti organizzative territoriali che garantiscano l'implementazione di percorsi assistenziali mirati alla gestione post-dimissione dei pazienti con SCA, con il fine ultimo di migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita di questi pazienti.

Disclosures

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Financial support: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors. Editorial support was provided by Elena Sarugeri on behalf of Health Publishing & Services Srl and was funded by Sanofi.

Authors contribution: All authors contributed equally to this manuscript.

