

A QUALCUNO PIACE CARDIO 2017

**Survey: controllo post-dimissione
del paziente affetto da SCA**

Dr. E. Meliga MD, PhD
Interventional Cardiology Unit
AO Mauriziano Umberto I, Turin, Italy

Torino, 1/12/2017

Introduzione e razionale

Crescente necessità di ottimizzazione del flusso e del percorso di FU dei pazienti affetti da SCA.

In quest'ottica, risulta fondamentale la classificazione del paziente secondo delle categorie di rischio al fine di poter:

- “personalizzare” la strategia di sorveglianza
- adattare la durata della DAPT al singolo paziente o per categoria di rischio

Razionale: sondare la attuale opinione e l'orientamento terapeutico / assistenziale dei cardiologi piemontesi riguardo a questi quesiti

Metodo e campione

Survey elettronica su piattaforma SURVEY MONKEY

10 quesiti: 6 single, 4 multiple

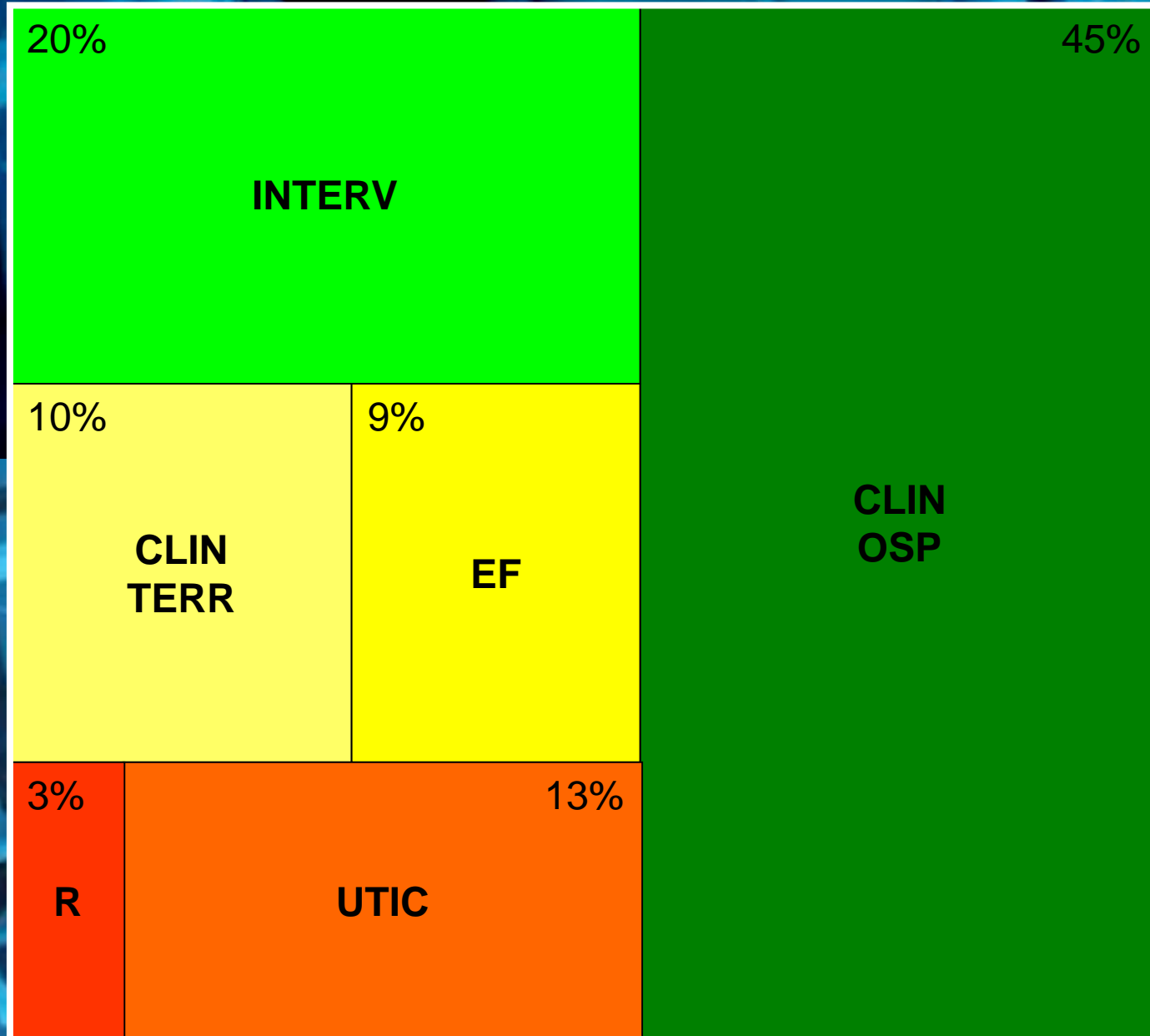
Analisi dati: parzialmente individuali / cluster

Campione teorico (target): 490 medici

Campione che ha risposto: 230 medici

47%

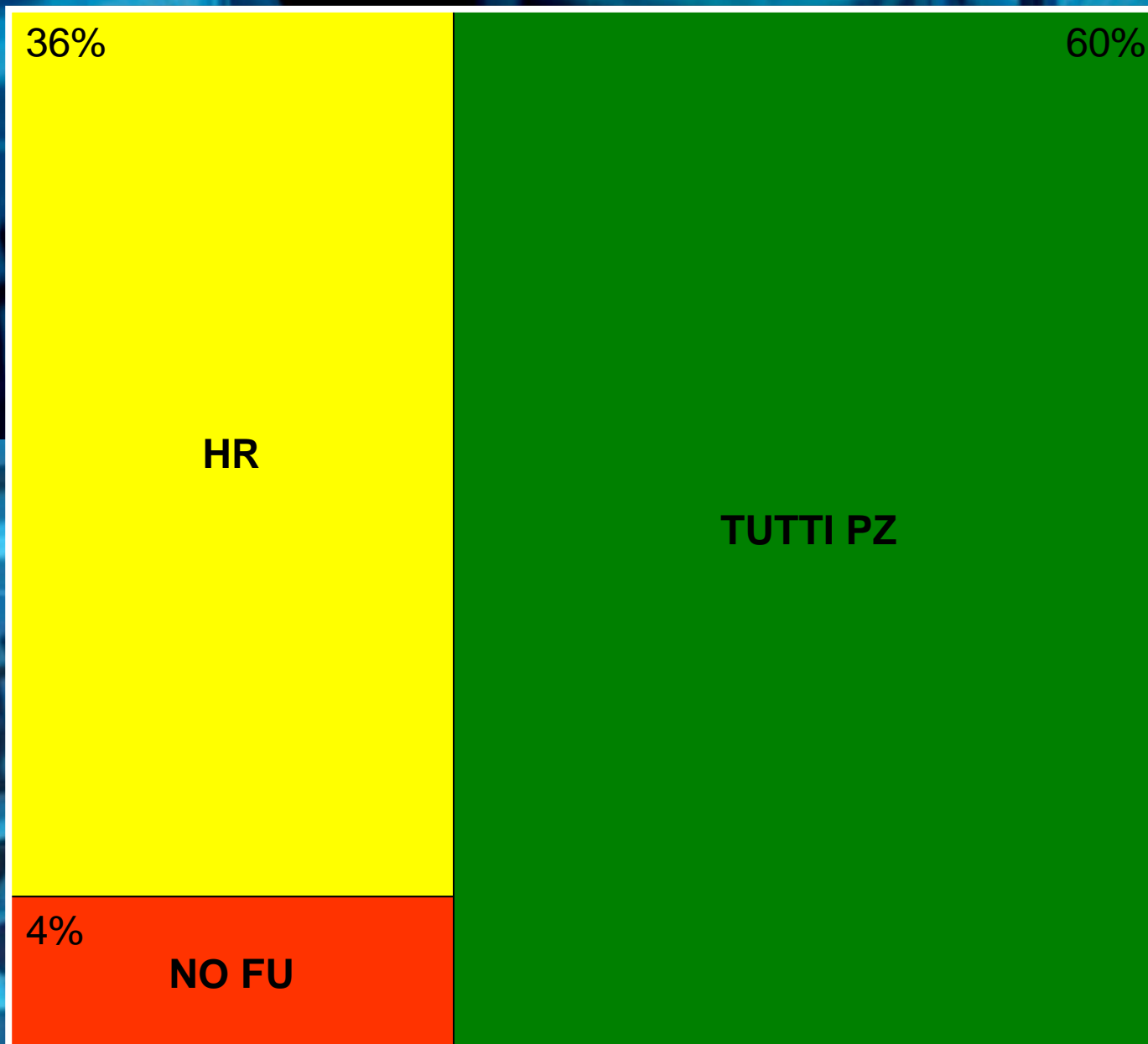
1. Qual è la tua attività prevalente? (una sola risposta)



2. Al momento della dimissione di un paziente con SCA, ti sembra più opportuno porre indicazione a: (una sola risposta)

- a. Nessun tipo di follow-up programmato: deve essere inviato allo specialista curante
- b. Visita/e di controllo a tutti i pazienti SCA, presso il centro di riferimento
- c. Visita/e di controllo presso il centro di riferimento solo nei pazienti SCA considerati “ad alto rischio”

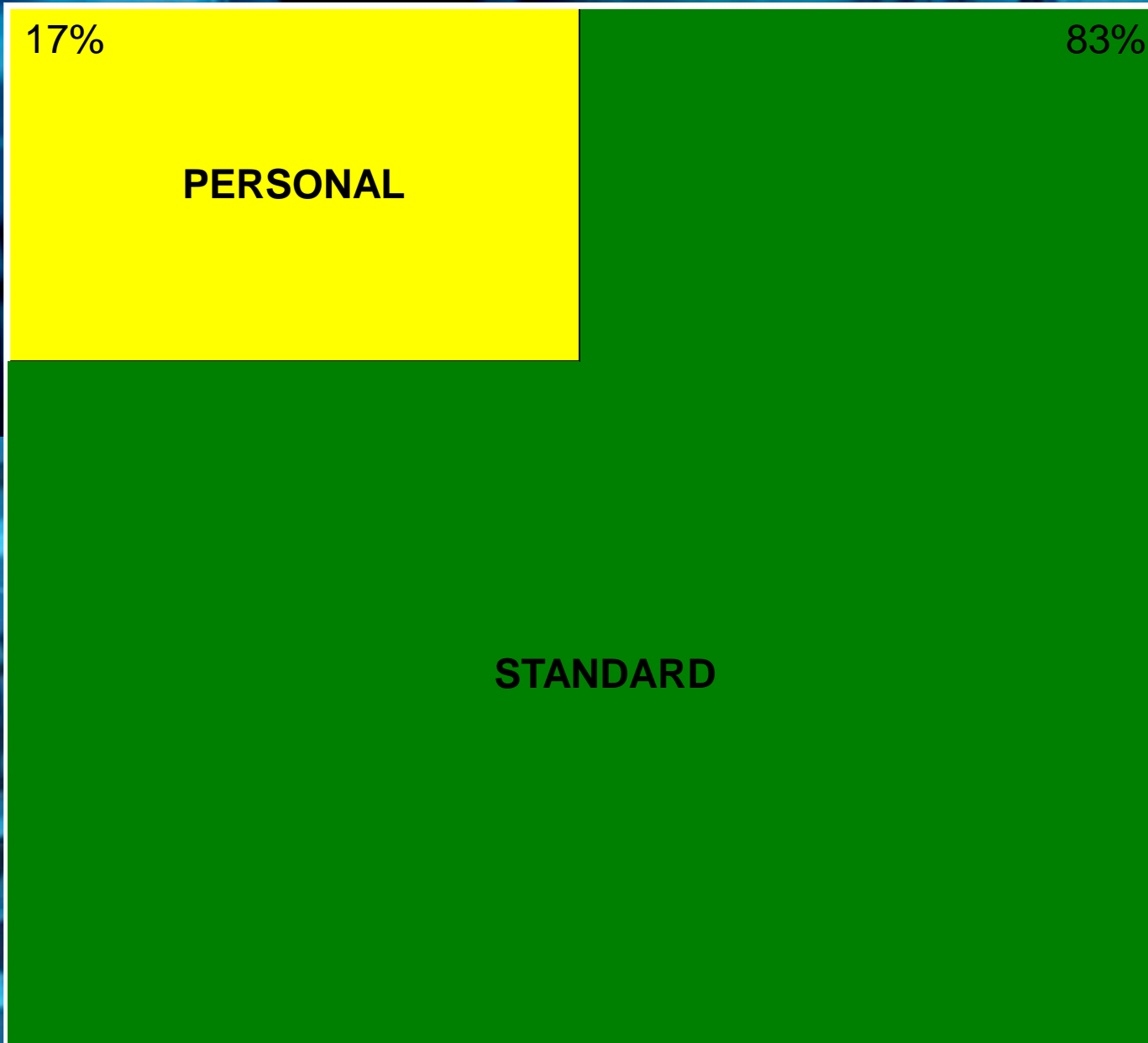
2. Al momento della dimissione di un paziente con SCA, ti sembra più opportuno porre indicazione a: (una sola risposta)



3. Nel caso tu ritenga utile eseguire il follow-up nel centro di riferimento, come sarebbe meglio organizzare il timing nel primo anno post dimissione ? (una risp)

- a. Credo che sia utile attuare un protocollo standardizzato per la maggior parte dei pazienti SCA in modo da avere dati di follow-up uniformi.
- b. Non credo siano utili protocolli in larga scala ma programmi individualizzati (secondo la classe di rischio del paziente)

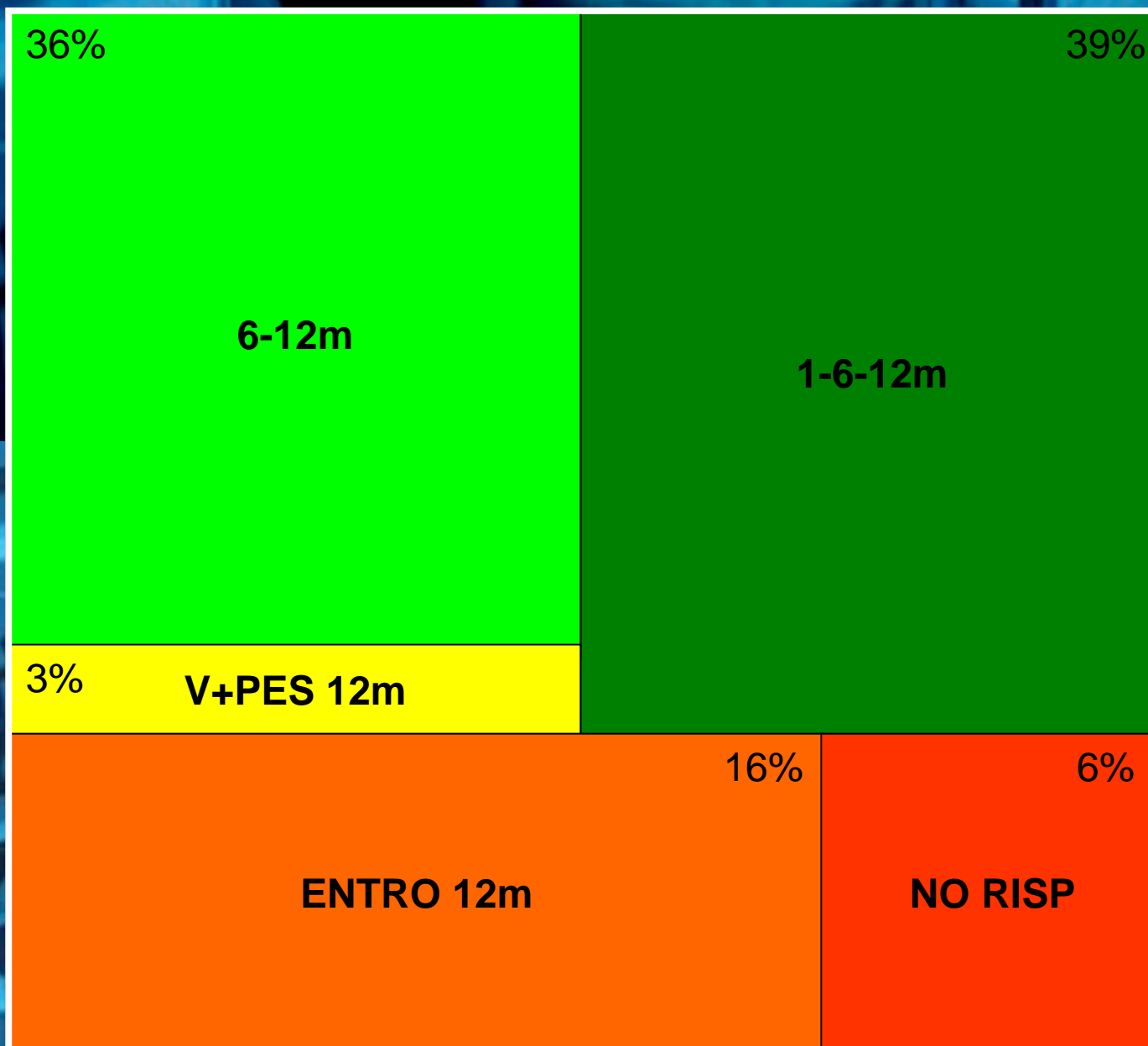
3. Nel caso tu ritenga utile eseguire il follow-up nel centro di riferimento, come sarebbe meglio organizzare il timing nel primo anno post dimissione ? (una risp)



4. Nel caso tu ritenga utile un protocollo standard, questo dovrebbe prevedere:

- a. Visita a 1 mese , a 6 mesi e a 12 mesi
- b. Visita a 6 e a 12 mesi
- c. Visita entro i 12 mesi
- d. Visita e prova da sforzo annuale
- e. NO RISP

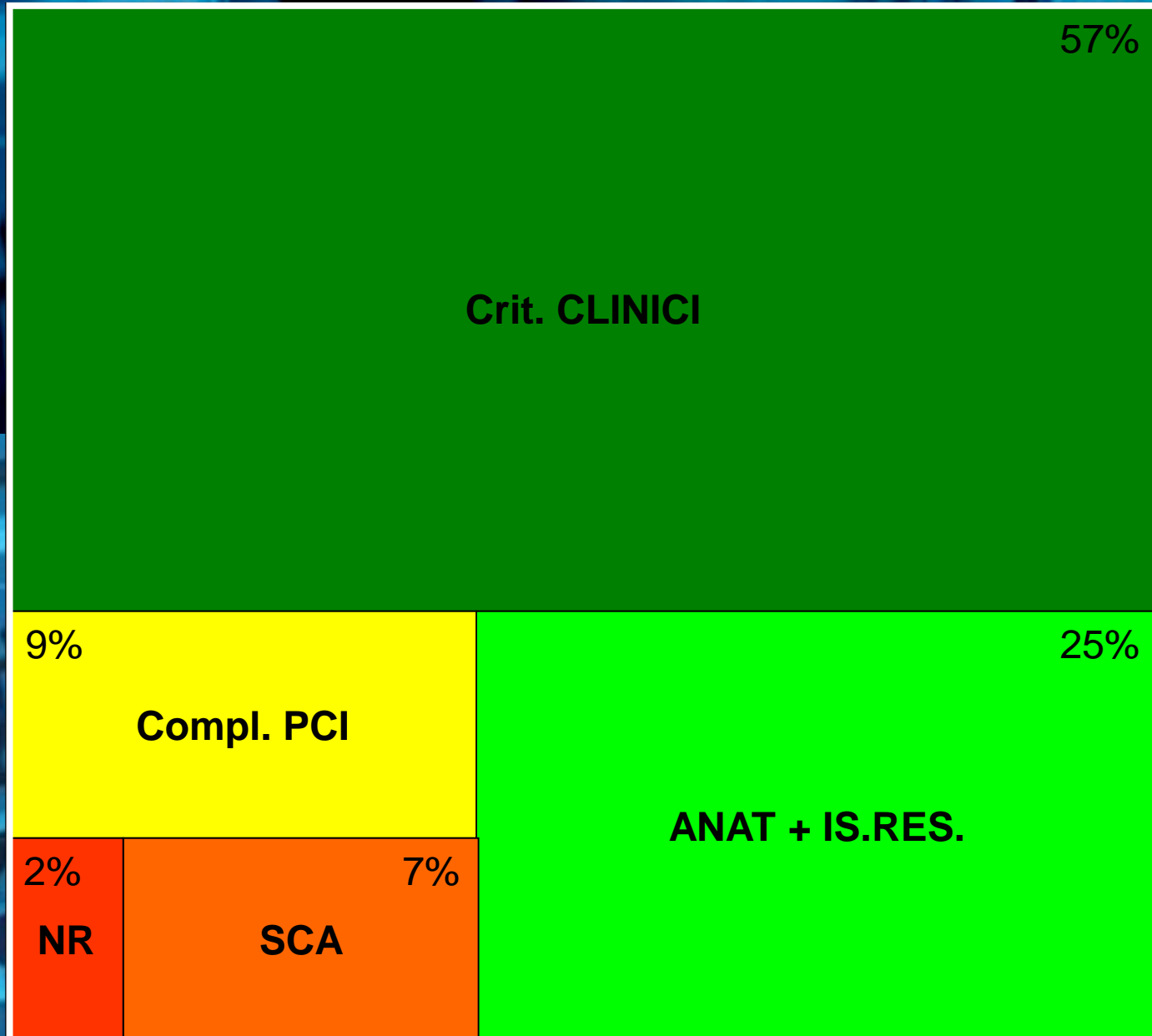
4. Nel caso tu ritenga utile un protocollo standard, questo dovrebbe prevedere:



5. La scelta della tipologia di follow-up (più o meno ravvicinato, singolo o multiplo) secondo te deve essere basata prevalentemente : (una sola risposta)

- a. Sui criteri clinici : EF%, diabete, CKD, età ..
- b. Su criteri di complessità anatomica coronarica ed ischemia residua (lesioni non trattate o non completamente rivascolarizzate)
- c. Su criteri di complessità dell'intervento di angioplastica : numero di stent, sede degli stent impiantati (ad esempio tronco comune, biforcazioni), tipo di stent.
- d. Su nessun criterio in particolare: viene guidata dalla diagnosi di SCA.
- e. Non risponde

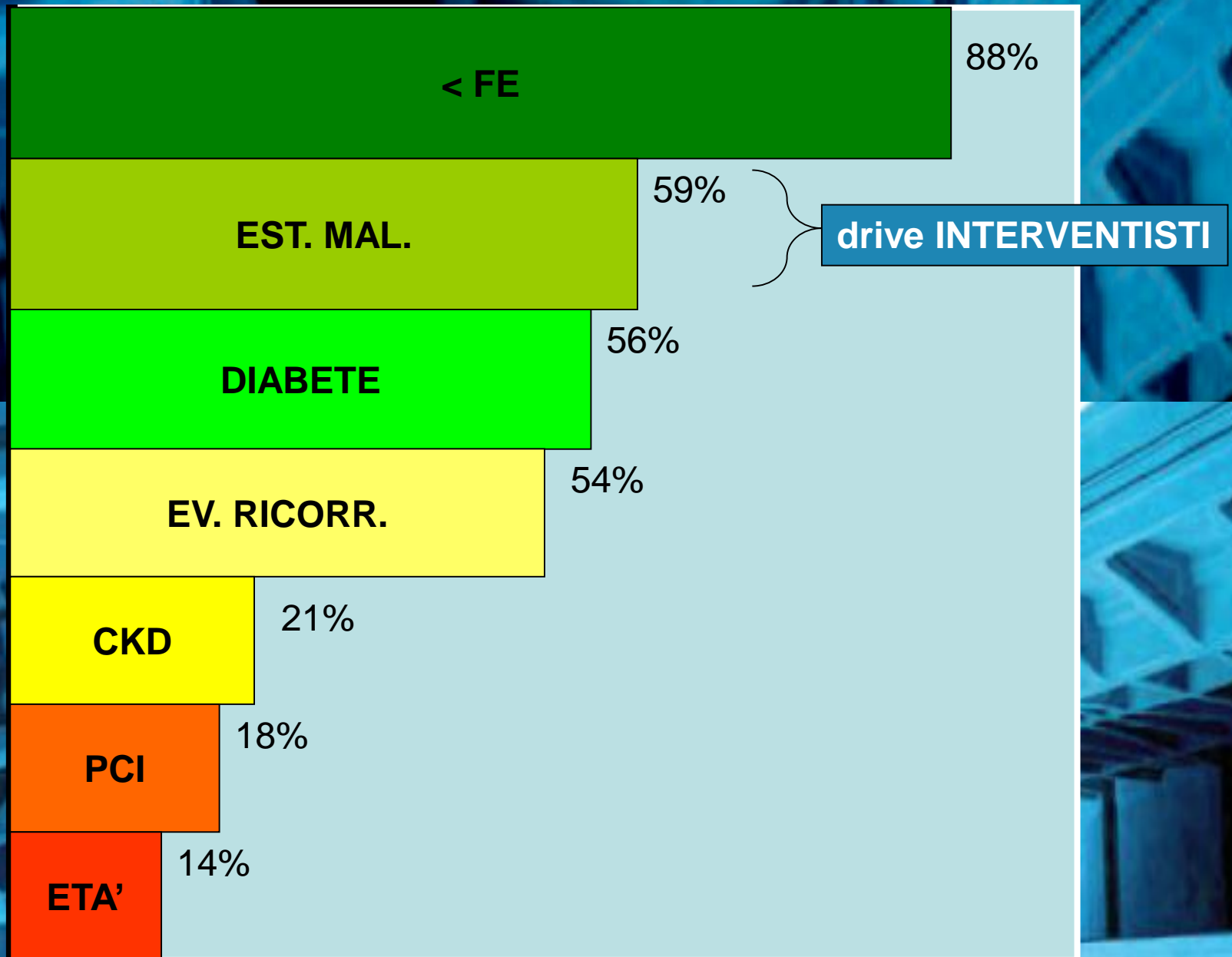
5. La scelta della tipologia di follow-up (più o meno ravvicinato, singolo o multiplo) secondo te deve essere basata prevalentemente : (una sola risposta)



6. Quali sono le caratteristiche che definiscono secondo te un paziente ad alto rischio? (Risposta multipla: seleziona le tre risposte che ritieni più importanti)

- a. Complessità della procedura di PCI
- b. Estensione della malattia aterosclerotica a livello coronarico
- c. Diabete
- d. CKD
- e. Età
- f. Eventi ischemici ricorrenti
- g. Frazione di eiezione compromessa

6. Quali sono le caratteristiche che definiscono secondo te un paziente ad alto rischio? (Risposta multipla: seleziona le tre risposte che ritieni più importanti)



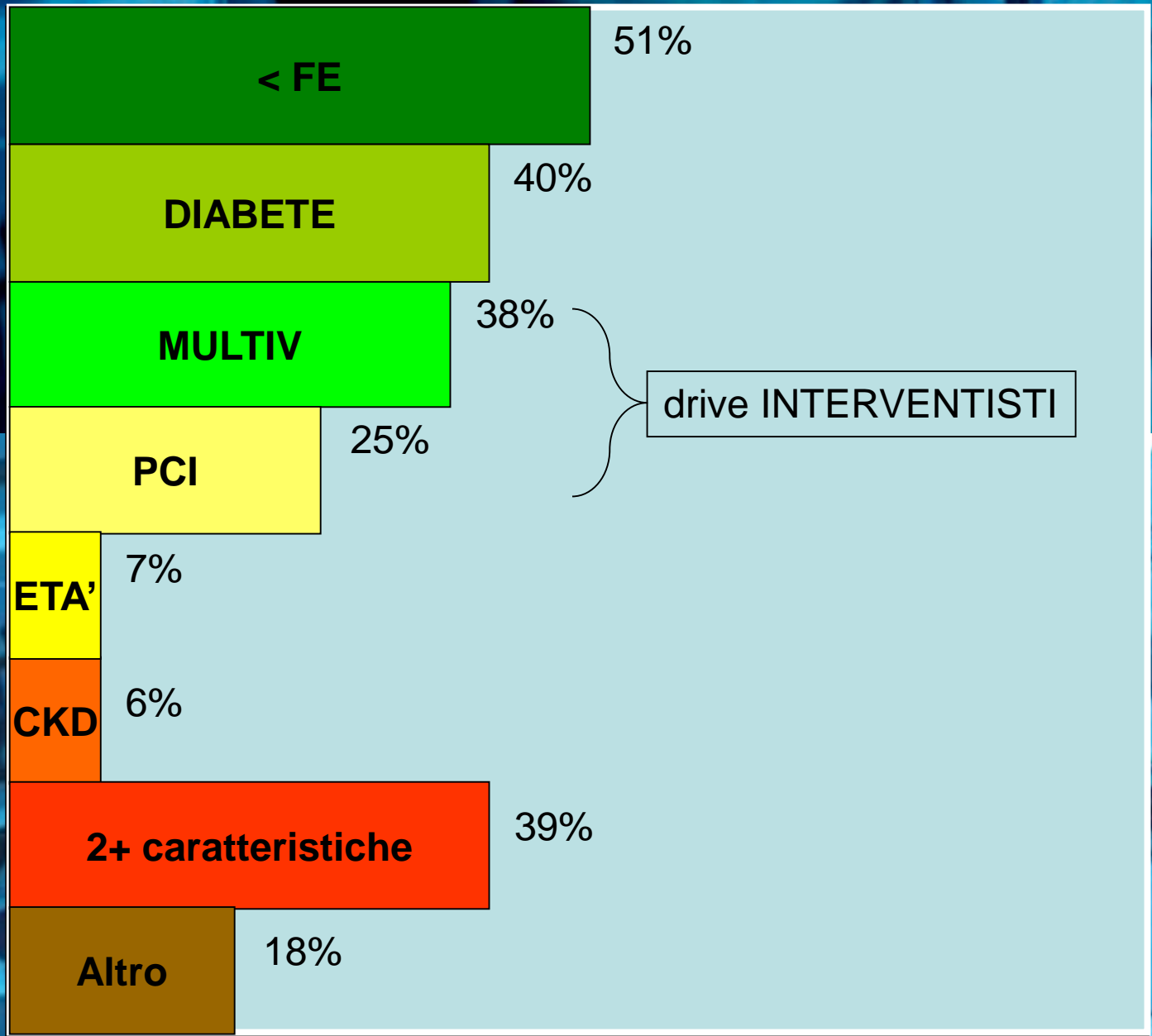
7. Esiste una tipologia di pz in cui attualmente prolunghi la DAPT > i 12 mesi?



**8. Se sì, quale delle seguenti condizioni guida maggiormente la tua scelta?
(seleziona le tre risposte che ritieni più importanti)**

- a. Diabetici
- b. CKD
- c. Età > 65 anni
- d. Eventi ischemici ricorrenti
- e. Malattia multivasale
- f. Complessità della procedura
- g. Combinazione di almeno 2 delle precedenti condizioni
- h. Nessuna delle precedenti / non risponde

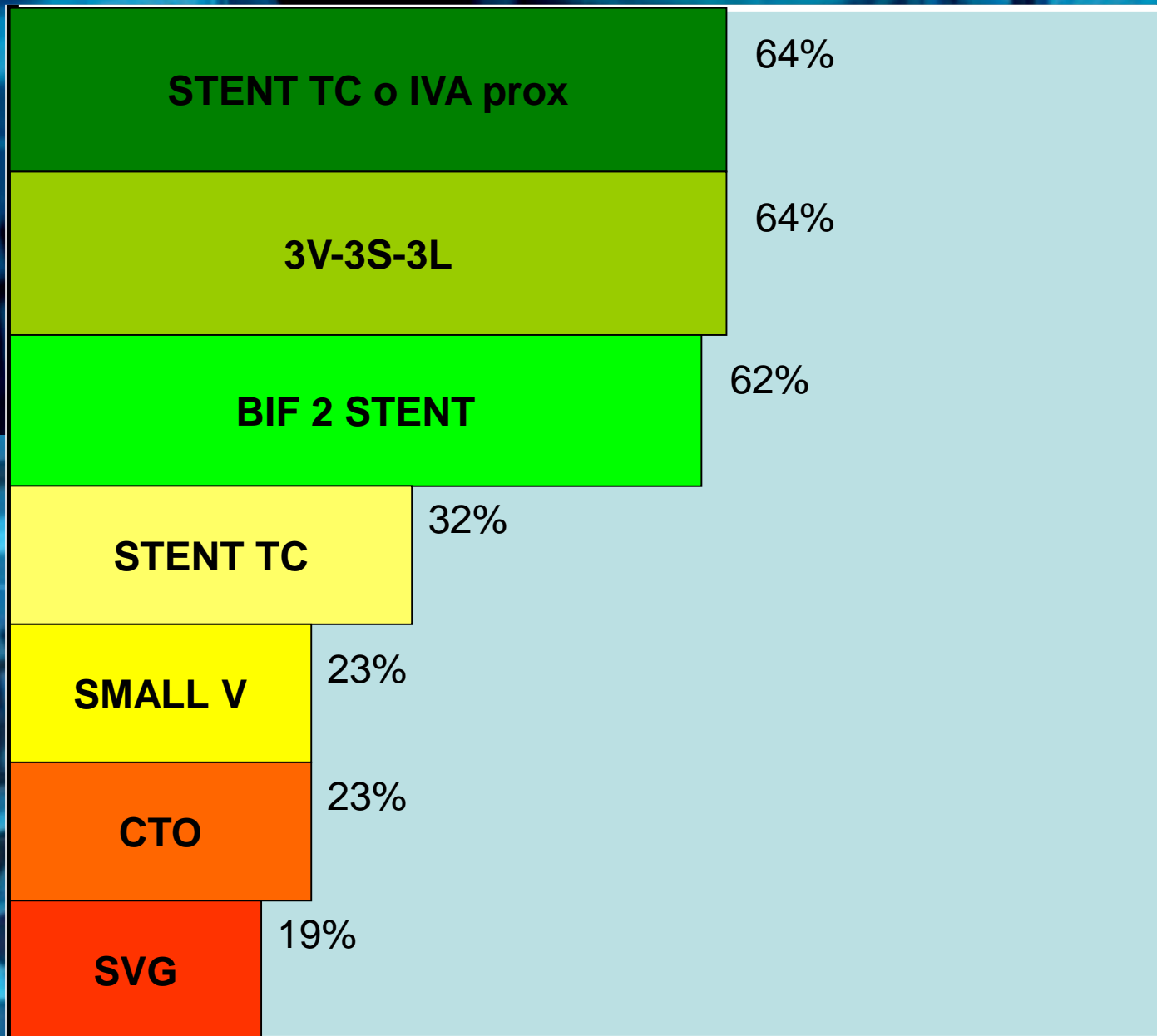
8. Se si, quale delle seguenti condizioni guida maggiormente la tua scelta? (seleziona le tre risposte che ritieni più importanti)



9. In termini di complessità anatomica/interventistica, quali criteri sono per te più importanti : (seleziona le tre risposte che ritieni più importanti):

- a. Stent su tronco comune
- b. Stent su tronco comune o IVA prossimale
- c. Lunghezza degli stent totali > 60 mm (ad esempio: tre stent, tre vasi, tre lesioni)
- d. Stent lunghi su vasi piccoli
- e. Biforcazione trattata con due stent
- f. Stent su graft venoso
- g. Trattamento CTO

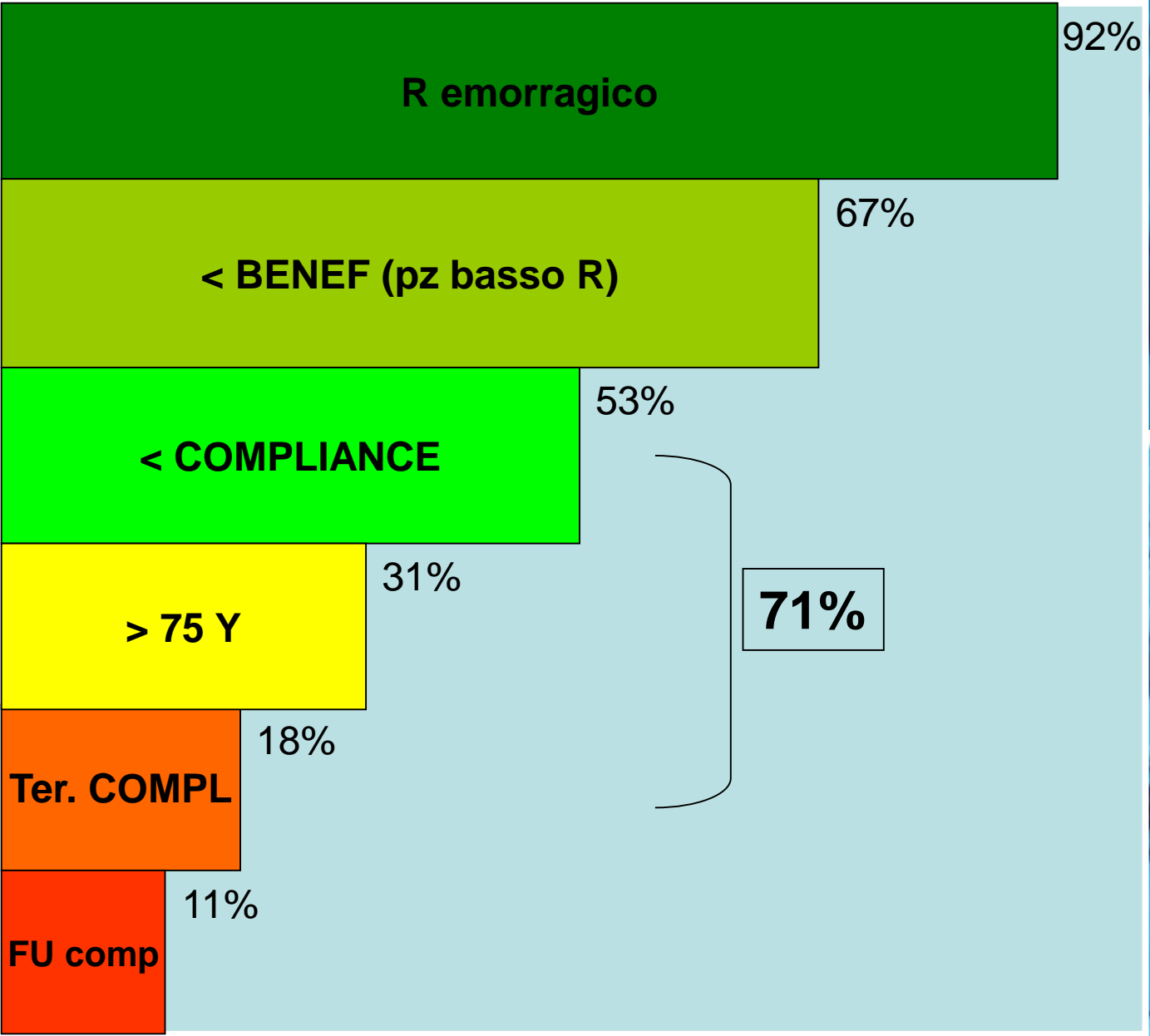
9. In termini di complessità anatomica/interventistica, quali criteri sono per te più importanti : (seleziona le tre risposte che ritieni più importanti):



10. Quale di questi criteri non favorisce il proseguimento della DAPT oltre i 12 mesi (seleziona le tre risposte che ritieni più importanti):

- a. Eccessiva complessità della terapia che spesso risulta pesante da sostenere
- b. Età avanzata > 75 anni
- c. Rischio emorragico
- d. Scarso beneficio in termini di prevenzione eventi ischemici
- e. Difficoltà ad organizzare un follow up programmato e gestire nel tempo l'eventuale rischio associato
- f. Scarsa compliance del paziente

10. Quale di questi criteri non favorisce il proseguimento della DAPT oltre i 12 mesi (seleziona le tre risposte che ritieni più importanti):



Conclusioni

Scarsa adesione alla survey, specialmente da parte della componente extra-ospedaliera dei cardiologi.

I risultati quindi riflettono solo parzialmente l'orientamento reale.

La “media” delle risposte:

Paziente con SCA deve essere agganciato al centro di riferimento e dovrebbe essere seguito con protocolli standardizzati eseguendo più visite di controllo nei primi 12 mesi.

Questo approccio è particolarmente indicato nei pazienti che presentano caratteristiche cliniche quali $<EF$, diabete ed eventi ricorrenti.

La prosecuzione della DAPT oltre i 12 mesi è già sentita come un'esigenza e si ritiene essere indicata soprattutto nei pz con $<EF$, diabete e malattia coronarica complessa (3v-3s-3l e biforcazioni, incluso TC).

Bisogna valutare molto bene il rischio emorragico e il reale beneficio clinico della terapia, considerando anche la possibile compliance non ottimale del paziente.