

Una campagna nazionale per promuovere un utilizzo appropriato dei peptidi natriuretici nello scompenso cardiaco

Andrea Di Lenarda

Centro Cardiovascolare, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 e Università degli Studi, Trieste

G Ital Cardiol 2016;17(1):48-50

Il lavoro di D'Ambrosio et al.¹, pubblicato in questo numero del *Giornale Italiano di Cardiologia*, al di là del semplice questionario proposto, compilato da una percentuale relativamente esigua di colleghi, dà lo spunto per una riflessione strategicamente importante, che coinvolge anche i cardiologi. Siamo in una fase storica in cui si guarda con attenzione al territorio e di conseguenza ai rapporti con la Medicina Generale. In questa fase di (speriamo) grandi trasformazioni, la Medicina Generale deve puntare a crescere in qualità delle cure, professionalità, organizzazione dello screening e della presa in carico della cronicità sfruttando tutte le possibilità a disposizione. È arrivato il momento di promuovere con forza l'utilizzo dei peptidi natriuretici in alcune situazioni cliniche particolari di grande rilevanza per i percorsi del paziente, per la sua gestione e per l'utilizzo di risorse?

La diagnosi di scompenso cardiaco, al di fuori dello specifico contesto cardiologico, è un problema ancora largamente non risolto. In accordo con le linee guida della Società Europea di Cardiologia² la diagnosi è soddisfatta in presenza di segni o sintomi di scompenso cardiaco e di una conferma strumentale della disfunzione. Ma sappiamo quanto possono essere poco sensibili, e soprattutto aspecifici, eventuali segni o sintomi compatibili con un iniziale scompenso cardiaco. Oltretutto la disponibilità di un ecocardiogramma in tempi rapidi non è garantita in tutte le realtà nazionali. In presenza di un sintomo "dispnea" o di un segno "edema", il riscontro di un valore di frammento N-terminale del propeptide natriuretico cerebrale (NT-proBNP) <300 pg/ml o di un BNP <100 pg/ml permette ragionevolmente di escludere uno scompenso cardiaco, di evitare un ecocardiogramma probabilmente inutile o un accesso al Pronto Soccorso, se non un ricovero, inappropriato. Teniamo presente quanto è ampio in Medicina Generale lo spettro delle condizioni che possono simulare uno scompenso cardiaco e porre problemi di diagnosi differenziale. In questo contesto escludere con certezza la malattia utilizzando uno strumento diagno-

stico dotato di elevato potere predittivo negativo è quindi particolarmente utile. D'altro canto, un valore superiore al cut-off è un buon motivo per iniziare prontamente un work-up diagnostico appropriato. L'unico "strumento" rapidamente disponibile per la Medicina Generale, oltre la clinica, è l'utilizzo dei peptidi natriuretici, certamente solo un primo generico ed insufficiente passo verso una diagnosi definita ed una corretta caratterizzazione eziologica e fenotipica, ma pur sempre un primo fondamentale passo per indirizzare correttamente il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del nostro paziente.

L'utilizzo del BNP in Italia e nel mondo è ancora parziale, a tutti i livelli.

A livello cardiologico, sia per la disponibilità di dotazioni strumentali (a partire dall'ecocardiogramma) molto accurate e facilmente ripetibili nel diagnosticare un'anomalia cardiaca strutturale e stratificare la prognosi, sia per i dati ancora non consolidati sull'utilizzo dei peptidi natriuretici per la gestione e ottimizzazione della terapia. Come riportato dal lavoro di D'Ambrosio et al., nel registro ANMCO IN-HF Outcome, cui hanno partecipato centri cardiologici con particolare interesse per lo scompenso cardiaco, i valori di peptidi natriuretici erano riportati nel 30.6% dei pazienti con scompenso cardiaco acuto ospedalizzato e nel 6.3% dei pazienti ambulatoriali con scompenso cardiaco cronico.

A livello internistico ospedaliero, perché ancora non entrato di routine nella pratica quotidiana della diagnosi e stratificazione prognostica pre-dimissione del paziente con scompenso cardiaco, anziano, complesso, spesso fragile e con molteplici comorbilità, che certamente possono influenzare il valore dei peptidi natriuretici. Purtroppo per gli stessi motivi, non più del 50% dei pazienti ricoverati in reparti medici nel nostro Paese eseguono un ecocardiogramma vicino o durante un ricovero³.

A livello della Medicina Generale, come diretta conseguenza dell'uso parziale a livello ospedaliero e a livello specialistico ambulatoriale con infrequente presenza dei valori di peptidi natriuretici nella lettera di dimissione o nella consulenza cardiologica.

L'obiettivo ovviamente non è gestire i pazienti con l'utilizzo dei peptidi natriuretici. La clinica, l'inquadramento eziologico, fenotipico e fisiopatologico del singolo paziente, la stratificazione prognostica multiparametrica, la valutazione della reversibilità/correggibilità delle anomalie strutturali identificate, la personalizzazione dell'intervento, l'analisi delle patologie associate, del loro impatto sui sintomi, prognosi e trattamenti, nonché i bisogni sociali ed assistenziali dei nostri pazienti non possono in alcun modo essere riassunti e semplificati in un numero. Il punto è che, allontanandosi dalla rete cardiologica, i bisogni non soddisfatti dei pazienti con scompenso cardiaco so-

© 2016 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto 10.11.2015; accettato 13.11.2015.

L'autore dichiara nessun conflitto di interessi.

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del *Giornale Italiano di Cardiologia*.

Per la corrispondenza:

Dr. Andrea Di Lenarda Centro Cardiovascolare, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 e Università degli Studi, Via Slataper 9, 34125 Trieste

e-mail: andrea.dilenarda@as1.sanita.fvg.it

I PEPTIDI NATRIURETICI NELLO SCOMPENSO CARDIACO

no molteplici, sia a livello ospedaliero (in particolare nei reparti medici) che a livello del territorio e della Medicina Generale.

Se vogliamo fare un salto di qualità nei percorsi ospedale-territorio, un punto di partenza molto importante, relativamente semplice ed economicamente sostenibile, potrebbe essere l'esecuzione, in tutti i pazienti con scompenso cardiaco, di un test per la determinazione del BNP o NT-proBNP (secondo la disponibilità dell'ospedale) prima della dimissione. Ovviamente questo dato aggiunge probabilmente poco nella minoranza dei pazienti con valutazione cardiologica completa clinico-strumentale, che hanno già un percorso assistenziale chiaramente definito, ma aggiungerebbe moltissimo negli altri pazienti (es. dimessi dai reparti di Medicina), certamente più anziani e globalmente complessi ma molto meno caratterizzati (e trattati).

In una recente analisi su quasi 110 000 ricoveri per diagnosi primaria "scompenso cardiaco" nella rete degli ospedali "Veterans"⁴, una misurazione del BNP era stata eseguita al momento del ricovero nel 49% dei pazienti, pre-dimissione solo nel 22% dei casi e nel 6.5% in entrambi i casi. È importante sottolineare come il BNP pre-dimissione si sia dimostrato in grado di migliorare significativamente rispetto al modello clinico, e in maggior misura rispetto al BNP al momento del ricovero, la capacità di predire un nuovo ricovero per scompenso cardiaco a 30 giorni. In particolare un BNP pre-dimissione >1000 pg/ml, rispetto ad un BNP <200 pg/ml, si associava ad una probabilità di oltre 3 volte più alta di ricovero per scompenso a 30 giorni (15 vs 4.1%). Nella provincia di Trieste i dati che iniziano ad emergere dal Registro Cardiovascolare Regionale, che raccoglie in un "datawarehouse" centrale la maggioranza dei database sanitari disponibili (inclusi i laboratori ospedalieri), indicano che il 50% dei pazienti ricoverati con diagnosi principale "scompenso cardiaco" esegue un BNP durante il ricovero, ma tra i pazienti con BNP disponibile, il 54% in Cardiologia e solo il 24% in Medicina dispongono di un BNP pre-dimissione. Considerando il BNP eseguito più vicino alla dimissione i pazienti nel quartile più elevato di BNP (>875 pg/ml), rispetto al quartile più basso (<225 pg/ml), avevano una proba-

bilità di essere ricoverati nuovamente per scompenso cardiaco entro 30 giorni dalla dimissione tra 2 e 3 volte più elevata (10.3 vs 4.3%, p<0.001) (Figura 1). Se questi dati venissero valorizzati i pazienti con BNP più elevato potrebbero essere rivalutati dal cardiologo pre-dimissione per ulteriori opzioni terapeutiche o, in loro assenza, potrebbero essere dimessi con un programma di presa in carico precoce e monitoraggio personalizzato ed intensivo (es. sfruttando le risorse territoriali o inserendo il paziente in un programma di telemonitoraggio domiciliare).

Infine, un aspetto importante per la diffusione dell'utilizzo dei peptidi natriuretici è quello della rimborsabilità, che risulta marcatamente disomogenea nella diverse regioni italiane. A fronte di una tariffazione di riferimento secondo il DM 18/10/2012 di 24,68€, al 31/12/2014 la tariffa mediana risultava di 11,80€, con una differenza tra la tariffa più bassa e quella più elevata di ben 15,18€ e ben 12 regioni su 21 che riportavano una tariffazione inferiore a quella prevista dal DM. Da un lato questa disparità di tariffazione favorisce l'utilizzo dei peptidi natriuretici nelle regioni che hanno adottato una tariffazione più bassa e ne ostacola la prescrizione nelle 10 regioni ove la tariffazione è rimasta elevata (≥24€), dall'altro il costo dei biomarcatori o è rimborsabile, e in questo caso segue le esenzioni per reddito e invalidità poiché non è incluso nell'elenco delle prestazioni esenti per il codice 021 (insufficienza cardiaca avanzata, classe NYHA III-IV), o non lo è, ed è quindi a totale carico degli assistiti⁵.

Un dato sicuramente interessante che le Società Scientifiche devono cogliere è il forte interesse dei medici di medicina generale ad approfondire la conoscenza di questi biomarcatori, per poterli utilizzare in modo appropriato nell'escludere la presenza di scompenso cardiaco. L'aspetto formativo e la disponibilità del dosaggio a carico del Servizio Sanitario Nazionale su tutto il territorio potrebbero essere i primi passi per strutturare finalmente appropriati modelli gestionali nelle nuove forme organizzative della Medicina Generale, in stretta collaborazione con i cardiologi, in un'ottica di sempre maggior impegno di queste figure professionali nella gestione dei pazienti con scompenso sul territorio.

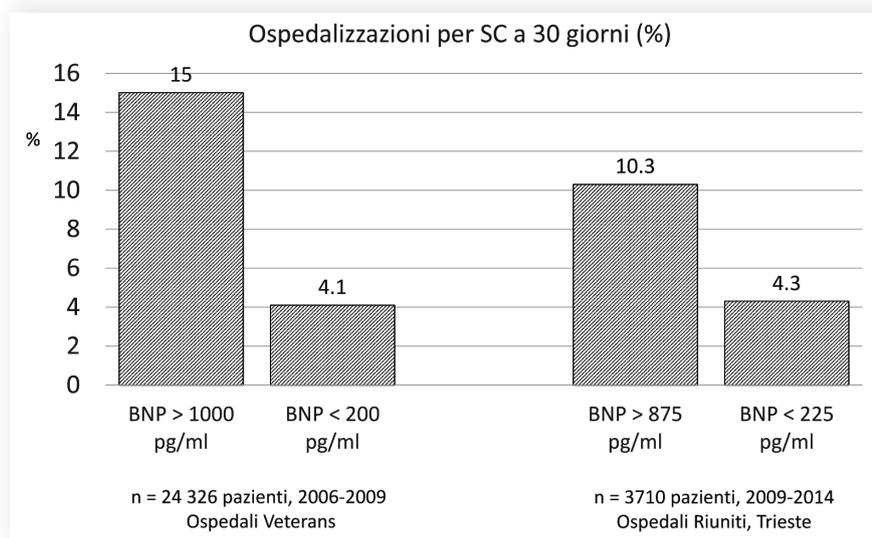


Figura 1. Probabilità di riospedalizzazione per scompenso cardiaco (SC) in due popolazioni di pazienti ricoverati con diagnosi primaria di SC. A sinistra 24 326 pazienti ricoverati con diagnosi primaria di SC nella rete degli ospedali "Veterans" dal 2006 al 2009 con determinazione dei livelli di peptide natriuretico cerebrale (BNP) disponibile pre-dimissione (22%)⁴. A destra 3710 pazienti ricoverati con diagnosi primaria di SC nella provincia di Trieste dal 2009 al 2014 con BNP disponibile durante il ricovero (50%).

BIBLIOGRAFIA

1. D'Ambrosio G, Parretti D, De Maria R, et al. I peptidi natriuretici per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco: un ponte fra Medicina Generale e Cardiologia? *G Ital Cardiol* 2016;17:41-7.
2. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al.; ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012;33:1787-847.
3. Di Lenarda A, Scherillo M, Maggioni AP, et al.; TEMISTOCLE Investigators. Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units: a tale of two worlds – the TEMISTOCLE study. *Am Heart J* 2003;146: E12.
4. Flint KM, Allen LA, Pham M, Heidenreich PA. B-type natriuretic peptide predicts 30-day readmission for heart failure but not readmission for other causes. *J Am Heart Assoc* 2014;3:e000806.
5. Morandi I. Prestazioni specialistiche ambulatoriali. Confronto tra le tariffe nazionali ex DM 18.10.2012 e le tariffe regionali vigenti al 31.12.2014. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2015. http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/tariffe/speciastica_ambulatoriale_tariffe.pdf [ultimo accesso 7 gennaio 2016].