

Prevenzione cardiovascolare, l'esempio inglese

Elaborate dalla maggior parte delle Società scientifiche, le linee guida britanniche rappresentano, pur con alcuni limiti, un importante modello da seguire anche nel nostro paese. A breve la Simg presenterà il suo progetto

Nel dicembre 1998 sono state pubblicate le linee guida britanniche sulla prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica (Heart 1998; 80: suppl 2). Il documento merita attenzione, oltre che per i contenuti tecnici, per il metodo di lavoro adottato e per la logica interna che lo caratterizza. È sembrato quindi opportuno proporre un breve commento ed un'estrema sintesi, invitando i colleghi a leggere poi personalmente il lavoro originale.

La prima osservazione è che si tratta di un documento elaborato insieme da quasi tutte le società scientifiche interessate al problema: British Cardiac Society, British Hyperlipidaemia Association, British Hypertension Society, British Diabetic Association. Anche se balza spiacevolmente all'occhio l'assenza della medicina generale, si tratta comunque di un apprezzabile tentativo di collaborazione per elaborare una proposta condivisa, applicabile su base nazionale a tutti i livelli e, soprattutto, priva di un'ipostazione monospecialistica (o, peggio, indirizzata al trattamento del singolo fattore di rischio). Oltre agli aspetti scientifici, questa caratteristica conferisce al documento particolare autorevolezza nei confronti di pazienti, medici, media, amministratori e politici e rinforza l'immagine "positiva" della professione nel suo insieme.

Un'altra caratteristica fondamentale è il riferimento specifico e costante non solo all'EBM, ma anche alla realtà per la quale le linee guida sono state scritte. L'analisi dell'evidenza scientifica e le raccomandazioni tengono costantemente presenti l'epidemiologia, l'organizzazione sanitaria e le valutazioni economiche specifiche del Regno Unito, pur senza rifiutare il confronto con quanto realizzato e consigliato in altri ambiti nazionali e sopranazionali. Questa impostazione è sicuramente favorita dalla disponibilità in letteratura di dati britannici. Sfortunatamente in Italia le informazioni sulla nostra popolazione sono molto più scarse, anche in conseguenza di una legislazione improvvida che ostacola la ricerca in medicina generale.

La valutazione del grado di rischio del singolo paziente è il cardine delle linee guida. La priorità assoluta viene data a chi è già affetto da malattia coronarica o aterosclerotica maggiore (prevenzione secondaria). Dopo aver risolto adeguatamente questo problema è possibile affrontare la prevenzione primaria, concentrando gli sforzi sui soggetti a rischio maggiore, per occuparsi solo successivamente degli altri, a seconda del livello di rischio e in base alle risorse disponibili. Particolare attenzione è stata

quindi posta nel fornire uno strumento affidabile per il calcolo del rischio CV in soggetti privi di patologia nota, premessa indispensabile ad ogni proposta d'intervento in prevenzione primaria. Le modalità di utilizzo dello strumento stesso ed i suoi limiti sono affrontati nei dettagli, in modo da evitare possibili equivoci, sopravvalutazione del metodo o rigidità inappropriata nell'utilizzo. In questo modo si assicura la massima uniformità possibile nell'affrontare il problema, evitando al contempo forzature e schematizzazioni eccessive. Per la popolazione italiana non esiste un modello analogo, ma SIMG, in collaborazione con gli esperti che da anni studiano il problema, sta raccogliendo i dati epidemiologici necessari per consentire la valutazione del rischio CV adatta ai nostri pazienti.

Le linee guida sono facilmente applicabili e sono valide sia per i MMG che per gli specialisti. Vengono fornite indicazioni chiare ai medici sui tipi d'intervento dimostratisi utili e sull'entità del vantaggio prevedibile in base al livello di rischio del soggetto. Il documento rappresenta la base comune per tutti i medici che, a qualsiasi titolo, si trovino ad occuparsi di prevenzione CV. Questo consente di ridurre i messaggi contraddittori nei confronti di paziente, familiari e mass-media e, soprattutto, di ridurre la potenziale conflittualità tra diverse figure professionali.

La distinzione tra aspetto scientifico ed economico è sempre ben evidente. Le considerazioni farmacoeconomiche consentono agli amministratori ed ai politici di assumere le decisioni di loro competenza utilizzando i migliori dati scientifici disponibili al momento. Questo aspetto consente sia elasticità di applicazione, a seconda delle risorse disponibili e della politica di allocazione, sia la netta distinzione di responsabilità tra medico e politico.

Le caratteristiche sopra riportate costituiscono una garanzia per i pazienti, sia individualmente che collettivamente. Gli aspetti fondamentali della prevenzione CV vengono garantiti a tutti in modo uniforme sul territorio nazionale, ma, al contempo, è possibile adattare gli interventi a situazioni locali ed individuali. Inoltre la trasparenza delle informazioni fornite e la chiarezza metodologica consentono al paziente la libertà di scelta e la conseguente assunzione di responsabilità nei confronti della propria salute.

Conclusioni:

le linee guida britanniche, pur con alcuni limiti, rappresentano un importante esempio di come si possano affrontare le problematiche della prevenzione cardiovascolare. Per la prevenzione primaria in soggetti ad altissimo rischio e per la prevenzione secondaria, le raccomandazioni possono essere applicate anche ai nostri pazienti. Per la prevenzione primaria in soggetti a rischio minore (basso, medio ed alto) è invece necessario disporre di uno strumento di calcolo del rischio individuale adatto alla realtà italiana. La SIMG sta collaborando allo sviluppo di questo modello previsionale e, non appena questo sarà disponibile, si farà promotrice nei confronti delle altre società scientifiche di linee guida italiane per la prevenzione CV.

Raccomandazioni già valide per la nostra popolazione: prevenzione secondaria

- Abolizione del fumo di sigaretta in tutti i pazienti
- PA < 140/85 mmHg (< 130/80 mmHg se diabete; < 125/75 se diabete e proteinuria)
- Colesterolo totale < 200 mg/dl o, meglio, LDL < 130 mg/dl
- ASA sempre, a meno di rilevanti controindicazioni
- Beta bloccanti, in assenza di controindicazioni rilevanti, in dosi adeguate per almeno tre anni nei pazienti con infarto miocardico, soprattutto se ad alto rischio
- Statine a dose adeguate nei soggetti con infarto miocardico e/o rivascolarizzazione in presenza di livelli elevati di colesterolo (vedi obiettivo per colesterolo tot. e LDL)
- ACE inibitori a dose adeguata in soggetti con segni/sintomi di scompenso al momento dell'infarto o con disfunzione ventricolare sinistra persistente (frazione d'eiezione <40%)

Raccomandazioni già valide per la nostra popolazione: prevenzione primaria

- Abolizione del fumo di sigaretta in tutti i pazienti
- ASA a basso dosaggio in pazienti ipertesi di sesso maschile e > 50 anni
- PA <130/80 nei diabetici (< 125/75 in caso di proteinuria)
- Terapia farmacologia (e non farmacologia) in soggetti ad altissimo rischio
 - ipercolesterolemia familiare
 - ipertensione e/o diabete con proteinuria

ASA a basso dosaggio in soggetti diabetici con almeno un fattore di rischio CV e >30 anni*

*non presente nelle raccomandazioni britanniche, ma presenti nelle linee guida italiane sull'ictus approvate da SIMG

Raccomandazioni dipendenti da un'affidabile misurazione del rischio e dalle risorse disponibili

- Terapia farmacologia (e non farmacologia) per soggetti con rischio coronarico (calcolato) a 10 anni >30%
- Terapia non farmacologica e farmacologica per soggetti con rischio coronarico (calcolato) a 10 anni >15%, dopo aver garantito ai pazienti a maggior rischio le cure necessarie

Attualmente si ritiene che il modello di calcolo utilizzato in tutto il mondo e basato sui dati di Framingham possa sovrastimare il rischio nella nostra popolazione. L'utilizzo quindi del calcolo di rischio per le decisioni terapeutiche non può essere considerato affidabile e bisognerà sviluppare un modello adatto per la popolazione italiana. È comunque verosimile che i pazienti italiani a rischio >30% a 10 anni secondo l'equazione di Framingham risultino comunque meritevoli di trattamento.

