

LE NUOVE LINEE GUIDA EUROPEE SULLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Linee guida

ALESSANDRO FILIPPI

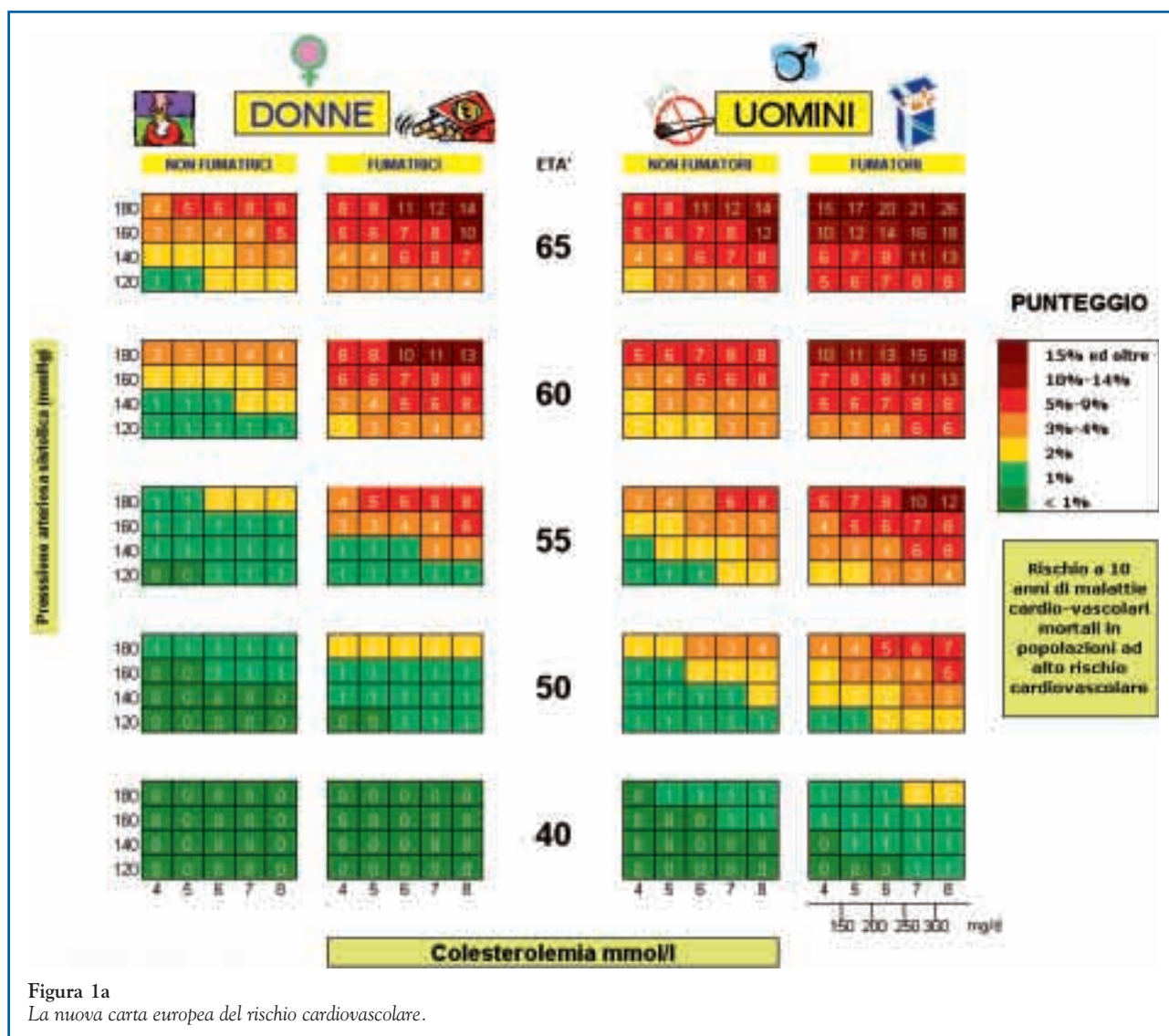
Responsabile Area Cardiovascolare, SIMG

Sono state recentemente pubblicate le nuove linee guida (LG) europee ¹ sulla prevenzione cardiovascolare (CV), sottoscritte dalle maggiori Società Scientifiche europee interessate al problema.

Si tratta di un importante documento che peraltro non contiene raccomandazioni sostanzialmente differenti dal precedente e la cui principale novità è rappresentata da una nuova carta del rischio (Fig. 1a-b), derivata dal progetto SCORE ².

Questa nuova carta del rischio sostituisce la precedente, ben nota a tutti i Medici di Medicina Generale (MMG) in quanto utilizzata dalla nota 13 CUF ³ e basata sui dati dello studio Framingham.

È evidente l'importanza di questo autorevole documento per la pratica della Medicina Generale e per questo motivo si è ritenuta opportuna una seppur sintetica riflessione sul problema dell'utilizzo delle carte del rischio (o di analoghi metodi computerizzati) nell'ambito della MG. L'intento



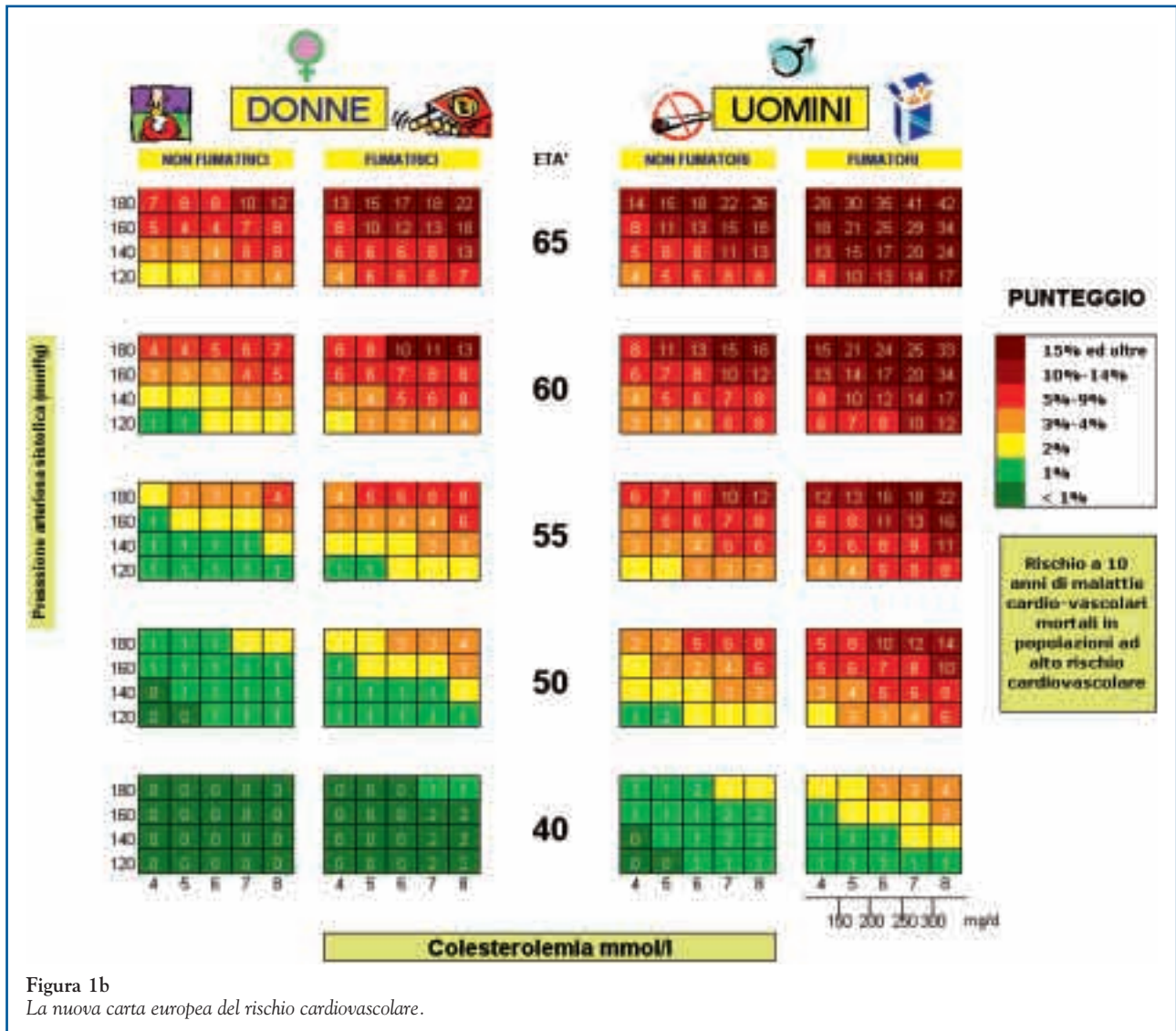


Figura 1b
La nuova carta europea del rischio cardiovascolare.

è esclusivamente quello di una valutazione “pratica ed operativa” del problema senza alcuna pretesa di entrare nel merito delle basi epidemiologiche da cui deriva la “carta”.

CARATTERISTICHE ED IMPIEGO DELLA NUOVA CARTA DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Come per la precedente, questo strumento non si applica ai pazienti con eventi CV noti; le variabili considerate sono il sesso, l’età, la pressione arteriosa sistolica (PAS) e il valore del colesterolo totale. Gli autori delle LG presentano poi due carte, una per i paesi europei a maggior rischio CV ed una per quelli a minor rischio, tra i quali l’Italia; questa soluzione ha l’intento di ridurre la sovrastima del rischio nelle popolazioni del Sud Europa, come accadeva per la precedente carta.

Viene considerata la sola mortalità CV: coronarica, cerebrovascolare e la morte improvvisa. Per questo motivo il livello di definizione operativa di “alto rischio” è stato posto al 5% (a 10 anni), che, secondo gli Autori, corrisponde a quello precedente del 20% (sempre a 10 anni) per tutti gli eventi coronarici fatali e non fatali. Non è più

presente la distinzione tra soggetti diabetici (tipo 2) e non diabetici, essendo i primi considerati automaticamente ad “alto rischio”; per i diabetici di tipo 1 l’alto rischio è considerato presente solo in caso di microalbuminuria.

Le fasce di età considerate vanno dai 40 ai 65 anni e le modalità di uso della carta sono quelle già note, compresa la possibilità, per i soggetti più giovani, di proiettare il rischio all’età di 60 anni.

I livelli superiori di colesterolo totale inseribili nella carta sono 320 mg/dl; in caso di valori > 320 mg/dl il paziente è considerato automaticamente ad “alto rischio”.

Come nelle precedenti LG, non viene considerata indispensabile la determinazione del colesterolo HDL, che, secondo gli autori, non modificherebbe sostanzialmente la capacità predittiva offerta dal solo colesterolo totale.

OSSERVAZIONI PRATICHE

Le fasce di età considerate sono limitate ai 40-65 anni. Non vi sono sostanzialmente problemi per il limite inferiore, vista la possibilità di “proiettare” il rischio ai 60 anni (basta mantenere gli stessi valori di PAS e colesterolo totale

e considerare l'età di 60 anni). Qualche difficoltà vi è invece per il limite superiore, 65 anni, reso necessario, nel realizzare la carta, dall'aver utilizzato dati provenienti da differenti casistiche e, quindi, dall'impossibilità di disporre di informazioni sufficienti per fasce di età maggiori. Questo limite può rendere più difficoltosa la valutazione dei pazienti anziani, sempre più numerosi nella nostra popolazione.

Un problema minore può essere posto dalla classificazione automatica dei pazienti diabetici di tipo 2 nella categoria ad "alto rischio", analogamente a quanto già fatto dagli americani ⁴.

Si tratta di una semplificazione rispetto a quanto indicato dagli epidemiologi Autori della carta ², che indicavano in caso di diabete la necessità di moltiplicare per 2 e per 4 il rischio calcolato rispettivamente negli uomini e nelle donne. In realtà il problema posto dalla presenza di diabete è più complesso, come discusso dagli stessi Autori della carta ² e, comunque, la diretta equivalenza "diagnosi di diabete" = "alto rischio CV", almeno per la popolazione italiana, non è condivisa da tutti.

Un'osservazione molto pragmatica riguarda l'impatto che la presentazione del nuovo limite del 5% può avere nei confronti del paziente e, seppure in misura minore, del medico. Pur specificando infatti che ci si riferisce ad eventi fatali, è possibile che una cifra apparentemente non alta possa indurre il paziente a sottostimare la necessità di intervenire. Questo fenomeno può essere accentuato ispezionando la carta, che riporta livelli di rischio da < 1% a > 15%: un valore del 5% può apparire quindi "basso" nel contesto della carta stessa.

È inoltre possibile che lo stesso fenomeno possa accadere per il medico, anche se conscio delle necessità metodologiche che hanno portato a questa scelta. Potrebbe quindi essere utile, nel prossimo futuro, effettuare studi che valutino l'importanza della modalità di espressione del rischio sulle scelte effettuate da medico e paziente.

MA QUANTE CARTE ESISTONO?

La prima osservazione è che, in questo momento, il MMG si confronta con almeno quattro possibilità diverse per valutare il rischio CV nel proprio paziente:

- carta del rischio adottata dalla CUF per la nota 13 ³;
- classificazione del rischio nel paziente iperteso proposta dalle LG europee ⁵;
- carta del rischio SCORE ²;
- carta del rischio italiana (www.cuore.iss.it).

Anche se sostanzialmente i livelli di rischio proposti sono tra loro correlati o grossolanamente equivalenti, questa situazione può essere causa di confusione, soprattutto se si considera che alcune autorevoli società scientifiche sottoscrivono più di un documento. In modo paradossale, la miglior protezione da questo effetto potenzialmente "disturbante" è rappresentata dal fatto che le LG non sono quasi mai lette integralmente dai MMG italiani e, spesso, non sono neppure conosciute nei contenuti generali.

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, IL SUO PAZIENTE E LA STIMA DEL RISCHIO

Uno dei compiti più importanti affidati alla MG è la prevenzione delle patologie CV e la stima del rischio CV globale è un aspetto fondamentale di questa attività, qualsiasi strumento si intenda utilizzare per calcolare la probabilità di eventi futuri.

I due punti fondamentali nell'attività quotidiana del MMG restano quindi:

- valutare il rischio CV dei propri assistiti;
- proporre (e poi gestire con il paziente) misure farmacologiche e/o non farmacologiche in base al livello di rischio del singolo individuo.

Per questo motivo è indice di buona pratica clinica valutare, con metodo "opportunistico", tutti gli assistiti appartenenti ad una certa fascia di età. I limiti temporali di questa fascia non sono peraltro nettamente definiti e possono variare anche a seconda del sesso; in generale si può comunque indicare un limite inferiore intorno ai 40 anni ed uno superiore tra i 65 e i 74 anni, anche a seconda del metodo di calcolo scelto.

Può anche essere utile ricordare, per la vastità e la rilevanza del problema, che la stima del rischio è alla base della gestione della terapia di tutti i pazienti con ipertensione arteriosa, indipendentemente dall'età.

Una volta stimato il rischio, il medico e il suo paziente utilizzano questa fondamentale informazione insieme ad altre, spesso non rigidamente definibili (co-patologie, preferenze personali, presenza di fattori di rischio "minori" ecc.) allo scopo di concordare una strategia preventiva "personale" (se necessaria). In questa sua attività, il MMG deve anche tener conto delle necessità oggettivamente imposte dalla limitatezza delle risorse: questo per non privare altri soggetti di prestazioni più rilevanti per la salute.

Quest'ultimo aspetto è molto complesso dal punto di vista sia pratico, sia etico e, pertanto, può essere appena citato in questa sede.

Tornando al rapporto con il singolo paziente, è evidente che la stima del rischio non può rappresentare un atto banale, quasi "burocratico" e che le modalità di calcolo debbano essere le più accurate possibile. Per questo motivo è indispensabile che il medico conosca bene il sistema di calcolo che utilizza, compresi i limiti e le possibilità di arricchirlo, se necessario, con ulteriori informazioni prognostiche.

Questo aspetto è sicuramente ostacolato dalla presenza di più metodi valutativi, proposti tutti da fonti autorevoli. In Italia ha inoltre valore di legge la nota 13 CUF che si riferisce per la stima del rischio alla ben nota tabella ricavata dai dati dello studio di Framingham.

Fino a quando perdurerà questa situazione sarà sicuramente difficile pensare di utilizzare questo strumento per prescrivere i farmaci per le iperlipidemie ed un altro per le ulteriori valutazioni preventive, per quanto verosimilmente più accurate.

La presenza di una norma di legge può quindi, al momento attuale, rappresentare più un ostacolo che un aiuto al corretto utilizzo dei farmaci, pur senza dimenticare che, proprio grazie alla nota 13, si è introdotto nella pratica dei MMG il concetto di “valutazione globale del rischio cardiovascolare”, prima sostanzialmente sconosciuto ai più o relegato nel campo delle conoscenze teoriche.

COSA SAREBBE AUSPICABILE FARE

In primo luogo sembra opportuno “sganciare” la valutazione individuale del rischio da norme di legge riguardanti la rimborsabilità dei farmaci. Questo non per favorire una prescrizione “libera e selvaggia”, ma per giungere ad una maggior responsabilizzazione del medico e del paziente e, di conseguenza, a terapie preventive veramente efficaci sia per il singolo, sia per la comunità in cui esso vive. Non va dimenticato infatti che attualmente l’aspetto più preoccupante nell’uso dei farmaci ipolipemizzanti non è tanto la scorretta prescrizione, quanto la scarsa compliance, che comporta terapie interrotte, di breve durata e con dosaggi spesso inadeguati, con la conseguenza di sottoporre il paziente ai disagi della terapia, il sistema sanitario a costi non irrilevanti a fronte di benefici nulli per entrambi. In secondo luogo appare necessaria una presa di posizione chiara e in tempi non lunghissimi da parte degli organi ministeriali insieme alle società scientifiche in merito alle modalità più accurate di valutazione del rischio nella nostra popolazione. Questo punto, che nulla vuol togliere alla libertà di scelta professionalmente consapevole del medico, può rappresentare un importante aiuto alla stragrande maggioranza di noi che non ha sufficienti competenze epidemiologiche (e neppure il tempo per crearsele!) per poter valutare autonomamente le diverse possibilità offerte dalle LG. Il momento delle decisioni potrebbe

coincidere con il completamento e la pubblicazione della carta del rischio CV (completa) italiana.

Il terzo punto è rappresentato dalla necessità di introdurre realmente nella pratica clinica la valutazione sistematica del rischio CV, cosa attualmente largamente disattesa (dati SIMG-Health Search). Fondamentali in tal senso sono sia i sistemi computerizzati che permettono, sia il calcolo immediato partendo dai dati già presenti nella cartella clinica, sia la verifica personale da parte del MMG di quanti e quali pazienti necessitano di questa valutazione. In fine bisogna sempre ricordare come la valutazione accurata del rischio sia solo la prima fase (per quanto indispensabile) di un percorso preventivo che coinvolgerà il medico ed il paziente per molti anni e che darà i frutti sperati solo coniugando conoscenze scientifiche, organizzazione del lavoro e capacità di comunicazione interpersonale.

Bibliografia

- ¹ De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al.; Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice.* Eur Heart J 2003;24:1601-10.
- ² Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al.; SCORE project group. *Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project.* Eur Heart J 2003;24:987-1003.
- ³ Bollettino di Informazione sui Farmaci 2000;5-6:31-2.
- ⁴ Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III).* JAMA 2001;285:2486-97.
- ⁵ Guidelines Committee. *2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension.* J Hypertens 2003;21:1011-53.