

## Pazienti ad alto rischio vascolare: chi sono? Revisione in Medicina Generale

Paola M. Mandelli, Franco B. Morelli, Saffi Giustini, Alessandro Battaglia\*

Medici di Medicina Generale, SIMG Pistoia, \* SIMG Verona

### Premessa

La prevenzione cardiovascolare (CV) costituisce una priorità del Piano Strategico Nazionale (PSN) e del Piano Sanitario Regionale (PSR) ma ad oggi non sono definiti indicatori di attività preventiva CV; questo non consente di valutare l'attività svolta dai medici di medicina generale (MMG), le modalità di utilizzo delle risorse, il rapporto costo-efficacia degli interventi, né di effettuare un'adeguata programmazione per gli interventi preventivi, compresa l'identificazione delle necessità formative.

### Cosa sappiamo dei nostri assistiti

Siamo andati a ricercare i pazienti di età  $\geq 55$  anni ad alto rischio di eventi vascolari per:

- presenza di malattia cardio- e cerebrovascolare;
- insufficienza renale (GFR stimata  $< 60$  ml/min e/o microalbuminuria);
- diabete mellito;
- ipertensione arteriosa possibilmente con diagnosi ECGrafica d'ipertrofia ventricolare sinistra.

Sappiamo che l'elenco non è esaustivo di tutte le tipologie di pazienti ad alto rischio CV (ad esempio non vi sono i pazienti con dislipidemia familiare), ma gli elementi considerati sono comunque funzionali ad una strategia unica di prevenzione CV.

La revisione coinvolge 8 MMG di tre medicine di gruppo, due di Pistoia città e una di Montale, con un carico assistenziale di 10.000 persone. Tutti usano software Millewin® e le informazioni contenute nei data base, attraverso stringhe costruite in funzione della ricerca, sono state elaborate con EpilInfo®. Periodo di analisi: due anni, dal primo gennaio 2007 al 31 dicembre 2008.

### Chi stiamo assistendo?

Su 4488 pazienti di età  $\geq 55$  anni, 1593 (35,49%) non presentano alcuna patologia o fattore di rischio per malattie cardiovascolari. 2895 pazienti (64,51%) soffrono di almeno una delle seguenti condizioni: cardiopatia ischemica cronica, vasculopatia cerebrale,

diabete mellito, arteriopatia periferica, insufficienza renale cronica, ipertensione arteriosa.

*Malattia aterosclerotica cardiaca:* totale pazienti 502.

Diamo quindi assistenza all'11% degli assistiti ultra 55enni e al 6,2% di tutti gli assistiti in carico per "cardiopatia ischemica". E nello specifico, gli assistiti con diagnosi registrata di infarto miocardico sono 155 (111 maschi e 55 femmine); quelli con angina da sforzo 86, con angina instabile 25, con diagnosi di cardiopatia ischemica cronica (CIC) 236. I pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica sono riportati nella Tabella I.

**TABELLA I**  
Pazienti con diagnosi di angioplastica coronarica per età e sesso.

Classe età	Angioplastica coronarica		
	Frequenza	Femmine	Maschi
55-64	23	1	22
65-74	37	7	30
75-84	39	14	25
Oltre 85	5	1	4
Totale	104	23	81

I pazienti con diagnosi registrata di *ictus e di attacco ischemico transitorio (TIA)* sono 198; con ictus 21 femmine e 17 maschi (nessuno nella classe di età 55-64 anni); con TIA 164 distribuiti equamente nei due sessi ma con una frequenza doppia dei maschi sotto i 64 anni.

Sono affetti da arteriopatia periferica 58 pazienti (2,60%).

Forniamo assistenza a 628 pazienti con diabete mellito tipo 2 pari al 14,0% dei pazienti oltre 55 anni e al 6,28% del totale assistiti in carico, senza differenze fra i due sessi se non negli ultra 75enni (Tab. II).

I diabetici affetti da ipertensione arteriosa sono 474 pari al 18,6% degli ipertesi ultra 55enni e al 75,5% della popolazione diabetica (*Health Search-Thales: i soli pazienti diabetici con ipertensione*

Hanno contribuito a questa revisione i colleghi Antonella Allori, Federico Fedi, Andrea Granati, Walter Vannacci, Massimo Venturini.

**TABELLA II**  
Assistiti per classi di età con diagnosi tabellata di diabete mellito.

Classe età	Frequenza	Percentuale	Femmine	Maschi
55-64	148	23,6%	63	85
65-74	220	35,0%	106	114
75-84	193	30,7%	104	89
Oltre 85	67	10,7%	40	27
Totale	628	100,0%	313	315

**TABELLA III**  
Diabetici ipertesi per età e sesso.

Classe età	Frequenza	Percentuale	Femmine	Maschi
55-64	96	20,3%	41	55
65-74	169	35,7%	88	81
75-84	156	32,9%	88	68
Oltre 85	53	11,2%	32	21
Totale	474	100,0%	249	225

**TABELLA IV**  
Assistiti per classi di età con ipertensione arteriosa.

Classe età	Frequenza	Percentuale	Percentuale	Femmine	Maschi
55-64	608	23,9%	44,3%	308	300
65-74	808	31,8%		456	352
75-84	783	30,8%		478	305
Oltre 85	343	13,5%		240	103
Totale	2542	100,0%		1482	1060

**TABELLA V**  
Pazienti ipertesi con comorbidità vascolari e diabete mellito.

Ipertesi	Diabete	Attacco ischemico transitorio	Ictus	Infarto del miocardio	Cardiopatía ischemica cronica	Angina	Stenosi	Totale
Classe età								
55-64	96	13	0	13	17	8	7	154
65-74	169	26	10	38	29	25	19	316
75-84	156	52	12	30	57	35	27	369
Oltre 85	53	25	8	16	37	12	10	161
Totale	474	116	30	97	140	80	63	1000
Percentuale	18,6	5,7			12,5			39,3

arteriosa rappresentano il 73,4% dell'intera popolazione diabetica (Tab. III).

Gli ipertesi sui 4488 assistiti sono 2542 pari al 56,6% (il 25,5% sui 10mila assistiti) con netta prevalenza del sesso femminile in tutte le classi di età (58,3%) (Tab. IV).

La prevalenza, anche utilizzando i dati più "prudenti", è molto elevata e, negli anni 2003-07, mostra un trend crescente che varia dal 18,4 al 22,0% del 2007 (V Report Health Search, 2008). La maggior parte dei pazienti cronici sono in realtà affetti da

più patologie la cui interazione produce condizioni cliniche complesse soprattutto nelle situazioni cliniche più avanzate. Il modello assistenziale, orientato alla singola malattia, deve essere integrato, nel singolo caso, in modo da realizzare un percorso di cura indirizzato alla persona nell'insieme delle comorbidità (Tab. V).

I pazienti ipertesi ad alto rischio vascolare sono il 39,3% dei 2542 ipertesi registrati sopra i 55 anni.

Notevole è il numero dei pazienti "anziani" sopra i 75 anni (530),

oltre la metà dei pazienti complessivi (pari al 53,3 e all'11,8% dei pazienti over 55enni). Nella pratica questo comporta un problema di trasferibilità delle conoscenze rispetto ai risultati dei grandi trial d'intervento e le conseguenti indicazioni terapeutiche di questi ultimi e delle linee guida.

**Pazienti con insufficienza renale (GFR stimata < 60 ml/min e/o micro/macroalbuminuria- adeguatamente accertate e riconfermate)**

Secondo le informazioni ricavate da Health Search, il 10% di tutta la popolazione, e il 30-35% dei soggetti a rischio per danno renale (anziani, diabetici, ipertesi), presenta una riduzione significativa del GRF (< 60 ml/min) (Fig. 1).

Nella nostra popolazione ad alto rischio abbiamo dati affidabili di una GRF stimata < 60 ml/min per mezzo della formula di Cockcroft-Gault in 618 pazienti (13,8%), pari al 6,18% degli assistiti in carico.

Questi dati sono sicuramente sottostimati e ne dobbiamo tener conto per una migliore registrazione e per adeguare gli interventi di prevenzione (Tab. VI).

**Commento**

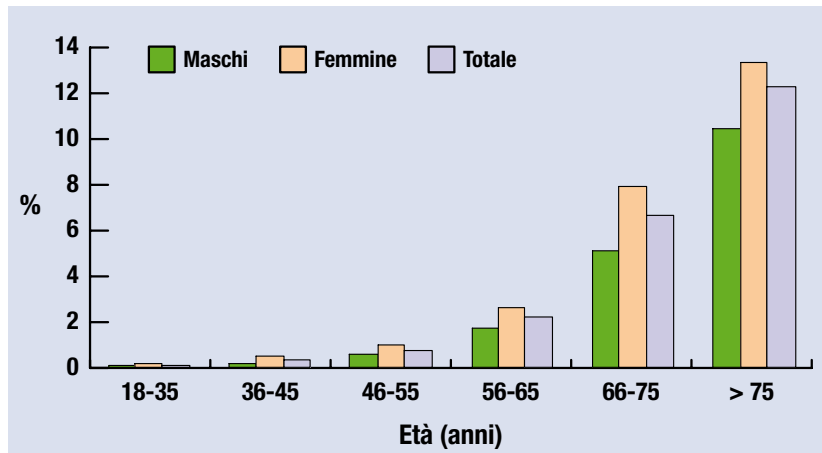
Un'attenta valutazione della realtà delle cure primarie e delle caratteristiche comuni dei pazienti affetti da patologie aterosclerotiche, necessita, a nostro parere, di un metodo di lavoro maggiormente efficiente.

Abbiamo visto che l'impressione che si tratti di problemi a carico di pochi assistiti, sostanzialmente di pertinenza specialistica, sia fuorviante, come lo è la distinzione in prevenzione primaria e secondaria che ci sembra di fatto superata nel momento che il livello di rischio assoluto di questi pazienti può essere determinato sia dalla presenza di malattia CV clinicamente manifesta, sia dall'associazione di più fattori di rischio, sia dalla presenza di "danno d'organo, sia dall'associazione tra eventi, fattori di rischio e danno d'organo tra loro variamente combinati.

Circa un italiano su tre, è sovrappeso (34,2%), mentre uno su dieci è obeso (9,8%): è ormai chiaro che un'azione preventiva sui molteplici fattori di rischio necessita di interventi politico-sociali tesi a diffondere, dalla popolazione giovanile, stile di vita "sani".

Come è chiaro, per chi come noi, da anni lavora nelle cure primarie, che la figura del MMG "solo" è superata, non tanto e non solo per la scarsità di tecnologia, quanto dalla mancanza di personale preparato e integrato con le dinamiche dell'assistenza territoriale.

Se dobbiamo, come MMG identificare i soggetti ad alto rischio ...; ridurre la comparsa di eventi CV, attraverso la modifica degli stili di vita dannosi ...; monitorare l'aderenza al trattamento farmacologico ...; monitorare i fattori di rischio attraverso la misurazione di PA (almeno ogni sei mesi se controllata adeguatamente), la determinazione di colesterolo totale/cole-



**Figura 1** Prevalenza di IRC (GFR < 60 mL/min) nella popolazione Health Search nel 2007.

**TABELLA VI**  
**Algoritmo per stratificare il rischio di nefropatia per una prima stratificazione del rischio individuale (Kshirsagar et al., 2008).**

I punteggi da assegnare	
Co-variata	Punteggio
50-59 anni	1
60-69 anni	2
≥ 70 anni	3
Razza bianca	1
Genere femminile	1
Anemia	1
Iperensione	1
Diabete mellito	1
Malattia cardiovascolare	1
Scompenso cardiaco	1
Ridotte HDL	1
Vasculopatie periferiche	1
Il punteggio risultante dalla somma dei singoli item consente di predire il rischio di sviluppare nefropatia a 10 anni	
Punteggio totale	Tasso di eventi a 10 anni%
≤ 1	≤ 2
2	5
3	8
4	13
5 cut point	20
6	25
7	30
≥ 8	≥ 40

sterolo LDL (almeno annualmente se controllato adeguatamente), ... dobbiamo rivedere quali sono le nostre funzioni e i nostri compiti in relazione del carico assistenziale generale. Quanti di questi compiti sono di competenza del MMG? In sintesi pensiamo che un preparato e integrato personale infermieristico possa, in una prospettiva di assistenza tipo Chronic Care Model<sup>a</sup>, contribuire, nel rispetto del ruolo e dei ruoli, a migliorare questo aspetto delle cure primarie, permettendo al MMG di dedicare una parte del suo tempo alla funzione di diagnosi e di cura.

### Bibliografia riferimento

Antithrombotic Trialists' Collaboration. *Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients*. BMJ 2002;324:71-86.

Battaglia A, Battaglia L, Berardi S, Longobardi A, Fracasso I, Motta G, et al. *Linee Guida per la prevenzione cardiovascolare*. In: *Prevenzione cardiovascolare in Medicina Generale*. Milano: Hippocrates 2005.

Consensus Conference. *Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco*. G Ital Cardiol 2006;7:387-432.

Daugherty SL, Ho PM, Spertus JA, Jones PG, Bach RG, et al. *Association of early follow-up after acute myocardial infarction with higher rates of medication use*. Arch Intern Med 2008;168:485-91.

EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries*.

*EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events*. Lancet 2001;357:995-1001.

Giustini S, Mandelli P, Pastacaldi G, Pasticci C, Fronges D, Quattrocchi M, et al. *Studio della colesterolemia in una popolazione assistita da medici generali*. Rivista SIMG 1991;(7):55-61.

Hippisley-Cox J, Pringle M. *General practice workload implications of the national service framework for coronary heart disease: cross sectional survey*. BMJ 2001;323:269-70.

ISTAT. *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - 2007*.

Kshirsagar AV, Bang H, Bomback AS, Vupputuri S, Shoham DA, Kern LM. *A simple algorithm to predict incident kidney disease*. Arch Intern Med 2008;168:2466-73.

Mayor S. *English government launches initiative to cut obesity*. BMJ 2009;338:b1, doi: 10.1136/bmj.b1 (Published 6 January 2009).

Paolini I. *Il follow-up nel paziente con cardiopatia ischemica, momento essenziale nella comunicazione ospedale territorio: problemi e opportunità*. Clinical Management Issues 2008;2(4).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Acute coronary syndromes. A national clinical guideline*. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2007.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Management of stable angina*. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2007.

Smith SC Jr, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. *AHA/ACC Guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update*. J Am Coll Cardiol 2006;47:2130-9.

<sup>a</sup> Vedi parte seconda *Pazienti ad alto rischio vascolare. Come li stiamo curando? Una revisione in Medicina Generale*.