

Scenari cardiaci: il buon management inizia con la prevenzione

Una buona gestione del paziente con scompenso cardiaco è di grande rilevanza per il medico di medicina generale (MMG), perché questa condizione può determinare una notevole quota di disabilità e mortalità.

La sua prevalenza è in aumento, anche a causa dell'allungamento della vita media della popolazione, è il punto di arrivo di molte patologie cardiache non adeguatamente gestite ed è responsabile di una notevole fonte di spesa per il Sistema Sanitario Nazionale. La prevalenza dello scompenso cardiaco cresce nelle fasce di

età più avanzata della popolazione, come risulta riportato nella Figura 1, tratta dall'*VIII Rapporto Health Search*.

Considerando che lo scompenso cardiaco è spesso la risultante di una gestione non ottimale del rischio cardiovascolare (CV) globale, dei singoli fattori di rischio e dei danni d'organo, appare evidente che nel setting delle cure primarie e in particolare nel setting della Medicina Generale, il buon management dello scompenso cardiaco deve necessariamente iniziare con la sua prevenzione. Per questo motivo possiamo

analizzare le varie fasi "preventive" e di monitoraggio clinico in cui è chiamato a operare il MMG:

- stratificazione e gestione del rischio CV globale e dei singoli fattori di rischio;
- identificazione precoce dei danni d'organo CV;
- gestione adeguata del follow up del paziente in prevenzione CV secondaria.

Stratificazione e gestione del rischio CV globale e dei singoli fattori di rischio

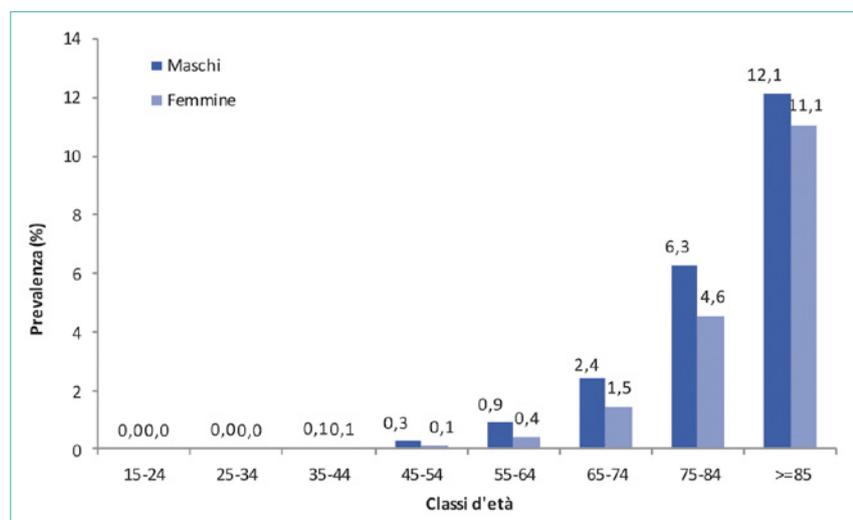
L'utilizzo su larga scala delle carte e degli algoritmi di rischio CV è il primo atto che il MMG deve compiere sulla popolazione sana di età compresa tra 35 e 69 anni.

Sappiamo che le carte del rischio considerano poche variabili, al fine di renderle di facile applicabilità su un'ampia fascia di popolazione. Questo determina inevitabilmente una perdita nella precisione di calcolo, per cui il rischio calcolato dalle carte deve essere integrato con un'attenta valutazione clinica individuale: la presenza di familiarità o di obesità, ad esempio, determina un livello di rischio più elevato rispetto a quello calcolato dalle carte e questo aspetto deve essere considerato nelle decisioni di trattamento.

Analizzando il ruolo che possono avere i singoli fattori di rischio CV nel favorire nel tempo l'insorgenza di uno scompenso cardiaco, una particolare attenzione deve

FIGURA 1.

Prevalenza (%) "lifetime" di scompenso cardiaco: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013) (da VIII Report Health Search. Istituto di Ricerca della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie). Anno 2013/2014).



essere posta sull'ipertensione arteriosa e sulla sua gestione.

Qui si rileva una forte criticità, rappresentata dall'insoddisfacente controllo dei soggetti ipertesi: sappiamo che meno della metà di essi raggiunge il target di pressione arteriosa e sappiamo quanto questo problema predisponga a danni d'organo a loro volta predittivi di scompenso cardiaco, primo tra tutti l'ipertrofia ventricolare sinistra, o direttamente a eventi coronarici acuti, che a loro volta possono esitare in stati di scompenso.

La difficoltà nel raggiungere il target terapeutico nei soggetti ipertesi è stata anche analizzata dalle linee guida europee (2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of arterial hypertension. Eur Heart J 2013;34:2159-19), che identificano tra le maggiori cause della bassa percentuale di controllo della pressione arteriosa nella pratica clinica l'inerzia del medico e la scarsa aderenza del paziente al trattamento.

Secondo le linee guida, la mancanza di azione terapeutica quando la pressione arteriosa non è ben controllata (inerzia), è provocata generalmente da:

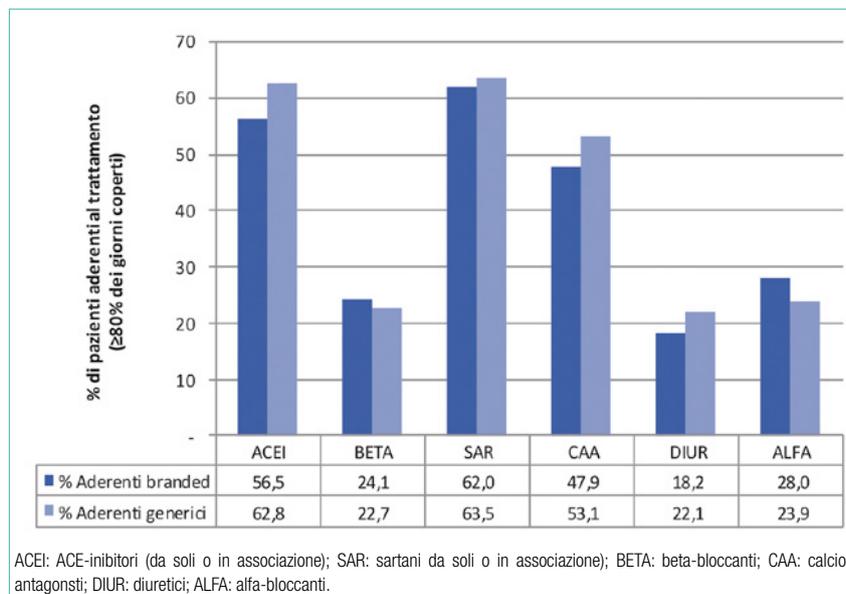
- dubbi sul reale rischio rappresentato dall'ipertensione arteriosa (soprattutto nel paziente anziano);
- timore di effetti collaterali e paura di ridurre la perfusione in alcuni organi vitali;
- scetticismo verso le linee guida.

Il documento afferma inoltre che "la bassa aderenza al trattamento è la più importante causa di cattivo controllo della pressione arteriosa perché coinvolge un largo numero di pazienti e la sua correlazione con la persistenza di elevati valori di pressione arteriosa è stata ampiamente documentata". A conferma di questo riportiamo nella Figura 2 dati tratti dall'*VIII Rapporto Health Search*, in cui vengono riportate le percentuali di pazienti aderenti in riferimento alle varie classi di farmaci e all'utilizzo di branded o generici.

L'impegno del MMG, in questa fase della prevenzione, deve quindi essere concentrato su un'accurata stratificazione del rischio CV, sull'identificazione dei trattamenti non farmacologici e farmacologici appropriati e sul controllo dell'aderenza

FIGURA 2.

Aderenza al trattamento antipertensivo (pazienti con > 80% dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di ipertensione arteriosa nel 2013: confronto generici vs branded per categorie terapeutiche (da VIII Report Health Search. Istituto di Ricerca della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie). Anno 2013/2014).



e della persistenza terapeutica dei suoi pazienti.

Identificazione precoce dei danni d'organo CV

Un altro aspetto gestionale molto importante è dato dall'identificazione precoce dei danni d'organo, che essendo di per sé asintomatici devono essere intercettati attraverso un'attenta osservazione clinica dei pazienti e opportune indagini diagnostiche rivolte ai soggetti a rischio. In questo contesto specifico, tra i danni d'organo, consideriamo l'importanza di rilevare in un soggetto iperteso la presenza di un'ipertrofia ventricolare sx, sia attraverso alcuni caratteristici segni ECG, che soprattutto attraverso un esame ecocardiografico che può fornire una quantità di informazioni utilissime. Ricordiamo che un'ipertrofia ventricolare sx può generare una disfunzione ventricolare, che si correla poi con lo scompenso cardiaco. Queste informazioni sono di particolare rilevanza, perché un soggetto iperteso con ipertrofia ventricolare sx deve essere trattato in modo intensivo al fine di ottenere un controllo ottimale dei valori di pressione arteriosa e degli altri

target di rischio CV, oltre che deve essere sollecitato e seguito per una sua adesione a stili di vita idonei.

Gestione adeguata del follow-up del paziente in prevenzione CV secondaria

Un ultimo cenno deve essere dato sui pazienti con pregressa sindrome coronarica acuta. Sappiamo che questi pazienti devono essere controllati in modo strutturato con valutazioni cliniche e diagnostiche mirate e programmate e che generalmente devono assumere una terapia composita in cui sia presente almeno un antiaggregante piastrinico, una statina, un inibitore del sistema RAA, un beta-bloccante. Anche e soprattutto qui il controllo dell'aderenza e della persistenza terapeutica sono di vitale importanza.

Il paziente con scompenso cardiaco

Nonostante le conoscenze e la condivisione sulle misure preventive, sulle terapie, sulla necessità di monitoraggio attivo nei

pazienti asintomatici con fattori di rischio, lo scompenso cardiaco presenta un aumento progressivo di prevalenza, anche per i motivi sopra riportati, con tutto il suo carico di complicazioni e di mortalità. Un maggiore impegno nella sua prevenzione primaria deve essere una delle maggiori priorità nel lavoro quotidiano del MMG, per i notevoli benefici attesi. Nei soggetti con scompenso cardiaco clinicamente manifesto, le nuove acquisizioni fisiopatologiche hanno con-

sentito il miglioramento dei protocolli terapeutici, ma a fronte di ciò, a oggi, non si è ancora assistito a un miglioramento apprezzabile degli esiti. Le nuove prospettive nella terapia, con farmaci innovativi, rappresentano una concreta possibilità di migliorare la qualità e l'aspettativa di vita dei pazienti portatori di questa condizione.

Alla base di un'ottimizzazione degli interventi deve essere considerata l'importanza

di un'integrazione attiva tra il MMG e gli specialisti, e tra i vari operatori sanitari: il paziente con scompenso cardiaco vira spesso tra fasi di stabilità clinica (di pertinenza normalmente del MMG) e fasi di instabilità (in cui l'intervento dello specialista è spesso fondamentale), per cui una gestione realmente condivisa può determinare un miglioramento della qualità di vita, una riduzione dei ricoveri e un effetto positivo sugli outcome.