

**MEDICINA DEL TERRITORIO**

# AMBULATORIO DELLA MEDICINA GENERALE/MEDICINA DI FAMIGLIA DEDICATO ALLA PREVENZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA DELL'ATEROSCLEROSI

**DORIANO BATTIGELLI**

Il Medico di Medicina Generale (MMG) segue il paziente e l'intero nucleo familiare per molti anni ed è normalmente la figura di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario; fornisce un accesso diretto, senza soglia, ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona, coordina le cure, il lavoro con altri professionisti ed ha una diffusione capillare nel territorio, in prossimità dei luoghi di vita delle persone (1). Queste caratteristiche rendono la Medicina di famiglia, se ben organizzata, incentivata per obiettivi di salute, e valutata nei risultati, luogo privilegiato ai fini della prevenzione, diagnosi e terapia dell'aterosclerosi.

La prevenzione cardiovascolare parte dalla consapevolezza del rischio cardiovascolare (RCV) assoluto e relativo da parte del medico e del paziente, della rapida correzione degli stili di vita non corretti e dalla cura tempestiva dei fattori di rischio. Il concetto dicotomico di "prevenzione primaria" e di "prevenzione secondaria" è infatti or-

mai superato dall'acquisizione che l'aterosclerosi è un processo continuo, spesso subclinico, e dunque va valutato il rischio di malattie cardiovascolari aterotrombotiche in modo multi-parametrico. Il MMG può dare una valutazione del RCV dei propri assistiti e concorrere con altri operatori sanitaria con ruoli complementari alla gestione del paziente a rischio aumentato.

I percorsi della prevenzione partono dal calcolo del RCV per tutti i suoi assistiti a partire dai 35 anni, facile da ottenere con anamnesi, esame obiettivo, valori della pressione arteriosa e pochi esami di laboratorio, e definiscono diversi target di terapia ipolipemizzante, antiipertensiva e diversi percorsi terapeutici e assistenziali (2-4).

Che cosa deve fare il MMG per prevenire, diagnosticare e trattare l'aterosclerosi e le sue manifestazioni cliniche nella sua popolazione di assistiti? Nelle Cure Primarie vige il "paradosso degli assenti": i soggetti a maggior rischio frequentano poco o nulla il medico, a cui si rivolgono solo dopo la di-

missione ospedaliera per un evento atero-trombotico acuto (5). Organizzando la propria attività con strategie di medicina d'attesa (accesso all'ambulatorio per problemi cardiovascolari) opportunistica (accesso per altri motivi) o d'iniziativa (accesso programmato, meglio se con l'ausilio di una segretaria o infermiera), il MMG deve sistematicamente:

- Raccogliere i dati sanitari familiari e personali degli assistiti (in particolare, pregresse malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, diabete mellito, malattie renali, eventi cardiovascolari precoci <55 anni nei parenti di 1° grado maschi e <60 nelle femmine, storia familiare di dislipidemie, di ipertensione arteriosa e di diabete mellito).
- Rilevare peso, altezza, pressione arteriosa, circonferenza alla vita.
- Effettuare l'esame obiettivo cardiovascolare.
- Indagare sugli stili di vita (fumo, attività fisica, abitudini alimentari).
- Dare consigli sugli stili di vita sani.
- Richiedere gli esami di laboratorio necessari a valutare il rischio aterosclerotico del paziente: glicemia, colesterolemia totale, colesterolemia HDL, trigliceridemia con il calcolo della colesterolemia LDL, creatininemia con il calcolo della clearance della creatinina secondo la formula CKD-EPI, lipoproteina(a) (una tantum).
- Calcolare il RCV assoluto secondo le linee-guida europee ESC e nei soggetti <50 anni, specie di sesso femminile, calcolare il rischio relativo.
- Iniziare, se opportuno, la terapia antiipertensiva, ipocolesterolemizzante e per il diabete mellito.
- Inviare allo specialista i pazienti a RCV assoluto molto aumentato.
- Rivalutare i pazienti e verificare la corretta assunzione di terapia e il controllo

dei fattori di RCV.

- Condividere la gestione dei casi complessi con gli altri specialisti e personale del distretto.

Raccolti questi dati, il MMG deve stratificare il rischio individuale dei suoi assistiti, in base alla storia clinica o sintomi di malattie cardiovascolari aterosclerotiche o documentazione strumentale di danni aterosclerotici, oppure, nei soggetti asintomatici >40 anni senza diabete mellito, malattie cardiovascolari, nefropatie, singoli fattori di rischio marcatamente aumentati, utilizzando il calcolo di uno dei due punteggi di rischio cardiovascolare assoluto (i calcolatori sono presenti anche nei principali software per la cartella clinica di medicina generale):

1. il punteggio Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità che attinge a dati della popolazione Italiana nella fascia d'età 35-69 anni e determina la probabilità di eventi aterotrombotici cardio- e cerebrovascolari fatali e non a 10 anni;
2. il punteggio ESC-Score per le popolazioni europee a basso rischio medio (tra cui l'Italia), utilizzabile per la popolazione con età 40-70 anni, che valuta il rischio assoluto di mortalità per eventi aterotrombotici a 10 anni.

Un limite di questi punteggi è che non tutti i fattori determinanti il RCV vengono considerati, ad esempio, il fumo non tiene conto della quantità giornaliera e della durata complessiva di esposizione (*pack-year*), il livello di attività fisica, e gli altri fattori che aumentano il RCV (2,3). Quindi è chiaro che si tratta per il MMG di un solido punto di partenza nella valutazione del RCV individuale, che però deve essere poi completato da una valutazione più approfondita, per l'inizio di percorsi assistenziali adeguati, che necessita di periodiche rivalutazioni.

Inoltre, Il paziente giovane (<50 anni) e

le donne, che risultano a RCV assoluto basso o moderato (calcolato con il punteggio SCORE) e presentano singoli fattori di rischio a livello non ottimale, anche se non molto elevati, sono soggetti a RCV relativo aumentato rispetto ai coetanei e con probabilità relativamente elevata di eventi CV a lunga distanza di tempo (oltre i 10 anni stimati dallo SCORE). È importante che il MMG non sottovaluti il RCV dei soggetti giovani basandosi solo sul RCV assoluto e comunichi al paziente che le modificazioni dello stile di vita possono diminuire in modo sostanziale il RCV a lungo termine. Nel calcolare il RCV delle donne, apparentemente a rischio inferiore, va tenuto conto che gli eventi sono posticipati di 10 anni rispetto agli uomini (2, 3).

L'ecodoppler dei vasi arteriosi sopra-

ortici non aggiunge informazioni nei pazienti a RCV basso, ma è di aiuto nel riclassificare la fascia di rischio moderato (circa 8-23% dei pazienti). Inoltre, trova indicazione nei pazienti che sfuggono alle classificazioni abituali: uomini età < 60 anni con un fattore di rischio e donne <60 anni con 2 fattori di rischio (6). Il riscontro di una placca carotidea significativa ( $\geq 50\%$ ) sposta il rischio a livello molto alto e ha una maggiore correlazione con gli eventi CV rispetto all'IMT (6-8).

Un'altra misurazione semplice e poco costosa, effettuabile anche nell'ambulatorio del MMG, con elevato potere predittivo su eventi CV è la misura dell'indice di Winsor (Indice caviglia-braccio: ABI) (sensibilità 97% e specificità del 100%) (10). Il valore di ABI <0,90 correla con eventi CV e

**Tabella I - Classi di rischio cardiovascolare.**

**Rischio basso:** include soggetti:

- Senza malattie cardiovascolari aterosclerotiche documentate, aterosclerosi subclinica, diabete mellito, nefropatie, singoli fattori di rischio marcatamente aumentati, che presentano un punteggio ESC-Score Europeo <1% (valuta la probabilità di eventi fatali a 10 anni) = Punteggio Cuore <3% (valuta la probabilità di eventi, fatali e non, a dieci anni).

**Rischio moderato:** include soggetti:

- Senza malattie cardiovascolari aterosclerotiche, nefropatie, singoli fattori di rischio marcatamente aumentati che presentano uno Punteggio ESC-Score  $\geq 1$  e <5% = Punteggio Cuore  $\geq 3\%$  e <20%;
- < 35 anni con diabete mellito di tipo 1, o <50 anni con diabete mellito di tipo 2, della durata di meno di 10 anni.

**Rischio alto:** include soggetti con:

- Punteggio ESC-Score  $\geq 5\%$  e <10% = Punteggio Cuore  $\geq 20\%$  e <30%;
- Livelli marcatamente elevati di singoli fattori di rischio, in particolare una colesterolemia totale  $\geq 310$  mg/dL, o un LDL-C  $\geq 190$  mg/dL, o una pressione arteriosa  $\geq 180/110$  mmHg o forti fumatori  $\geq 20$  sigarette/die;
- Ipercolesterolemia familiare o aumento della lipoproteina(a)  $\geq 50$  mg/die senza altri fattori maggiori di rischio;
- Diabete mellito senza danni d'organo correlati (microalbuminuria, retinopatia, aterosclerosi, ecc.) con diabete di durata  $\geq 10$  anni o un altro fattore di rischio aggiuntivo (es. fumo, ipertensione arteriosa, dislipidemia);
- Insufficienza renale cronica stadio III (VFG 30-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

**Rischio molto alto:** include soggetti con almeno una delle seguenti condizioni:

- Malattie cardiovascolari aterosclerotiche documentate clinicamente (pregresse sindromi coronariche acute: infarto miocardico o angina pectoris instabile, angina stabile, procedure di rivascularizzazione coronarica o di altre arterie, ictus e TIA, arteriopatia obliterante periferica) o con tecniche di imaging (placche significative coronariche o carotidee o alle arterie degli arti inferiori con stenosi  $\geq 50\%$ );
- Diabete mellito con danni agli organi bersaglio o almeno 3 fattori di rischio maggiori o diabete di tipo 1 ad esordio precoce e di lunga durata (>20 anni);
- Insufficienza renale cronica stadio IV o V (VFG <30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);
- Punteggio ESC-Score Europeo  $\geq 10\%$  = Punteggio Cuore  $\geq 30\%$ ;
- Ipercolesterolemia familiare o iperlipoproteinemia(a) con malattia cardiovascolare aterosclerotica o con un altro fattore di rischio.

anche un ABI >1,4, che è indice di *stiffness* aumentata, si associa ad aumento della mortalità (9).

La rivalutazione del RCV mediante la verifica dell'anamnesi familiare, personale, esami ematochimici è raccomandata ogni 5 anni, più frequentemente nei pazienti con livello di rischio ai limiti delle decisioni terapeutiche (2).

Con tali indagini, il MMG può stratificare i suoi assistiti in base alle seguenti classi di RCV e quindi di eventi atero-trombotici (3) (*Tabella 1*).

Dallo studio Check (10), effettuato grazie ai dati raccolti dai MMG aderenti alla Società Italiana Medicina Generale (SIMG), su più di 5000 pazienti con età 40-79 anni, emerge che il rischio CV si distribuisce in questo modo: il 20% è a rischio molto alto, il 15% ha un rischio alto, il 18% moderato e il rimanente 47% è a rischio basso.

Possiamo immaginare una rivalutazione da parte del MMG ogni volta che intervengano modifiche dei fattori di RCV, nuovi eventi e, in ogni caso, se quadro clinico stabile:

- ogni 6-12 mesi per persone a RCV molto alto, con gestione del paziente condivisa tra MMG e specialista (cardiologo, diabetologo, nefrologo e/o lipidologo);
- ogni 12 mesi per persone ad alto RCV con gestione del paziente da parte del MMG e periodiche rivalutazioni da parte dello specialista;
- ogni 2 anni per persone a RCV intermedio da tenere sotto controllo da parte del MMG attraverso l'adozione di uno stile di vita sano;
- ogni 5 anni per persone a basso RCV purché non siano presenti fattori che aumentano il rischio calcolato con il punteggio SCORE, o nei soggetti giovani che, pur avendo un rischio assoluto di eventi cardiovascolari mortali a 10

anni basso o moderato, presentano un rischio relativo aumentato (rispetto ai coetanei) a causa di valori elevati di singoli fattori di rischio: in questi casi è consigliata una rivalutazione più frequente.

Nel paziente a basso RCV (*Tabella 2*), il compito del MMG è quello di rafforzare le raccomandazioni sugli stili di vita sani, alimentazione sana, mantenimento del peso ideale e svolgimento dell'attività fisica.

Nel paziente a RCV moderato (*Tabella 2*), la prima linea di terapia è di tipo comportamentale con rivalutazione a distanza di alcuni mesi per il controllo dei fattori di rischio e l'eventuale inizio di terapia farmacologica, se ancora elevati.

All'identificazione di un paziente a RCV alto (*Tabella 2*), dovrebbe seguire un consiglio breve sugli stili di vita sani, alimentazione corretta e informazione sull'aumentata probabilità di eventi CV. Il paziente va indirizzato dal proprio MMG all'esecuzione degli esami di laboratorio di completamento della stratificazione del RCV, raccomandazioni alimentari e sugli stili di vita, autocontrolli da effettuare a domicilio (pressione arteriosa, glicemia), inizio della terapia farmacologica per il controllo dell'ipertensione arteriosa, dislipidemia e diabete mellito, in accordo con le linee-guida. Per completare la stratificazione dei pazienti con rischio alto è raccomandata l'esclusione del danno d'organo, con opportune indagini strumentali. Il riscontro di danno d'organo fa passare il paziente a una categoria di RCV molto alto. Il Medico di Medicina Generale dovrebbe programmare un controllo clinico con esami dopo 1-3 mesi; il paziente a RCV alto va rivalutato frequentemente nel primo periodo fino al controllo dei fattori di rischio e ottimizzazione della terapia, successivamente la rivalutazione potrà essere effettuata 1-2 volte all'anno.

A tutti i pazienti a RCV molto alto (*Tabella 2*), il Medico di Medicina Generale dovrebbe garantire:

1. *counselling* del paziente
2. valutazione specialistica (cardiologica, lipidologica, diabetologica e/o nefrologica) con i seguenti obiettivi:
  - migliore ridefinizione del RCV (stratificazione clinica ed identificazione dei problemi attivi: ischemia inducibile, aritmie, scompenso cardiaco, vasculopatia, ecc.);
  - il paziente a rischio molto alto, ma senza precedenti eventi CV, deve eseguire ECG, ABI, eco-color-doppler

carotideo e in alcuni casi prova da sforzo (sottogruppi di pazienti che hanno in previsione attività fisica strenua o con programma di chirurgia a rischio alto e con vasculopatia periferica - indicazione IIb). Lo *screening* della malattia coronarica asintomatica non ha dimostrato beneficio a lungo termine nei pazienti diabetici, al di là del controllo dei fattori di RCV (11);

- ottimizzazione della terapia secondo le Linee-Guida.

Il MMG deve concordare un follow-up specialistico (cardiologico, lipidologico,

**Tabella 2 - Percorso assistenziale nelle differenti classi di rischio cardiovascolare.**

	Basso rischio	Rischio moderato	Alto rischio	Rischio molto alto
Tipologia di intervento	Informativo -educativo. Coinvolgimento nelle attività di prevenzione di comunità.	Informativo - educativo - colloquio motivazionale. Creazione di programmi insieme al soggetto e familiari per migliorare lo stile di vita. Coinvolgimento nei gruppi di attività fisica ed eventi educativi (gruppi cammino). Eventuale inizio di terapia farmacologica.	Informativo - educativo - colloquio motivazionale. Terapia farmacologica. Creazione di programmi insieme al soggetto e familiari per migliorare lo stile di vita e l'aderenza terapeutica. Coinvolgimento nei gruppi di attività fisica ed eventi educativi (gruppi cammino).	Informativo educativo - colloquio motivazionale. Analisi dei problemi psicosociali. Terapia farmacologica. Creazione di programmi insieme al soggetto e familiari per migliorare lo stile di vita e l'aderenza terapeutica. Coinvolgimento nei gruppi di attività fisica ed eventi educativi (gruppi cammino).
Obiettivo	Mantenere il soggetto a basso rischio di eventi cardiovascolari.	Facilitare le modifiche agli stili di vita, migliorare l'aderenza agli stili di vita e ai programmi farmacologici.	Facilitare le modifiche agli stili di vita, migliorare l'aderenza. Raggiungere e mantenere i target di cura. Ridurre gli eventi cardiovascolari.	Facilitare le modifiche agli stili di vita, migliorare l'aderenza alla terapia. Raggiungere e mantenere i target di cura. Ridurre gli eventi cardiovascolari o le loro recidive.
Rivalutazione RCV e follow up	5 anni	24 mesi. Contatti telefonici alternati a incontri ambulatoriali	12 mesi. Contatti telefonici alternati a incontri ambulatoriali.	6 -12 mesi. Contatti telefonici alternati a incontri ambulatoriali.
Sanitari coinvolti	MMG adiuvato da personale infermieristico, assistente sanitario.	MMG, adiuvato da personale infermieristico, assistente sanitario, dietista, psicologo.	MMG, personale infermieristico, assistente sanitario, psicologo, dietista, medico specialista, fisioterapista.	MMG, specialista, personale infermieristico, assistente sanitario, dietista, psicologo, fisioterapista.

Tabella 3 - Gestione diretta del MMG.

Pazienti che possono essere gestiti dal MMG per successivo follow-up in quanto stabili
Pazienti senza patologia coronarica significativa residua
Pazienti stabili in terapia medica ottimizzata con buon controllo dei fattori di RCV
Pazienti senza disfunzione ventricolare sinistra significativa e senza previsione di impianto di device (defibrillatore)
Pazienti con scompenso cardiaco stabilizzati in terapia medica e senza previsione di interventi chirurgici né interventistica né impianto di device
Pazienti senza instabilità emodinamica, aritmica né ischemica
Pazienti anziani, con più comorbidità e con programma di continuare in terapia medica ottimizzata
Pazienti senza concomitante valvulopatia significativa, né in previsione di interventi chirurgici o di procedure interventistiche

diabetologico e/o nefrologico) alla diagnosi fino al completamento diagnostico e raggiungimento dei *target* terapeutici e la stabilità clinica del paziente. Il successivo *follow-up* specialistico strutturato va concordato in base alle condizioni cliniche del paziente.

È necessario definire quali pazienti non necessitano di ulteriore *follow-up* specialistico strutturato al termine del primo anno. In questo caso il *follow-up* successivo va affidato ai MMG con controlli clinici e degli esami ematochimici circa ogni 6-12 mesi. Le aggregazioni dei MMG previste dalla riforma sanitaria e dagli accordi integrativi regionali e aziendali (AFT, UCCP, *microteam*), dovrebbero farsi carico del *follow-up* di questi pazienti, anche attraverso l'in-

tervento di personale infermieristico ad esse afferenti e dovrebbero attuare percorsi facilitati con gli specialisti per l'avvio di percorsi assistenziali specifici e prioritari in base al problema clinico.

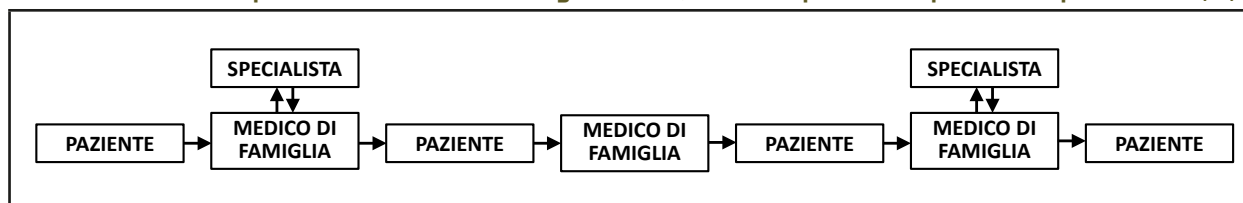
La condivisione del livello di presa in carico dei vari professionisti interessati (MMG, specialisti nefrologi, cardiologi diabetologi ecc.) è essenziale per ottimizzare il percorso assistenziale di questi pazienti e migliorare l'appropriatezza (Tabella 3).

In tutti i casi in cui si dovessero verificare instabilità clinica (peggioramento dei sintomi, comparsa di nuovi sintomi o segni clinici di peggioramento, alterazioni di laboratorio e/o ECG), nuove aritmie, difficoltà nella gestione delle modifiche della terapia, nuovi eventi (ricoveri per malattie cardiovascolari) il MMG richiederà una visita specialistica sulla base delle indicazioni e delle tempistiche concordate a livello regionale e/o aziendale.

## Bibliografia

1. WONCA Europe: la definizione europea della Medicina Generale/Medicina di famiglia 2011. [https://www.woncaeurope.org/file/f4a65273-e260-4b0b-a9ee-cf2aa1688909/Definizione%20WONCA%202011%20ita\\_A4.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/f4a65273-e260-4b0b-a9ee-cf2aa1688909/Definizione%20WONCA%202011%20ita_A4.pdf)
2. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2016; 37: 2315-2381.
3. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal*. 2019; 00: 1-78.
4. 2018 ESH/ESC Guidelines for the management

Tabella 4 - MMG responsabile della cura a lungo termine, con la supervisione periodica specialistica (12).



- of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018; 39: 3021-3104.
5. Del Zotti F. *Metodi di medicina generale*. Levante Editore, Bari. 1993.
  6. Stein JH, Korcarz CE, Hurst RT, et al. Use of carotid ultrasound to identify subclinical vascular disease and evaluate cardiovascular disease risk: a consensus statement from the American Society of Echocardiography Carotid Intima-Media Thickness Task Force. Endorsed by the Society for Vascular Medicine. *J Am Soc Echo*. 2008; 21: 93-111.
  7. Inaba Y, Chen JA, Bergmann SR. Carotid plaque, compared with carotid intima-media thickness, more accurately predicts coronary artery disease events: a metaanalysis. *Atherosclerosis*. 2012; 220: 128-133.
  8. Lorenz MW, Schaefer C, Steinmetz H, Sitzer M. Is carotid intima media thickness useful for individual prediction of cardiovascular risk? Ten-year results from the Carotid Atherosclerosis Progression Study (CAPS). *Eur Heart J*. 2010; 31: 2041-2048.
  9. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)10. *European Heart Journal*. 2018; 39, 763-821.
  10. Poli A, Casula M, Marangoni F et al. Distribuzione della popolazione italiana adulta nelle classi di rischio cardiovascolare identificate dalla nota 13 dell'8 luglio 2014 e relative distanze dal target per LDL-C: i dati dello studio CHECK. *G Ital Arteriosclerosi*. 2015; 6: 53-64.
  11. ESC 2019 Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal*. 2020; 41: 255-323.
  12. Maso G. *Il medico in gabbia: i limiti alle cure primarie in Italia*. Filippi Editore, Venezia. 2011.