

■ CARDIOLOGIA

Perché rivedere le carte del rischio cardiovascolare

Le attuali carte del rischio cardiovascolare presentano ormai potenziali limiti, che porteranno a breve la comunità scientifica a rivederle e riformularle, con la Medicina Generale coinvolta a pieni titoli. Il primo limite è che sono incentrate sul rischio ischemico, escludendo di conseguenza altre condizioni (fibrillazione atriale, scompenso cardiaco).

“Le carte del rischio CV sono state prodotte ormai molti anni fa quando il profilo del rischio nella popolazione era sostanzialmente diverso da quello attuale - spiega **Claudio Cricelli**, Presidente SIMG, nel corso del Congresso “L’evoluzione della prevenzione cardiovascolare nel nuovo millennio: adeguamento degli strumenti per la valutazione del rischio” (Roma, ISS - dicembre 2017), organizzato dalla SIMG. “Le carte sono state utilizzate innanzitutto dai medici per individuare il rischio nei singoli individui all’interno della popolazione, ma anche per stimolare la cultura del rischio CV e per favorire un corretto impiego delle risorse e dei farmaci per la prevenzione. Con il passare del tempo non possiamo dire che siano superate, ma sono sicuramente da rivedere”.

Fra i parametri non valutati vi sono l’iperuricemia, la familiarità cardiovas-

colare, la durata della malattia diabetica, i livelli dell’emoglobina glicata e le sue variazioni, la variabilità dell’ipertrigliceridemia e l’uso degli antipsicotici. Il database Health Search potrà essere un utile supporto per lo sviluppo delle nuove carte del rischio, utilizzando i dati della MG sicuramente si copre un bacino di popolazione di maggior interesse, soprattutto in termini numerici.

► Figure coinvolte

“Un primo punto nell’evoluzione della prevenzione è relativo all’importanza di estendere nella popolazione la valutazione della classe di rischio CV da parte di tutte le figure coinvolte, il medico di medicina generale, che qui è tenuto a svolgere un ruolo fondamentale per il soggetto apparentemente sano, e il cardiologo che assume un ruolo da protagonista nel paziente a elevato rischio cardiovascolare, ma anche l’infermiere - spiega **Andrea Di Lenarda**, Direttore Centro Cardiovascolare, ASUI di Trieste e Presidente ANMCO - Il secondo aspetto riguarda il trattamento farmacologico”.

Nonostante la disponibilità di farmaci efficaci sono ancora troppo pochi i pazienti trattati correttamente, una

situazione che deve sicuramente essere migliorata. Una conferma viene da una ricerca sulla popolazione friulana. “Dal data warehouse CV della Regione Friuli Venezia Giulia abbiamo estratto i dati relativi a poco meno di 100.000 persone a rischio cardiovascolare molto elevato - ricorda il Presidente ANMCO. Ebbene, in questa popolazione di pazienti le persone in trattamento con statine sono solo il 40% e la percentuale delle persone a target è del 30%”. C’è molto spazio dunque per intervenire, anche perché la popolazione di pazienti si fa sempre più ampia. Ciò dipende in primo luogo dall’incremento della prevalenza delle malattie CV secondario all’invecchiamento della popolazione, ma entrano in gioco anche altri fattori. Negli ultimi anni in Italia si sta osservando un anticipo della data di prima insorgenza delle patologie CV: se 10 anni fa la prima diagnosi veniva posta in media all’età di 59 anni, adesso si verifica 4-5 anni prima, a 53-54 anni. Le ragioni di questo fenomeno sono riconducibili essenzialmente al fatto che i medici diagnosticano prima il problema. Tuttavia vi sono forti indizi che questo anticipo dipenda anche da un cambiamento dello stato di salute della popolazione.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Claudio Cricelli e Andrea Di Lenarda