

Linee guida per la Medicina Generale: focus sullo scompenso cardiaco

Le linee guida internazionali che riguardano le patologie più frequenti dovrebbero far parte del patrimonio di conoscenze di ogni medico di famiglia, che è responsabile della continuità dell'assistenza e della cura delle comorbidità. Inoltre, considerata la necessità di approcci terapeutici interdisciplinari, i medici di famiglia dovrebbero essere coinvolti nella elaborazione delle linee guida stesse

Giuseppe Maso

*Insegnamento di Medicina di Famiglia
Università di Udine*

Articolo redatto per M.D.

e per Italian Journal of Primary Care (IJPC)

Leggere le linee guida per la cura di una patologia significa acquisire certezze, rispondere a domande, porsi delle domande, scoprire aree di incertezza e individuare aree di ricerca. Le linee guida sono redatte da panel di specialisti di una disciplina e molto raramente medici di famiglia e/o altri professionisti delle cure primarie vengono invitati a farne parte. Le linee guida vengono poi divulgate dalle Società Scientifiche attraverso le riviste che le rappresentano e attraverso i loro siti web. Hanno generalmente carattere continentale e vengono diffuse nei vari paesi attraverso le Società Scientifiche nazionali. Le Linee Guida di solito si soffermano maggiormente sui trattamenti farmacologici e sembrano orientate ad un utilizzo "specialistico" ed è proprio questo il setting cui maggiormente si rivolgono. Le linee guida analizzate da un medico di medicina generale mettono spesso in evidenza alcuni aspetti che, solo da questo punto di vista, assumono peculiari caratteristiche. Se osserviamo, ad esempio, le "linee Guida ESC 2012 per lo scompenso cardiaco acuto e cronico" possiamo sicuramente fare alcune considerazioni interessanti.

1 Possiamo leggere: "nei paesi sviluppati circa 1-2% della popolazione soffre di insufficienza cardiaca e la prevalenza supera il 10% nelle persone di 10 o più

anni". La prima considerazione che possiamo fare è che tutti i medici di famiglia hanno pazienti con insufficienza cardiaca per cui le linee guida dovrebbero essere oggetto di ECM, i medici dovrebbero tutti avere competenze ed abilità per affrontare questa patologia.

2 Nella edizione del 2012 è scomparso un paragrafo che era presente nelle linee guida 2008 che recitava: "le linee guida ESC riguardano tutti, pur con diverse economie, i 51 stati membri e per questo sono state evitate raccomandazioni basate sul costo-beneficio. Le politiche sanitarie nazionali e il giudizio clinico ne possono dettare l'ordine di priorità di attuazione. Le raccomandazioni contenute in queste linee guida devono sempre essere considerate alla luce delle politiche nazionali e dei regolamenti locali sull'uso di procedure, farmaci e strumenti". Nonostante queste parole siano scomparse nelle ultime linee guida esse sembrano essere attualissime per il nostro Paese, in cui le risorse vengono tagliate e in cui vengono proposte addirittura linee guida distrettuali. La seconda considerazione che possiamo fare è che indipendentemente dalla competenza medica, le possibilità di trattamento adeguato dello scompenso cardiaco dipendono dalle risorse allocate e dalla organizzazione delle cure e dalla libertà di cura (vedi

piani terapeutici, esenzioni ticket e accesso alla diagnostica).

3 “Le società nazionali di ESC sono invitate ad approvare, tradurre e implementare le linee guida ESC. I programmi di attuazione sono necessari in quanto è stato dimostrato che l’esito della malattia può essere favorevolmente influenzato dall’applicazione approfondita delle raccomandazioni cliniche. ...Le linee guida e le raccomandazioni dovrebbero aiutare i medici a pretendere decisioni nella loro pratica quotidiana ma... in ogni caso, la decisione finale sul trattamento del singolo paziente è responsabilità del medico (dei medici) curante(i)”. La terza considerazione che possiamo fare è che il medico (*physician*) è sempre responsabile (abile a rispondere) della cura del paziente nonostante le linee guida.

4 Si legge: “Ai fini delle presenti linee guida, lo scompenso cardiaco è definito, clinicamente, come una sindrome in cui i pazienti hanno sintomi tipici (per esempio mancanza di respiro, gonfiore alle caviglie, fatica) e segni (per esempio, aumento della pressione venosa giugulare, crepitii polmonari, battito dell’apice cardiaco spostato) dovuti a un’anomalia dell’anatomia o della funzione cardiaca.” I criteri che vengono proposti per la diagnosi riguardano pertanto la presenza di segni e di sintomi per cui non vi è bisogno di particolare strumentazione. Anche l’identificazione dei criteri di suddivisione per classi di gravità dello scompenso (New York Heart Association functional classification based on severity of symptoms and physical activity) non richiede alcuna strumentazione specialisti-

ca. Nella maggior parte dei casi un elettrocardiogramma e il dosaggio del pro-BNP sono sufficienti per confermare e iniziare un corretto trattamento. La quarta considerazione che possiamo fare alla luce delle linee guida è che il sospetto diagnostico e la diagnosi dovrebbero essere materia delle cure primarie nella maggior parte dei casi.

5 “Una volta diagnosticato lo scompenso, gli obiettivi del trattamento sono: alleviare i sintomi, prevenire il ricovero in ospedale e migliorare la sopravvivenza.” Quinta considerazione: gli obiettivi di trattamento individuati dalle linee guida sono obiettivi obbligatori per chiunque operi nelle cure primarie.

6 Le opzioni di trattamento per i pazienti con insufficienza cardiaca cronica prevedono l’uso di diuretici, a cui si possono aggiungere ACE-inibitori, a cui si possono aggiungere beta-bloccanti a cui si possono aggiungere anti-aldosteronici. Tutti i trial condotti su popolazioni di pazienti con scompenso cardiaco hanno preso in considerazione queste categorie di farmaci e ne hanno individuato le dosi efficaci. Tutti i farmaci presi in considerazione fanno parte dell’armamentario terapeutico usato quotidianamente nelle cure primarie. Sesta considerazione: i medici di famiglia dovrebbero essere in grado di trattare la maggior parte dei pazienti con scompenso cardiaco.

7 La gestione delle comorbidità è fondamentale nel paziente con scompenso: “anemia, angina, cachessia, cancro, BPCO, depressione, diabete, disfunzione erettile, iperlipemia, ipertensione, sideropenia, insufficienza renale, obe-

sità, ipertrofia prostatica, disturbi del sonno e gotta” sono le patologie citate dalle linee guida. Settima considerazione: non esiste disciplina medica più orientata alla comorbilità della medicina generale.

8 “Anche se gli obiettivi immediati del trattamento dello scompenso acuto sono di migliorare i sintomi e stabilizzare le condizioni emodinamiche del paziente, nella gestione a lungo termine e nella post-dimissione, è particolarmente importante prevenire le recidive e migliorarne la prognosi. Le raccomandazioni delle linee guida dovrebbero essere particolarmente seguite in pre-e post-dimissione.” Ottava considerazione: la responsabilità della gestione di questi pazienti in pre e post-dimissione è dei medici di famiglia. Un buon controllo del paziente nelle cure primarie riduce ricadute e nuovi ricoveri e aumenta la speranza di vita.

9 Le linee guida forniscono raccomandazioni per la prescrizione dell’esercizio fisico, per l’educazione del paziente e per programmi di cura multidisciplinari. Nona considerazione: la medicina generale è una componente fondamentale dei programmi di cura multidisciplinari ed è il soggetto principale nell’educazione del paziente.

10 “La chiave del successo dei programmi di cura è il coordinamento di tutti i componenti del Sistema Sanitario lungo tutta la storia naturale dello scompenso”. Decima considerazione: la collaborazione e il coordinamento tra tutte le discipline coinvolte nella cura dei pazienti con scompenso sono assolutamente necessari.

11 “Per alcune categorie di pazienti devono essere prese in considerazione cure palliative. Gli aspetti chiave di queste cure sono: frequente valutazione dei bisogni fisici, psicologici e spirituali, attenzione particolare ai sintomi legati allo scompenso e alle comorbidità e pianificazione delle cure terminali compreso il luogo del decesso o di una eventuale rianimazione”. Undicesima considerazione: la medicina di famiglia si deve fare carico delle cure palliative. Per questo ha bisogno di una formazione specifica.

Dalle considerazioni emerse dalla lettura delle linee guida possiamo trarre alcune conclusioni.

Le linee guida internazionali che

riguardano le patologie più frequenti dovrebbero far parte del patrimonio di conoscenze di ogni medico di famiglia. Analizzate quelle sullo scompenso cardiaco, considerata la prevalenza di questa patologia nella popolazione, la relativa semplicità della diagnosi e l’accessibilità della terapia non è pensabile che la medicina generale non se ne faccia ancor più carico. Le cure primarie sono fondamentali per la popolazione che soffre di scompenso e per questo dovrebbero essere dotate di risorse, formazione e informazione e nel contempo dovrebbero essere sottoposte a valutazione. I medici di famiglia dovrebbero far parte, in veste di direttori d’orchestra, di un

team coordinato perché loro è la responsabilità della continuità dell’assistenza e della cura delle comorbidità. Di questo dovrebbero esserne consci sia i medici di medicina generale che i cardiologi. Non solo, considerato che la maggior parte delle patologie richiedono un approccio terapeutico interdisciplinare, i medici di famiglia dovrebbero essere frequentemente coinvolti, per quanto loro compete, nella elaborazione delle linee guida stesse. Questa azione da sola avrebbe una enorme valenza formativa e sarebbe sicuramente un volano per una maggior diffusione e applicazione delle raccomandazioni suggerite dalle evidenze.