

Percorso di gestione primo - secondo livello della dislipidemie

Tratto dalle conclusioni del Dipartimento Cardiocircolatorio, Ipertensione e Aritmia, IV Congresso della Corte di giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (Rimini, 20-22 Novembre 2015), e condiviso da FIMMG, Senior Italia e le società scientifiche

Componenti Fimmg Dipartimento Cardiocircolatorio, Ipertensione e Aritmia:

***DOMENICO GRIMALDI
CAMPISI ANTONINO
GRIFAGNI MARCELLO***

Coordinatore Scientifico: DARIO GRISILLO

LA GESTIONE DI PRIMO LIVELLO:

COMPETENZA DELLA MEDICINA GENERALE ORGANIZZATA

PREREQUISITI

- Organizzazione del lavoro in Team mono professionale (AFT)
- **Adozione della metodica della medicina di iniziativa**
- Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)
- Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione
- Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:
 1. carta del rischio Cuore in formato elettronico (la carta Cuore, elaborata su specifici parametri di rischio italiani, è derivata dalle carte di rischio Score raccomandate dalle L.G. ESC 2012 JNC5)
 2. stadera e altimetro
 3. diagnostica per: glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, creatininemia
 4. strumenti per misurazione ABPM (minidoppler)(utile avere a disposizione materiale di educazione ad un sano stile di vita: visual e filmati da proiettare nelle sale di aspetto degli studi medici)
- Adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal Cloud di Netmedica Italia

COMPITI PRIORITARI DEL MMG

Ai medici di medicina generale così organizzati spetta come compito prioritario, ma pur sempre inserito nella gestione condivisa con lo specialista:



Diagnosi precoce



Prima diagnosi ed impostazione degli interventi



Follow-up di primo livello

DIAGNOSI PRECOCE

- I MMG rivestono un ruolo insostituibile nella identificazione dei pazienti a rischio di malattia CV già in fase asintomatica e nel valutare la possibilità di applicazione di specifici programmi di riduzione del rischio nel singolo paziente.
- La individuazione dei soggetti a rischio deve essere fatta determinando il RCV attraverso l'utilizzo della carta di rischio Cuore dell'ISS, tra i soggetti di qualunque età, preferenzialmente tra i 40 ed i 70 anni :
 - Paziente che lo richiede
 - Presenza di sovrappeso o iperlipemia o fumo
 - Familiarità per MCV o iperlipemia
 - Sospetto di MCV

PRIMA DIAGNOSI ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI

Liv. Rischio	I pazienti scrinati per il RCV devono essere suddivisi nelle seguenti classi di rischio:
<u>Altissimo Rischio</u>	<ul style="list-style-type: none"> • MCV documentata: mediante indagini invasive o non invasive (es. coronarografia, metodiche di imaging nucleare, ecocardiografia da stress, ultrasonografia carotidea); pregresso infarto miocardico, SCA, rivascolarizzazione coronarica (PCI, BPAC) o altro intervento di rivascolarizzazione arteriosa, ictus ischemico, arteriopatia periferica (PAD); • Diabete mellito (di tipo 1 o tipo 2) associato ad uno o più fattori di rischio cardiovascolare e/o danno d'organo (es. microalbuminuria: 30-300 mg/24h); • Rischio CV secondo la carta di rischio CUORE $\geq 30\%$
<u>Alto Rischio</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Livelli marcatamente elevati dei singoli fattori di rischio, come nel caso di dislipidemia familiare ed ipertensione severa; • Diabete mellito (di tipo 1 o tipo 2) associato a LDL tra 70 e 189 mg/dl • IRC moderata (GFR <45 ml/min/1.73 m² misurata con la formula MDRD o CKD-EPI); • Rischio di eventi cardiovascolari fatali a 10 anni compreso tra $\geq 20\%$ e $< 30\%$ (CUORE).
<u>Medio Rischio</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di eventi cardiovascolari fatali a 10 anni compreso tra 3% e $< 20\%$ (CUORE).
<u>Basso rischio</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di eventi cardiovascolari fatali a 10 anni $\leq 3\%$ (CUORE).

PRIMA DIAGNOSI ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI

Tabella di riferimento tra punteggio Cuore e Score

Rischio	Score	Cuore
<ul style="list-style-type: none">• Altissimo• Alto• Medio• Basso	<ul style="list-style-type: none">• >10%• >5% <10%• >1% < 5%• < 1%	<ul style="list-style-type: none">• >30%• >20% <30%• >3% <20%• <3%

TARGET DELLA TERAPIA DELLE IPERLIPEMIE

Relativamente al target da raggiungere non c'è univocità di vedute tra le varie Linee Guida e fra gli studiosi della materia.

- Obiettivo della terapia secondo le linee guida ACC-AHA è:
 - ridurre i livelli di LDL del 30-45% con statine a media efficacia nel medio ed alto rischio;
 - ridurre i livelli di LDL del 50% con statine ad alta efficacia nell'altissimo rischio.
- Obiettivo della terapia secondo la Linea guida ESC-JNC5 (riferimento della Nota AIFA 13) è:
 - LDL < 115 nel rischio moderato;
 - LDL < 100 nell'alto rischio;
 - LDL < 70 (o riduzione almeno del 50%) nel rischio altissimo.

Il Controllo delle LDL va eseguito all'inizio della terapia, poi a 1-3 mesi il primo anno e poi annualmente.

FOLLOW-UP DI PRIMO LIVELLO

È necessario ad ogni visita:

- *Counseling* sullo stile di vita;
- Misurazione PA.

È necessario periodicamente:

- Valutazione degli effetti collaterali delle Statine (se paziente in terapia) con determinazione Transaminasi e CPK
- Annualmente
 - Rivalutazione annuale del RCV in tutte le categorie;
 - Controllo assetto lipidico in tutte le categorie;
 - Valutazione funzionalità renale con formula MDRD o CKD-EPI in tutte le categorie;
 - ABI nel medio, alto e altissimo rischio.
- A 18/24 mesi
 - Ecocolordoppler carotidovertebrale (con cadenza ravvicinata se indicazioni in tal senso dal risultato dell'esame) nei pazienti ad alto, altissimo rischio
 - ECG da sforzo nei pazienti ad alto rischio ed altissimo rischio senza MCV in atto

LA GESTIONE DI SECONDO LIVELLO:

COMPETENZA DELLO SPECIALISTICA DI BRANCA

LA GESTIONE DI SECONDO LIVELLO

- Il cardiologo deve svolgere la funzione di consulente quando vi siano dubbi sull'impiego della terapia medica preventiva quando le misure preventive convenzionali risultino di difficile attuazione.
- Il cardiologo deve verificare sistematicamente le raccomandazioni fornite al momento della dimissione ospedaliera ai pazienti che sono andati incontro ad eventi coronarici o che sono stati sottoposti ad un intervento.

Situazioni di Invio allo Specialista da parte del MMG

- 1- Sospetto di MCV asintomatica in atto
- 2- MCV in atto alla prima diagnosi
- 3- *Follow-up* del paziente con MCV in atto
- 4- Esecuzione esami strumentali (ECD carotidovertebrale, Test ergometrico)

Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza utilizzando la gestione condivisa tramite cruscotto di patologia, se attivato.

LEGENDA

- RCV – Rischio cardiovascolare
- MCV – Malattia cardiovascolare
- ECD – Ecocolordoppler
- ABI – Indice gamba braccio (*Ankle brakial index*)
- IMT – spessore medio intimale (*intima-media thickness*)
- SCA – sindrome coronarica acuta
- BPAC – *by-pass* aortocoronarico
- PCI – rivascularizzazione coronarica percutanea (*percutaneous coronary intervention*)