

# 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

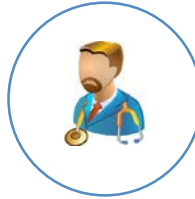
**Ai medici di medicina generale così organizzati spetta come compito prioritario, ma pur sempre inserito nella gestione condivisa con lo specialista:**



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"> <li>• 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);</li> <li>• 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);</li> <li>• Rischio CV secondo la carta di rischio CUORE <math>\geq 30\%</math></li> </ul>
<u>Alto Rischio</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livelli marcatamente elevati dei singoli fattori di rischio, come nel caso di dislipidemia familiare ed ipertensione severa;</li> <li>• Diabete mellito (di tipo 1 o tipo 2) associato a LDL tra 70 e 189 mg/dl</li> <li>• IRC moderata (GFR &lt;45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> misurata con la formula MDRD o CKD-EPI);</li> <li>• Rischio di eventi cardiovascolari fatali a 10 anni compreso tra <math>\geq 20\%</math> e <math>&lt; 30\%</math> (CUORE).</li> </ul>
<u>Medio Rischio</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rischio di eventi cardiovascolari fatali a 10 anni compreso tra 3% e <math>&lt; 20\%</math> (CUORE).</li> </ul>
<u>Basso rischio</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rischio di eventi cardiovascolari fatali a 10 anni <math>\leq 3\%</math> (CUORE).</li> </ul>

## PRIMA DIAGNOSI ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI

Tabella di riferimento tra punteggio Cuore e Score

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



## 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*)