



GIUSEPPE GERMANO'

Ruolo CFC: fonder, Responsabile Formazione Under 35

Appartenenza: Università Sapienza Roma

Commento alle linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica della Società Europea di Cardiologia di concerto con tutte le altre società del settore - 2012

Innanzitutto, in queste linee guida sulla prevenzione cardiovascolare, si dà una definizione di essa: un insieme coordinato di azioni sia a livello di popolazione che a livello individuale che si pone lo scopo di eradicare, eliminare o minimizzare l'impatto delle malattie cardiovascolari e delle invalidità da esse create. Queste linee guida sono composte da messaggi chiave, raccomandazioni, nuove informazioni e argomenti ancora da approfondire con nuove ricerche. Il primo messaggio chiave riguarda l'attività fisica, lo svolgimento di un'attività fisica regolare o di un allenamento standardizzato aerobico diminuisce la mortalità cardiovascolare. Non sappiamo ancora se in pazienti con insufficienza cardiaca, l'attività fisica migliora la capacità funzionale. E' da considerare positivamente l'uso delle carte del rischio, in particolare lo SCORE, in fase di screening nello studio del medico di famiglia. In questo modo è possibile dare un punteggio al fumo, al sovrappeso ed alle cattive abitudini alimentari come all'ipertensione arteriosa, alla dislipidemia ed al diabete mellito, ad una storia familiare di precoce patologia cardiovascolare quando segnalate durante l'anamnesi con l'eventuale annotazione di sintomi suggestivi di malattie cardiovascolari. Le carte del rischio poi avranno formulazioni diverse in funzione dei paesi dove andranno applicate, nei paesi ad alto o a basso rischio, quali quelli del bacino del mediterraneo, come basandosi sul calcolo del rischio assoluto o relativo se ricavato negli adulti o nei giovani. Quando poi si è passato a individuare le strategie del trattamento dei fattori di rischio, particolare enfasi si è data alle modificazioni del comportamento. Si deve assolutamente contrastare l'abitudine tabagica come l'esposizione al fumo passivo attraverso il "counselling" e i farmaci. La dieta sana va consigliata come pietra miliare (500 grammi tra frutti e vegetali al giorno) e la riduzione del peso in chi è sovrappeso ed obeso raccomandata. L'attività fisica deve almeno essere svolta da due ore e mezzo a cinque ore la settimana, ma anche 30 minuti al giorno bastano e sono meglio che nessuna attività. Si sono poi passati in rassegna i limiti di normalità

oltre cui intervenire per l'ipertensione arteriosa (<140/90 mmHg) con farmaci che sono tutti egualmente efficaci, per il diabete (emoglobina glicata <7.0%) , per la dislipidemia (nelle persone a rischio molto alto (presenza di malattia cardiovascolare documentata, diabete o più fattori di rischio, oppure danno d'organo, insufficienza renale a GFR <30 ml)) bisogna mantenere il colesterolo HDL <70 mg/dL o provare ad ottenere una riduzione di esso di più o meno il 50% se non se ne può avere il controllo. Nei pazienti a rischio alto (incremento marcato di un singolo fattore di rischio tra dislipidemia o ipertensione, diabete senza altri fattori di rischio o danno d'organo, moderata insufficienza cronica renale a GFR <60 ml, >30 ml) si raccomanda di mantenere il il colesterolo LDL <100 mg/dL . Infine la novità del rapporto col paziente in una serie di passaggi che tendono a sviluppare una alleanza con esso. E' in questo campo che dobbiamo acquisire una complicità nell'affrontare il controllo dei fattori di rischio attraverso un loro coinvolgimento con consigli atti a descrivere l'influenza dei comportamenti ed il cambio di quelli viziati, ed altro personale sanitario, oltre che il medico, deve essere responsabilizzato per moltiplicare il flusso delle raccomandazioni come il controllo nel tempo dei risultati acquisiti.