

## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



### *PREVEDERE PER AGIRE*

Noi Medici di Famiglia sappiamo bene che i pazienti non sono tutti uguali, ma riusciamo a riconoscere in modo oggettivo chi ha bisogno di una maggiore protezione cardiovascolare in modo tale da programmare per tempo gli interventi più adeguati?

## STEP 1: SCEGLIERE IL PAZIENTE

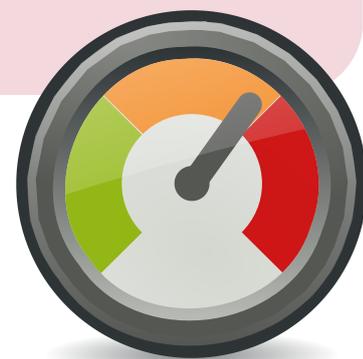
La stratificazione del rischio cardiovascolare è di primaria importanza per tutti i nostri assistiti di età superiore ai 40 anni.

Questo compito è particolarmente difficile per i pazienti in **apparente buona salute**, per i quali possiamo avvalerci dei recenti **ESC SCORE2** e **SCORE2-OP**, che ci consentono di distinguere, tra i nostri assistiti, chi ha un rischio **basso-moderato, alto** e **molto alto** di sviluppare un evento CV fatale e non fatale a 10 anni.

Questi score **non** possono essere utilizzati in pazienti affetti da:

- Diabete mellito, per il quale esiste lo specifico **SCORE2-DM**
- Insufficienza renale cronica
- Ipercolesterolemia familiare
- In prevenzione CV secondaria, sia clinica che asintomatica (in caso di riscontro di placche coronariche o carotidee all'imaging)

Questi pazienti sono già a rischio CV **alto** o **molto alto**!



## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



### STEP 2: STRUMENTI E CALCOLO

Nei pazienti in apparente buona salute utilizzeremo:

**SCORE2**

tra 40 e 70 anni

**SCORE2-OP**

da 70 anni

Gli elementi che dobbiamo conoscere al fine di utilizzare questi predittori del rischio sono:

- area geografica di appartenenza del paziente
- sesso
- età
- abitudine tabagica
- colesterolo non-HDL **pre-trattamento**
- pressione arteriosa sistolica (PAS) **pre-trattamento**



Nel caso in cui non si conosca il valore iniziale di colesterolo non-HDL o di PAS si può comunque eseguire il calcolo aggiungendo al valore ottenuto  $\frac{1}{3}$  del rischio calcolato.

## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

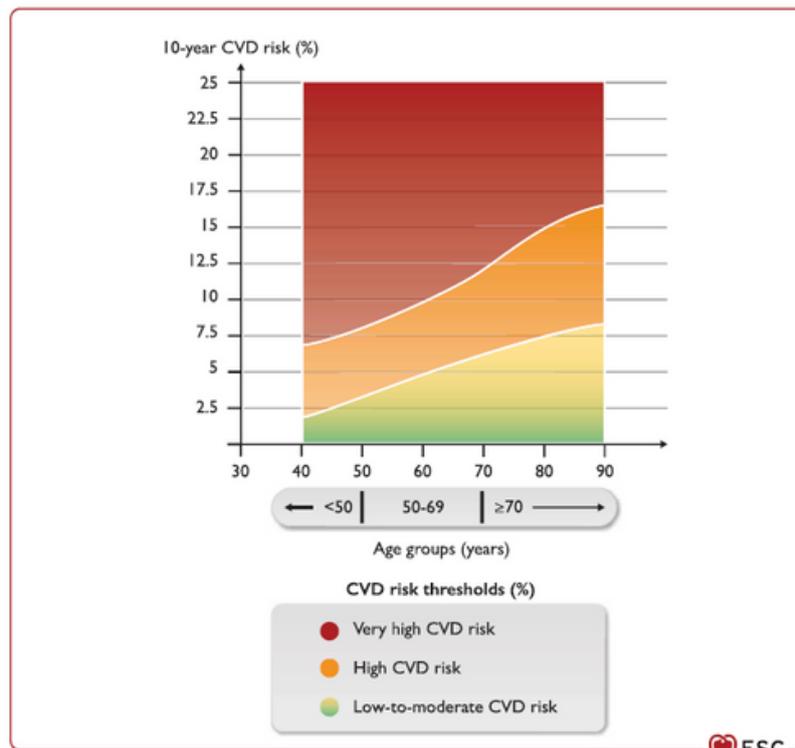


### STEP 3: CALCOLO

Avendo questi dati a disposizione, per il calcolo del rischio sarà sufficiente seguire la procedura guidata presente sull'app **ESC CVD risk** su Play/Apple Store o dalla pagina web **ESC Heart Score**.

**Lo SCORE2/OP è integrato in alcuni gestionali.**

Il risultato classificherà il paziente in rischio **basso-moderato**, **alto** o **molto alto** sulla base dei seguenti valori soglia:



**Cardiovascular disease risk categories based on SCORE2 and SCORE2-OP in apparently healthy people according to age**



	<50 years	50-69 years	≥70 years <sup>a</sup>
<b>Low-to-moderate CVD risk:</b> risk factor treatment generally not recommended	<2.5%	<5%	<7.5%
<b>High CVD risk:</b> risk factor treatment should be considered	2.5 to <7.5%	5 to <10%	7.5 to <15%
<b>Very high CVD risk:</b> risk factor treatment generally recommended <sup>a</sup>	≥7.5%	≥10%	≥15%

## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



Il rischio CV non è un parametro “tutto o niente”, bensì è un “continuum”. La soglia tra le categorie è sfumata, pertanto è utile integrare il calcolo appena fatto con i **modificatori del rischio**, così da ottenere una valutazione più completa, riclassificando il rischio calcolato se necessario. Ad esempio un paziente a rischio moderato potrebbe avere uno o più modificatori del rischio che lo riqualificano ad una categoria superiore.

I modificatori del rischio CV sono:

**OBESITÀ**

**ANSIA**

**STRESS**

**DEPRESSIONE**

**NEOPLASIE**

**PATOLOGIE PSICHIATRICHE**

**BPCO**

**OSAS**

**AUTOIMMUNITÀ**

**ARTRITE REUMATOIDE (× 1,5)**

**PCOS**

**PRE-ECLAMPSIA**

**EMICRANIA**

**DISFUNZIONE ERETTILE**



Questi modificatori potrebbero, al momento della visita, non essere ancora noti e quindi dovrebbero essere **attivamente ricercati**. Basti pensare al forte stress lavoro-correlato, alla depressione e alla disfunzione erettile che spesso sono sottodiagnosticati. L'Artrite Reumatoide ha un impatto talmente significativo sul rischio CV che, in questi pazienti, il punteggio ottenuto va moltiplicato per 1,5.



# DIFENDIAMO IL CUORE

## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



### FAQ

#### 1) SE IL PAZIENTE HA UNA PLACCA CORONARICA O CAROTIDEA, MA NON HA MAI AVUTO UN EVENTO CLINICO, POSSO UTILIZZARE LO SCORE?

No, il paziente è automaticamente a rischio **molto alto** in prevenzione secondaria.

#### 2) SE IL PAZIENTE È IN “PRE-DIABETE”, POSSO UTILIZZARE LO SCORE?

Sì, non ha il diabete.

**La definizione “pre-diabete” non dovrebbe essere più usata.**

#### 3) CONSIDERANDO IL CARICO DI LAVORO DEL MMG, ABBIAMO IL TEMPO DI FARE ANCHE QUESTO?

Ridurre l'incidenza di patologie CV nella nostra popolazione di assistiti è sia un **dovere etico**, che un investimento in termini di salute dei nostri assistiti.

## BIBLIOGRAFIA

[2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology \(EAPC\), European Heart Journal, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337, 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology \(ESC\), European Heart Journal, Volume 44, Issue 39, 14 October 2023, Pages 4043–4140, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad192>](#)

[2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology \(ESC\), European Heart Journal, Volume 44, Issue 39, 14 October 2023, Pages 4043–4140, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad192>](#)