Interventi terapeutici e prevenzione primaria nella medicina generale

Il Medico di Medicina Generale ha un ruolo chiave nella valutazione del rischio globale e della storia clinica e familiare del paziente.

L'assistenza primaria è il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità. In questo ambito si colloca l'attività del Medico di Medicina Generale (MMG) inerente la prevenzione[1].

L'obiettivo della prevenzione cardio e cerebrovascolare è quello di determinare, in soggetti sani, il rischio cardiovascolare globale assoluto consentendo di calcolare la probabilità di essere colpiti da un evento fatale o non fatale coronarico o cerebrovascolare nei successivi 10 anni a partire dal valore dei vari fattori di rischio come: familiarità, genere, età, presenza di diabete mellito, abitudine al fumo, pressione arteriosa, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, uricemia, funzione renale, danno d'organo asintomatico[1].

I percorsi di prevenzione primaria sono dedicati in primis alle 'persone sane o apparentemente sane' su cui si può intervenire a scopo preventivo, basando l'approccio sull'educazione alla salute, sulla partecipazione strutturata a programmi di prevenzione attiva. Inoltre, i percorsi di prevenzione sono rivolti anche al 'paziente non classificato', ossia ad un soggetto al primo contatto con il sistema sanitario, in regime di elezione o di urgenza per situazioni non complesse dal punto di vista specialistico e/o tecnologico. I metodi utilizzati sono sostanzialmente tre:

- la medicina d'attesa
- la medicina d'opportunità
- la medicina d'iniziativa[1].

Per medicina di attesa si intende rispondere alle attese e, quindi, alle aspettative del paziente. In questo caso la prevenzione primaria si esplicita in un modo più diretto in quanto è il paziente che si presenta in studio dal MMG con la consapevolezza di valutare il proprio stato di salute ai fini della prevenzione cardio e cerebrovascolare. **Con la medicina di opportunità, invece, si approfitta del fatto che un paziente si reca allo studio per un qualunque motivo per affrontare il discorso della prevenzione** ed eventualmente iniziare un percorso di approfondimento diagnostico per la valutazione dei fattori di rischio ed effettuare un'adeguata stratificazione degli stessi. Infine, **con la medicina di iniziativa, detta anche medicina 'anticipatoria', si tende a convocare per una visita di medicina preventiva coloro che, per svariati motivi, non si presentano mai allo studio medico[1]**.

Il setting della medicina generale italiana è stato protagonista, all'inizio degli anni duemila, di una ricerca a suo modo rivoluzionaria. Lo studio Primary Prevention Project (PPP), infatti, è stato il primo effettuato nel nostro Paese, in deroga ad una disposizione di legge che allora vietava ai Medici del Territorio, di partecipare, in qualità di sperimentatori, a ricerche clinico-farmacologiche[1].

Lo studio PPP ha coinvolto gli MMG per valutare l'effetto dell'aspirina e della vitamina E nella prevenzione primaria in soggetti con almeno un fattore di rischio cardiovascolare. I risultati dello studio hanno indicato che la vitamina E non è stata efficace nella prevenzione dell'ictus (RR 1,24; IC95 0,66-2,31), mentre l'aspirina ha ridotto gli eventi cardiovascolari totali (RR 0,77; IC95 0,62-0,95) e il rischio totale di ictus, sia pure in modo non significativo (RR 0,67; IC95 0,36-1,27)[1].

L'uso di acido acetilsalicilico (ASA) in prevenzione primaria è stato studiato in 9 grandi trial clinici randomizzati che sono stati inclusi in varie metanalisi. In effetti, **la terapia con ASA a basso dosaggio è risultata associata ad una riduzione proporzionale del 12% degli eventi vascolari maggiori (comprendenti infarto miocardico, ictus e morte per cause cardiovascolari) (ASA 0,51% vs controllo 0,57% per anno; p=0,0001)[2].**

Inoltre, è preso in alta considerazione il fatto che la **terapia in prevenzione primaria con aspirina a basse dosi possa contribuire a ridurre la mortalità per tutte le cause anche attraverso la postulata riduzione della mortalità per cancro.** Per questo motivo e per la sempre maggiore robusta evidenza di dati a favore di un intervento con una possibile ricaduta sulla prevenzione oncologica, le linee guida ISO-SPREAD più recenti, nel capitolo della prevenzione primaria, riportano che 'L'uso di ASA 100 mg al giorno per la prevenzione primaria di eventi cardiovascolari è raccomandato per i soggetti con rischio stimato a 10 anni di eventi cardiovascolari superiore a 10%, nei quali il beneficio è ritenuto sufficientemente elevato rispetto al rischio derivante dal trattamento, tenendo anche conto dei possibili benefici addizionali relativi all'effetto protettivo sullo sviluppo di neoplasie'[1].

In aggiunta, un recente documento dell'European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Thrombosis, 'Aspirin therapy in primary cardiovascular disease prevention', raccomanda l'utilizzo di ASA nei soggetti con probabilità di eventi cardiovascolari (ictus e infarto miocardico fatali e non fatali) > 20% a 10 anni[3].

In effetti, **l'efficacia preventiva di aspirina a bassa dose nel paziente con pregresso evento vascolare maggiore o malattia aterosclerotica è indubbia, mentre in prevenzione primaria è più dibattuta a causa di recenti studi sottodimensionati in pazienti a profilo di rischio molto basso. Tuttavia, alcune importanti metanalisi confermano la riduzione significativa dei principali endpoint vascolari e una piccola, ma importante riduzione della mortalità per tutte le cause[1].**

Le linee guida sono in generale favorevoli alla prevenzione con aspirina in prevenzione primaria, a partire da diversi livelli di rischio cardiovascolare (**soprattutto nel soggetto a rischio elevato**), anche se recenti evidenze relative ad un importante effetto protettivo sull'incidenza e mortalità per cancro, anche nel paziente con metastasi, inducono a considerare l'effetto protettivo sulle neoplasie, nel momento in cui si valuta il bilancio rischio/beneficio nel singolo paziente[1].

In questa visione, il ruolo del MMG e della Medicina del Territorio dovrebbe essere cruciale. Infatti, **l'MMG dovrebbe farsi tenutario della storia clinica globale del singolo paziente, del suo rischio cardiovascolare e globale arrivando a considerare anche la sua storia familiare. Pertanto, lo sviluppo del nuovo paradigma di prevenzione primaria cardiovascolare e neoplastica globale conferma, ed anzi incrementa, la centralità dell'attività del MMG anche nell'ottica di un attento follow-up a lungo termine dei pazienti in terapia con aspirina[1].**

Riferimenti bibliografici:

1. Position Paper della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare. ASPIRINA IN PREVENZIONE PRIMARIA: un nuovo obiettivo dopo 120 anni? SIPREC 2017

2. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration
Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials.
Lancet. 2009 May 30;373(9678):1849-60

3. Brignoli O. et al. Position Paper SIMG-FADOI-AMD sull'utilizzo di ASA a basse dosi in prevenzione cardiovascolare. 2016