



**CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE**

***ASPIRINA A BASSE DOSI IN PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE PRIMARIA.
STUDIO OSSERVAZIONALE SULL' UTILIZZO DAI MMG
DI BOLZANO***

Medico in formazione:

Dr.ssa Karin Gallini

Tutor:

Dr. Achille Chiomento

Triennio 2014-2017

"Il dottore del futuro non darà medicine, ma invece motiverà i suoi pazienti ad avere cura del proprio corpo, alla dieta, ed alla causa e prevenzione della malattia."

Thomas Alva Edison

INDICE

<i>Abstract in italiano.....</i>	<i>pag. 4</i>
<i>Abstract in tedesco.....</i>	<i>pag. 7</i>
<i>Introduzione.....</i>	<i>pag. 10</i>
<i>Cenni epidemiologici.....</i>	<i>pag. 10</i>
<i>L'Acido Acetil Salicilico e l'uso in prevenzione secondaria.....</i>	<i>pag. 11</i>
<i>Discussione sull'utilizzo di ASA in prevenzione primaria.....</i>	<i>pag. 12</i>
<i>Valutazione rischio cardiovascolare.....</i>	<i>pag. 14</i>
- <i>Carte del rischio cardiovascolare uomo.....</i>	<i>pag. 15</i>
- <i>Carte del rischio cardiovascolare donna.....</i>	<i>pag. 16</i>
<i>Valutazione rischio emorragico.....</i>	<i>pag. 17</i>
<i>ASA e prevenzione oncologica.....</i>	<i>pag. 17</i>
<i>Rischio/Beneficio dell'ASA.....</i>	<i>pag. 17</i>
- <i>Algoritmo pratico prescrizione ASA.....</i>	<i>pag. 20</i>
<i>Ruolo del MMG.....</i>	<i>pag. 20</i>
<i>Obiettivo del lavoro.....</i>	<i>pag. 21</i>
<i>Metodi.....</i>	<i>pag. 21</i>
<i>Risultati.....</i>	<i>pag. 22</i>
<i>Limiti della ricerca.....</i>	<i>pag. 28</i>
<i>Conclusioni.....</i>	<i>pag. 28</i>
<i>Bibliografia.....</i>	<i>pag. 30</i>

ABSTRACT

BACKGROUND

In Italia e nel mondo industrializzato le malattie cardiovascolari (MCV) costituiscono ancora oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica. Sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. In Italia in poco più di 30 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (tra il 1980 e il 2013), ma nonostante ciò le MCV, pur essendo diminuite, contribuiscono ancora per il 37% alla mortalità totale.

La vera rivoluzione del secolo scorso è stata la messa in commercio dell'acido acetil salicilico ed il suo impiego a basso dosaggio, soprattutto nella prevenzione secondaria dei pazienti affetti da cardiopatia ischemica o malattia cerebrovascolare, divenendo così il gold standard nella terapia della prevenzione secondaria per malattie cardiovascolari ed in prevenzione primaria in pazienti con un rischio cardiovascolare (CV) elevato.

Studi recenti evidenze sottolineano il beneficio dell'aspirina in prevenzione oncologica, seppur ancora con risultati non chiari.

Per questi vari motivi, nel mio studio ho voluto osservare come viene impiegata l'ASA dai MMG a Bolzano.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo lavoro è stimare l'utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria cardiovascolare in Medicina Generale a Bolzano, valutandone la prevalenza prescrittiva nei soggetti con rischio cardiovascolare elevato e moderato.

METODI

Questo lavoro è uno studio trasversale per il quale ho raccolto dati in forma anonima, di pazienti con un'età compresa tra i 50 ed i 70 anni, presso un ambulatorio di un medico di medicina generale nella città di Bolzano. Sono stati inclusi nello studio solo quei pazienti di cui i dati relativi al calcolo del rischio cardiovascolare erano completi.

RISULTATI

Dei 961 pazienti tra i 50 e 70 anni rilevati, ne sono stati esclusi 254 dallo studio per mancanza di dati utili. Dei 707 pazienti inclusi, un 12% è in terapia con ASA, perché trattato in prevenzione secondaria. Del restante 88%, e cioè 612 pazienti, è stato calcolato il rischio cardiovascolare a 10 anni con lo Score dell'Istituto Superiore di Sanità, risultando che solo un 4% dei 612 pazienti ha un rischio cardiovascolare (RCV) elevato, mentre un 12% ha un RCV moderato e l'84% ha un RCV basso.

Si è inoltre evidenziato che solo il 32% dei pazienti ad alto RCV è in terapia con ASA e un 14% di quelli con RCV moderato.

CONCLUSIONI

Dai risultati sembra che il rischio cardiovascolare venga sottostimato e quindi sottotrattato dai MMG. Una possibile causa potrebbe essere ricondotta allo scarso utilizzo dei calcolatori del rischio cardiovascolare. Questo probabilmente a causa di una difficoltà oggettiva da parte del medico di calcolare il beneficio netto dell'utilizzo di ASA in prevenzione primaria, per mancanza di una carta od uno score per il calcolo del rapporto rischio/beneficio cardiovascolare e oncologico integrato facilmente utilizzabile e fruibile.

Sarebbe quindi auspicabile che in futuro si possa arrivare a sviluppare tale score, possibilmente integrato nei software medici, così da facilitare e rendere più veloce il lavoro del MMG.

ABSTRACT

HINTERGRUND

In Italien wie auch in den anderen Industrieländern gehören kardiovaskuläre Erkrankungen auch heute noch zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen der Bevölkerung. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind führende Ursachen für Krankheit, Invalidität und Mortalität. Auch wenn sich in Italien die Gesamtsterblichkeit zwischen 1980 und 2013 nahezu halbiert hat, was auch auf die besseren Therapiemöglichkeiten kardiovaskulärer Erkrankungen zurückzuführen ist, verursachen sie immer noch den Großteil (37 %) aller Todesursachen.

Der medizinische Durchbruch in der Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen war die Markteinführung von Acetylsalicylsäure in niedriger Dosierung zur Behandlung und Prävention von Patienten mit ischämischer Kardiopathie oder zerebralen Durchblutungsstörungen.

ASS (Acetylsalicylsäure) ist heute der Gold-Standard in der Therapie und Sekundärprävention von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und in der Primärprävention bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko.

Zudem zeigen aktuelle Forschungsdaten Hinweise für den Nutzen von Acetylsalicylsäure in der Prävention von Tumorerkrankungen, die Ergebnisse vertiefender Studien zu dieser Fragestellung müssen noch abgewartet werden.

Aus diesen Gründen wollte ich mich in meiner Abschlussarbeit mit dem Thema ASS, insbesondere der ASS-Verschreibung durch Bozner Hausärzte, befassen.

ZIELE

Ziel dieser Arbeit war die geschätzte Verschreibung von Acetylsalicylsäure zur Primärprävention durch Hausärzte im Raum Bozen zu ermitteln, insbesondere auch die Verschreibungsprävalenz bei Patienten mit moderatem und hohem kardiovaskulären Risiko.

METHODEN

Diese Arbeit besteht aus einer Beobachtungsstudie, bei der die Daten von 50- 70-jährigen Patienten eines Bozner Hausarztes anonymisiert gesammelt wurden. Dabei wurden nur jene Patienten in die Studie eingeschlossen, deren Daten zur Berechnung des kardiovaskulären Risikos vollständig vorhanden waren.

ERGEBNISSE

Von den 961 eingangs eingeschlossenen Patienten wurden 254 aufgrund unvollständiger Daten wieder ausgeschlossen. Von den übriggebliebenen 707 Patienten erhielten 12 % im Zuge der Sekundärprävention Acetylsalicylsäure. Von den 612 Patienten, die im Moment der Datenerhebung keine Acetylsalicylsäure nahmen, wurde das kardiovaskuläre 10-Jahres-Risiko mithilfe eines Scores des italienischen Istituto Superiore di Sanità („Oberste Gesundheitsinstitut“) berechnet: 84 % von ihnen hatte ein geringes, 12 % ein mäßiges und 4 % ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko.

Die Auswertung der Daten hat zudem ergeben, dass nur 32 % der Patienten mit hohem und lediglich 14 % der Patienten mit moderatem kardiovaskulären Risiko Acetylsalicylsäure als Dauertherapie erhalten.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass Hausärzte das kardiovaskuläre Risiko ihrer Patienten unterschätzen und daher nicht ausreichend therapieren. Eine mögliche Ursache hierfür könnte der

Tatsache geschuldet sein, dass Hausärzte Risikorechner kaum verwenden. Ein einfach zu bedienender, verlässlicher, leicht interpretierbarer und eventuell in das Praxisprogramm integrierter Risikorechner könnte hier zukünftig Abhilfe schaffen und sollte daher entwickelt und Hausärzten zur Versorgungsoptimierung und Effizienzsteigerung zur Verfügung gestellt werden.

INTRODUZIONE

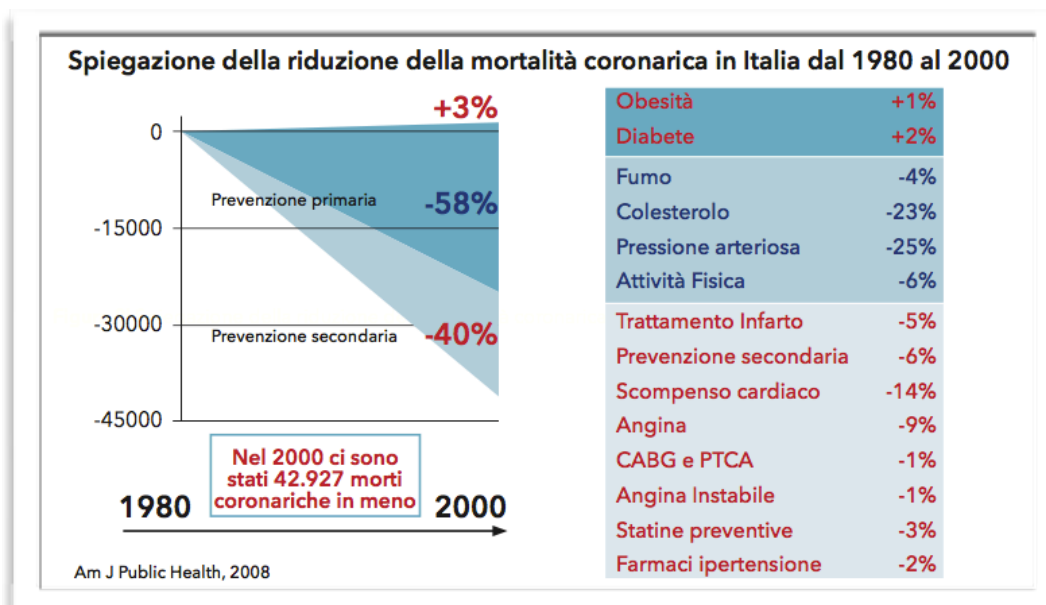
In Italia e nel mondo industrializzato le malattie cardiovascolari (MCV) costituiscono ancora oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica. Sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Tra le MCV rientrano le malattie ischemiche del cuore (IMA, sindrome coronarica acuta, angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico), che sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento.

Da qui l'importanza di una corretta prevenzione primaria, della quale si dovrebbe occupare il MMG (medico di medicina generale), diagnosi, terapia farmacologica o interventistica e una appropriata prevenzione secondaria.

CENNI EPIDEMIOLOGICI

Un dato rilevante è che in Italia in poco più di 30 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (tra il 1980 e il 2013) e il contributo delle MCV è stato quello che più ha influenzato questo trend in discesa della mortalità. Nonostante questo, le malattie cardiovascolari rimangono patologie molto frequenti e sono tra le maggiori cause di morte prematura e invalidità permanente (dato ISTAT del 2013). Queste patologie contribuiscono per il 37% alla mortalità totale. (1) Questo trend in discesa è stato registrato grazie soprattutto ad una prevenzione primaria (-58% mortalità), adottando una alimentazione sana, attività fisica regolare, abolizione del fumo di tabacco e la riduzione del consumo di alcol, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata (-40% mortalità). (Fig.1) (2)

Fig. 1: Spiegazione della riduzione della mortalità coronarica in Italia



Questi risultati enfatizzano l'importanza di una strategia che promuova da un lato un'azione di prevenzione primaria sulle malattie cardiovascolari perseguendo la riduzione dei principali fattori di rischio e dall'altra massimizzi la copertura della popolazione con trattamenti farmacologici e chirurgici efficaci.

L'ACIDO ACETIL SALICILICO E L'USO IN PREVENZIONE SECONDARIA

Tra gli elementi che hanno contribuito a migliorare la vita umana nel progresso della Medicina del secolo scorso, può essere annoverato a pieno titolo lo sviluppo dell'acido acetil salicilico, cioè l'aspirina. Infatti, dal 1899, anno della registrazione del suo brevetto, l'aspirina è stata il farmaco maggiormente impiegato nel secolo. La sua immissione in commercio ha modificato sensibilmente il panorama della terapia medica, soprattutto come antinfiammatorio e nell'ambito delle malattie reumatiche e cardiovascolari, tanto che J.O. Gasset,

filosofo e saggista spagnolo del secolo scorso in "La rivolta delle masse" scriveva: *"Oggi, per l'uomo della strada la vita è più facile, più comoda e sicura che per i potenti di ieri. A lui importa poco di non essere più ricco del suo vicino, se il mondo intorno a lui gli dà strade, ferrovie, alberghi un sistema telegrafico, benessere fisico e aspirina."* (cit.)

Una vera rivoluzione è stato l'impiego di ASA (acido acetico salicilico) a basso dosaggio, soprattutto in prevenzione secondaria nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica o malattia cerebrovascolare.

Esistono evidenze incontrovertibili che l'utilizzo di ASA in pazienti con patologia cardiovascolare riduce di circa un quarto il rischio di eventi CV maggiori. (3)(4)

Mentre questo suo utilizzo in prevenzione secondaria è sostenuto da un consensus universale, grazie alla ben nota capacità del farmaco di ridurre la mortalità e/o nuovi eventi cardiovascolari maggiori - con un rischio di sanguinamento accettabile, meno lo è in prevenzione primaria.

DISCUSSIONE SULL'UTILIZZO DI ASA IN PREVENZIONE PRIMARIA

Pochi sono gli argomenti più dibattuti in questi anni riguardo alla prevenzione cardiovascolare: l'Acido Acetilsalicilico (ASA) a basse dosi va usato in prevenzione primaria oppure no?

Nel corso degli anni l'utilità dell'ASA per la prevenzione in assenza di pregressi eventi cardiovascolari (CV) è stata esaminata in ampi trial randomizzati controllati (RCT), proprio per l'importanza di questa terapia. (Fig.2)

Dopo questi trial sono state pubblicate numerose metanalisi (ATT, POPADAD, USPSTF) per chiarire il ruolo dell'ASA, una su tutte è stata

condotta dalla United States Preventive Society Task Force (USPSTF), che includeva 10 trial ed ha dimostrato, al contrario di altre metanalisi, una consistente efficacia dell'aspirina nel prevenire gli IMA non fatali e gli ictus.

Fig.2: Studi clinici sull'utilizzo di ASA in prevenzione primaria

TRIAL	ANNO	SOGGETTI	MASCHI%	ETÀ MEDIA ANNI	DOSE DI ASPIRINA MG	DURATA FOLLOW UP, ANNI	ENDPOINT PRIMARIO
BDT	1998	5139	100	63,6	300 o 500 die	6	IMA, stroke o morte CV
PHS	1989	22071	100	53,8	325 e giorni alterni	5,02	mortalità
HOT	1998	18790	53	61,5	75 die	3,8	eventi CV maggiori
TPT	1998	5085	100	57,5	75 die	6,4	eventi coronarici maggiori
PPP	2001	4495	42	64,4	100 die	3,6	IMA, stroke o morte CV
WHS	2005	39876	0	54,6	100 e giorni alterni	10,1	IMA, stroke o morte CV
POPADAD	2008	1276	44	60,3	100 die	6,7	IMA, stroke o morte CV o amputazione
JPAD	2008	2539	55	64,5	81 o 100 die	4,37	qualsiasi evento aterosclerotico
AAA	2010	3350	28	61,6	100 die	8,2	eventi coronarici fatali e non, stroke e rivascularizzazioni

Nel 2014 è stato pubblicato il documento dell'European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Thrombosis: Aspirin Therapy in Primary Cardiovascular Disease Prevention (5).

Nel 2015 viene pubblicato un documento di consenso intersocietario italiano (Fig.5), nel 2016 è stata redatta una Position Paper da SIMG-FADOI-AMD sempre su questo argomento, che è stato trattato anche nell'ottava edizione, pubblicata a luglio 2017 delle LINEE ISO-SPREAD.

In prevenzione cardiovascolare primaria, in cui la probabilità di sviluppare un evento trombotico nel singolo paziente è bassa, diventa quindi essenziale stimare il rischio individuale basale di tale tipo di eventi bilanciandolo contro quello di avere eventi avversi legati alla terapia, che nel caso dell'Acido Acetilsalicilico è il sanguinamento.

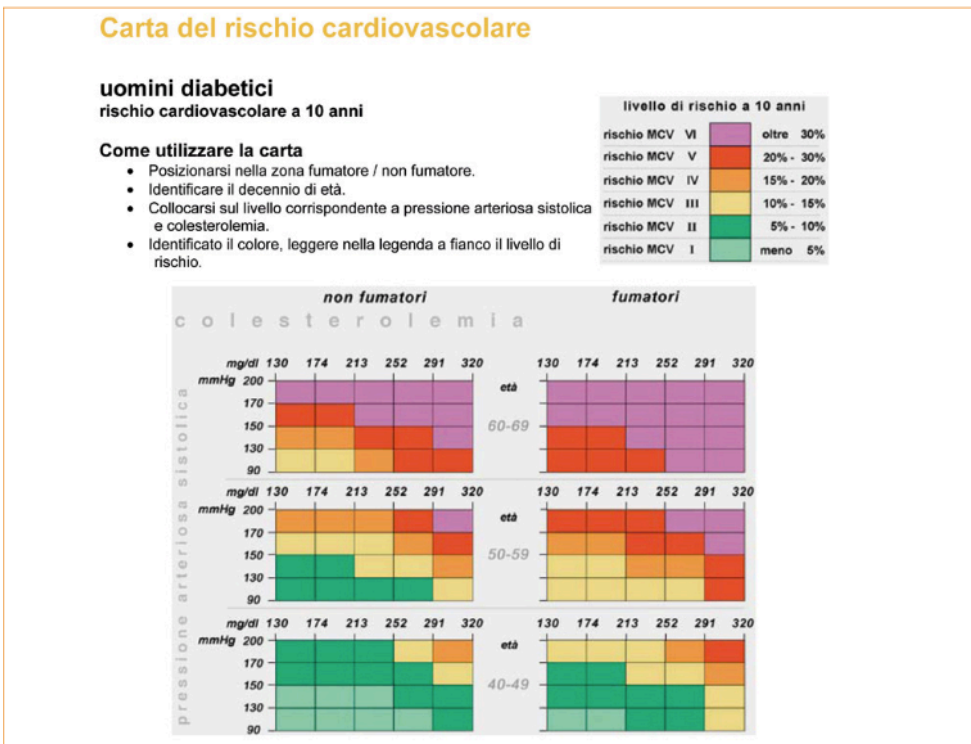
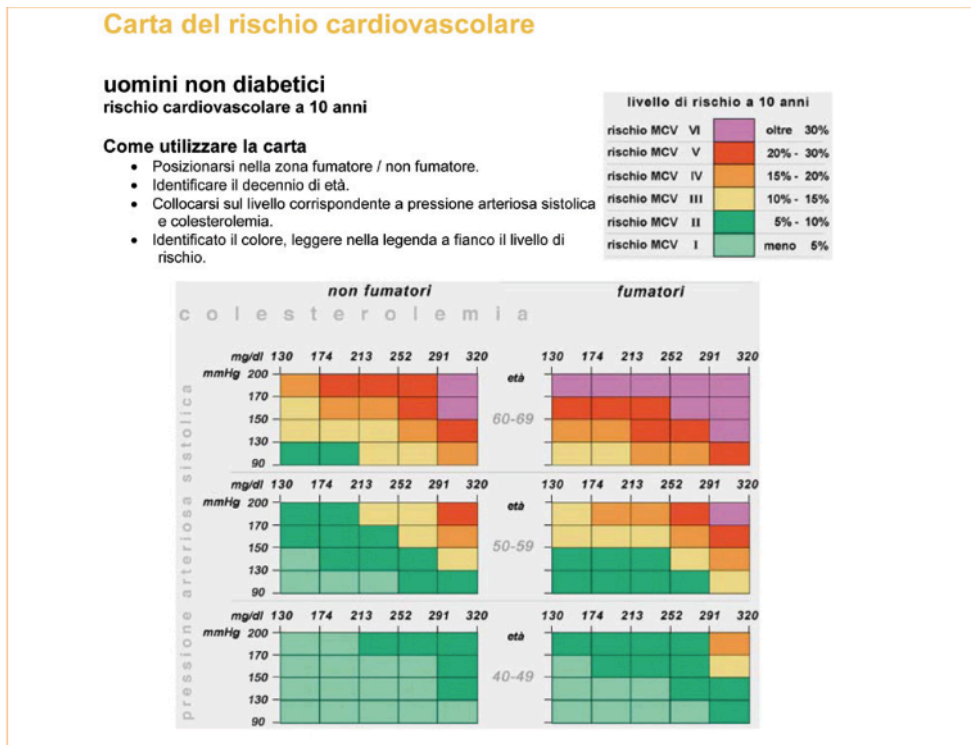
Infatti l'ostacolo maggiore all'uso preventivo di ASA è rappresentato dal rischio di emorragia cerebrale o del tratto gastrointestinale.

E' evidente quale diverso peso abbia un'emorragia cerebrale rispetto a un sanguinamento gastroenterico non fatale, rispetto alla prevenzione di un ictus o di un infarto.

VALUTAZIONE RISCHIO CARDIOVASCOLARE

I principali strumenti di calcolo del rischio cardiovascolare sono quelli internazionali (algoritmo Framingham, AHA/ACC, Task Force Risk Score, Carta di rischio SCORE) e quello proposto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), cioè l'algoritmo CUORE (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>), oppure utilizzando le Carte del rischio, sempre del progetto cuore, che però sono meno dettagliate dell'algoritmo on line. Vedi Fig. 3 (6)

Fig. 3: Carte del rischio cardiovascolare "Progetto Cuore"



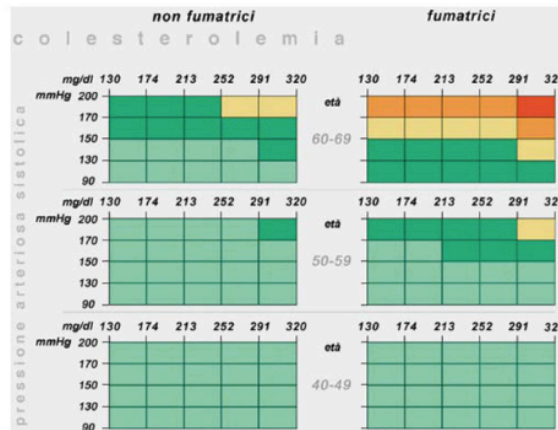
Carta del rischio cardiovascolare

donne non diabetiche
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni	
rischio MCV VI	oltre 30%
rischio MCV V	20% - 30%
rischio MCV IV	15% - 20%
rischio MCV III	10% - 15%
rischio MCV II	5% - 10%
rischio MCV I	meno 5%



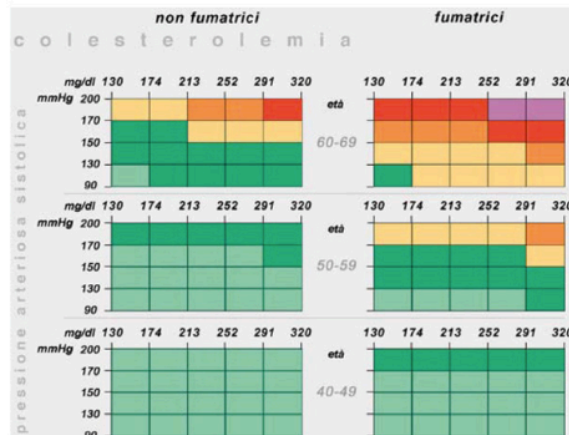
Carta del rischio cardiovascolare

donne diabetiche
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni	
rischio MCV VI	oltre 30%
rischio MCV V	20% - 30%
rischio MCV IV	15% - 20%
rischio MCV III	10% - 15%
rischio MCV II	5% - 10%
rischio MCV I	meno 5%



Nell'algoritmo online, a differenza delle carte del rischio, c'è la possibilità di inserire l'età in anni, il valore della colesterolemia HDL e di indicare se il paziente è in terapia antipertensiva.

VALUTAZIONE RISCHIO EMORRAGICO

Uno strumento abbastanza preciso per il calcolo, pur non essendo validato per pesare la scelta della prescrizione di ASA, è il CRUSADE Bleeding Score Calculator (www.crusadebleedingscore.org), il quale ci stratifica il rischio emorragico in: molto basso (<20%), basso (21-30%), moderato (31-40%), elevato (41-50%), molto elevato (>50%).

Si ritiene che l'ASA possa essere utilizzato se il rischio emorragico risulta essere basso o molto basso, cioè <31%.

Lo score tiene conto dei seguenti punti: HCT (ematocrito), eGFR (in ml/min), frequenza cardiaca, pressione sistolica, diabete mellito, patologia vascolare, segni di insufficienza cardiaca. (7)

ASA E PREVENZIONE ONCOLOGICA

Negli ultimi 10 anni è stata proposta l'ipotesi di un effetto terapeutico non cardiovascolare dell'ASA sulla prevenzione della mortalità per neoplasie. Numerose analisi post-hoc hanno evidenziato un effetto protettivo nei confronti di incidenza, mortalità e comparsa di metastasi di alcuni tipi di tumore, soprattutto quello del colon-retto. Queste ultime acquisizioni sembrerebbero aver spostato l'ago della bilancia a favore dell'aspirina.

RISCHIO/BENEFICIO DELL'ASA

Secondo dati della Medicina Generale inglese in prevenzione primaria si registra 1 caso di ulcera peptica/erosione della mucosa gastrica o duodenale ogni 601 pazienti trattati con ASA per almeno un anno,

mentre in prevenzione secondaria si verifica 1 caso ogni 391 soggetti trattati. Questo anche in virtù del fatto che questi pazienti hanno un maggiore rischio emorragico (età, comorbidità, terapie farmacologiche in atto etc). Per quanto riguarda gli ictus emorragici la stima è di 8-10 eventi ogni 10.000 pazienti/anno (3),(8). (fig. 4)

Fig. 4: Numero di eventi evitati o procurati nel caso che 10 000 persone siano Trattate con ASA in prevenzione cv primaria e seguite per 10 anni.

	Range	Media
Eventi evitati		
Morti (per tutte le cause)	33-46	39.5
Eventi CV maggiori (morti CV, infarti, ictus)	60-84	72
Eventi ischemici coronarici totali	47-64	55.5
Morti per cancro colo-rettale	34-36	35
Morti per cancro	17-85	51
Eventi procurati		
Sanguinamenti maggiori	46-48	47
Sanguinamenti GI	117-182	149.5
Ictus emorragici	8-10	9

CV, cardiovascolare; GI, gastrointestinale.
Modificata da Sutcliffe et al.²⁷.

Sono stati condotti molti studi e diversi sono ancora in corso nel tentativo di raccogliere dati riguardo al beneficio clinico netto dell'assunzione dell'aspirina nella popolazione di individui sani e la maggior parte di questi studi concludono che esiste un sottile equilibrio tra benefici e rischi derivanti dall'uso regolare di aspirina in prevenzione primaria.

Le linee guida sono in generale favorevoli all'utilizzo dell'Acido Acetilsalicilico in prevenzione primaria in soggetti ad alto rischio cardiovascolare, cioè con un rischio assoluto di evento CV a 10 anni > 20%. Previsto anche dalla scheda tecnica ministeriale, che da indicazione del suo utilizzo al solo dosaggio di 100 mg/die in questo tipo di pazienti. Questa indicazione è sostanzialmente sovrapponibile a quella dell'ESC e dell'ACCP (American College of Chest Physicians).
(9)

Più controversa è la decisione se trattare o meno con ASA i soggetti a rischio CV moderato (compreso tra il 10-20%), dove la decisione viene lasciata alla discrezione del medico e alle preferenze del paziente. Si ritiene però che in questi casi dovrebbero essere prese in considerazione la presenza di alcune condizioni cliniche aggiuntive (extra Score ISS) ed altri fattori qui elencati, oltre al calcolo del rischio cardiovascolare individuale:(7)

- presenza di ulteriori fattori di rischio CV extra SCORE ISS e/o danni d'organo:
 - familiarità di 1° per malattie CV in età precoce
 - Obesità (BMI>29)
 - Ipertrofia ventricolare sinistra
 - Ateromasia carotidea non emodinam. significativa e/o ispessimento miointimale
 - Danno renale (micro-macroalbuminuria o FG<60 ml/min)
- Presenza di familiarità per malattie neoplastiche
- Calcolare il rischio emorragico (utilizzando il CRUSADE Bleeding Score, www.crusadebleedingscore.org)

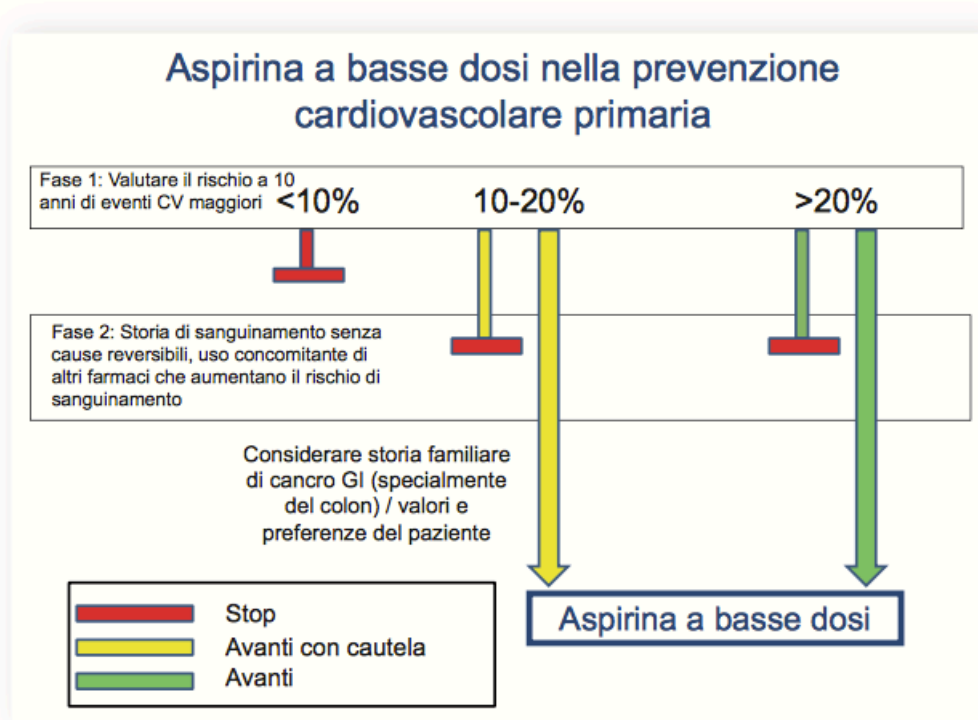


Fig. 5: Algoritmo pratico per la prescrizione di ASA a basse dosi in prevenzione primaria. (10)

RUOLO DEL MMG

Alla luce degli elementi già disponibili e delle nuove evidenze riguardo alla protezione oncologica dell'aspirina, "Il Medico di Medicina Generale - come afferma Augusto Zaninelli, professore di Medicina Generale dell'Università di Firenze - dovrebbe farsi custode della storia clinica globale del singolo paziente e del suo rischio cardiovascolare globale arrivando a considerare finanche la sua storia familiare. Pertanto, lo sviluppo di questo 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." Cit. (11)

OBIETTIVO DEL LAVORO

L'obiettivo di questo lavoro è stimare l'utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria cardiovascolare in Medicina Generale a Bolzano e valutare la prevalenza prescrittiva nei soggetti con RCV (rischio cardiovascolare) elevato e moderato.

METODI

I dati sono stati raccolti attraverso il programma medico MilleWin di un MMG di Bolzano ed elaborati in forma anonima tramite il programma ECXEL.

Criteri di inclusione: sono stati valutati i pazienti di sesso femminile e maschile di età compresa tra i 50 e 70 anni; questi sono risultati essere 961, quindi circa il 40% dei pazienti totali del Medico di Medicina Generale.

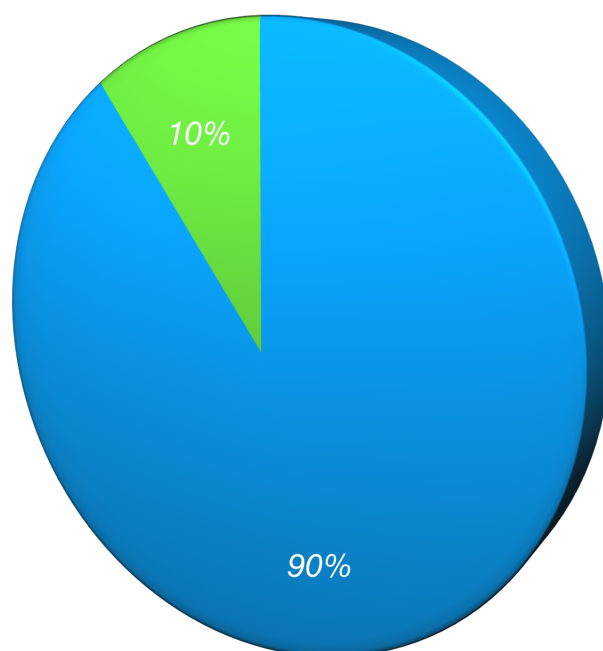
Criteri di esclusione: sono stati esclusi da questo studio tutti i pazienti già in terapia con ASA in prevenzione secondaria (95 pz.) e tutti quei pazienti i cui dati per calcolare il RCV non erano completi (254 pz). Quindi i pazienti effettivamente inclusi nello studio sono 612.

RISULTATI

Sono stati analizzati tutti i dati raccolti relativi al rischio cardiovascolare a 10 anni, considerando età, sesso, pressione sistolica, colesterolo totale, HDL, abitudine al fumo, concomitanza di diabete e se già in terapia antipertensiva o meno.

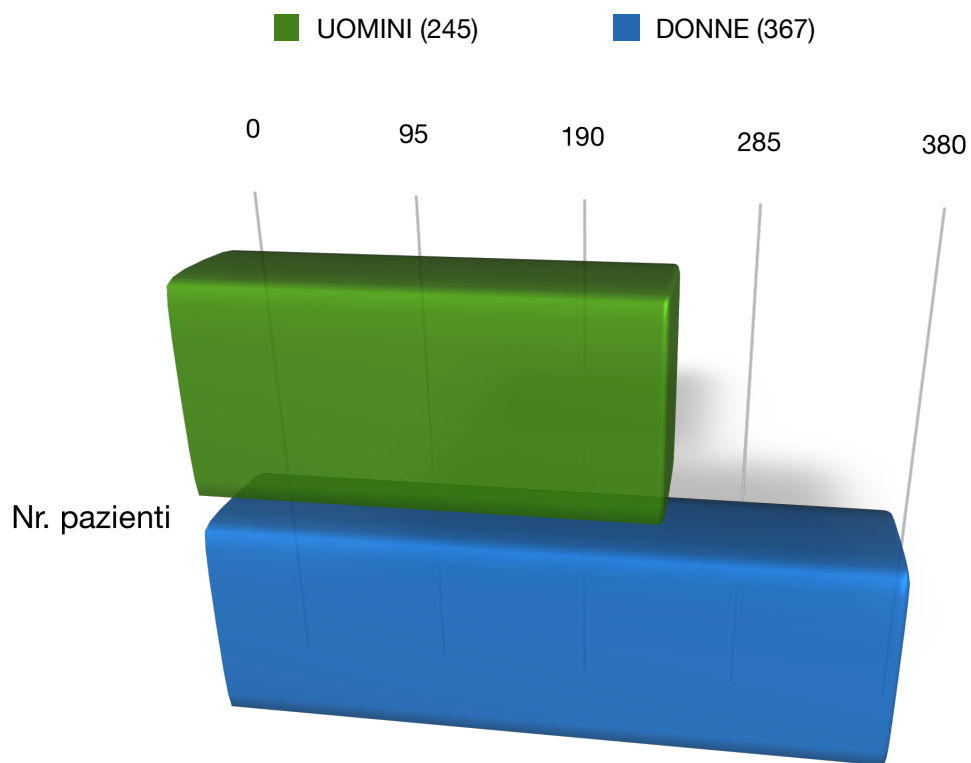
TOTALE PAZIENTI (da 50 a 70 anni): 961

- *pz NON in prevenzione secondaria: 866*
- *pz in prevenzione secondaria con ASA: 95*

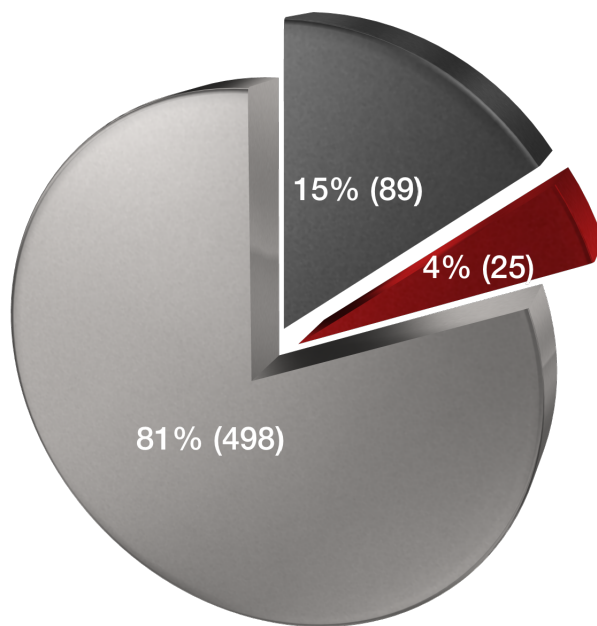


Degli 866 pazienti 254 (133 uomini e 121 donne) non sono stati inclusi nello studio per mancanza di dati utili al calcolo del rischio cardiovascolare a 10 anni.

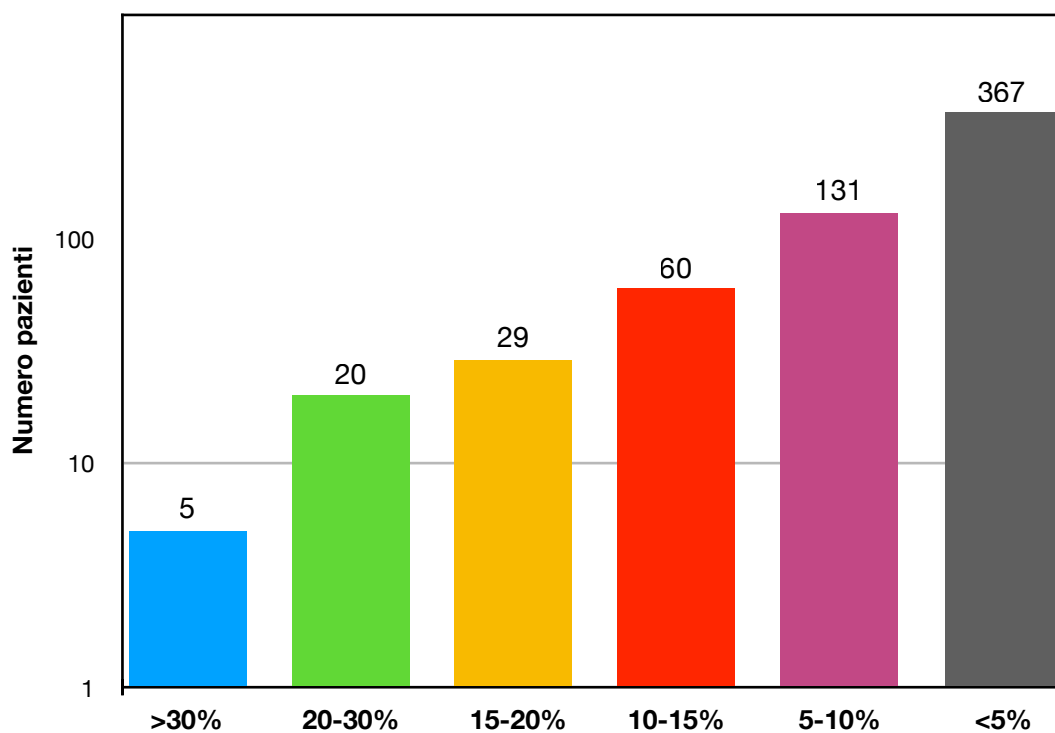
Dei 612 pazienti di cui i dati erano completi, il 60% è di sesso femminile.



Dall'analisi dei dati di questi ultimi è risultato che un 4% ha un elevato rischio cardiovascolare a 10 anni, un altro 15% ha un rischio moderato ed il restante 81% ha un RCV<10% e quindi basso.



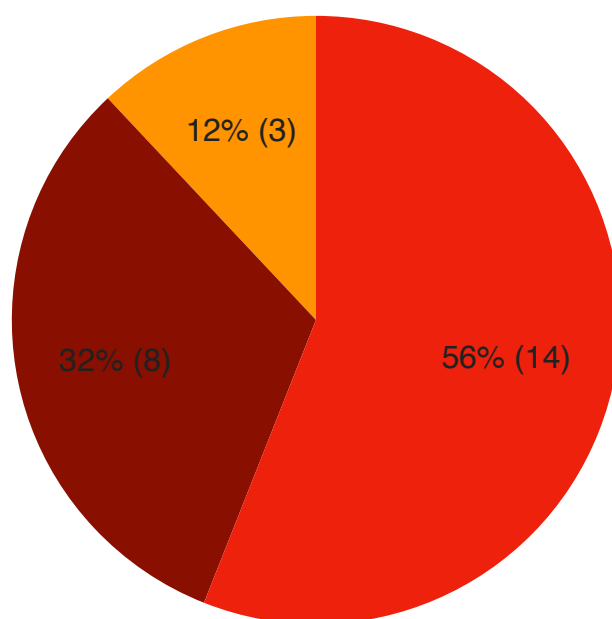
RCV a 10 anni



Dei 25 pazienti ad elevato rischio cardiovascolare un 32% è in terapia con Acido Acetilsalicilico a basse dosi, mentre del restante 68% che non assume il farmaco, solo il 12% è giustificato, perché in terapia con anticoagulanti per la presenza di fibrillazione atriale, tutti gli altri avrebbero indicazione all'utilizzo di ASA, poiché dai dati raccolti non risulta un aumentato rischio di emorragie, bensì per alcuni, familiarità per neoplasie.

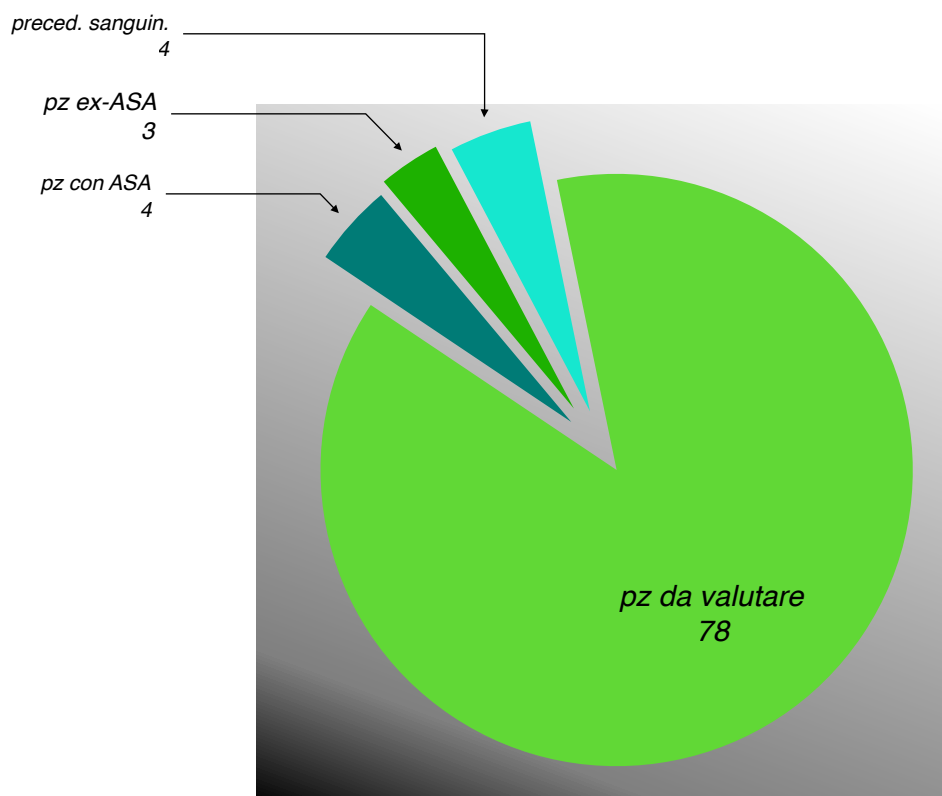
PAZIENTI AD ELEVATO RCV

● **ASA indicata** ● **TP ASA** ● **TP con Anticoagulanti**



PAZIENTI CON RCV MODERATO

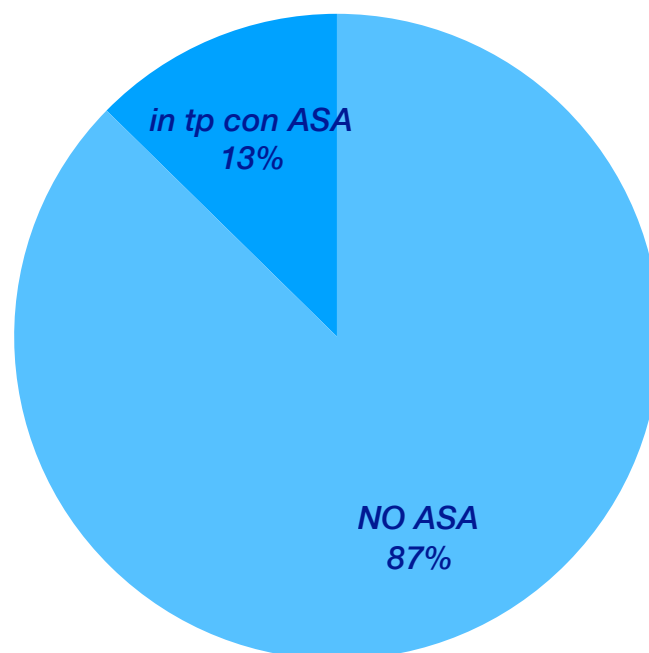
Degli 89 pazienti con rischio cardiovascolare moderato, 4 sono in terapia con ASA, mentre 3 hanno dovuto interrompere l'assunzione per sanguinamento gastrico; altri 4 pazienti hanno una storia di sanguinamento o ulcera gastrica. Per gli altri 78 pazienti non sembrerebbero esserci controindicazioni all'inizio di una terapia in prevenzione primaria con ASA a basse dosi, sebbene andrebbero valutate eventuali altre patologie concomitanti e/o familiarità per



neoplasie, che in questo studio non è stato possibile fare, a causa della mancanza di alcuni dati.

PAZIENTI CON RCV BASSO

La maggioranza dei pazienti tra i 50 e 70 anni, cioè 498, hanno un RCV basso, nonostante ciò 63 di loro sono in terapia con ASA, la quale non sembra essere giustificata, dai dati in possesso per questo studio.



LIMITI DELLA RICERCA

I limiti di questa ricerca sono:

- l'utilizzo di dati di un unico MMG, a causa di un mal utilizzo dei software medici da parte di diversi medici, che non inseriscono costantemente dati clinici aggiornati.
- impossibilità di intervistare in prima persona tutti i pazienti inclusi nello studio riguardo all'anamnesi familiare ed oncologica.
- non completezza dei dati per poter calcolare il rischio emorragico con il Crusade-Bleeding-Score.

CONCLUSIONI

Uno studio (12) realizzato nell'ambito della Medicina Generale italiana (database Health Search) ha evidenziato come solo poco più del 15% dei pazienti ad alto rischio CV privi di precedenti eventi cardiovascolari avessero ricevuto una prescrizione di ASA a scopo preventivo.

Dal mio studio osservazionale, a Bolzano invece, si rileva una prescrizione di ASA in pazienti ad elevato rischio, di più del doppio rispetto a quella nel resto di Italia.

Globalmente però sembra che il rischio cardiovascolare venga sottostimato e che ci sia quindi un sottoutilizzo di ASA, di un entità non giustificabile in base alle possibili controindicazioni. Una possibile causa potrebbe essere ricondotta allo scarso utilizzo dei calcolatori del rischio cardiovascolare. Questo probabilmente a causa di una difficoltà oggettiva da parte del medico di calcolare il beneficio netto dell'utilizzo di ASA in prevenzione primaria, per mancanza di una

carta od uno score per il calcolo del rapporto rischio/beneficio cardiovascolare e oncologico integrato facilmente utilizzabile e fruibile.

Sarebbe quindi auspicabile che in futuro si possa arrivare a sviluppare tale score, possibilmente integrato nei software medici, così da facilitare e rendere più veloce il lavoro del MMG.

BIBLIOGRAFIA

- (1) <http://metaframe.iss.it/Citrix/XenApp/auth/login.aspx>
- (2) Giampaolo S, Vanuzzo D, e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey. *La salute cardiovascolare degli italiani, 3° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari*, Edizione 2014; Giornale italiano di Cardiologia 2014; 15 (4 Suppl 1): 7S-31S;
- (3) De Caterina R, Renda G. *Clinical use of aspirin in ischemic heart disease: past, present and future*. *Curr Pharm Des* 2012;18:15-23.
- (4) Steg PG, James SK, Atar D, et al. *ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation*. *Our Heart J* 2012; 33:2569-2619
- (5) Sigrun Halvorsen, Felicita Andreotti, Jurriën M. ten Berg, Marco Cattaneo, Sergio Coccheri, Roberto Marchioli, João Morais, Freek W. A. Verheugt, Raffaele De Caterina, *Aspirin Therapy in Primary Cardiovascular Disease Prevention* A Position Paper of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis *journal of The American College of Cardiology* v o l . 6 4 , no. 3 , 2 0 1 4
- (6) Giampaoli S, Palmieri L, Chiodini P, et al.; Gruppo di Ricerca del Progetto CUORE. *La carta del rischio cardiovascolare globale*. *Ital Heart J Suppl* 2004;5:177-85.
- (7) Ovidio Brignoli, Antonino Cimino, Claudio Cricelli, Andrea Fontanella, Gerardo Medea, Damiano Parretti, Mauro Ragonese, Mauro Silingardi. *Position Paper SIMG-FADOI-AMD sull'utilizzo di ASA a basse dosi in prevenzione cardiovascolare*. 2016 <http://www.cardiolink.it/articoli/index.php?id=13414&Itemid=>

- (8) Sutcliff P, Connock M, Gurung T et al. *Aspirin for prophylactic use in primary prevention of cardiovascular disease and cancer: a systematic review and overview of reviews*. Health Technol Assess 2013;17:1-253.
- (9) Vandvik PO, Lincoff AM, Gore JM, et al. *Primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis*, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141(2 Suppl):e637S-68S.
- (10) Mario Volpe, Maurizio Giuseppe Abrignani, Claudio Borghi, Sergio Coccheri, Paolo Gresele, Giuseppe Patti, Bruno Trimarco, Raffaele De Caterina, *La terapia con aspirina nella prevenzione cardiovascolare primaria*. Documento di consenso intersocietario italiano, G Ital Cardiol 2014; 15 (7-8):442-451
- (11) http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=48607
- (12) Filippi A, Giampaoli S, Lapi F. Global cardiovascular risk evaluation: pattern of algorithm use and risk modification in 'real life'. J Cardiovasc Med (Hagerston) 2014 Jul 9 [Epub ahead of print].