

Corrispondenza

Al Co-Editor. L'Opinione di Roberto Antonicelli dal titolo "La cardiologia ospedaliera tra alta specialità e diagnostica ambulatoriale: una proposta di soluzione", pubblicata sul fascicolo di novembre 2004 dell'*Italian Heart Journal Supplement*, affronta – a mio avviso – una problematica complessa, di grande attualità.

Chi scrive, cinquantasettenne cardiologo ospedaliero, giunto quasi a "fine corsa" e prossimo all'area di parcheggio "degli elefanti", oggi condivide l'ambiente di lavoro con l'ultimo – anagraficamente parlando – specialista assunto, magari coetaneo del proprio figlio. Non si può, pertanto, che essere in sintonia con l'analisi sviluppata e con le ipotesi formulate dall'articolista: in particolare, con la soluzione avanzata di una osmosi operativa tra Ospedale e territorio.

Consimili esperienze, d'altronde, sono sempre esistite anche in altri campi del vivere civile e sociale: si pensi, almeno per il passato, al contesto familiare, laddove il nonno, ancora valido ed attivo, provvedeva alla custodia dei nipoti e, spesso, al supporto economico per i figli; nell'artigianato e nel mondo rurale, l'anziano, sollevato da oneri non più compatibili con l'età, ha saputo trasmettere le esperienze acquisite ai giovani neofiti.

Questo atteggiamento, di intercomunicazione fra nosocomio e territorio, vorrebbe essere alla base della politica della nostra Unità Operativa: purtroppo, ci si scontra con la realtà amministrativa e burocratica, che prevede una diversa regolamentazione normativa (contributiva, contrattuale, retributiva e sindacale).

Una soluzione, forse semplicistica, potrebbe arrivare da una gestione unificata delle risorse economiche ed umane presenti nell'ambito della stessa Azienda Sanitaria sia in Ospedale che sul territorio, capace di superare "a scavalco" i legacci di cui sopra. In attesa che ciò accada, un passo intermedio dovrebbe arrivare da un modello di mobilità interna al reparto ospedaliero, che consenta al cosiddetto "Aiuto anziano" di

essere sollevato da un'anacronistica turnazione (specie festiva e notturna) e dirottato verso attività intermedie di assistenza.

Probabilmente, così operando, verrebbero rispettate e salvaguardate le diverse esigenze: di chi, senior, è ancora in grado di provvedere all'altrui salute (salvaguardando, nel contempo, la propria) e di chi, giovane professionista, arricchisce l'ambiente della necessaria "erba verde" a tutti utile.

Giancarlo Torello

*U.O. di Cardiologia
Ospedale San Paolo
ASL 2 "Savonese"
Savona*

Al Co-Editor. Nel fascicolo di settembre 2004 dell'*Italian Heart Journal Supplement* è apparso un articolo di Del Colle et al. intitolato: "La valutazione del rischio cardiovascolare nel paziente iperteso: confronto tra score". Va detto che gli score di cui si parla concernono la valutazione del rischio in soggetti sia ipertesi che normotesi, come si evince dalle tabelle. L'analisi fatta dagli autori concerne poi sia gli score veri e propri, basati sui più importanti studi prospettici (Framingham Heart Study, Forlife Study, Pocock Score, SCORE Project, Progetto CUORE) che le cosiddette linee guida formulate dalle più prestigiose Associazioni Internazionali (ESH-ESC, WHO-ISH, British Hypertension Society).

Scrivono gli autori: "In conclusione la disponibilità attuale di numerose carte di rischio consente al medico di utilizzare, in base alle caratteristiche cliniche del suo paziente, quella più idonea ...".

Non è ben chiaro quali possano essere le "caratteristiche" cliniche capaci di condizionare la scelta del medico. Ma non è questo il problema di cui vogliamo occuparci, quanto piuttosto dell'utilità pratica che possono avere queste carte del rischio che continuano a moltiplicarsi e che dovrebbero condizionare le scelte terapeutiche del medico di famiglia e/o dello specialista.

Diciamo subito che non ci può essere alcun dubbio sull'utilità degli studi epidemio-

logici fatti nella seconda metà del secolo scorso, che ci hanno consentito di capire quali fossero e quale importanza avessero i cosiddetti “fattori di rischio” nel condizionare la prevalenza e l’incidenza della coronaropatia, dell’ictus cerebri e della mortalità cardiovascolare: e come il loro associarsi nella stessa persona avesse per conseguenza una moltiplicazione del rischio stesso.

Molto interessanti, ma forse non tutti così utili, i molti trial terapeutici che si sono susseguiti dalla fine del ventesimo secolo e che tuttora continuano ad invadere la nostra letteratura cardiologica.

Interessanti e utili perché hanno dimostrato i benefici, ma anche i limiti delle terapie mirate alla correzione dei fattori di rischio. La loro utilità tuttavia è smiunita dalla loro stessa molteplicità, dalla varietà delle terapie adottate, dalla diversità delle popolazioni studiate, sia dal punto di vista etnico che delle loro caratteristiche (ipertesi e non, diabetici e non, ad alto rischio e non, ecc.): per cui un medico che volesse orientarsi leggendoli tutti e farsene uno schema zigzagando tra di essi non saprebbe poi all’atto pratico come districarsene e quale terapia scegliere fra tante.

Mi sembra infine del tutto inutile l’elaborazione di tutti quegli score del rischio che Del Colle et al. hanno così compiutamente illustrato. Ciò per una serie di motivi che espongo brevemente:

1. qualsiasi medico che sia appena un po’ acculturato sa oggi perfettamente quali sono i fattori di rischio e come il rischio aumenti quando detti fattori si associano tra loro;
2. qualsiasi medico che sia un po’ scrupoloso non vorrà accontentarsi delle tabelle, ma vorrà completare il quadro clinico con altri parametri che negli score non sono o non possono essere contemplati: se il suo paziente è obeso o normopeso; se la circonferenza del suo addome è eccessiva oppure normale; se la colesterolemia HDL è bassa o normale o elevata; se la familiarità è negativa oppure fortemente positiva; se il paziente è sedentario o attivo; e così via. In altre parole, per il medico non sarà né necessario né sufficiente basare la propria prognosi e la terapia su tabelline che possono tutt’al più servire per spaventare i pazienti: oppure per tranquillizzarli, magari sventatamente (vedasi uno degli esempi riportati dagli autori dove una donna che aveva un solo fattore di rischio – il fumo – è considerata giustamente a basso rischio: la incoraggeremo a fumare? 40-50 sigarette al giorno?);
3. le linee guida dovrebbero limitarsi a suggerire al medico quali accertamenti siano opportuni per quegli individui che vengono per un giudizio o per un consiglio. Ma poi, anziché ricorrere a tabelline, dovrebbero invitare i medici a stabilire una relazione più stretta ed umana con il paziente; a fare un’anamnesi meticolosa e approfondita; a cercare, attraverso un’anamnesi familiare accurata, quegli elementi di genetica che la nostra attuale ignoranza ci impedisce di acquisire in modo più scientifico e soddisfacente; a convincere il paziente attraverso un dialogo continuo, della necessità di uno stile di vita più consono e della eventuale necessità di una

terapia farmacologica. E così via. In poche parole, a fare i medici davvero.

Il ricorso a tabelle è troppo comodo per il medico e troppo minaccioso o falsamente tranquillizzante per il paziente: in ultima analisi diseducativo ed inutile, sia per i medici che per i loro pazienti.

Cesare Dal Palù

Professore Emerito

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Università degli Studi

Padova

Risposta. Siamo contenti che l’articolo abbia stimolato una discussione.

L’articolo da noi proposto si poneva l’obiettivo di tentare di far luce nella “giungla” sempre più fitta di score di rischio. Concordiamo pienamente con le critiche da lei rivolte circa l’aspecificità e la limitatezza di tali score: non sono presi in considerazione importanti fattori (circonferenza addominale, obesità, fattori genetici, ecc.). Siamo assolutamente convinti, del resto, che quanti più parametri vengono considerati nella stratificazione del rischio, tanto più la valutazione è completa e accurata. Concordiamo, infatti, con l’osservazione che la valutazione dello score di rischio non dovrebbe prescindere da una valutazione globale e personalizzata del paziente che abbiamo davanti sia esso iperteso o non.

Tuttavia vorremmo puntualizzare che:

- le attuali indicazioni alla prescrizione gratuita di farmaci ipolipemizzanti si basano su un ben preciso SCORE (cfr. Progetto CUORE);
- tutti i fattori di rischio che possono essere presi in considerazione nella valutazione del rischio cardiovascolare globale del paziente iperteso derivano da studi di tipo epidemiologico o da studi di intervento che hanno “quantificato” l’impatto di un determinato fattore di rischio su morbilità e mortalità, perciò lo score deriva da una somma pesata di queste quantificazioni;
- le linee guida e gli score non servono, a nostro avviso, solamente a “spaventare il paziente” oppure a “suggerire al medico quali accertamenti siano opportuni per i pazienti che vengono per un giudizio od un consiglio”, ma sono altresì un utile strumento per convincere il paziente ed il medico ad intervenire adeguatamente per ridurre al minimo il rischio cardiovascolare ed il loro utilizzo può in qualche caso essere di fondamentale ausilio per il medico per intraprendere l’atteggiamento terapeutico più corretto (ad esempio nei pazienti con profilo di rischio intermedio).

Sara Del Colle, Franco Rabbia

Paolo Mulatero, Franco Veglio

Dipartimento di Medicina

e Oncologia Sperimentale

Ospedale San Vito

Torino