

Allegato 5- Prevenzione primaria

La strategia più importante per applicare la prevenzione primaria e mantenerla a lungo termine è la promozione di uno stile di vita sano e il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. Gli studi randomizzati controllati (RCT) e le meta-analisi delle revisioni sistematiche dimostrano che la gestione dei fattori di rischio cerebro-vascolari (ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia) con approccio di Team multidisciplinare rispetto a quello tradizionale, diminuisce in modo significativo il rischio di ictus⁹. Le LG raccomandano un approccio di team multidisciplinare preospedaliero che pianifichi in accordo con il paziente e il suo contesto familiare, socioeconomico e culturale un programma personalizzato di prevenzione primaria (Calcolatore del rischio CV <http://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus/#!/calculate/estimate/>)

Fattore di Rischio	Relazione con l'ictus	
Ipertensione arteriosa	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus	
Fumo	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus Aumenta la pressione arteriosa e crea ipossia	
Ipercolesterolemia	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus Contribuisce al danno vascolare spesso causa di Ictus	
Diabete	Può causare danno al microcircolo e può aumentare il rischio di Ictus	
Alimentazione, inattività fisica ed obesità	Possono condurre a ipertensione e all'aumento di lipidi e colesterolo ematico	
Eccesso di alcool	Aumenta la pressione arteriosa e rende maggiormente probabile la fibrillazione atriale	
Fibrillazione atriale	Aumenta il rischio di Ictus (fino a 5 volte)	

La prevenzione primaria dell'Ictus si può attuare con uno sforzo congiunto dei diversi attori che operano nel sistema-salute. I principali protagonisti sono i MMG, il Distretto Sanitario e gli altri Servizi del Territorio (Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze, ecc.). Questi devono intervenire in modo coordinato sulle condizioni che predispongono e favoriscono la diffusione delle malattie cerebrovascolari.

Di recente è stato stimato che il trattamento dell'ipertensione arteriosa è in grado di ridurre il rischio annuo di un primo evento ischemico cerebrale del 41%. Allo stesso modo, interventi atti a correggere l'ipercolesterolemia e a favorire la cessazione dell'abitudine tabagica ridurrebbero il rischio annuo di ictus del 21% e del 31%.

⁹ Carter BL et al. The Potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. Arch Intern. Med. 2009;169:1748-55; Brush JE et al. 2015 ACC health policy statement on cardiovascular team-based care and the role of advance practice providers. J Am Coll Cardiol. 2015; 65:2118-36

Raccomandazioni d'intervento multidisciplinare in prevenzione primaria

STILE DI VITA

Nutrizione e dieta

Seguire una dieta a base di vegetali, frutta, legumi, noci, cereali integrali (50-55%) e pesce (dieta mediterranea)

Sostituire nella dieta i grassi saturi con grassi mono-insaturi e poli-insaturi.

Ridurre la quantità di colesterolo e sodio nella dieta.

Ridurre l'introito di carni lavorate, carboidrati raffinati e bevande dolci.

Limitare l'introito giornaliero di bevande alcoliche a non più di 1 unità alcolica per le donne (12 g, equivalenti a 125 ml di vino a media gradazione) e 2 unità per l'uomo (24 g, equivalenti a 250 ml di vino a media gradazione).

Attività fisica

Gli adulti dovrebbero eseguire almeno 150 minuti a settimana di attività fisica aerobica moderata (per es. yoga attivo, danza, nuoto a scopo ricreativo, camminata vivace) o 75 minuti a settimana di attività fisica aerobica vigorosa (per es. jogging/corsa, bicicletta, tennis, nuoto). Evitare i comportamenti sedentari.

ALTRI FATTORI DI RISCHIO CV

Obesità e sovrappeso

In pazienti sovrappeso (BMI 25-29.9) o obesi (BMI ≥ 30) è raccomandata la perdita di peso.

Interventi multidisciplinari strutturati sullo stile di vita.

Utilizzare il BMI per lo screening primario di soggetti sovrappeso/obesi (con prudenza negli Asiatici, anziani e soggetti con massa muscolare accentuata)

Diabete Mellito

Piano nutrizionale personalizzato finalizzato al controllo del peso, al miglioramento del controllo glicemico e di altri fattori di rischio frequentemente aggregati (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia.)

Programma di attività fisica aerobica con almeno 150 minuti a settimana di attività fisica aerobica moderata o 75 minuti a settimana di attività fisica aerobica vigorosa.

Nel DMT2 alla diagnosi considerare di utilizzare metformina come farmaco di prima linea associato al programma di stile di vita

Nel DMT2 alla diagnosi con presenza di altri fattori di rischio cardio-cerebrovascolare aggregati e HbA1c $\geq 7\%$ dopo inizio di terapia con metformina e programma di stile di vita, considerare di aggiungere un inibitore del co-trasporto sodio/glucosio (SGLT-2) o un agonista del recettore di GLP-1 (GLP-1R) al fine di migliorare i valori glicemici e ridurre il rischio cardio- e cerebro-vascolare.

Ipercolesterolemia: indicazioni a statina in relazione al rischio CV

Adulti con rischio cardio e cerebro-vascolare intermedio a 10 anni ($\geq 7.5\% < 20\%$) + fattori di rischio aggiuntivi (storia familiare precoce di malattia CV; LDL ≥ 160 mg/dl; IRC; sindrome metabolica; preeclampsia, menopausa precoce, m. infiammatorie come artrite reumatoide, psoriasi, HIV): inizia statina di moderata intensità per ridurre LDL-C del 30-49% (classe I)

Adulti con rischio cardio e cerebro-vascolare elevato ($\geq 20\%$ a 10 anni): inizia statina per ridurre LDL-C $>50\%$ (classe I)

Adulti con rischio cardio e cerebro-vascolare *borderline* ($\geq 5\%$ - $<7.5\%$ a 10 anni): se presenti fattori di rischio aggiuntivi valutare statina di moderata intensità (classe IIb)

Iperensione arteriosa

Negli adulti affetti da ipertensione arteriosa sono raccomandati tutti gli interventi non farmacologici per ridurre i valori di pressione arteriosa: perdita di peso, dieta mediterranea, restrizione sodica, supplementazione di potassio con la dieta, attività fisica aerobica e ridotto introito di alcol.

Negli adulti con ipertensione arteriosa stadio I (sistolica tra 130 e 139 mm/hg e diastolica 80 e 89 mmHg).

Se il rischio cardio-cerebro-vascolare è $< 10\%$ a 10 anni non è raccomandata terapia farmacologica.

Se il rischio cardio-cerebro-vascolare è $\geq 10\%$ a 10 anni (o pazienti diabetici o con IRC) è raccomandato iniziare un farmaco antipertensivo con target pressorio $\leq 130/80$ mmHg.

Negli adulti con ipertensione arteriosa stadio II (sistolica ≥ 140 mm/hg e diastolica ≥ 90 mmHg) è raccomandato aggiungere la terapia farmacologica indipendentemente dal rischio CV a 10 anni.

Fumo

Indagare e registrare il dato di abitudine al fumo in ogni visita.

Raccomandare ai fumatori di smettere per ridurre il rischio cardio- e cerebro-vascolare

Per avere più probabilità di successo nella cessazione del fumo combinare interventi comportamentali con terapia farmacologica

ASA

Al dosaggio di 75-100 mg/die potrebbe essere considerata in prevenzione primaria per adulti selezionati d'età compresa tra 40 e 75 anni con alto rischio cardio- e cerebro-vascolare ($\geq 20\%$ a 10 anni) ma senza rischio di sanguinamento aumentato.

L'aspirina al dosaggio di 75-100 mg/die non dovrebbe essere routinariamente somministrata per la prevenzione primaria degli adulti con età > 70 anni.

L'aspirina al dosaggio di 75-100 mg/die non dovrebbe essere somministrata per la prevenzione primaria degli adulti di qualunque età che presentano un aumentato rischio di sanguinamento.

ANTICOAGULANTI

FA associata a stenosi mitralica reumatica : anticoagulazione orale con farmaci antagonisti della vitamina K. mantenendo un INR tra 2 e 3, indipendentemente da altri fattori di rischio.

FANV ad alto rischio di ictus (punteggio CHA₂ DS₂ -VASc > 2) : terapia anticoagulante orale con anticoagulanti orali diretti.

FANV a rischio moderato di ictus (punteggio CHA₂ DS₂ -VASc =1) e basso rischio emorragico : terapia anticoagulante orale con anticoagulanti orali diretti.

FANV a rischio moderato di ictus (punteggio CHA₂ DS₂ -VASc =1) e basso rischio emorragico : terapia anticoagulante orale con anticoagulanti orali diretti.

FANV a basso rischio di ictus (punteggio CHA₂ DS₂ -VASc = 0) non è indicata la terapia antitrombotica.

FA non valvolare in terapia anticoagulante orale con antagonisti della vitamina K non in grado di mantenere l'INR nel range terapeutico è indicata la terapia con anticoagulanti orali diretti.

FANV e con grave insufficienza renale :di antagonisti della vitamina K, mantenendo l'INR tra 2 e 3.
FANV ad alto rischio di ictus in cui la terapia anticoagulante orale a lungo termine è controindicata, può essere indicata la chiusura percutanea dell'auricola dell'atrio sinistro in centri qualificati.

Flutter atriale: stessi criteri decisionali adottati nel paziente con FANV.

Protesi valvolari cardiache meccaniche : la terapia anticoagulante con antagonisti della vitamina K con INR target differenziato sulla base della sede della protesi, della sua trombogenicità e della presenza di eventuali fattori di rischio tromboembolico.

ECO DOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI

Richiederlo se presenti segni/sintomi sospetti per la presenza di una stenosi carotidea (soffio carotideo, sospetto furto della succlavia, improvviso deficit visivo monoculare).

Rischio cardio- e cerebro-vascolare intermedio (tra 7.5% e 19% a 10 anni) : ricercare la presenza di una placca stenotante, che consentirebbe di riclassificare il paziente come ad alto rischio.

Rischio cardio- e cerebro-vascolare alto ($\geq 20\%$ a 10 anni): ricercare la presenza di placche stenotanti.

ENDOARTERIECTOMIA O L'ANGIOPLASTICA CON STENTING

Stenosi carotidee asintomatiche $\geq 70\%$: endoarteriectomia o angioplastica con stenting se il rischio peri-procedurale risulta $< 3\%$. In caso contrario il paziente andrà avviato al miglior trattamento medico.

Stenosi carotidee asintomatiche $\geq 70\%$, ma con aspettativa di vita < 3 anni: raccomandata la miglior terapia medica.