

# La Cardiologia Preventiva: prospettive nazionali ed europee a confronto con le Cardiologie dell'Emilia Romagna. Workshop IACPR/GICR - Emilia Romagna

## *Preventive Cardiology: comparisons of European and Italian projects with the Cardiac Units from Emilia Romagna region. A workshop of IACPR/GICR - Emilia Romagna*

Massimo F. Piepoli<sup>1</sup>, Antonio Brambilla<sup>2</sup>, Lorenzo Brambilla<sup>3</sup>, Claudio Ceconi<sup>4</sup>, Paolo Coruzzi<sup>2</sup>, Ursula Corvi<sup>1</sup>, Tommaso Diaco<sup>5</sup>, Giuseppe Di Pasquale<sup>6</sup>, Alessandro Malagoli<sup>1</sup>, Giuseppe Miserotti<sup>7</sup>, Andrea Pozzati<sup>8</sup>, Pier Luigi Semprini<sup>9</sup>, Enrico Sverzellati<sup>10</sup>, Stefano Urbinati<sup>11</sup>, Giovanni Q. Villani<sup>1</sup>

**ABSTRACT:** *Preventive Cardiology: comparisons of European and Italian projects with the Cardiac Units from Emilia Romagna region. A workshop of IACPR/GICR - Emilia Romagna. M.F. Piepoli, A. Brambilla, L. Brambilla, C. Ceconi, P. Coruzzi, U. Corvi, T. Diaco, G. Di Pasquale, A. Malagoli, G. Miserotti, A. Pozzati, P.L. Semprini, E. Sverzellati, S. Urbinati, G.Q. Villani.*

A workshop endorsed by the Italian Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation – Emilia Romagna Section – held in Piacenza in May 2011, gave the opportunity to discuss the emerging role of Preventive Cardiology in the modern era. From the new documents recently published by the European and Italian Scientific Associa-

tions, the barriers in their implementation, and the contribution of the health care providers, physicians, nurses, both in primary and secondary prevention were discussed. The local initiatives of cardiac prevention in different areas were presented and compared. A new project of secondary prevention in the follow-up and management of patients with dilated cardiomyopathy and heart failure promoted by the Emilia Romagna Region Health Authority was presented.

*Keywords: preventive cardiology, cardiac rehabilitation, heart failure, telecardiology.*

*Monaldi Arch Chest Dis 2011; 76: 81-87.*

<sup>1</sup> U.O.C. Cardiologia, Ospedale G. da Saliceto, Piacenza.

<sup>2</sup> Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Direzione Gen. Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna, Bologna.

<sup>3</sup> U.O. Cardiologia Riabilitativa, Fondazione Don Gnocchi, Parma.

<sup>4</sup> Sezione di Cardiologia, e Dipartimento di Morfologia Embriologia e Centro LTTA dell'Università degli Studi di Ferrara, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Lumezzane.

<sup>5</sup> U.O. Cardiologia Riabilitativa, P.O. Rivolta d'Adda (CR).

<sup>6</sup> UOC Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna.

<sup>7</sup> Ordine dei Medici-Chirurghi, Piacenza.

<sup>8</sup> UOS Cardiologia, Ospedale Dossetti, Bazzano, AUSL di Bologna.

<sup>9</sup> Day Hospital di Riabilitazione e Prevenzione Cardiovascolare, UO Cardiologia Rimini, Ospedale Infermi ASL Rimini.

<sup>10</sup> Cure Primarie, AUSL Piacenza.

<sup>11</sup> U.O. Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna.

Corresponding author: Massimo Piepoli; Delegato Regionale IACPR/GIC, U.O.C. Cardiologia, Ospedale G. da Saliceto, Cantone del Cristo, Piacenza, Italy; Tel. 0523 303217; Fax 0523 303220; E-mail m.piepoli@ausl.pc.it

### Introduzione

“L'uomo passa la prima metà della sua vita a rovinarsi la salute e la seconda metà alla ricerca di guarire”. Non è l'affermazione di un attento e brillante medico contemporaneo, bensì l'acuta osservazione di un genio del passato. Così infatti si esprimeva Leonardo Da Vinci più di 500 anni fa, ponendo inconsciamente le basi di due pilastri della medi-

cina moderna: lo studio degli effetti dello stile di vita sulla salute dell'individuo e la prevenzione delle malattie.

Negli ultimi trent'anni abbiamo assistito a cambiamenti continui e repentini nella popolazione occidentale e nel nostro Paese: l'aumento della vita media, del livello culturale della popolazione, la maggiore consapevolezza che l'individuo ha di sé, i grandi mutamenti climatici ed ambientali.

La medicina come si sta ponendo di fronte a queste grandi trasformazioni? La risposta è nuovamente da ricercare nelle radici dell'operare medico: "...descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: questo è il compito della medicina" (Ippocrate).

Dal curare il malato (oggi sempre più solo la malattia) al prevenire la comparsa della malattia stessa: ecco la nuova tendenza che si chiede alla ricerca medica. Si tratta di un passaggio non semplice: dalla prescrizione di un rimedio medicamentoso, all'indicazione di uno stile di vita, dal risolvere il problema di un individuo solo, all'educarlo alla risonanza che ogni sua azione ha verso se stesso, la collettività e l'ambiente.

Negli ultimi trent'anni la vita media è aumentata di almeno 10 anni [1]. La Cardiologia ha contribuito per 7 anni a tale incremento: questo è il risultato dei progressi fatti dalla ricerca sul trattamento dell'infarto miocardico e dello scompenso cardiaco [2].

Gli ultimi anni hanno visto un impressionante miglioramento dei risultati della terapia farmacologica e delle procedure diagnostiche e terapeutiche nelle malattie cardiovascolari (MCV). Come conseguenza di questi successi un numero sempre maggiore di soggetti sopravvive a un evento cardiovascolare acuto e la gestione nel lungo termine della loro condizione di cronicità comporta un progressivo incremento del fabbisogno di servizi sanitari e di costi.

Ma la morte per cause cardiovascolari continua ad essere la maggior causa di decessi nel mondo. Questo ci dice che il problema non è stato risolto, bensì solamente "cronicizzato", dunque rimandato.

Lo studio Euroaspire [3] ha mostrato come abbiamo imparato a prescrivere farmaci correttamente seguendo le linee guide, ma abbiamo fallito nell'esercitare un'efficace azione di prevenzione secondaria nei pazienti dopo evento ischemico acuto: i nostri pazienti, anche sopravvissuti ad infarto del miocardio, sono sempre più obesi, sedentari, ipertesi e diabetici, in altre parole a alto rischio di recidiva. In questo contesto, sia le autorità sanitarie sia gli utenti hanno iniziato a riconoscere che l'attuale approccio alle MCV basato principalmente sulla cardiologia interventistica e sulla terapia farmacologica rischia di essere scarsamente efficace e prospetticamente non sostenibile.

Per questo motivo le nuove frontiere del trattamento delle malattie cardiovascolari sono sul fronte della prevenzione.

Lo studio INTERHEART [4] condotto in 33 paesi del mondo ha dimostrato che se davvero riuscissimo a modificare lo stile di vita intervenendo sui fattori di rischio cardiovascolare della popolazione mondiale si potrebbe prevenire il 90% delle cardiopatie. In tale studio, inoltre, tutti i fattori di rischio, indipendentemente dalla razza, dalla regione e dalla popolazione di appartenenza dell'individuo, sembrano scatenare l'infarto allo stesso modo.

La prevenzione oggi non è una sfida facile: se prendiamo ad esempio in analisi uno dei fattori di rischio più diffusi e studiati, il fumo, ci si rende subito conto quali grandi e profondi interessi economici ci si trovi a contrastare sostenendone l'abolizione. Allo stesso modo per tutti gli altri fattori di rischio.

Gli interventi tradizionali basati principalmente su una cardiologia interventistica hanno dimostrato essere insufficienti ed inadeguati mentre è necessaria una cardiologia di prevenzione basata sulla stratificazione del rischio, identificazione di un percorso educativo e riabilitativo adeguato alle necessità del singolo paziente, che richiede un approccio multidisciplinare, una stretta collaborazione fra professionisti sanitari dell'acuto e quelli del cronico e le strutture territoriali.

Questo è stato l'obiettivo di un workshop e scambio di opinioni tenutosi a Piacenza, sotto il coordinamento del gruppo regionale Emilia Romagna di IACPR/GICR.

### **La Cardiologia Preventiva: la prospettiva Europea**

Nel lungo periodo le conseguenze delle MCV possono essere in larga misura prevenute: la Carta Europea del Cuore promossa dal Parlamento e dalla Commissione Europea e sottoscritta anche dal Governo Italiano nel 2007 definisce che l'impatto delle MCV può essere ridotto anche attraverso la diagnosi precoce, la gestione corretta della malattia, la riabilitazione e la prevenzione comprendente interventi strutturati diretti alla adozione di stili di vita adeguati (European Heart Health Charter, Art. 7).

Le Società Scientifiche Europee (European Society of Cardiology con la European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, EACPR) e Nazionali (Federazione Italiana di Cardiologia con il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa, GICR/IACPR) stanno raccogliendo questa sfida promuovendo iniziative e la realizzazione di documenti per facilitare la implementazione di percorsi di prevenzione. Al fine di superare il gap esistente fra linee-guida e realtà, la EACPR ha promosso la realizzazione di documenti volti ad agevolare il clinico nella implementazione di programmi di prevenzione riabilitazione cardiovascolare, nei diversi settings clinici, e di fronte alle diverse patologie [5-7]. In tali documenti non vengono solo presentati aspetti pratici per la loro realizzazione ma anche modalità per il superamento degli ostacoli alla loro messa in pratica. Una politica reale di prevenzione necessita comunque la partecipazione di molteplici figure, non solo sanitarie, ma anche politiche e culturali per invertire un trend a favore di corretti stili di vita.

Il paziente cardiopatico dopo un evento acuto o in seguito ad un intervento cardiocirurgico o ad una procedura interventistica necessita di particolari attenzioni dirette al recupero della qualità di vita e al mantenimento o miglioramento della sua capacità funzionale. La cardiologia riabilitativa (CR) rappresenta un intervento strutturato, coordinato e multidisciplinare in grado di migliorare la capacità funzionale e di favorire il recupero e le condizioni di benessere psicologico del paziente. Un programma di CR è raccomandato (con il più elevato livello di evidenza scientifica) dalla European Society of Cardiology, dall'American Heart Association e dall'American College of Cardiology nel trattamento della cardiopatia ischemica. È un trattamento costo-effi-

cace dopo un evento cardiovascolare acuto e, nello scompenso cardiaco cronico, è in grado di migliorare la prognosi, di ridurre le ospedalizzazioni ed i costi sanitari. La sua efficacia, in termini di costi per anno di vita salvata è, nel trattamento della cardiopatia ischemica e dello scompenso cardiaco cronico, paragonabile, se non superiore ad altri interventi preventivi e terapeutici, quali i farmaci ipocolesterolemizzanti, la trombolisi, l'angioplastica coronarica, la chirurgia coronarica o l'impianto di devices. Per queste ragioni l'European Society of Cardiology raccomanda che ogni paziente con esiti di infarto del miocardio o di un evento ischemico coronarico, dopo angioplastica coronarica o by-pass aorto-coronarico, sia avviato ad un programma strutturato di CR gestito da un team multiprofessionale [8].

### La prospettiva Italiana

Troppo spesso il mondo della CR ha vissuto con disagio, a volte con frustrazione, una incomunicabilità con la Cardiologia "per acuti". Questo disagio viene dalla consapevolezza di proporre un modello forte, efficace, molto "patient-oriented", sostenuto da importanti evidenze, ma che troppo spesso non è capito e "utilizzato" come si dovrebbe. Allora una possibile via d'uscita per colmare questo gap può essere quella di non partire più dal modello, ma dal "mondo reale". Alcuni temi chiave che la cardiologia italiana si è posta sono quelli di garantire un'adeguata "educazione" a tutti dopo evento acuto e garantire una gestione-monitoraggio particolare dopo sindrome coronarica acuta (SCA) con gravi complicanze/comorbidità. In particolare si assiste ad un aumento del numero di pazienti con complicanze anche gravi a distanza dall'evento acuto [9] e tali dati sono confermati dal data-base regionale Emilia Romagna (Figura 1).

Ragioni dell'incremento della mortalità/ospedalizzazioni dopo SCA possono essere riassunte in elevata efficacia delle terapie in fase acuta con effetto "ritardante" sulla mortalità, invecchiamento della popolazione e conseguente incremento del livello di rischio, mancanza di strategie assistenziali e di strutture dedicate nella fase post-acuta [10].

L'opinione delle grandi società scientifiche nazionali è che dopo SCA a rischio clinico e CV più alto, un intervento riabilitativo e preventivo intensivo basato su un periodo di degenza

e la successiva prosecuzione in regime ambulatoriale di programmi di esercizio fisico aerobico, prevenzione secondaria, e counseling polispecialistico sia oggi indicato. È auspicabile che tale intervento sia comunque eseguito in strutture dedicate con competenze cardiologiche specifiche [11].

Mortalità	Intra-ospedaliera	30-giorni	Differenza
1995	14.6%	18.9%	4.3%
2006	10.1%	16.1%	6.0%
...2015	6.0%	14.0%	8.0%

Figura 1. - Mortalità post-IMA negli USA, intra-ospedaliera e a 30 giorni [mod. da Krumholtz et al. JAMA 2009; 302 (7): 767].

La Cardiologia Riabilitativa italiana tuttavia non fornisce delle risposte adeguate a questi bisogni. Lo studio ISYDE ha dimostrato che attualmente il rapporto tra eleggibili ad una gestione strutturata della fase post-acuta e trattati in CR è di 5:1, e 70% sono post cardiocirurgici mentre solo 5% sono pazienti ad alto rischio con disfunzione ventricolare sinistra [12]. Dati confermati dallo studio Blitz 4 in pubblicazione, dove è stato dimostrato che solo il 16% dei pazienti dopo SCA entrano in un programma riabilitativo.

Una proposta di prevenzione "appropriata" e "sostenibile" per pazienti ad alto rischio formulata in collaborazione da Area Prevenzione ANMCO è quella di fornire "Counseling" per tutti, un accesso a percorsi definiti per casi selezionati, ed un programma di riabilitazione cardiologica per tutti i casi complessi con comorbidità [13].

### L'importanza della prevenzione primaria

Prima di giungere all'evento acuto la patologia cardiovascolare ha un lungo periodo di progressione silenziosa, durante il quale riveste importanza fondamentale la correzione dei fattori di rischio per ritardare o impedire la comparsa della malattia conclamata. Per tutto questo la precoce identificazione dei soggetti a rischio costituisce il primo, determinante, passo nella prevenzione degli accidenti CV. Per motivi logistici e di diffusione sul territorio, questo compito deve essere svolto dai Medici di Medicina Generale con il sistematico utilizzo delle Carte del rischio/Calcolo del punteggio individuale, secondo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità-Progetto Cuore.

Conseguenza dell'attività di screening è la messa in atto degli interventi di informazione ed educazione sanitaria dei soggetti identificati e non solo, e dei trattamenti non farmacologici e farmacologici dei fattori di rischio cardiovascolare, con l'obiettivo della riduzione del rischio globale nel tempo sempre calcolato con Carta-Calcolo del punteggio individuale e, quindi, della insorgenza della malattia conclamata.

Nel contesto della prevenzione primaria invece, esiste una discrepanza tra chi vorrebbe una politica solo comunitaria (scuole, mass media, ecc.) e chi vede l'opportunità di intervenire sul singolo individuo. Tuttavia il clinico potrebbe essere restio all'impiego sistematico di strumenti rigidi come la carta del rischio, nonostante gli sforzi del Progetto Cuore di fornire un algoritmo semplice da impiegare potenzialmente in tutti gli individui che vengono a contatto con il medico.

La domanda che sorge immediata è quindi: quante persone della nostra popolazione presentano un elevato rischio CV e necessitano quindi di una strategia "preventiva" di tipo aggressivo?

Abbiamo cercato un modo per selezionare all'interno della popolazione generale della Azienda Sanitaria di Bologna i soggetti adulti a rischio CV elevato (>20% di infarto miocardico, morte o ictus a 10 anni). Incrociando la carta del rischio Progetto Cuore ottenuta nel campione dello studio OEC 1998 (200 soggetti sani di 40-69 anni) con la popolazione omogenea residente al 31/12/98 (Dati sito web Pro-

vincia di Bologna: 815.000 abitanti) si ottiene una stima di circa 35.000 soggetti ad elevato rischio da trattare in prevenzione (Figura 2), pari a circa 39 persone per MMG (800 medici di medicina generale operanti nella AUSL). Considerando che il 70% dei soggetti ha almeno un contatto con il proprio medico in 1 anno, la possibilità di un intervento educativo e farmacologico è molto concreta. Il dato più interessante che emerge è il numero relativamente piccolo di soggetti adulti a rischio elevato o molto elevato (7%) da trattare per realizzare la riduzione di eventi CV nel mondo reale. Il 12% presenta rischio moderato, il 34% rischio basso, il 47% rischio non aumentato.

Nell'AUSL di Piacenza dal 2008 in numerose Medicine di Gruppo è presente la figura di un Medico Specialista per l'identificazione ed il trattamento dei soggetti ad Alto Rischio Cardiovascolare che svolge anche attività facilitatoria nei confronti dei MMG per la divulgazione del corretto approccio a questa tipologia di pazienti. Con queste finalità sono state condivise con MMG e Specialisti Ospedalieri Linee Guida per il trattamento dell'ipertensione arteriosa dello scompenso cardiaco e delle dislipidemie.

### L'importanza della prevenzione secondaria

Il concetto di prevenzione CV globale presenta una continua evoluzione e deve essere diretto non solo ai fattori di rischio consolidati, ma anche a quelli in fase di studio (infiammazione, genetica, stress ecc.), in modo da poter aggiornare periodicamente gli strumenti di valutazione del rischio di cui disponiamo, senza dimenticare i cambiamenti epidemiologici della nostra popolazione che richiedono l'aggiornamento degli algoritmi già esistenti (dall'aggiornamento dell'età alla diffusione della sindrome metabolica).

Nell'ambito della prevenzione secondaria la gestione del paziente è sicuramente migliorata e grande attenzione è diretta al mantenimento dei risultati ottenuti dall'approccio interventistico delle sindromi coronariche acute, che ha portato a dati di sopravvivenza e qualità di vita riconosciuti da tutta la comunità. L'adesione dei pazienti alle politerapie prescritte in dimissione rimane il maggiore ostacolo ancora da abbattere.

### Il ruolo dell'Infermiere

Nel corso della pratica quotidiana, l'infermiere contribuisce ai programmi di prevenzione costituendo un anello fondamentale della continuità assistenziale. Gli infermieri abituati all'ascolto e alla relazione con il paziente e adeguatamente formati acquisiscono facilmente le tecniche di counseling necessarie all'empowerment del paziente. Il counseling infermieristico, in prevenzione, ha come scopo principale quello di aiutare il paziente a capire la sua malattia. Il paziente avendo a disposizione le risorse che lo mettono in condizione di agire e operare scelte consapevoli e in autonomia, si sente incoraggiato al cambiamento e alla modificazione del proprio stile di vita.

L'infermiere, attraverso l'instaurarsi di una relazione d'aiuto, incentiva il paziente a smettere di fumare, educa sulla corretta gestione del comportamento alimentare, da indicazioni sull'importanza dell'aderenza alle prescrizioni farmacologiche, incoraggia l'attività fisica, educa il paziente sull'autocontrollo del peso, della pressione arteriosa e della glicemia.

La recente nascita di un ambulatorio dedicato al percorso del paziente dimesso con diagnosi di SCA nell'U.O. Cardiologia di Piacenza gestito in autonomia da un gruppo di infermieri motivato e da una dietista supporta un programma di follow-up strutturato costituendo un punto di informazione e intervento sulla prevenzione a medio e lungo termine della ripresa della malattia.

### Modelli di implementazione in Emilia Romagna

#### Piacenza

Sulla base dell'esperienza acquisita nei 10 anni precedenti nella cura e controllo post-dimissione del paziente con scompenso cardiaco, si è andata perfezionando una rete organizzativa multidisciplinare integrata tra Ospedale e territorio per la diagnosi e cura del paziente con cardiomiopatia dilatativa e scompenso. Obiettivo è il raccordo della cura dell'acuto con quella a lungo termine ed assicurare un follow-up strutturato dei pazienti con la collaborazione di tutti gli attori, dai medici ospedalieri della varie specialità (cardiologi, internisti, geriatri) a quelli del territorio, e infermieri.

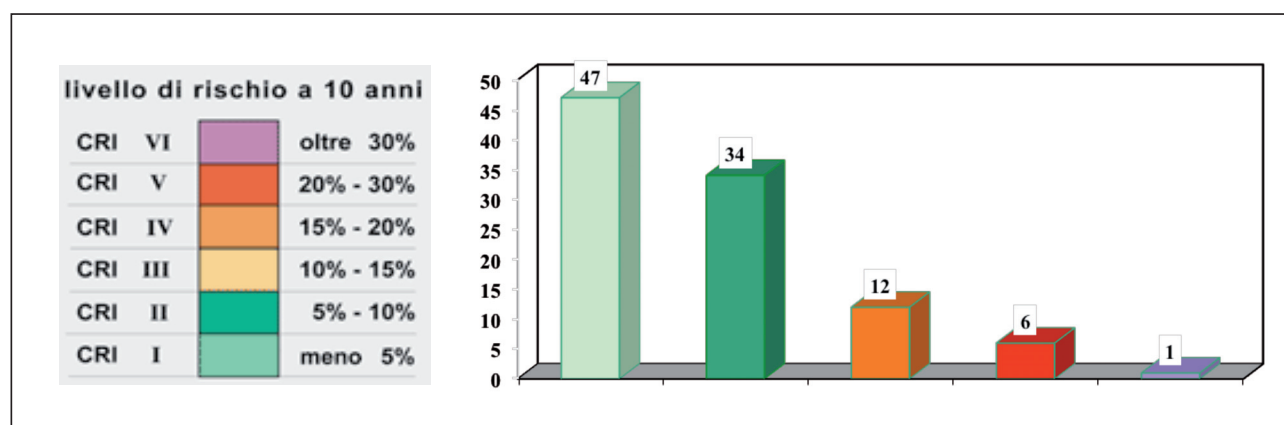


Figura 2. - Prevalenza percentuale delle 6 classi di rischio CV nella popolazione residente nella AUSL di Bologna. Le classi di rischio CRI 10-15 e 15-20% (rischio intermedio) sono rappresentate insieme nel grafico (istogramma arancione).



È nell'ambito di questo percorso che si inseriscono l'ambulatorio divisionale ed il Day-Service dedicato allo scompenso cardiaco ed il progetto Telemedicina, volte a migliorare il trattamento dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca cronica e ottenendo risultati sovrapponibili agli studi nazionali ed internazionali. In particolar modo, il paziente viene sensibilizzato a modificare le proprie abitudini socio-sanitarie sia al momento della dimissione, tramite un kit informativo da parte dell'infermiere al quale segue un monitoraggio telefonico da parte della Caposala del reparto di Cardiologia volto a verificarne l'efficacia, sia durante la visita presso l'ambulatorio dedicato, durante la quale al paziente viene richiesto di monitorare a domicilio alcuni parametri (peso corporeo, frequenza cardiaca, pressione arteriosa) e di comunicarli settimanalmente al centro tramite il sistema di comunicazione da lui preferito (fax o e-mail). Infine, è in fase iniziale il progetto di telemedicina volto al monitoraggio ECG-grafico domiciliare di pazienti selezionati e/o residenti in comuni periferici.

### **Parma**

In una popolazione di 556 pazienti sottoposti a riabilitazione cardiovascolare sono stati correlati i parametri clinici e laboratoristici, ottenuti durante il loro ricovero, con la morbilità, la mortalità e l'attività fisica svolta nei due anni di follow-up successivi alla loro dimissione, al fine di identificare un profilo di rischio. Si è osservato che i pazienti che hanno svolto un percorso riabilitativo, hanno una prevalenza di morbilità e mortalità più bassa rispetto a coloro che vengono direttamente dimessi al loro domicilio dopo evento cardiovascolare senza percorso riabilitativo. Inoltre è stato possibile rilevare come alcuni parametri laboratoristici, valutati durante il periodo riabilitativo, come la microalbuminuria e la creatininemia, siano fortemente correlati con la morbilità e la mortalità a due anni dalla dimissione, così come la pratica di una più costante e continua attività fisica sembra proteggere dagli eventi e dalla mortalità coloro i quali continuano a svolgerla anche dopo la dimissione dalla riabilitazione.

### **Bologna**

Sono state adottate misure per migliorare l'interfaccia Ospedale - Territorio, moltiplicate le occasioni di confronto tra cardiologi ospedalieri, territoriali e MMG, messi a punto strumenti operativi per rendere efficace la continuità assistenziale; promozione di una cultura della verifica continua e dell'audit. È stato creato un progetto di prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari, basato su sviluppo del sistema informativo sugli eventi cardiovascolari acuti e sulle recidive, definizione di percorsi integrati o facilitati ospedale-territorio, counseling, formazione del personale sanitario, informazione ed educazione sulle malattie cardiovascolari, riduzione degli errori di terapia.

Le seguenti azioni sono state intraprese:

A. Lettera di dimissione del paziente con evento cardiovascolare acuto, che fornisce diagnosi precisa e sintesi storia clinica del paziente, iter diagnostico-terapeutico espletato, patologie concomitanti,

descrizione chiara del rischio del paziente dimesso dopo SCA e riaffidato al MMG, evidenziazione sintetica dei fattori di rischio identificati, terapia farmacologica alla dimissione ed indicazioni comportamentali, programmazione primo controllo cardiologico post-dimissione (ad 1 mese) ed indicazioni per il follow-up, allegata documentazione minima: ECG pre-dimissione, referto eventuale coronarografia, eventuale piano terapeutico (clopidogrel), materiale educativo condiviso e predefinito.

B. Stratificazione del rischio.

C. Percorso del paziente dimesso dopo evento cardiovascolare acuto

Nel 2009 dalla collaborazione tra Cardiologie è nato il programma "Formare per Formare" finalizzato a realizzare un counseling infermieristico omogeneo in tutte le Cardiologie alla dimissione. Dalla collaborazione tra Cardiologie e MMG è scaturito il "Progetto post-infarto" che ha coinvolto i 330 MMG di Bologna. Sono state effettuate giornate di formazione prima a livello di Distretti, quindi di NCP con il coinvolgimento sia dei Cardiologi ospedalieri che territoriali con un forte supporto della Direzione Sanitaria.

### **Ferrara**

Un grande progetto di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari ormai da tre anni porta i cardiologi dell'Ospedale di Ferrara ad uscire dagli stretti spazi degli ambulatori e ad incontrare la gente comune, quella che sta bene e non ha ragione di sottoporsi ad una visita, ma che spesso è anche quella che si sta esponendo ad un altissimo rischio di ammalarsi di cuore.

L'ambizioso progetto nasce nel 2008 dall'intuizione del Professor Roberto Ferrari, Direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Università di Ferrara, già Presidente della Società Europea di Cardiologia, nell'ambito del progetto "Ferrara, Città della Prevenzione".

Alcune felici coincidenze hanno reso agevole la realizzazione di questa campagna di prevenzione: Ferrara è una città piccola (circa 110000 abitanti), a misura d'uomo e soprattutto a misura di bicicletta: i suoi abitanti prediligono il mezzo a due ruote per gli spostamenti interni; per il tempo libero, la cinta muraria interamente percorribile a piedi o di corsa, fa il resto. Dunque incoraggiare l'attività sportiva e soprattutto dare consigli pratici al fine di creare dei "percorsi del cuore" è stato uno degli obiettivi dei cardiologi impegnati in questo progetto. La vocazione agricola della provincia ferrarese ha poi facilitato l'incoraggiamento al consumo di frutta e verdura nella dieta quotidiana da parte dei cardiologi. Sono stati poi creati i "menù del cuore", per sedersi al ristorante certi di consumare un pasto sano, e ancora la "spesa del cuore" con preziose indicazioni sui cibi da prediligere per il proprio carrello mentre si fa la spesa; non ultimo è stato brevettato il "pane del cuore", un pane bianco, ricco di fibre, senza sale e ad elevato contenuto di Omega 3.

Insomma, un intento educativo a tappeto che è partito dalla Mostra di pittura "Garofalo, pittore della Ferrara estense", svoltasi presso il Castello Estense, sede della Fondazione Hermitage Italia, calcolando la Carta del Rischio Cardiovascolare ad oltre 4000 visitatori.

Oggi questa iniziativa è ancora più solida e articolata, avendo trovato il plauso di sempre più numerosi consorzi educativi ed enti pubblici e privati, tanto che dalla collaborazione tra il professor Ferrari e l'ecologo Remigio Rossi è nato il progetto "la Fabbrica della Salute", primo modello in Europa. L'Università degli Studi di Ferrara ha dedicato uno spazio all'interno dello storico palazzo "Turchi di Bagno" – fronte Palazzo dei Diamanti – alle attività della prevenzione. Oltre al calcolo della Carta del Rischio al quale possono accedere tutti, presto sorgerà anche un centro antifumo, una cucina per l'addestramento sul campo per realizzare piatti funzionali alla prevenzione, e un centro per lo svolgimento dell'attività fisica.

### **Rimini**

Fin dal 1988-89 nell'ambito della Cardiologia Ospedaliera Riminese emerge la necessità di una migliore gestione della fase post dimissione ospedaliera e si cercano modelli di riferimento con particolare attenzione alle esperienze svolte in regime di degenza dalla Fondazione S. Maugeri. Nasce così l'idea di strutturare post dimissione un percorso in regime di day hospital cucito sulle caratteristiche del paziente per strutturare un percorso di prevenzione secondaria favorito dai facili collegamenti e accessi dei pazienti e utilizzando un team multiprofessionale (cardiologo, dietista, psichiatria, infermiere, fisioterapista) e avvalendosi delle collaborazioni degli specialisti presenti in ospedale (pneumologo, nefrologo, diabetologo ecc). La maggior parte dei pazienti dimessi dalla Cardiologia viene avviata a tale percorso che rende il paziente parte integrante della strategia diagnostica e terapeutica.

Nel corso degli anni si è assistito a un cambiamento significativo della strategia diagnostica - terapeutica (angioplastica primaria - impianto di defibrillatori) e della tipologia dei pazienti (maggiore età - comorbidità - precedenti eventi cardiologici - epidemia dello scompenso). Attualmente le principali afferenze al nostro Day Hospital sono post cardiocirurgia, specie dopo intervento per valvulopatia, mentre si è notevolmente ridotto il numero di pazienti con rivascularizzazione chirurgica con numeri medi per anno dal 2005 al 2010 di 180 - 200 pazienti anno. Nel paziente cardiocirurgico l'età sempre più alta e la presenza di comorbidità rende tali pazienti più fragili e necessari trattamenti prolungati per una ripresa sufficiente delle autonomie e un lento raggiungimento di un nuovo equilibrio. Nel paziente rivascularizzato non cardiocirurgico che accede in piccola parte al nostro Day Hospital rimangono aperte numerose problematiche (ottimizzazione delle terapie, gestione ansia, depressione, educazione sulla gestione della malattia) alle quali con difficoltà risponde il percorso attualmente effettuato (ricerca di informazioni su internet, da amici, dal medico di base) senza possibilità di verifica.

### **Prospettive in altre realtà:**

#### **Percorso Scompenso della Regione Lombardia**

Come evidenziato dal Decreto Regione Lombardia n° 2886 del 24.03.2010 [14-15] "Percorsi e

continuità assistenziale nel paziente con scompenso cardiaco dopo evento acuto", il paziente scompensato può usufruire di un vantaggio addizionale nel passaggio, dopo un evento acuto, in regime di CR. Un primo filtro di selezione deve essere posto identificando dei criteri di accesso alle varie tipologie di intervento riabilitativo legati sia al rischio clinico che alla complessità clinico assistenziale e di conseguenza al grado di disabilità. Ciò passa attraverso una corretta e precoce individuazione del soggetto a rischio di sviluppare la malattia cronica, in un più appropriato trattamento della fase post acuta (primo evento o recidiva) mirato a limitare la degenza nel reparto ad alta tecnologia – a favore di una scelta a più basso costo e miglior vantaggio terapeutico, completando il ciclo terapeutico ed il recupero funzionale del paziente attraverso un'appropriate gestione clinico-assistenziale. Questo programma si realizza con un adeguato monitoraggio delle complicanze e comorbidità assieme alla strutturazione di programmi integrati di training fisico, supporto psicologico, educazione sanitaria e prevenzione secondaria nella successiva integrazione ospedale territorio. Interventi che in ultima analisi sono mirati ad una riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, attraverso la riduzione delle ricadute ed, in conclusione, al miglioramento della qualità della vita. Identificati i criteri clinici di dimissibilità al completamento del programma riabilitativo residenziale dovranno essere delineati dei percorsi specifici differenziati post-ricovero in relazione alla possibilità di rientro del paziente a domicilio o di trasferimento in strutture per le cure intermedie oppure di assistenza domiciliare mediante la Telecardiologia. Dopo il completamento della sua fase di ricondizionamento fisico nella struttura riabilitativa il paziente, raggiunto l'obiettivo dell'ottimizzazione farmacologica e definita un'opportuna stratificazione del rischio cardiovascolare, viene indirizzato al medico di medicina generale. Il passaggio di consegne rappresenta un altro punto delicato dell'intero progetto e richiede una completa e dettagliata lettera di dimissione in cui venga delineato l'intero iter clinico, peso corporeo, PA e siano esplicitati degli indicatori che costituiscono gli indici clinici della qualità del processo assistenziale: FE, classe NYHA (all'ingresso e alla dimissione), comorbidità, uso e dose dell'ACE-I, del sartano e della terapia anticoagulante nella fa. L'obiettivo finale è quindi il mantenimento di una rete di servizi integrati (ospedale territorio) per il paziente scompensato che garantisca l'ottimizzazione della terapia, farmacologia e non, e la continuità assistenziale.

### **Percorso Scompenso:**

#### **La Proposta della Regione Emilia Romagna**

Seguendo la filosofia dell' Ambulatory care sensitive condition, che Identifica di patologie per le quali una appropriata gestione ambulatoriale consente di evitare il rischio di ricovero, ridurre il rischio di complicanze e aggravamento, e sulla base della letteratura delle linee guida Europee e Americane è nata la proposta di creazione di un percorso originale per la gestione integrata ospedale-territorio

dello scompenso. Si è perciò costituito un gruppo di lavoro regionale che ha lavorato dal Luglio 2009 al Febbraio 2011. I cardini principali di questa proposta sono la gestione integrata (chiara definizione dei ruoli dei professionisti, MMG, Specialista, Infermiere territoriale), valorizzazione della stratificazione del paziente in tutti gli stadi, importanza del sistema informativo

Il modello si caratterizza per la stratificazione dei pazienti negli Stadi A, B, C, D (sulla base delle linee guida AHA/ACC) e per ogni stadio si individuano gli obiettivi assistenziali, individuazione del ruolo e dei compiti dei professionisti, individuazione di strumenti assistenziali di supporto.

Ulteriori elementi del modello sono: criteri di riferimento al centro trapianti per i pazienti in stadio D, definizione di una lettera di dimissione standard per scompenso, integrazione nei percorsi informativi SOLE della lettera di dimissione specifica, adeguamento della lettera per lo scompenso a quella standard attualmente utilizzata in SOLE, fase di analisi e progettazione e di conseguente audit del sistema.

### Conclusione

È evidente la difficoltà di sviluppo di nuovi paradigmi di presa in cura di pazienti non più considerati semplici oggetto di esami o di cure ma percepiti come soggetti e protagonisti di un percorso nel quale si cerca di dare risposte concrete alle esigenze di ciascuno. Il medico deve scendere nelle dinamiche di vita comune a incontrare non un malato da curare con una pastiglia, ma una persona da incoraggiare o indirizzare nell'ambito della salute: è probabilmente il medico del futuro. Un futuro comunque ormai prossimo. Un futuro il cui cuore sta già pulsando oggi.

### Riassunto

Il workshop patrocinato da IACPR/GICR dell'Emilia Romagna tenutosi a Piacenza nel maggio 2011 è stato occasione di discussione sulla crescente importanza della cardiologia preventiva e riabilitativa. Partendo dai documenti di indirizzo Europei e Nazionali, sono stati evidenziati i limiti alla loro applicazione in Italia e il ruolo dei singoli attori, medici e infermieri, nel loro superamento sia nella prevenzione primaria che secondaria. Sono state messi a confronto i progetti sviluppati nelle diverse realtà locali grazie alla esperienza e entusiasmo dei singoli operatori, medici, infermieri e ricercatori. Infine è stato discusso il nuovo Percorso per la cura del paziente con scompenso come nuovo modello di prevenzione in Regione Emilia Romagna.

**Ringraziamenti:** Si ringraziano per il patrocinio: Regione Emilia Romagna, Azienda Sanitaria Locale di Piacenza, Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Piacenza, Fondazione Piacenza & Vigevano. Ringraziamento particolare per il contributo incondizionato di Astra-Zeneca.

### Bibliografia

1. Ferrari R, Guardigli G, Tavazzi L. A modern fairy tale. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16 Suppl 1: S65-7.
2. Ferrari R. Ferrara, city of prevention, a model of the 21st century? *Eur Heart J* 2009; 30: 2415-2426.
3. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17 (5): 530-40.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-952.
5. Corrà U, Piepoli MF, Carrè F, et al. European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Committee for Science Guidelines (EACPR). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J* 2010; 31 (16): 1967-74.
6. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, et al. Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17 (1): 1-17.
7. Piepoli MF, Conraads V, Corrà U, et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Heart Fail* 2011; 13 (4): 347-57.
8. Wijns W, Kolh P, Danchin N, et al. European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions, Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2010 Oct; 31 (20): 2501-55.
9. Krumholz HM, Wang Y, Chen J, et al. Reduction in acute myocardial infarction mortality in the United States: risk-standardized mortality rates from 1995-2006. *JAMA* 2009; 302 (7): 767.
10. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Int Med* 2006; 166: 1842-1846.
11. Consensus sulle Sindrome Coronariche Acute. *G Ital Cardiol* 2009; 10 (Suppl 1-6): 3S-43S.
12. Tamarin R, Ambrosetti M, De Feo S, Piepoli M, Riccio C, Griffo R; ISYDE-2008 Investigators of the Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Prevention. The Italian Survey on Cardiac Rehabilitation-2008 (ISYDE-2008). Part 3. National availability and organization of cardiac rehabilitation facilities. Official report of the Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology (IACPR-GICR). *Monaldi Arch Chest Dis* 2008; 70 (4): 175-205.
13. Urbinati S. Coordinamento Area Prevenzione. *G Ital Cardiol* 2008; 9 (Suppl 1-7): 49-51S.
14. Decreto Regione Lombardia n° 2886 del 24.03.2010. Determinazioni in merito ai percorsi assistenziali nel paziente con scompenso cardiaco dopo evento acuto. BURL Serie Ordinaria - N° 16 - 19 aprile 2010.
15. Diaco T, Milanese G, Zaniboni D, et al Proposta di ottimizzazione delle risorse nella trattamento ospedaliero dello scompenso cardiaco attraverso l'utilizzo dell'U.O. di Riabilitazione Cardiologica. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 66: 286-293.