

Il coinvolgimento degli infermieri nelle cure primarie: un elemento chiave per la profilassi primaria e secondaria della cardiopatia ischemica? Un'ipotesi aperta alla discussione

Nurse involment in primary care: it is the key to improve the outcomes in primary and secondary prevention?

Sabino Scardi¹, Pierpaolo Gori², Paolo Umari¹

ABSTRACT: *Nurse involment in primary care: it is the key to improve the outcomes in primary and secondary prevention? S. Scardi, P. Gori, P. Umari.*

Difficulties in management of risk factors, lifestyle and medications adherence to achieve secondary prevention of ischemic heart disease were described.

Many studies indicate that the benefit of cardiac rehabilitation therapy after acute coronary events is only partially maintained during the following year. Thereafter, new strategies of

medical care are needed to improve the long-term outcomes in coronary patients. Nurse co-ordinated, multidisciplinary cardiac rehabilitative programme could help patients to improve their lifestyle, to control their risk factors and to achieve their therapeutic goals for secondary prevention of ischemic heart disease.

Keywords: primary and secondary prevention, rehabilitation, ischemic heart disease, nurse clinics.

Monaldi Arch Chest Dis 2010; 74: 82-85.

¹ Scuola di Specialità in Cardiologia, Università degli Studi di Trieste.

² Riabilitazione del Cardiopatico, Casa di Cura Pineta del Carso Duino Aurisina, Trieste.

Corresponding author: Prof Sabino Scardi; Via Moro, 5; I-34136 Trieste, Italy; E-mail address: sabino.scardi@libero.it

La riabilitazione omnicomprensiva ha un ottimo rapporto costo-beneficio, ma i benefici si perdono se l'intervento non è a lungo termine

(Morris L, Black S, Reid R,
J Cardipulm Rehabil 2000; 20: 115)

I programmi della moderna riabilitazione cardiovascolare si sono evoluti dal semplice training fisico alla più complessiva prevenzione secondaria che comprende la gestione dei fattori di rischio, i consigli alimentari, gli interventi psicologici [1]. Con questo approccio multifattoriale si è ottenuto un miglioramento della sopravvivenza dopo infarto del miocardio del 56% e la riduzione del 28% del rischio di recidiva infartuale indipendentemente dall'età e dal sesso [2-3].

Tuttavia gli studi EUROASPIRE hanno chiaramente dimostrato che, almeno in Europa (compresa l'Italia), la prevenzione cardiovascolare secondaria è del tutto insoddisfacente nell'usuale pratica clinica [4]. I pazienti che frequentano un Centro di Riabilitazione ottengono sicuramente risultati più favorevoli. Lo studio GOSPEL condotto nelle strutture riabilitative italiane ha dimostrato che un intervento multifattoriale prolungato nel tempo assicura, rispetto al gruppo di controllo, la riduzione del rischio di recidiva infartuale, migliora lo stile di vita, il livello dei fattori di rischio e l'aderenza alla terapia dopo 3 anni di follow-up [5].

Tuttavia solo un terzo degli eleggibili frequenta un Centro di Riabilitazione a lungo termine [6].

Lo studio EUROACTION

La Società Europea di Cardiologia [7] nel 2003 propose lo studio randomizzato EUROACTION diretto a valutare la fattibilità e i risultati di un programma di prevenzione primaria (nei pazienti ad alto rischio di svilupparla) e secondaria della cardiopatia ischemica nella pratica clinica di routine.

Lo studio era randomizzato (intervento o cura usuale), multidisciplinare, coordinato dagli infermieri-utilizzando le linee guida europee di prevenzione cardiovascolare e coinvolgeva:

1. 2088 pazienti ischemici arruolati in 12 ospedali generali (esclusi i centri di riabilitazione) in Italia, Francia, Polonia, Spagna, Svezia, Regno Unito.
2. 2317 soggetti ad alto rischio (e loro familiari) arruolati dai medici di medicina generale di 12 centri in sei nazioni europee (Danimarca, Italia, Polonia, Spagna, Olanda e Regno Unito).

L'inclusione dei parenti nello studio enfatizzava il coinvolgimento della famiglia nell'acquisizione di un migliore stile di vita. I pazienti inseriti nel gruppo EUROACTION erano confrontati con quelli di un gruppo assegnato alla "cura usuale". Gli endpoints valutati ad 1 anno erano: modificazioni dello stile di vita familiare (fumo, attività fisica ecc.), ge-

stione della pressione arteriosa, dei lipidi e della glicemia e aderenza alla terapia cardioprotettiva.

Risultati ad un anno dello studio EUROACTION

Tre quarti degli arruolati nel gruppo trattamento (pazienti con malattia coronarica: 72%, soggetti ad alto rischio di svilupparla: 78%, familiari di pazienti con malattia coronarica: 72% e di soggetti ad alto rischio: 77%) hanno seguito le raccomandazioni di consumare frutta e vegetali (400 g al giorno o più) mentre nel gruppo "cura usuale" solo un terzo (pazienti con malattia coronarica: 35%, soggetti ad alto rischio: 39%, familiari di pazienti con malattia coronarica: 37%, di soggetti ad alto rischio 50%) ha raggiunto questo target.

Il 55% degli ischemici ha ridotto il consumo di grassi saturi VS il 40% del gruppo cura usuale, mentre il 17% verso l'8% ha utilizzato tre porzioni di olio di pesce alla settimana; la stessa tendenza è stata osservata nei pazienti ad alto rischio e nei familiari.

Tra i cardiopatici e i loro familiari, fumatori al momento dell'arruolamento, il 58% e rispettivamente il 32% hanno smesso di fumare e sono rimasti non fumatori per almeno un anno, rispetto al 47% e 18% dei pazienti e loro familiari assegnati alla cura usuale.

Il target di 30-45 minuti di attività fisica 4-5 volte alla settimana è stata raggiunta dal 54% dei cardiopatici e dal 50% di quelli ad alto rischio verso il 20% e rispettivamente il 22% della cura usuale. Anche i familiari hanno presentato la stessa tendenza (41% dei cardiopatici e rispettivamente 44% di quelli ad alto rischio) VS 27% e 25% di quelli assegnati alla cura usuale.

In confronto con quelli arruolati nella cura usuale, il 31% dei pazienti con coronaropatia e il 23% di quelli ad alto rischio del gruppo trattamento hanno ridotto l'obesità centrale (valutata con la circonferenza della vita).

Il target della colesterolemia è stato raggiunto dalla maggioranza dei pazienti con coronaropatia sia in quelli assegnati al gruppo trattamento sia in quelli alla cura usuale, mentre i soggetti ad alto rischio del gruppo trattamento hanno ridotto il tasso di colesterolemia più del gruppo controllo.

Un valore desiderabile di emoglobina glicata è stato raggiunto più spesso nel gruppo trattamento (56% negli ischemici e 80% in quelli ad alto rischio) rispetto alla cura usuale (rispettivamente 53% e 65%).

Un valore di pressione arteriosa target è stato ottenuto con più frequenza nel gruppo trattamento sia nei coronaropatici (56% VS 53%) sia nei soggetti ad alto rischio (80% VS 65%).

Infine le terapie cardioprotettive sono state utilizzate più frequentemente nei soggetti assegnati al gruppo trattamento rispetto a quelli della cura usuale.

Commento

Nonostante alcune limitazioni metodologiche, lo studio EUROACTION ha dimostrato che un programma integrato, coordinato da infermieri opportunamente preparati e con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti, in confronto con la cura usuale, migliora lo stile di vita, controlla adeguatamente la

pressione arteriosa ed incrementa l'uso di farmaci cardioprotettivi nei pazienti con cardiopatia ischemica e nei soggetti ad alto rischio di svilupparla. Questo favorevole risultato nella qualità della cura è stato ottenuto negli ospedali generali e nella pratica generale della medicina territoriale di sei nazioni europee compresa l'Italia con un costo generalmente basso.

David Wood sostiene che l'approccio utilizzato nell'EUROACTION può rappresentare un nuovo standard per la gestione della prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica in Europa utilizzando gli ospedali generali ed i medici di medicina generale perché rende anche accessibile la partecipazione a questo programma della maggior parte dei pazienti con cardiopatia ischemica, dei soggetti ad alto rischio e anche dei loro familiari [7].

Il numero dei Centri di Riabilitazione Cardiovascolare, almeno nel nostro paese, è decisamente inadeguato al bisogno dei potenziali utenti, perciò un importante numero di pazienti non è arruolato nei programmi riabilitativi (in particolare in quelli a lungo termine) e non beneficia perciò di un potenziale ed efficace programma di prevenzione secondaria. Spesso in alcuni Centri italiani il programma si limita al training fisico e ai controlli clinici mentre la gestione sia dei fattori di rischio sia dei problemi psicologici è poco praticata. Inoltre la gestione dei pazienti è spesso limitata al periodo di trattamento post-evento, così non si assicura una "cura" a lungo termine, e di conseguenza nel tempo si perdono gli eventuali vantaggi raggiunti durante il "periodo trattamento". Interessante a questo proposito è l'esperienza di Willich e coll. [8]. Questi autori hanno ottenuto un buon profilo del livello dei fattori di rischio durante la fase riabilitativa, all'opposto dopo un anno di follow-up (gestito dal medico curante) i fumatori sono aumentati e i pazienti con ipertensione e con dislipidemia ben controllate sono diminuiti.

Per ovviare a questi inconvenienti, Delaney et al. [9] ad Aberden hanno utilizzato il personale infermieristico per la gestione a lungo termine della prevenzione secondaria (*Nurse Clinic*) e per migliorare l'aderenza al trattamento medico e al nuovo stile di vita.

In Canada è in corso lo studio policentrico ELMI (Extensive Lifestyle Management Intervention) sulla gestione a lungo termine (4 anni) della prevenzione secondaria della popolazione dimessa da un programma di riabilitazione cardiovascolare con il coinvolgimento anche dei medici di medicina generale. Dopo un anno di follow-up, rispetto alla cura usuale, si osserva un modesto ma non significativo beneficio sul rischio globale [10].

Anche in Irlanda è stato condotto con successo uno studio di fattibilità su un programma di prevenzione secondaria (HEARTWATCH) gestito dai medici di medicina generale [11].

Una meta-analisi della Cochrane [12] inoltre ha dimostrato che la riabilitazione ospedaliera e quella domiciliare hanno pari efficacia nel migliorare l'outcome clinico e la qualità della vita nei pazienti a basso rischio dopo un infarto del miocardio o dopo un intervento di rivascularizzazione.

In questa prospettiva in Australia è stata valutata, per i pazienti che non potevano partecipare a

programmi di riabilitazione strutturati, la riabilitazione domiciliare con l'assistenza di Telesalute (Telefono, Internet, Videoconferenza) utilizzando interventi di monitoraggio a distanza fra i provider ed i pazienti [13].

Prospettive future

Coinvolgere i medici della medicina generale e il personale infermieristico dei distretti socio-sanitari opportunamente addestrati potrebbe rappresentare una potenziale risorsa per la gestione a lungo termine della prevenzione e della riabilitazione cardiovascolare anche nel nostro Paese. I Centri di riabilitazione invece potrebbero gestire i pazienti ad alto rischio e i casi complicati.

In questa situazione, come ha dimostrato l'iniziativa EUROACTION [7], la creazione di servizi territoriali di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare anche nei distretti socio-sanitari può integrare l'attività dei Centri specialistici di riabilitazione cardiaca, per favorire la partecipazione a lungo termine dei pazienti e assicurare un migliore outcomes dei cardiopatici ischemici tenendo conto della situazione economica, culturale e sanitaria locale. Del resto se un paziente con cardiopatia ischemica acuta dal territorio giunge in ospedale (UTIC, Degenza) passa poi al Centro di riabilitazione, ma per assicurare la continuità della "cura" deve tornare alla struttura territoriale.

Il problema della continuità assistenziale è molto complesso e richiede da parte delle associazioni scientifiche e del legislatore un ripensamento ed uno sforzo diretti ad assicurare una più razionale organizzazione dell'assistenza ambulatoriale sia ospedaliera sia territoriale. In questo contesto la struttura riabilitativa ospedaliera deve assumere un ruolo organizzativo fondamentale per armonizzare l'operato degli infermieri e dei medici delle cure primarie con i programmi riabilitativi postospedalieri.

Un nuovo impegno per il personale infermieristico territoriale

Sono 10 le strategie principali per l'implementazione delle linee guida cliniche per la prevenzione cardiovascolare, l'ultima recita: tutte le figure professionali devono considerare la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari parte integrante della propria quotidiana pratica clinica [14]. Cardine dell'intervento preventivo non sono solo le prescrizioni ma la terapia di sostegno che l'operatore deve offrire all'utente perché accetti le modificazioni dello stile di vita e l'assunzione regolare dei farmaci, entrambi gli obiettivi alla lunga non sono semplici.

Poiché nuovi compiti sono stati affidati al personale infermieristico nei diversi ambiti della cura primaria, secondaria e terziaria (*Bologna Declaration*) [15]. Gli infermieri devono riorganizzarsi per assistere i pazienti con cardiopatia ischemica con lo scopo di modificare la storia naturale della malattia aterosclerotica utilizzando le strategie di intervento più appropriate. Come abbiamo visto prima, programmi di prevenzione in cui i pazienti siano seguiti dagli infermieri migliorano lo stile di vita e favoriscono il

follow-up indispensabile per ottenere una buona compliance e il rispetto delle prescrizioni mediche [16-19].

Non esiste una categoria di infermieri dedicata alla prevenzione staccata da quella degli infermieri dedicata alla diagnosi e alla cura, tuttavia sono indispensabili alcuni esperti che, sgravati da compiti di assistenza, possano dedicarsi a tempo pieno all'intervento preventivo. Questo innovativo compito richiede passione, creatività, predisposizione, impegno e cultura [18].

Il GICR-IACPR, in collaborazione con l'ANMCO e l'Area Prevenzione, deve avere un ruolo importante nel processo formativo di questo personale [19].

Riassunto

Molte sono state le difficoltà segnalate nella gestione dei fattori di rischio, dei nuovi stili di vita e dell'aderenza alla terapia nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica. Infatti, più ricerche hanno dimostrato che i benefici della riabilitazione cardiaca sono mantenuti solo parzialmente negli anni successivi. Pertanto nuove strategie sono state proposte per migliorare gli outcome dei pazienti coronaropatici.

Un modello alternativo è suggerito dallo studio EUROACTION con un programma riabilitativo multidisciplinare coordinato da infermieri opportunamente addestrati per aiutare i pazienti ischemici a raggiungere gli endpoint suggeriti dalle linee guida internazionali.

Bibliografia

- Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. *Circulation* 2007; 115: 2675-2682.
- Witt BJ, Jacobsen SJ, Weston SA, et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 988-996.
- Hammill BG, Curtis LH, Schulman KA, et al. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term risks of mortality and myocardial infarction among elderly medicare beneficiaries. *Circulation* 2010; 121: 63-70.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. EUROASPIRE Study Group, EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 121-137.
- Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2194-2204.
- Kosteva K, Wood D. The challenge for preventive cardiology. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16 Supp 2: S19-23.
- Wood DA, Kosteva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 1999-2012.
- Willich SN, Muller-Nordhorn J, Kulig M, et al. Cardiac risk factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease. A prospective cohort study *Eur Heart J* 2001; 22: 307-313.

9. Delaney EK, Murchie P, Lee AJ, *et al.* Secondary prevention clinics for coronary heart disease: a 10-year follow-up of a randomised controlled trial in primary care. *Heart* 2008; 94: 1419-1423.
10. Lear SA, Spinelli JJ, Linden W, *et al.* The extensive lifestyle management intervention (ELMI) after cardiac rehabilitation: a 4-year randomized controlled trial. *Am Heart J* 2006; 152: 333-339.
11. Bennett K, Jennings S, Collins C, *et al.* Heartwatch: a secondary prevention programme in primary care in Ireland. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15: 651-656.
12. Dalal HM, Zawada A, Moxham T, Taylor RS. Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2010; 340: b5631.
13. Neubeck L, Redfern J, Fernandez R, *et al.* Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 281-289.
14. Smith SC, Jackson R, Pearson TA, *et al.* Principles for national and regional guidelines on cardiovascular disease prevention. A scientific statement from the world heart and stroke forum. *Circulation* 2004; 109: 312-3121.
15. *Bologna Declaration* www.unige.ch/cre,2003.
16. Patel NB, Balady GJ. The rewards of good behaviour. *Circulation* 2010; 121: 733-735.
17. Mozaffarin D. Promising of improving metabolic and lifestyle risk in practice. *Lancet* 2008; 371: 1973-1974.
18. Wingham J, Proctor C, Dalal HM. Improving provision of cardiac rehabilitation services. *Nurs Times* 2007; 103: 32-33.
19. Scardi S, Mazzone C. Gli ostacoli alla prevenzione cardiovascolare. *Ital Heart J Supp* 2001; 2: 1068-1073.