

# Le “Poll” di GICR: un nuovo strumento per tutti coloro che si occupano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva

## *The GICR polls: a new instrument for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation in Italy*

Marco Ambrosetti<sup>1</sup>, Pompilio Faggiano<sup>2</sup>

**ABSTRACT:** *The GICR polls: a new instrument for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation in Italy. M. Ambrosetti, P. Faggiano*

During the year 2015 GICR-IACPR, a scientific society for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (CRP) in Italy, carried out several “Polls” based on its website, in order to know current attitudes of health operators involved in the management and care of cardiac patients. The Poll #1 focused on post revascularization residual myocardial is-

chemia, familial dyslipidemia, erectile dysfunction, sleep apnoea, and hyperuricaemia, all conditions being paradigmatic of well known situations of high cardiovascular risk and disability in the CRP setting. In the present report feasibility and results of the GICR Poll #1 are discussed.

**Keywords:** *Cardiovascular Rehabilitation, Prevention, Poll, risk-factors.*

*Monaldi Arch Chest Dis 2014; 82: 209-216.*

<sup>1</sup> Editor Sito Web GICR-IACPR - UO Cardiologia e Angiologia Riabilitativa, Clinica Le Terrazze, Cunardo (VA).

<sup>2</sup> Presidente GICR-IACPR - UO Cardiologia, Spedali Civili di Brescia e Cattedra di Cardiologia Università di Brescia.

Corrispondenza: Dr. Marco Ambrosetti; UO Cardiologia e Angiologia Riabilitativa; Clinica Le Terrazze; Via U. Foscolo 6/b, I-21035 Cunardo (VA), Italy; Tel. 0332/992448; Fax 0332/990074; E-mail address: m.ambrosetti@clinicaletterazze.com

Le “Poll” – o meglio “Instant Poll” – secondo le teorie del marketing sono dei mini sondaggi online solitamente composti da una o più domande molto specifiche, accompagnate da una brevissima serie di risposte “chiuse”. Si tratta di uno strumento di comunicazione molto efficace, grazie alla logica d’interattività che ne interpreta il principio operativo, che si è diffuso in breve tempo nei principali portali e siti d’informazione. I vantaggi delle Poll per un sito web sono molteplici, tra cui soprattutto la possibilità di interagire in modo diretto con i propri visitatori e fidelizzarli, la possibilità di costruire in un lasso di tempo molto breve una piccola ricerca di mercato o di opinione, e infine la possibilità d’incrementare il proprio traffico web. Le Poll necessitano di una posizione di ottima visibilità per funzionare al meglio; per questo motivo, la loro localizzazione privilegiata nei siti web che le utilizzano è all’interno dell’homepage.

GICR-IACPR ha ritenuto di sperimentare le Poll nell’ambito dei servizi offerti dalla piattaforma Web societaria. Non è una novità nel campo dell’associazionismo in campo sanitario: molte società scientifiche utilizzano forme variegata di interazione a distanza con i propri affiliati, con una strategia di comunicazione bidirezionale finalizzata a recuperare informazioni su idee e orientamenti e allo stesso tempo proporre progetti didattici e di aggregazione mirati. Idee e progetti sono il motore anche del network della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (CRP) italiana, uscito ulteriormente rafforzato dal

censimento ISYDE 2013 [1] in termini di strutture, attività e posizionamento nel mondo delle cure cardiovascolari.

Le Poll di GICR-IACPR prendono il via dalla selezione da parte di un gruppo di esperti di argomenti suggeriti da esponenti della Società Scientifica o suoi partner istituzionali. La caratteristica principale del singolo topic è quella di costituire una riconosciuta “area grigia” di ambito clinico o di organizzazione dei servizi sanitari nel campo della CRP. Uno o più topic possono essere selezionati per la singola Poll, generalmente rilasciata online su base bi- o trimestrale. Un compito importante del panel di esperti è la codifica delle risposte chiuse per ogni domanda della Poll: l’esigenza di evitare risposte libere – di difficile inquadramento per l’analisi – deve infatti coniugarsi con la possibilità di comprendere almeno i principali orientamenti dell’utente, al fine di coglierne le dinamiche di posizionamento sui diversi quesiti proposti.

Una volta elaborato lo scheletro della Poll, il rilascio sul sito [www.iacpr.it](http://www.iacpr.it) avviene mediante pubblicazione in homepage, supportato da una newsletter di presentazione a tutti i soci GICR-IACPR e utenti del sito regolarmente registrati. La Poll ha una vita media sul sito di circa un mese e vengono generalmente programmate due newsletter di richiamo prima del termine del sondaggio. Dalla homepage del sito si viene invitati ad aprire un link esterno (Figura 1), nel quale è possibile aprire l’elenco di domande e completare le risposte in forma

SONDAGGIO GICR n°1 - MARZO 2015

Clicca "aggiungi", compila e alla fine "inserisci"

Clicca "aggiungi", compila e alla fine "inserisci"

Inserisci oppure annulla

**Nuovo**

**Sono un:**

- Cardiologo
- Internista
- Geriatra
- Medico dello Sport
- Fisiatra
- Angiologo
- Cardiocirurgo
- Pneumologo
- Altro specialista
- Medico non specialista

**Opera prevalentemente in:**

- Cardiologia Riabilitativa
- Cardiologia per Acuti
- Cardiologia Ambulatoriale
- Altro

**Sesso**

- Maschio
- Femmina

**Età**

Figura 1. - Schermata web utente per la compilazione della Poll in modalità open.

anonima. Il database completo delle stringhe di risposta è centralizzato presso GICR e disponibile per analisi e scopi divulgativi previa richiesta al Centro Studi GICR-IACPR.

### Il primo test su “nuovi” fattori di rischio e disabilità

La gestione clinica del paziente che ha superato un evento aterosclerotico, coronarico o extra-coronarico, è ben supportata dalle evidenze derivanti da numerosi trials e registri e dalle raccomandazioni delle Linee Guida Internazionali. Tuttavia, vi sono ancora degli aspetti relativi alla accurata stratificazione dei pazienti affetti da aterosclerosi, conclamata o sospetta, ed alle conseguenti implicazioni terapeutiche, che sono oggetto di opinioni e approcci incerti e controversi. Obiettivo della prima Poll di GICR-IACPR, effettuata nel mese di marzo 2015, è stato quello di valutare gli attuali approcci diagnostico terapeutici relativi ad alcune situazioni cliniche particolari: l'ischemia residua nella cardiopatia ischemica cronica, i disturbi respiratori del sonno nel cardiopatico, la disfunzione erettile, l'iperuricemia e l'ipercolesterolemia familiare (elenco delle domande in Tabella 1). La Poll di marzo 2015 ha costituito un banco di prova di questo strumento, sia per quanto riguarda l'effettivo “successo” in termini di partecipazione del network italiano di CRP afferente a GICR-IACPR, sia in termini di capacità di suscitare un dibattito e

giungere a un effettivo stimolo di miglioramento della pratica clinica nelle attività quotidiane. Questo secondo scopo è stato perseguito mediante un evento residenziale tenutosi a Milano il 18 giugno 2015, durante il quale un expert panel di estrazione societaria GICR ha discusso i risultati per macrotema e gettato le basi per una diffusione più capillare delle criticità e soluzioni operative identificate.

Di seguito una sintesi dei principali riscontri della prima Poll e alcuni elementi di riflessione:

### *Lo strumento della Poll interessa il cardiologo riabilitatore?*

La Poll 1 ha realizzato 145 risposte di singoli medici. Una buona performance se consideriamo che ISYDE 2013-Directory, la più recente fotografia della rete della CRP italiana, ha censito 772 operatori medici formalmente operativi in questo contesto assistenziale [1]. La Poll sembra avere intercettato (Figura 2) in adeguata proporzione i diversi ruoli sul campo della componente medica (dirigenti medici di primo e secondo livelli, specializzandi/borsisti), seppure con una minore rappresentatività delle fasce più “giovani” (Figura 3) alle quali, del resto, dovrebbe essere più gradito lo strumento del web. Probabilmente il “giovane” medico è ancora maggiormente interessato ad offerte di formazione e strumenti didattici immediatamente fruibili, rimanendo piuttosto distaccato dall'ambito del confronto su tematiche dibattute o su cui vi siano posizioni discordanti. Inoltre, la caratteristica

Tabella 1. - Elenco delle domande della Poll 1

| Domanda  | Risposte consentite  |
|--|--|
| <b>1. Quanti hanno sofferto una Sindrome Coronarica Acuta o sono stati sottoposti a Rivascolarizzazione coronarica percutanea o chirurgica nell'ultimo mese?</b>   | > 75%<br>50-75%<br>25-50%<br>< 25%   |
| <b>2. Tra questi pazienti quale è la percentuale di soggetti molto anziani e/o con comorbidità maggiore (diabete, insufficienza renale, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, anemia, fragilità)?</b>  | > 75%<br>50-75%<br>50-75%<br>< 25%   |
| <b>3. Tra i pazienti con recente SCA e dato coronarografico noto, quale è la percentuale di soggetti con malattia coronarica multivasale (definita come stenosi &gt; 50% in almeno 2 vasi principali o diramazioni maggiori, oppure malattia del tronco comune)?</b> | > 75%<br>50-75%<br>25-50%<br>< 25%   |
| <b>4. Tra i pazienti con recente SCA e dato coronarografico noto, quanti sono stati sottoposti a rivascolarizzazione (percutanea o chirurgica) il più possibile completa prima della tua valutazione?</b>  | > 75%<br>50-75%<br>25-50%<br>< 25%   |
| <b>5. Tra i pazienti con recente SCA, quanti hanno evidenza di ischemia residua, sulla base di sintomi o di documentazione strumentale (scintigrafia, Eco-stress, test ergometrico)?</b>   | > 75%<br>50-75%<br>25-50%<br>< 25%   |
| <b>6. In caso di documentazione di ischemia residua quale è la tua strategia iniziale?</b>   | a) potenziare la terapia coronaroattiva e rivaluto la presenza di ischemia<br>b) chiedo da subito la consulenza da parte dell'emodinamista o del cardiocirurgo   |
| <b>7. Cosa ti guida maggiormente nell'iter decisionale? (sono possibili un massimo di tre risposte)</b>  | a) l'estensione dell'area di ischemia miocardica inducibile<br>b) la soglia di comparsa dell'ischemia al test funzionale<br>c) la presenza di angina e/o la sua severità<br>d) la Frazione di Eiezione del Ventricolo sinistro<br>e) la presenza di stenosi coronariche significative indipendentemente dall'area ischemica<br>f) l'età del paziente<br>g) le comorbidità del paziente<br>h) la consuetudine operativa locale<br>i) la previsione di aderenza alla terapia<br>l) altro |
| <b>8. In caso di ottimizzazione della terapia farmacologica preferisci:</b>  | a) incrementare la posologia della singola classe di farmaci alla dose massima tollerata (esempio betabloccante per la frequenza cardiaca)<br>b) associare subito un farmaco attivo sullo stesso target terapeutico (esempio ivabradina per la frequenza cardiaca, calcioantagonista diidropiridinico per la pressione arteriosa)<br>c) inserire farmaci con meccanismi d'azione differenti (esempio trimetazidina, ranolazina)<br>d) inserire nitrato per via orale o transdermica    |
| <b>9. Nell'ambito della valutazione clinica fai una valutazione sistematica della familiarità precoce per manifestazioni clinica dell'aterosclerosi?</b>   | a) sempre<br>b) spesso<br>c) raramente<br>d) in sottogruppi particolari di pazienti  |
| <b>10. Nell'ambito della valutazione clinica fai una ricerca sistematica della possibile presenza di dislipidemia familiare?</b>   | a) sempre<br>b) spesso<br>c) raramente<br>d) in sottogruppi particolari di pazienti  |
| <b>11. Nel corso dell'esame obiettivo ricerchi la presenza di xantomi e arco corneale che ti possano orientare verso una forma genetica di dislipidemia?</b>   | a) sempre<br>b) spesso<br>c) raramente/mai<br>d) in sottogruppi particolari di pazienti  |

(segue)

(segue ) Tabella 1. - Elenco delle domande della Poll 1

| Domanda   | Risposte consentite   |
|---|---|
| <b>12. Se il paziente è già in terapia per l'ipercolesterolemia, ti informi sui valori di colesterolo pre-trattamento?</b>  | a) sempre<br>b) spesso<br>c) raramente<br>d) in sottogruppi particolari di pazienti   |
| <b>13. Se sospetti una dislipidemia familiare in un paziente come ti comporti?</b>  | a) lo invio sempre in un centro specializzato per la conferma diagnostica<br>b) lo invio sempre in un centro specializzato per conferma diagnostica e gestione della terapia<br>c) lo invio in un centro specializzato solo se non raggiungo il target terapeutico<br>d) gestisco personalmente il paziente ed eseguo lo screening nella famiglia   |
| <b>14. Nell'ambito della tua valutazione clinica di questi pazienti fai delle domande relative all'eventuale presenza di disfunzione erettile?</b>                      | a) sempre<br>b) spesso<br>c) raramente<br>d) aspetto che me lo dica il paziente spontaneamente  |
| <b>15. Usi un questionario standardizzato per la disfunzione erettile?</b>  | a) sì<br>b) no<br>c) no, faccio una domanda generica  |
| <b>16. Nel caso il paziente ti riferisca una disfunzione erettile come ti comporti?</b>   | a) lo invio ad uno specialista per approfondimenti<br>b) suggerisci di pazientare qualche tempo e lo rivaluti successivamente<br>c) prescrivi una terapia farmacologica per la disfunzione erettile   |
| <b>17. Nell'ambito dell'approccio "standard" al paziente a te riferito, fai delle domande relative al riposo notturno, russamento, apnee riferite dal coniuge, ecc?</b> | a) sempre<br>b) spesso<br>c) raramente/mai<br>d) aspetto che me lo dica il paziente spontaneamente  |
| <b>18. Usi un approccio standardizzato (questionario validato, domande precise)?</b>  | a) sì<br>b) no  |
| <b>19. Nel caso sospetti che il paziente abbia un disturbo respiratorio del sonno come ti comporti?</b>   | a) lo riferisco immediatamente a Collega Esperto<br>b) prescrivo un esame strumentale (es. ossimetria notturna, polisonnografia)<br>c) suggerisco di prestare attenzione al disturbo fino al prossimo controllo<br>d) altro   |
| <b>20. Tra le comorbidità che valuti nel singolo paziente per la sua gestione clinica quale ruolo attribuisce alla iperuricemia sintomatica o asintomatica</b>          | a) richiedo sempre il dosaggio ematico dell'acido urico e inizio una terapia quando il livello è al di sopra dei valori normali<br>b) interrogo sempre il paziente su eventuali manifestazioni cliniche (gotta) ed eventualmente richiedo il dosaggio dell'uricemia, per le successive decisioni terapeutiche<br>c) considero il problema "iperuricemia" solo in sottogruppi di pazienti (insufficienza renale, obesità, uso continuativo di diuretici, ecc)<br>d) a mio avviso il ruolo dell'iperuricemia come marker prognostico nei pazienti cardiopatici è ancora incerto e questo mi porta ad un atteggiamento meno aggressivo |

“artigianale” delle Poll di GICR-IACPR – prive della più avanzata interattività e design di cui il moderno mondo del web è capace – può non aver suscitato un interesse elettivo per questo tipo di operazione. In questo contesto, per le Poll come per le altre iniziative di GICR-IACPR, appare imprescindibile una certa attitudine da parte del “follower” della nostra Società Scientifica ad avere una sorta di “affinità elettiva” per tutto ciò che rimanda al mondo della CRP, se veramente in grado di impattare con l’agire quotidiano.

### ***Ischemia residua in CRP: qui domina il coraggio***

Una buona parte della Poll 1 è stata dedicata all’argomento dell’ischemia residua. È stato evidenziato come sempre più soggetti afferiscono ai programmi di CRP dopo evento acuto coronarico (grazie anche al maggiore accesso alle procedure di rivascularizzazione) e che si tratta sempre di più di soggetti anziani, fragili e con plurime comorbidità. Non stupisce quindi che una corposa coorte di medici (circa un terzo) dichiarò che una percentuale rilevante (oltre un quarto) dei propri pazienti

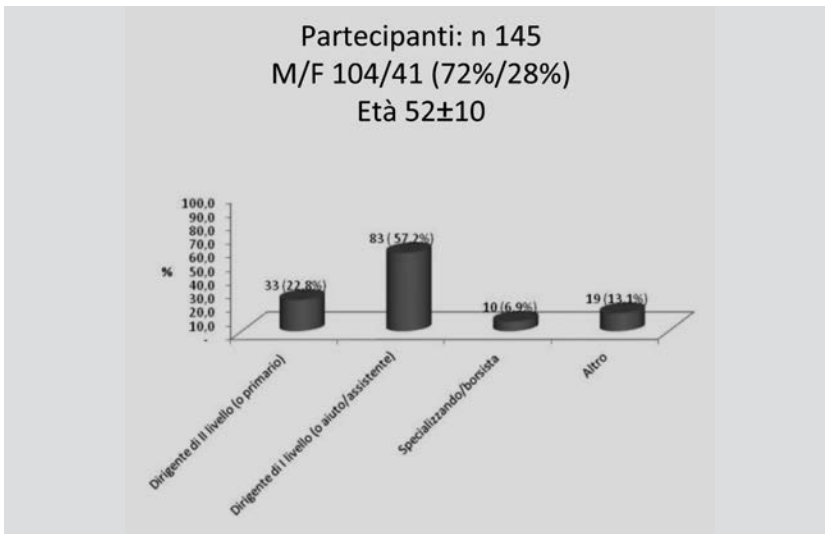


Figura 2. - Epidemiologia e distribuzione per ruolo professionale dei partecipanti alla Poll 1, Marzo 2015.

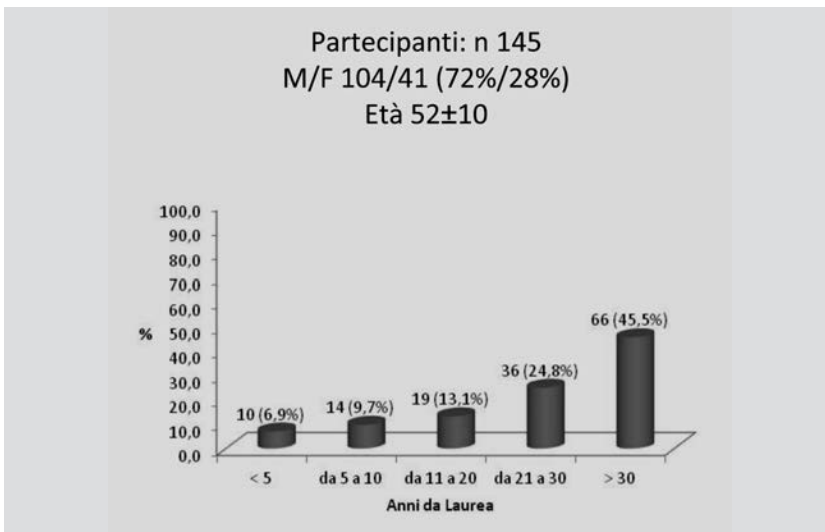


Figura 3. - "Anzianità" professionale dei partecipanti alla Poll 1, Marzo 2015.

rivascolarizzati presenta ischemia residua. In questo contesto, l'attitudine dominante del medico intercettato dalla Poll è quella di potenziare la terapia coronaroattiva e rivalutare il grado di ischemia, e i tre principali driver decisionali (Figura 4) sono rappresentati dalla presenza/severità dell'angina, dalla soglia di comparsa dell'ischemia al test funzionale e dall'estensione dell'area ischemica.

**Quel "familiare" oltre la dislipidemia....**

Il tema della dislipidemia familiare è stato inserito nella Poll 1 come paradigmatico dello sforzo necessario per arrivare a una più puntuale "diagnosi lipidica" del paziente in CRP, in grado, anche senza ulteriori sofisticate metodologie di analisi molecolare, di individuare soggetti a rischio cardiovascolare molto alto. Su questo tema GICR-IACPR si è impegnata anche con uno studio osservazionale ad hoc (HEREDITY: "HEterozigous Familial hyperCholesterolemia in coronary patiEnts admitted to carDiac rehabilitaTion programs in Italy") e con la produzione di apposito materiale didattico sulla rivista societaria [2] e sul sito web.

Oltre due terzi dei Medici che hanno partecipato alla Poll hanno asserito di valutare sistematicamente la familiarità precoce per manifestazioni cliniche dell'aterosclerosi, la metà effettua la ricerca

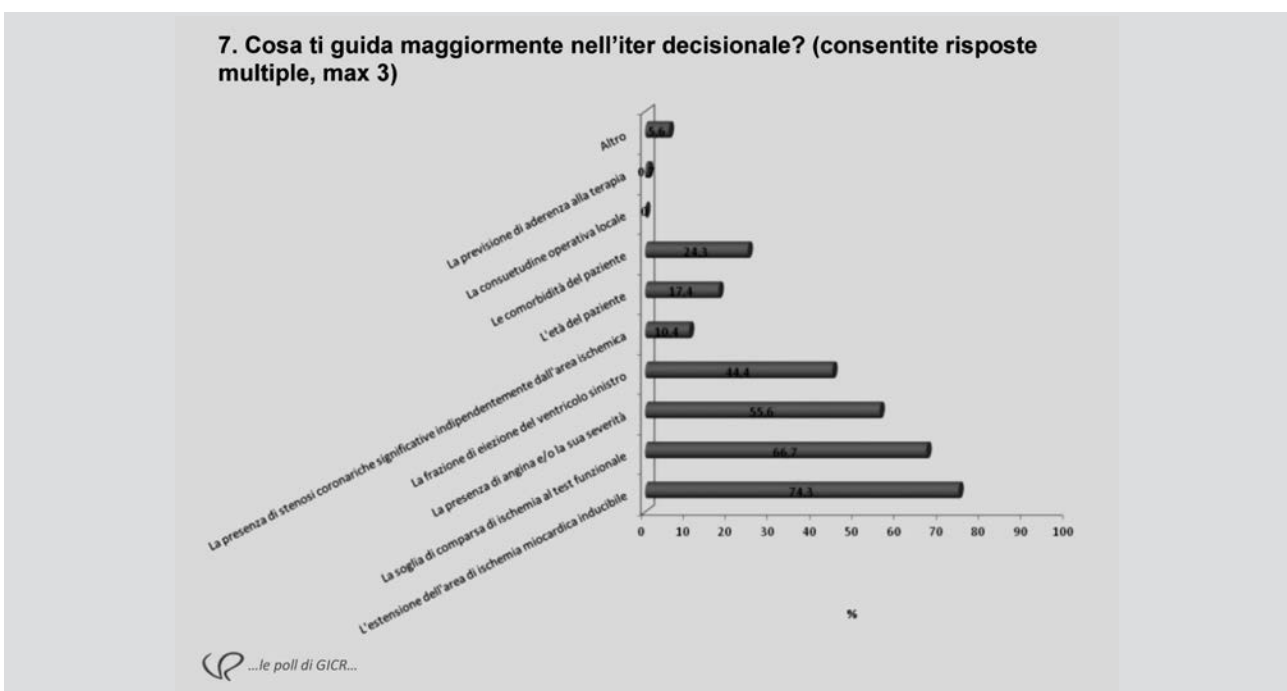


Figura 4. - Attitudine operativa per la gestione conservativa dell'ischemia residua.



sistematica di una dislipidemia familiare e circa il 40% ne ricerca segni obiettivabili come gli xantomi o l'arco corneale. Dalla Poll sembra emergere una reale attitudine del medico operativo in contesti di CRP (Figura 5) a farsi carico di questa problematica, anche attraverso l'effettuazione di uno screening familiare e ricorrendo ad ambulatori o servizi specialistici in caso di bisogno. Questi dati sembrano incoraggianti, anche se non esenti da un effetto di facilitazione derivante dalle iniziative didattico-divulgative sopra citate. Ad ogni modo, anche la Poll pare avere contribuito a rendere la dislipidemia familiare sempre più "familiare" nel contesto della CRP.

### ***Funzione erettile, sonno, uricemia: tra delega e presa in carico***

In terza battuta, la Poll si è focalizzata su tre situazioni che in CRP assurgono a dignità sia di marcatore/fattore di rischio sia di potenziale condizione di disabilità: *la disfunzione erettile, la sindrome delle apnee del sonno e l'iperuricemia.*

I temi relativi ai disturbi del sonno [3] e disfunzione erettile [4] sono stati anch'essi oggetto di pubblicazione divulgativa sulla rivista societaria.

La ricerca attiva della disfunzione erettile è risultata appannaggio di poco più della metà del campione intervistato (Figura 6) e quasi sempre avviene

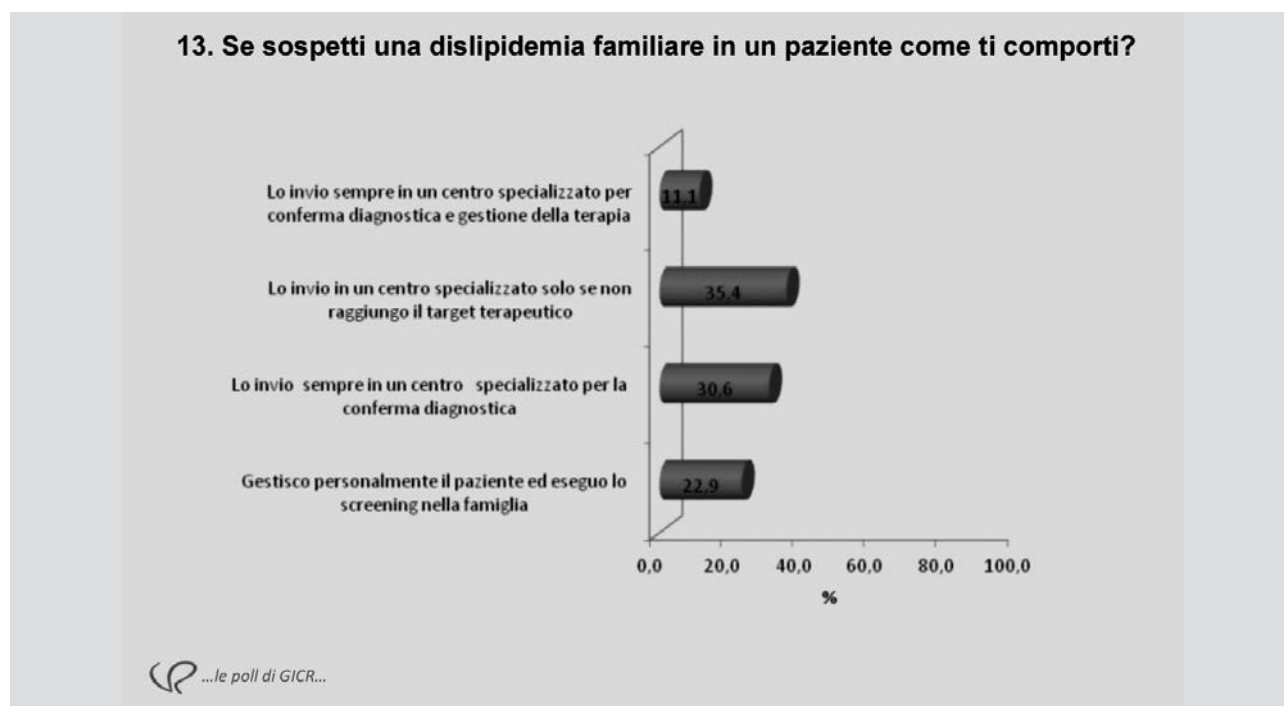


Figura 5. - Attitudine operativa in caso di diagnosi di dislipidemia familiare.

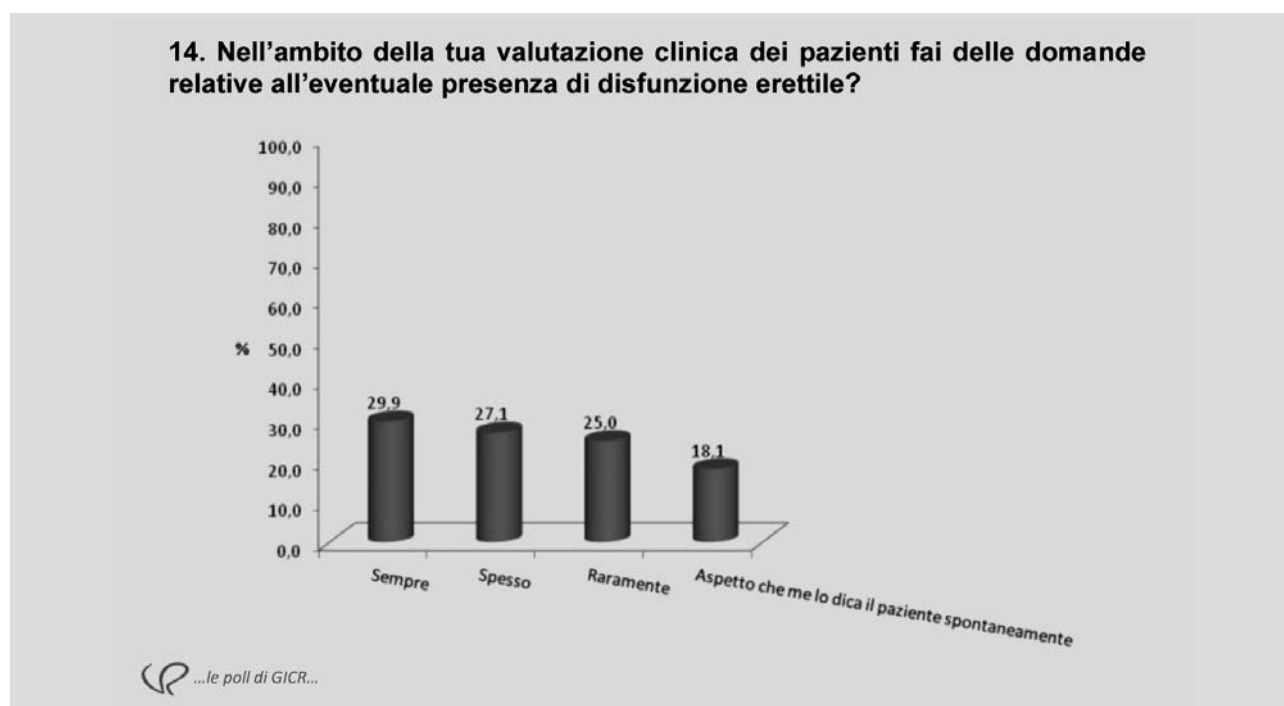


Figura 6. - Attitudine di ricerca della disfunzione erettile in CRP.

in assenza di questionari standardizzati. Una volta diagnosticato il disturbo, l'orientamento di delega a uno specialista è dominante (60% del campione), tuttavia non è trascurabile il fatto che un quinto degli intervistati dichiara di intraprendere in prima battuta una terapia specifica.

La ricerca attiva della sindrome delle apnee del sonno appare maggiormente consuetudinaria nel contesto della CRP (circa l'80% del campione effettua domande specifiche sul sonno spesso o

sempre ai propri pazienti), come anche il procedere direttamente a un esame strumentale di conferma (Figura 7).

Infine, l'iperuricemia sembra essere presente in modo consolidato come elemento utile nel processo di stratificazione del rischio in CRP (Figura 8), con elevati tassi di risposta attestanti un sistematico dosaggio sierico e il relativo trattamento delle situazioni patologiche, indipendentemente dalla presenza di sintomi specifici.

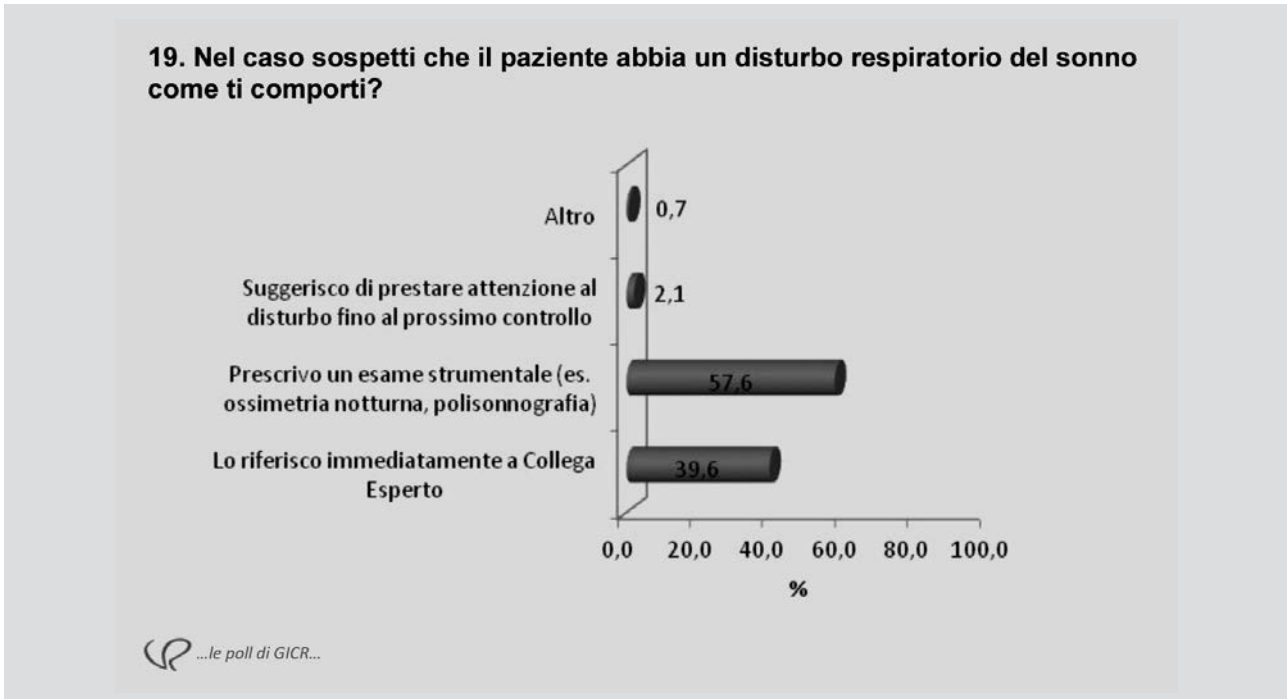


Figura 7. - Attitudine circa il work-up diagnostico della sindrome delle apnee del sonno in CRP.

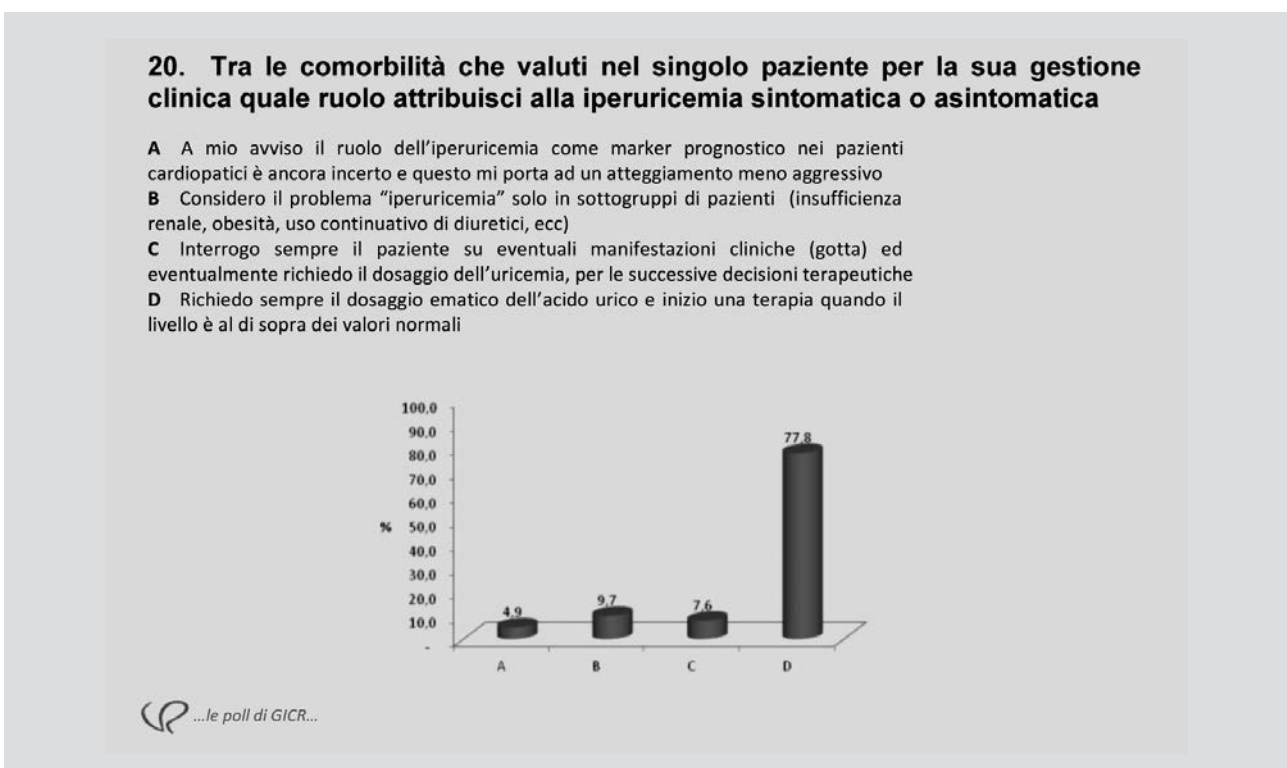


Figura 8. - Percezione del ruolo dell'iperuricemia nella stratificazione del rischio in CRP.

## Conclusioni

La Poll 1 è stata una sorta di prova generale per GICR-IACPR, che ha consentito di testare la “pancia” del proprio network su tematiche di ordine pratico. Lo strumento Poll è naturalmente perfezionabile e costituirà un ulteriore ambito di lavoro nel processo di elaborazione del nostro sito 2.0 nei prossimi mesi. L’idea di GICR-IACPR è di sfruttare le Poll per orientare anche le future proposte del Centro Studi societario, in modo da allinearle sempre di più ad ambiti di reale interesse.

Nello specifico, l’orientamento dei partecipanti alla Poll 1 ha restituito una visione molto dinamica degli operatori sanitari nel campo della CRP, per certi versi sicuramente proattiva e disponibile alla presa in carico globale del paziente.

## Riassunto

*Nel corso dell’anno 2015 la Società Scientifica GICR-IACPR, attiva in Italia nel settore della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, ha lanciato lo strumento delle Poll attraverso il proprio sito internet per una migliore interazione con il network di operatori medici e non medici di riferimento. Le Poll sono configurate come delle agili indagini su orientamenti e attitudini varie di pratica clinica, a risposte chiuse. Nel mese di marzo 2015 è stata effettuata la prima Poll composita in tema di ischemia*

*residua, dislipidemia familiare, disfunzione erettile, apnee del sonno e iperuricemia, argomenti con il comune denominatore di costituire situazioni di elevato rischio cardiovascolare e disabilità, meritevoli di valutazione e interventi specifici nel setting della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Il seguente report traccia il bilancio della prima Poll, in termini di risultati operativi ed elementi emersi.*

*Parole chiave: Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Poll, fattori di rischio.*

## Bibliografia

1. Griffo R, Tramarin R, Ambrosetti M, Volterrani M a nome dei ricercatori ISYDE.2013 dell’Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology (GICR-IACPR) e della Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata (SICOA). Italian Survey on Cardiac Rehabilitation (ISYDE 2013-directory): report su strutture, organizzazione e programmi di Cardiologia Riabilitativa in Italia. *G Ital Cardiol* 2015, in press.
2. Ambrosetti M, Malfatto G, Cremona AM, Arca M, Faggiano P. Familial hypercholesterolemia in cardiac rehabilitation: a new field of interest. *Monaldi Arch Chest Dis* 2014; 82(2): 87-92.
3. La Rovere MT, Fanfulla F, Febo O. Obstructive sleep apnea: one more target in cardiac rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis* 2014; 82: 160-164.
4. Pedretti RF, Masnaghetti S, Faggiano P. Erectile dysfunction and cardiovascular disease: focus on. *Monaldi Arch Chest Dis* 2014; 82(2):80-6.