



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

### PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DEGLI ACCIDENTI CEREBRO- CARDIOVASCOLARI

(Estensione del Progetto di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare)

#### 1. Introduzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 pone tra le sue finalità la riduzione del rischio di recidive nelle persone affette da malattia coronarica cronica con precisa indicazione di alcune aree di interesse preventivo e terapeutico: gli interventi sullo stile di vita, la riabilitazione fisica e psicologica, la terapia farmacologica e la terapia interventistica emodinamica o chirurgica, specie in fase acuta o subacuta. La prevenzione delle recidive degli eventi Cardio e Cerebrovascolari è anche uno dei risultati attesi, indicato nel Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, al punto *1c*, laddove si pone tra gli obiettivi il miglioramento della qualità della vita nei pazienti con patologia cardiaca o vascolare, nota solitamente per la presenza in anamnesi di un evento morboso cardiovascolare maggiore o minore. E' implicito che tali risultati non sono realizzabili in presenza di recidive per nuovi identici eventi, per la progressione del danno primario, ad esempio l'insorgenza di uno scompenso cardiaco quale esito evolutivo di una Sindrome Coronarica Acuta (SCA), o per l'estensione del danno vascolare ad altri distretti, precedentemente indenni. L'ictus e l'infarto miocardico sono secondari ad un processo fisiopatologico in gran parte comune, l'aterotrombosi, con fattori di rischio in gran parte simili<sup>1</sup>. E' noto per esempio che la cardiopatia ischemica rappresenta la più frequente causa di morte dei pazienti con patologia cerebrovascolare, non tanto nell'immediato periodo dopo l'evento cerebrale quanto piuttosto a distanza<sup>1</sup>. Tali fatti morbosi comportano spesso nuove ospedalizzazioni, aggravano la spesa sanitaria e soprattutto peggiorano la qualità di vita del paziente e ne riducono significativamente l'aspettativa di sopravvivenza. La multidistrettualità della patologia aterosclerotica rende indispensabile un approccio multidisciplinare alle strategie di prevenzione secondaria.

Le malattie cardiocerebrovascolari costituiscono nelle nazioni occidentali la prima causa di morte e di disabilità (della seconda l'ictus risulta essere la prima in assoluto<sup>2</sup>). In Italia il 44% dei decessi registrati a livello nazionale sono in relazione a patologia cardiovascolare, per il 28% dovuti a cardiopatia ischemica e per il 13% ad accidenti cerebrovascolari<sup>3</sup>.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Non esiste pertanto efficace prevenzione che si limiti alla fase “primaria”, ossia limitata ai pazienti ad alto rischio, ma senza patologie in atto o pregresse. Un intervento realmente valido non può trascurare la successiva fase, definita “secondaria” per evidenti ragioni cronologiche e consequenziali, ma non certamente per minore importanza clinica, che invece è solitamente più rilevante. Tutto ciò è ancora avvalorato dal fatto che gli interventi sullo stile di vita, di educazione sanitaria individuale e di popolazione raccomandati in prevenzione primaria coincidono in larga misura con quelli utilizzabili in un momento successivo dell'evoluzione della patologia. Una differenza, semmai, può essere nella maggiore intensità ed aggressività degli strumenti preventivi e terapeutici consigliati nell'approccio con soggetti che hanno già presentato un primo evento cardiovascolare. L'elevato grado di disabilità conseguente ad un ictus, in circa il 30% dei pazienti<sup>4</sup>, rende spesso più complicato l'intervento di prevenzione, specie per quanto concerne gli stili di vita. Proprio per l'ictus il rischio di recidiva è molto elevato (circa nel 20% dei casi<sup>3</sup>), ma gli interventi di prevenzione restano insufficienti anche nella nostra realtà nazionale<sup>5</sup>.

Dati epidemiologici recenti pongono in risalto le dimensioni del problema in Sardegna. L'archivio delle SDO per il 2004<sup>15</sup> documenta 2578 ricoveri in Sardegna per IMA (Infarto Miocardico Acuto) di pazienti residenti e 118 di non residenti (codici ICD9 – CM compresi tra 410.00 e 410.89). 61 pazienti residenti in Sardegna sono stati ricoverati fuori regione. Sono stati dimessi con diagnosi di angina instabile 2056 pazienti (codici ICD9 – CM compresi tra 411.00 e 411.92).

Dati relativi alla Sardegna derivanti da uno studio osservazionale eseguito dalla Sezione Sarda dell'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) ha documentato l'incidenza della più comune forma di IMA, quella con la caratteristica elettrocardiografica dell'ST elevato (STEIMA), nel primo semestre del 2005, rilevata dai dati di ricovero presso tutte le strutture di ricovero sarde (Studio SOS IMA, ANMCO sezione Sardegna, Novembre 2005, in corso di pubblicazione). Sono stati ricoverati e trattati in Sardegna, dal 1° gennaio al 30 giugno 2005, 611 pazienti con STEIMA, il 72% dei quali in Unità Coronarica (UTIC).

Lo scompenso cardiaco cronico (SCC), importante sequela della SCA, è un fattore rilevante di peggioramento della qualità ed aspettativa di vita ed una voce rilevante della spesa sanitaria. Dati epidemiologici indicano che tale sindrome è in costante aumento nel mondo occidentale. Si stima che in Italia abbia una incidenza e prevalenza annua rispettivamente del 3 e 20 per 1000 abitanti nella popolazione generale e di 28 e 80 per 1000 nella popolazione anziana<sup>6 7 8</sup>. E' la più frequente causa di ospedalizzazione nei pazienti sopra i 65 anni. In Europa il costo è stimato nell'1-2% della spesa sanitaria<sup>9</sup>. In Sardegna, nel 2004, si sono registrati 4193 ricoveri,



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

per complessive 40.000 giornate di degenza, con una spesa stimabile in € 16.000. La mortalità per scompenso supera il 50% a 5 anni ed è pari a quella per tumore.

Per ciò che concerne l'ictus, i dati italiani di prevalenza ed incidenza sono stati analizzati dallo studio ILSA<sup>4</sup>. E' noto che tale patologia costituisce la terza causa di morte dopo l'infarto miocardico e le neoplasie maligne. La mortalità a 30 giorni è di circa il 20% e metà dei sopravvissuti muore entro 5 anni. Una invalidità di vario grado residua in oltre il 50% dei pazienti che superano la fase acuta, costituendo l'ictus la principale causa di invalidità. Il recupero completo si ha solo nel 40% dei sopravvissuti. Nel 2004 sono stati ricoverati in Sardegna 3826 pazienti con ictus (DRG 14, 16, 17) e 1729 pazienti con Ischemia Cerebrale Transitorie (DRG 15). Secondo i dati della letteratura circa 800 pazienti hanno presentato una recidiva di ictus.

Per quanto sopra esposto la prevenzione secondaria può essere a pieno titolo inserita nel Progetto di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare (PPRCV) di cui alla D.G.R. 29/2 del 5 luglio 2005.

Il Progetto è finalizzato a promuovere il controllo delle recidive attraverso:

- la diffusione di informazioni ai pazienti ed ai care-givers finalizzate al mantenimento di adeguati stili di vita idonei a migliorarne l'outcome e ridurre le recidive;
- il rafforzamento della continuità di cura fra ospedale e territorio attraverso un miglioramento della comunicazione tra gli operatori sanitari coinvolti nelle varie fasi dell'assistenza;
- la diffusione di linee guida basate sull'evidenza al fine di condividere la migliore pratica clinica.

## 2. Strategia

Le difficoltà di “implementare” sul territorio le numerose linee guida, e quindi trasferire nella pratica quotidiana i risultati dei grandi studi clinici, è secondaria ad obiettive difficoltà di diffusione ed accettazione da parte medica ma specialmente dalla necessità di una consapevole condivisione degli obiettivi da parte del paziente. Molteplici dati della letteratura dimostrano il precoce abbandono dei farmaci, compresi quelli a giudizio del medico indispensabili (antiaggreganti, ipolipemizzanti, antipertensivi)<sup>10</sup>. Le strategie di intervento devono perciò essere mirate a rendere più semplici e chiare le raccomandazioni al paziente al momento della diagnosi o della dimissione ed a formare il personale sanitario (medico o infermiere) per migliorare la comunicazione. Di particolare rilievo ai fini dell'intervento di prevenzione delle recidive, è l'educazione dei soggetti già colpiti e dei familiari sui fattori di rischio rilevanti,



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

sulle strategie terapeutiche, farmacologiche e non. Verrà dato particolare rilievo al riconoscimento dei sintomi di allarme ed ai comportamenti immediati da adottare in caso di recidiva.

Come per il Progetto di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare anche l'attuale progetto prevede un approccio individuale e di popolazione. Oltre ai medici di base saranno coinvolti anche i medici specialisti dei reparti cardiologici, neurologici ed internistici, dove vengono ricoverati i pazienti andati incontro ad un evento cardio o cerebrovascolare. Gli interventi sanitari di prevenzione nella patologia cardio e cerebrovascolare devono essere necessariamente integrati con il coinvolgimento degli operatori sia della fase acuta che della fase post-acuta, al fine di garantire la continuità delle cure e gli interventi, farmacologici e non, finalizzati ad una riduzione delle recidive. In particolare è noto che nella fase acuta è fondamentale un rapido riconoscimento dei sintomi per poter iniziare tempestivamente la terapia più adeguata in strutture dedicate in ambito ospedaliero. Dati recenti della letteratura suggeriscono, specie per l'ictus, la necessità di un intervento rapido di prevenzione secondaria, per l'alto rischio di recidiva precoce (per esempio nei pazienti con patologia carotidea<sup>11</sup>). Nella fase post acuta gli interventi di prevenzione iniziano al momento della dimissione con la formulazione di chiare raccomandazioni sullo stile di vita, la stratificazione del rischio di recidiva, anche attraverso l'utilizzo di apposite carte del rischio, la condivisione di protocolli terapeutici con il medico di famiglia, la predisposizione di interventi riabilitativi adeguati <sup>12 13</sup>  
<sup>14</sup>.

In questo contesto gli interventi devono principalmente riguardare:

- a) la formazione degli operatori sanitari, finalizzata ad un precoce riconoscimento dei sintomi ed al trattamento farmacologico o chirurgico idoneo basato sulle evidenze e sulle linee guida disponibili;
- b) la condivisione di percorsi clinici comuni che portino ad una gestione codificata dei pazienti con patologie cardio e cerebrovascolari;
- c) il controllo dei fattori di rischio che sono riconosciuti maggiormente legati agli accidenti cardio e cerebrovascolari (ipertensione arteriosa, iperglicemia, ipercolesterolemia, etc);
- d) la modifica di stili di vita non corretti relativamente a fumo, alcol, iperalimentazione, sedentarietà attraverso la diffusione di messaggi pubblicitari e materiale informativo. I partners potenziali saranno le associazioni dei medici di famiglia e degli specialisti internisti, cardiologi e neurologi e le associazioni di pazienti.

### 3. Contesto



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In linea con quanto previsto nel PPRCV, il presente progetto sarà avviato nella ASL 6 di Sanluri e successivamente esteso a tutte le Aziende USL della Sardegna nell'arco di due anni.

### 4. Obiettivi

- Monitorare l'efficacia degli interventi sulla patologia cardiovascolare attraverso l'Istituzione di un registro regionale degli eventi cardiovascolari, che comprenda anche quello delle Sindromi Coronariche Acute. Tra gli eventi CV da monitorare deve essere inserito lo scompenso cardiaco, tenuto conto dei costi anche in termini di risorse umane.
- Monitorare l'efficacia degli interventi sulla patologia cerebrovascolare attraverso l'Istituzione di un Registro Regionale per l'Ictus coordinato da un Centro di riferimento Regionale per la prevenzione del rischio cerebrovascolare.
- Identificare e rendere accessibili all'utenza le strutture ed i servizi che operano nell'ambito della prevenzione secondaria ed i centri di riabilitazione.
- Portare all'80% in 3 anni i medici dei reparti di cura che forniscono, alla dimissione, idonea informazione al paziente ed al medico di base.

### 5. Azioni

- estensione ed integrazione dei comitati di coordinamento regionale ed aziendali della prevenzione primaria alla prevenzione secondaria;
- stesura e promozione di protocolli operativi basati sull'evidenza che includano la prevenzione secondaria;
- coinvolgimento degli operatori sanitari (infermieri e medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, universitari ed ospedalieri), delle loro organizzazioni e delle società scientifiche;
- stesura e diffusione di un modello di lettera di dimissione condiviso tra tutte le strutture ospedaliere regionali contenente le seguenti informazioni per il MMG:
  - recapiti della struttura sanitaria
  - rischio di recidive, eventualmente valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto
  - indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio
  - indicazioni sulla terapia
  - indicazioni sulla riabilitazione
  - indicazioni sui controlli periodici da eseguire



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- promozione e diffusione delle informazioni sui fattori di rischio e su gli stili di vita idonei alla prevenzione delle recidive cardiocerebrovascolari, anche attraverso il coinvolgimento dei mass media e delle organizzazioni dei pazienti.

### 6. Metodologia

La metodologia seguirà le linee generali del PPRCV, compresa la formazione. E' previsto l'utilizzo di software specifici per la prevenzione secondaria.

### 7. Monitoraggio

Indicatori:

- % di adesione delle strutture ospedaliere al registro regionale per gli eventi acuti cardio e cerebrovascolari;
- % di pazienti con patologie cardio e cerebrovascolari che vengono dimessi con le indicazioni previste dal progetto;
- % di strutture ospedaliere che utilizzano il modello unico di lettera di dimissione;
- % di medici dei reparti di cura che forniscono alla dimissione idonea informazione al paziente ed al medico di base;
- numero di corsi di formazione per operatori sanitari su quelli programmati;
- % dei Medici di Medicina Generale che partecipano ai corsi di formazione.

### 8. Risorse

Per le risorse finanziarie si fa riferimento a quelle indicate nel quadro economico del Progetto di prevenzione del rischio cardiovascolare.



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- <sup>1</sup> Adams RJ, Chimowitz MI, Alpert JS, Awad IA, Cerqueira MD, Fayad P, Taubert KA. Coronary risk evaluation in patients with transient ischemic attack and ischemic stroke. A Scientific Statement for healthcare professional from the Stroke Council and the Council on Clinical Cardiology of the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation* 2003; 108: 1278-1290.
- <sup>2</sup> Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors. Global burden of the disease study. *Lancet* 1997; 349: 1436-1442.
- <sup>3</sup> Conti S, Farchi G, Capocaccia R, et al. La mortalità in Italia nell'anno 1998. Rapporti ISTISAN 02/31 2002:1-185.
- <sup>4</sup> Di Carlo A, Baldereschi M, Gandolfo C, Candelise L, Ghetti A, Maggi S, Scafato E., Carbonin P, Amaducci L, Inzitari D, for the ILSA working group. Stroke in an Elderly Population. Incidence and Impact on Survival and Daily Function. The Italian Longitudinal Study on Aging. *Cerebrovasc Dis* 2003, 16: 141-150.
- <sup>5</sup> Filippi A, Bignamini AA, Sessa E, Samani F, Mazaglia G. Secondary prevention of stroke in Italy. *Stroke* 2003; 34: 1010-1014.
- <sup>6</sup> Ambrosio GB, Castiglia E, Spolaore P, et al. Prevalence of congestive heart failure in elderly. A survey from a population in the Veneto region. *Acta Cardiol*; 1994: 324-327.
- <sup>7</sup> Misuraca G, Serafini O, Caporale R. Prevalenza e caratteristiche cliniche dell'insufficienza cardiaca in un campione di popolazione in Calabria. *Giornale Italiano di Cardiologia* 1998; 28:1385-1390
- <sup>8</sup> Ambrosio GB, Riva LM, Zamboni S, et al. : Lo scompenso di cuore nella popolazione: dati di prevalenza. *Cardiologia* 1992; 37:685-691.
- <sup>9</sup> Berry C, Murdoch DR, McMurray JJ. Economics of chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3:283-291.
- <sup>10</sup> SPREAD Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento, A.A. Bignamini, Editor. 2005, Hyperphar Group SpA - Catel Division: Milano.
- <sup>11</sup> Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJ. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet* 2004; 363: 915-924.
- <sup>12</sup> EUROASPIRE Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart survey programme. *Eur Heart J* 2001;22:554-572.
- <sup>13</sup> EUROASPIRE Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart survey programme. *Eur Heart J* 2001;22:554-572.
- <sup>14</sup> Dalal H, Evans PH, Campbell J. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *BMJ* 2004; 328; 693-697.
- <sup>15</sup> Sistema Informativo Sanitario – OER – Dati SDO.