

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

**PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE GIÀ
HANNO AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI**

Analisi e definizione del contesto:

L'esistenza del Registro regionale toscano dell'infarto e delle malattie cardiovascolari ci permette di avere la dimensione regionale dell'infarto in termini di nuovi casi per anno: in Toscana, dati relativi all'anno 2000, si verificano circa 7.600 nuovi casi di infarto all'anno, dei quali 4.900 nei maschi e 2.700 nelle femmine.

Secondo i dati raccolti dal Registro di Mortalità Regionale (RMR), nel triennio 2000-2002, in Toscana, si sono verificati mediamente poco più di 1.900 decessi per IMA (di cui il 56% nei maschi) ogni anno; inoltre, circa 3.150 decessi (di cui il 50% nei maschi) sono attribuiti alle altre forme ischemiche subacute o croniche cardiache. Nel complesso la patologia ischemica cardiaca è responsabile di circa il 12-13% del totale dei decessi. Infatti, i decessi attribuiti ad IMA ne rappresentano il 4-5% e quelli attribuiti alle altre forme subacute o croniche di ischemia cardiaca ne rappresentano l'8%.

Nell'ultimo quindicennio i tassi di mortalità per IMA standardizzati per età hanno mostrato una progressiva e costante diminuzione in entrambi i sessi, con una riduzione media annua del 2-3%. Anche la CI nel suo complesso ha presentato un trend decrescente, anche se di entità minore ed accentuatosi solo nell'ultimo decennio. Tali andamenti proseguono i trend discendenti iniziati in Italia nella seconda metà degli anni '70 (Cecchi 1991).

La riduzione dei tassi standardizzati di mortalità per IMA è stata superiore a quella osservata per l'insieme delle malattie del sistema circolatorio e per le malattie cerebrovascolari, anche considerando solamente gli anni più recenti. Gli andamenti della mortalità per CI meritano alcune considerazioni più particolareggiate. Infatti la CI, nel suo insieme, ha presentato una riduzione che è circa la metà di quella osservata per IMA. Tuttavia, se dalla CI scorporiamo i decessi attribuiti ad IMA e valutiamo solo quelli attribuiti alle forme subacute o croniche della malattia, osserviamo che i tassi di mortalità standardizzati per età dell'inizio degli anni 2000 sono analoghi a quelli della fine degli anni '80. Questo indica che la riduzione della mortalità per CI ha riguardato solamente le fasi acute dell'IMA e non le fasi subacute e croniche della malattia. In particolare, mentre il numero medio annuo di decessi attribuiti a IMA presenta comunque una riduzione (da circa 2.400 alla fine degli anni '80 a poco più di 1.900 all'inizio degli anni 2000), quello attribuito all'insieme della CI presenta un aumento di circa il 10% (4.600 contro 5.000). Tale incremento è espressione dell'aumento delle forme di malattia in fase subacuta spiegate sia dal miglioramento della prognosi nelle fasi acute sia dall'aumento progressivo nel tempo della popolazione anziana.

La necessità di interventi di prevenzione secondaria del rischio cardiovascolare.

E' evidente, quindi, la necessità di intervenire, nelle forme della malattia in fase subacuta, al fine di ridurre la mortalità attribuibile: esiste un razionale fisiopatologico che giustifica interventi di prevenzione secondaria, esistono evidenze scientifiche di efficacia per diverse tipologie di intervento, comportamentale, riabilitativo, farmacologico, di prevenzione secondaria.

I farmaci come presidio di prevenzione secondaria:

negli ultimi anni i risultati di numerosi trial hanno permesso di allargare l'armamentario terapeutico per la prevenzione secondaria dopo infarto miocardico acuto (IMA). L'efficacia di antiaggreganti piastrinici, beta bloccanti, ACE-inibitori e ipocolesterolemizzanti è ormai consolidata. I più recenti studi in prevenzione secondaria hanno ampiamente dimostrato come l'intervento sulla componente lipidica del rischio sia efficace nel ridurre l'incidenza di eventi coronarici maggiori e l'assunzione di farmaci come le statine permetta di ottenere un effetto di stabilizzazione della placca lipidica e nel contempo di attenuazione della componente infiammatoria legata all'aterosclerosi che contribuisce a ridurre le complicanze trombotiche.

A breve, inoltre, sarà possibile valutare l'utilità di altri trattamenti preventivi, quali l'uso di antiossidanti, acidi grassi poliinsaturi, ecc.

Gli stili di vita e i comportamenti come fattore di rischio:

altrettanto convincenti sono le dimostrazioni di efficacia degli interventi sulle altre componenti del rischio di progressione: fumo, sedentarietà, scorrette abitudini alimentari, ipertensione arteriosa, stress. Particolarmente importanti sono le dimostrazioni provenienti da studi di intervento di tipo multifattoriale (SCRIP, Studio di Heidelberg, lo Studio di Gould) nei quali i diversi tipi di intervento avevano un peso relativo variabile, orientato alla correzione degli aspetti dietetici o dell'adozione di programmi intensivi di attività fisica associati alla sospensione del fumo e al controllo dello stress. In tali studi gli end-points erano di tipo angiografico o di perfusione miocardica e si sono ottenuti risultati positivi sia in termini di attenuazione della progressione delle lesioni coronariche, che di miglioramento del quadro perfusionale.

La difficile introduzione, e mantenimento, nella pratica degli interventi efficaci di prevenzione secondaria: scarsa sensibilizzazione, difficile acquisizione, e mantenimento, della compliance, mancanza di un progetto organizzato di prevenzione secondaria.

A fronte di numerose certezze sul piano dell'efficacia degli interventi descritti, recenti valutazioni internazionali hanno documentato una gestione subottimale della prevenzione secondaria post-IMA. “... Lo stile di vita dei malati di cuore europei continua a essere molto preoccupante ...”, a questa amara conclusione sono giunti gli autori dello studio Euroaspire II, pubblicati su Lancet nel 2001

Diversi motivi possono spiegare, secondo gli autori, tale fenomeno:

- *l'assenza di conoscenze sull'efficacia di strategie preventive diversificate in funzione del rischio cardiovascolare globale.*

I dati sullo stato della prevenzione cardiovascolare secondaria relativi al nostro Paese sono scarsi; nè esistono studi sul lungo periodo che permettano di valutare l'evoluzione del rischio cardiovascolare e l'assorbimento di risorse in pazienti sopravvissuti ad un infarto miocardico nell'attuale contesto socio-sanitario.

Informazioni preziose in questo ambito potranno sicuramente essere fornite da studi longitudinali su coorti arruolate in specifici programmi di prevenzione secondaria, facilitati dal ricco patrimonio informativo presente nella nostra regione, dal Registro Regionale Toscano dell'Infarto miocardico acuto, ad un flusso dedicato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ad una sensibile rilevazione delle cause di ricovero ospedaliero.

- *a livello applicativo, le difficoltà nel definire l'entità del rischio cardiovascolare sul singolo paziente sopravvissuto ad un infarto, la insufficiente diffusione delle conoscenze sulle potenzialità e modalità della prevenzione secondaria e la necessità di sviluppare ed adottare interventi di larga applicazione ma efficaci nel lungo periodo.*

Numerosi sono, infatti, gli interrogativi sulla reale possibilità che un intervento globale di prevenzione secondaria, basato largamente su componenti comportamentali, si traduca in una modificazione sostanziale e duratura dello stile di vita. In effetti, anche in pazienti avviati a riabilitazione dopo infarto e che ricevono un programma educativo strutturato, di correzione dei fattori di rischio e di prevenzione secondaria, la “compliance” alle prescrizioni ricevute tende a

ridursi progressivamente nel tempo, sia in termini di mantenimento di adeguati livelli di attività fisica che di corrette abitudini alimentari e di astensione dal fumo. Si stima che ad un anno dalla fine del periodo di riabilitazione intensiva, solo il 30-50% dei pazienti mantenga un adeguato stile di vita.

Appare, quindi, importante tentare di sviluppare e valutare interventi potenzialmente efficaci nel lungo periodo.

Le linee operative del progetto toscano.

Organizzare efficaci programmi di prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno avuto accidenti cardiovascolari è possibile, a condizione di affrontare tutte le parti della questione attraverso un approccio integrato tra cardiologi, medici di base e altri operatori sanitari: in questo contesto culturale possono trovare adeguata risposta la promozione, ed i rinforzi positivi, di nuovi comportamenti e stili di vita che necessitano, essenzialmente, di organizzazioni specificamente dedicate e di relazioni continue, entro un programma condiviso, tra i professionisti.

In questo senso riteniamo che la risposta alle due aree di criticità evidenziate possa trovare, sia per gli aspetti scientifici che applicativi, una risposta sostenibile solo mediante una organizzazione professionale finalizzata a queste problematiche.

Se il versante della prevenzione primaria, per sua natura, richiede una forte collaborazione tra cardiologi e medici di medicina generale, secondo un modello di governo clinico che vede la funzione specialistica cardiologica, scuola e laboratorio di pensiero scientifico, e la funzione medicina generale, gestore esclusivo delle iniziative ed interventi di prevenzione primaria, le problematiche relative alla prevenzione secondaria delle forme sub acute cardiovascolari si collocano, invece, nell'ambito della malattia conclamata e richiedono, quindi, un interessamento più diretto della specialistica di riferimento. In questo senso le iniziative di prevenzione secondaria si collocano nello spazio di una funzione specialistica, la Cardiologia riabilitativa, che deve assumere le caratteristiche di un nuovo nodo strutturale nella rete della specialità cardiologica.

Individuazione delle modalità di coordinamento del progetto presso la regione.

Costituzione Gruppo di coordinamento regionale - Progetto Cuore: prevenzione - cura - riabilitazione.

Enti - Istituti - Associazioni utenti - Unità amministrative - Società scientifiche, componenti.

La Direzione Generale Diritto alla Salute e politiche di solidarietà, di concerto con il Consiglio dei sanitari provvederà, entro il mese di marzo 2006, ad individuare i componenti e formalmente nominare il Gruppo di coordinamento regionale - Progetto Cuore

Linee operative attribuite alla competenza del Gruppo di coordinamento regionale:

Al Gruppo di coordinamento regionale sono assegnati i compiti di seguito elencati:

- Definizione del percorso, clinico ed organizzativo, per la gestione del rischio cardiovascolare modificabile: definizione caratteristiche ed individuazione dei servizi, strutture, operatori interessati; governo delle relazioni necessarie; linee guida, protocolli di intervento.
- Definizione requisiti e caratteristiche per l'attivazione di un sistema di registrazione dei dati, ai fini valutativi ed epidemiologici.
- Predisposizione del Piano di Formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive;
- Progettazione di specifiche iniziative;
- Coordinamento attività;
- Monitoraggio della applicazione del Piano Cuore;

- Valutazione risultati;

Gli strumenti.

Si propone di adottare una Carta del rischio cardiovascolare costruita sulle caratteristiche specifiche della popolazione toscana, condivisa e progettata nelle variabili rilevate, e nelle finalità, con i professionisti interessati; l'adozione di una carta specifica promuove la partecipazione dei professionisti al progetto toscano di prevenzione cardiovascolare, stimolando una adesione attiva e consapevole: ogni nuovo soggetto arruolato contribuisce, infatti, alla solidità del data-base regionale e alla nuova parametrizzazione delle percentuali di rischio sulla specificità della popolazione toscana. La Carta, così costruita, non è vissuta come un mero, e burocratico, adempimento ma come protagonismo attivo nella promozione della salute.

Le modalità di dimissione del paziente infartuato.

La Carta toscana del rischio cardiovascolare potrà utilmente essere utilizzata anche come strumento di definizione del rischio di recidive alla dimissione del paziente infartuato, rappresentando un documento costitutivo, unitamente alle indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio, alla terapia necessaria, al programma riabilitativo, sia del Progetto riabilitativo individuale, che disegna il percorso riabilitativo cardiologico successivo sia accogliendo, come ulteriore elemento, le indicazioni sui controlli periodici da eseguire, della cartella sanitaria individuale, strumento di comunicazione con la Medicina generale e con gli altri Specialisti.

Strumenti informativi per la pianificazione e valutazione degli interventi.

Nella nostra Regione è attivo il Registro Toscano dell'infarto Miocardio Acuto (Tosc-Ami) che consente di sviluppare un sistema di sorveglianza della patologia cardiovascolare e di monitorare l'efficacia degli interventi effettuati.

Individuazione degli indicatori di monitoraggio del progetto cuore.

Si ritiene opportuno che gli indicatori necessari al monitoraggio interno ed al confronto con le analoghe iniziative delle altre regioni siano prodotti, con il coinvolgimento delle regioni, dal Centro nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie.