

Impostazione della prevenzione secondaria dopo un infarto miocardico

Stefano Urbinati, Serena Romanazzi

U.O. di Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna

(G Ital Cardiol 2008; 9 (Suppl 1-7): 49S-51S)

© 2008 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Stefano Urbinati

U.O. di Cardiologia
Ospedale Bellaria
Via Altura, 3
40139 Bologna
E-mail:
stefano.urbinati@
ausl.bo.it

I progressi registrati negli ultimi 20 anni nella cura delle sindromi coronariche acute, sia sul piano farmacologico che su quello della cardiologia interventistica, se da un lato hanno consentito una significativa riduzione della mortalità e della durata dei ricoveri, dall'altro non sono stati supportati da un altrettanto significativo avanzamento nella realizzazione dei programmi di prevenzione secondaria. Infatti la durata dei ricoveri è troppo breve perché possa essere impostato un adeguato programma di prevenzione e inoltre poco si è investito in questo campo privilegiando gli interventi sul paziente acuto. La conseguenza di questo stato di cose emerge chiaramente da indagini finalizzate a definire la prevalenza dei principali fattori di rischio a distanza di alcuni mesi dall'evento acuto. Gli studi EUROASPIRE, di cui al recente congresso della Società Europea di Cardiologia del 2007 sono stati presentati i risultati relativi alla terza edizione¹, hanno dimostrato che a distanza di 6 mesi da una sindrome coronarica acuta o di un intervento di rivascolarizzazione, il controllo dei principali fattori di rischio nel complesso non si è significativamente modificato negli ultimi 10 anni. In particolare è migliorato il controllo dell'ipercolesterolemia, grazie ad un più sistematico uso delle statine, ma è lievemente peggiorato il controllo dell'ipertensione arteriosa e del fumo di sigaretta e rimane drammatica la situazione per quanto riguarda i fattori di rischio nei confronti dei quali il percorso da attuare è più lungo e complesso come nel caso dell'obesità e del diabete.

La mancata impostazione della prevenzione secondaria non è tanto un fatto culturale, ma risiede soprattutto nella mancanza di un'organizzazione che consenta di raggiungere gli obiettivi definiti dalle linee

guida. Un contributo significativo a questo scopo è stato fornito dalle Cardiologie Riabilitative che hanno messo a punto percorsi specifici, strutturati, gestiti da equipe multidisciplinari, attraverso i quali è possibile effettuare una prevenzione secondaria più efficace³. In questo modo l'accesso del paziente sopravvissuto ad un evento coronarico acuto ad un ciclo di cardiologia riabilitativa dovrebbe essere considerato il "gold standard" nell'assistenza del paziente post-acuto⁴. La metanalisi della Cochrane Collaboration⁵ ha dimostrato che un ciclo di cardiologia riabilitativa finalizzato alla modificazione dello stile di vita, comprensivo di un percorso strutturato di esercizio fisico, è in grado di ridurre significativamente sia la mortalità totale che quella cardiovascolare. Nello studio di Witt et al.⁶, realizzato presso la Mayo Clinic, relativo a pazienti postinfartuati che sono stati sottoposti ad un ciclo di cardiologia riabilitativa, si è osservata una riduzione significativa della mortalità totale durante il follow-up. Il risultato è stato ancora più marcato negli anni recenti durante i quali la cardiologia riabilitativa, tradizionalmente basata sull'esercizio fisico, si è maggiormente orientata al controllo dei fattori di rischio nel loro complesso.

Sulla base di questi e altri dati anche in Italia si è sviluppata in maniera significativa una rete di strutture di cardiologia riabilitativa⁷, anche se la loro distribuzione sul territorio nazionale appare ancora disomogenea e l'offerta proposta ancora non sufficientemente standardizzata, come è stato sottolineato anche nelle recenti linee guida promosse dall'Istituto Superiore di Sanità⁸.

Un recente ampio studio nordamericano, eseguito tra i beneficiari Medicare, conferma che anche in quella realtà l'accesso alla cardiologia riabilitativa è garantito so-

lo ad una ridotta percentuale di pazienti⁹. D'altra parte le sfide proposte dalla prevenzione secondaria sono tali che il problema non è più eludibile e va assolutamente affrontato perché, come ha sottolineato Thomas¹⁰ in un recente editoriale pubblicato su *Circulation*, trattare un infarto miocardico senza garantire un adeguato programma di prevenzione secondaria è come affrontare le rapide di un fiume senza una scialuppa di salvataggio.

Nella nostra esperienza, realizzata presso la Cardiologia dell'Ospedale Bellaria di Bologna, i pazienti dimessi dopo un evento coronarico acuto e con un profilo di rischio medio o medio-alto vengono arruolati in un ciclo di day-hospital di cardiologia riabilitativa della durata media di 3 settimane durante il quale viene realizzato un programma individualizzato di riabilitazione/prevenzione secondaria. Il paziente arruolato, in base alle criticità evidenziate, viene inserito in percorsi strutturati di educazione alimentare, educazione all'esercizio fisico, disassuefazione dal fumo, gestione dello stress-ansia-depressione o in percorsi specifici elaborati per i pazienti diabetici e/o obesi. La caratteristica di questo tipo di organizzazione è quella di prevedere un coordinamento cardiologico¹¹ e di avvalersi, per la realizzazione dei diversi moduli, di professionisti con esperienza specifica (tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria, infermieri, dietisti, fisioterapisti, psicologi, diabetologi). Questo modello di prevenzione secondaria, che può essere gestito in regime di day-hospital o ambulatoriale, è stato sviluppato ed implementato in Italia attraverso la standardizzazione di tali percorsi¹². Recentemente negli Stati Uniti un'apposita Task Force multisocietaria ha definito quali devono essere i "core components" di un programma di cardiologia riabilitativa¹³ e una Task Force dell'AACVPR/ACC/AHA ha sentito il bisogno di definire delle misure di performance per realizzare standard di qualità che tutte le strutture di questo tipo dovrebbero rispettare¹⁴. Wenger¹⁵, in una recente messa a punto pubblicata sul *Journal of the American College of Cardiology*, sostiene che un utilizzo sistematico di tali misure di performance è necessario perché l'accesso ai percorsi di riabilitazione cardiologica rappresenti un'opzione basata sull'evidenza, il cui risultato sia "dimostrabile" in qualsiasi contesto clinico.

Un altro problema chiave è rappresentato dal quesito se un intervento eseguito nella fase postacuta sia sufficiente per migliorare la prognosi oppure debba essere seguito da un follow-up intensivo. Lo studio GOSPEL¹⁶, realizzato dalle strutture di cardiologia riabilitativa italiane, ha mostrato che un intervento strutturato nella fase postacuta, seguito da un follow-up intensivo nei successivi 3 anni con specifici interventi di rinforzo delle raccomandazioni sullo stile di vita, non influenza la mortalità totale o cardiovascolare, ma è comunque in grado di ridurre in maniera significativa l'incidenza di reinfarto.

A questo punto il problema di implementare i programmi di prevenzione secondaria, anche in quelle

unità operative che non dispongono di un'attività di cardiologia riabilitativa, non è più rinviabile. La proposta operativa potrebbe essere quella di ipotizzare diversi livelli di intervento. Si potrebbe ipotizzare un *primo livello* in cui la gestione può essere effettuata "direttamente" da parte della Cardiologia che ha ricoverato il paziente e dovrebbe prevedere un programma "di minima" da mettere a disposizione di tutti i pazienti con recente sindrome coronarica acuta. L'intervento può andare dalla compilazione di una lettera di dimissione sufficientemente chiara con raccomandazioni sullo stile di vita fino ad un "counseling" che può essere affidato ad un personale infermieristico adeguatamente formato. Un *secondo livello* riguarda pazienti a rischio moderato per i quali sarebbe opportuno prevedere un breve percorso postdimissione durante il quale si dia tempo e modo al paziente di elaborare il "nuovo" stile di vita (riguardo ad alimentazione, abitudine al fumo, gestione degli eventi stressanti, ritorno al lavoro, pianificazione dell'esercizio fisico) in modo da assicurarsi un'aderenza che possa essere mantenuta nel lungo termine. Un esempio efficace di intervento di secondo livello è quello, *nurse-directed*, recentemente proposto dallo studio EUROACTION¹⁷. Infine un *terzo livello*, per pazienti complessi, con complicanze e gravi comorbidità, dovrebbe prevedere l'accesso ad un centro di cardiologia riabilitativa. In questo caso è necessario identificare delle strutture di cardiologia riabilitativa che siano riferimento in un ambito almeno provinciale.

Questo modello di prevenzione secondaria, se accettato dalla comunità cardiologica, potrebbe essere attuabile concretamente nella realtà italiana. Perché questo avvenga è necessario rivedere l'organizzazione delle reti cardiologiche operanti nelle diverse aree geografiche e che il profilo di rischio del paziente venga effettuato non solo sulla base degli indicatori tradizionali, ma anche sulla base delle abitudini di vita e dei fattori di rischio. In ogni caso va tenuto conto che l'elaborazione di un nuovo stile di vita da parte del paziente può essere un processo lungo, spesso gravato da significative "barriere" identificabili nella professione del paziente, nella sua preparazione culturale, nel contesto socio-familiare di riferimento, oppure nella difficoltà a comprendere l'importanza di modificare radicalmente certe abitudini.

Recentemente Thomas¹⁰ ha riassunto quali sono le principali barriere che limitano la realizzazione di adeguati programmi di prevenzione secondaria nelle nostre strutture cardiologiche:

- barriere legate al paziente: mancata comprensione dell'importanza del programma proposto, rifiuto di un programma comprendente l'esercizio fisico, problemi logistici per l'accesso al programma stesso, rifiuto di proseguire l'accesso all'ospedale dopo il ricovero, costi elevati;
- barriere legate al provider: mancata raccomandazione di accedere a tale ciclo da parte del cardiologo o del medico curante, autoreferenzialità del cardiologo

interventista che convince il paziente che il problema è stato risolto;

- barriere “di sistema”: ridotta disponibilità di strutture dedicate alla prevenzione secondaria per ridotti investimenti dell’amministrazione, mancanza di disponibilità a realizzare equipe multidisciplinari.

In conclusione, ci sembra di potere affermare che le sfide proposte dalla cardiologia non possono esaurirsi nell’implementazione degli interventi destinati alla fase acuta, con effetti misurabili nel breve termine, ma devono riguardare interventi altrettanto importanti da effettuare nella fase postacuta con effetti che saranno osservabili nel medio-lungo termine. Le difficoltà incontrate nella realizzazione di tali programmi sono sia di tipo culturale che organizzativo. Prevedere diversi livelli di intervento in base alle caratteristiche dei pazienti potrebbe facilitare l’implementazione di tali programmi rendendo sostenibile il loro profilo di costo-efficacia.

Bibliografia

1. Euroaspire uninspiring: obesity and smoking wipe out any gains. <http://www.medscape.com/viewarticle/562377>.
2. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al, for the Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J* 2007; 28: 2375-414.
3. Giannuzzi P, Saner H, Bjornstad H, et al, for the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 1273-8.
4. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 892-902.
5. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004; 116: 682-92.
6. Witt BJ, Jacobsen SJ, Weston SA, et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 988-96.
7. Urbinati S, Fattirolli F, Tramarin R, et al, for the Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. The ISYDE project. A survey on cardiac rehabilitation in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 16-24.
8. Tramarin R, De Feo S, Ambrosetti M, Griffo R, Maslowsky F, Vaghi P, on behalf of the ISYDE-2008 Investigators of the Italian Society of Cardiac Rehabilitation and Prevention (GICR). The Italian Survey on cardiac Rehabilitation - 2008 (ISYDE-2008): a snapshot of current cardiac rehabilitation programmes and provides in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis* 2008; 70: 1-5.
9. Suaya JA, Shepard DS, Normand SL, Ades PA, Prottas J, Stason WB. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation* 2007; 116: 1653-62.
10. Thomas RJ. Cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A raft for the rapids: why have we missed the boat? *Circulation* 2007; 116: 1644-6.
11. King ML, Williams MA, Fletcher GF, et al. Medical director responsibilities for outpatient cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: a scientific statement from the American Heart Association/American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2005; 112: 3354-60.
12. Gruppo di Lavoro dell’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore di Sanità-Piano Nazionale Linee Guida, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR). Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo. *G Ital Cardiol* 2008; 9: 286-97.
13. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. A scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007; 115: 2675-82.
14. Thomas RJ, King M, Lui K, et al. AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services endorsed by the American College of Chest Physicians, American College of Sports Medicine, American Physical Therapy Association, Canadian Association of Cardiac Rehabilitation, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Inter-American Heart Foundation, National Association of Clinical Nurse Specialists, Preventive Cardiovascular Nurses Association, and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: 1400-33.
15. Wenger NK. Current status of cardiac rehabilitation. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51: 1619-31.
16. Giannuzzi P, Temporelli PL, Maggioni AP, et al, for the GOSPEL Investigators. Global Secondary Prevention Strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study. *Arch Intern Med*, in press.
17. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al, for the EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and symptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 1999-2012.