

PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: DIFFUSIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN REGIONE LOMBARDIA

Definizione del contesto

Le malattie cardiovascolari costituiscono la causa più importante di mortalità, morbosità e invalidità nel mondo occidentale e in Italia. Una delle cause principali nell'insorgenza di queste entità nosologiche è l'aterosclerosi, patologia generalizzata a lenta insorgenza che interessa le arterie di calibro maggiore ed è responsabile, secondo i distretti interessati, di coronaropatia, aneurismi aortici, arteriopatia degli arti inferiori ed ha ruolo rilevante nelle malattie cerebrovascolari. Importanti per frequenza, gravità e assorbimento di risorse sono la cardiopatia coronarica ischemica (che comprende l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris), e le malattie cerebrovascolari o accidenti cerebro vascolari (ACV) (che comprendono l'ACV ischemico ed emorragico).

Nelle malattie cardiovascolari e cerebrovascolari non è individuabile una causa unica. Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare la malattia; i più importanti sono: fumo di sigaretta, diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e scarsa attività fisica. Un certo ruolo è esercitato anche da familiarità, età e sesso. L'entità del rischio che ha ogni persona nello sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei livelli di questi diversi fattori.

In Italia i dati raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), frutto di una collaborazione fra ISS e Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), mostrano che: il 30 % degli uomini fuma, consumando in media 17 sigarette al giorno, tra le donne il 21% fuma, consumando mediamente 13 sigarette die; il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero; il 20% degli uomini e il 24% delle donne ha una colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl; il 33% degli uomini e il 30% delle donne ha pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure è sotto trattamento farmacologico specifico; il 18% degli uomini e il 22% delle donne sono obesi; l'8% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico.

Per quanto riguarda la familiarità verso le condizioni a rischio: il 41% degli uomini e il 54% delle donne hanno familiarità per l'ipertensione arteriosa; la familiarità per l'ipercolesterolemia riguarda il 24% delle donne e il 34% degli uomini; la familiarità per il diabete riguarda il 25% degli uomini e il 29% delle donne.

Nella popolazione lombarda, i descrittori inerenti i diversi fattori di rischio sono raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico per le malattie cardiovascolari della Regione Lombardia (istituito con d.g.r. 17/10/1997 n. VI/31737 nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico regionale) mostrano:



Pressione arteriosa. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica è pari a 135 mmHg, nelle donne a 132 mmHg. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa diastolica è pari a 87 mm Hg, nelle donne è 83 mmHg. Il 33% degli uomini e il 28% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure in trattamento specifico); il 16% degli uomini e il 15% delle donne è in una condizione a rischio, in cui il valore di pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg e quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg.

Colesterolemia. Negli uomini il valore medio della colesterolemia è 211 mg/dl, nelle donne è 214 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 52 mg/dl, nelle donne di 62 mg/dl. Il 25% degli uomini e il 29% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl), mentre il 37% degli uomini e il 32% delle donne è in una condizione di rischio, presentando il valore della colesterolemia compreso fra 200 e 239 mg/dl.

Sedentarietà. Il 30% degli uomini e il 40% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.

Fumo. Il 31% degli uomini fuma, consumando in media 17 sigarette al giorno, mentre il 24% delle donne fuma, consumando 13 sigarette in media al giorno

Obesità. Il 17% sia degli uomini sia delle donne è obeso e ha in media un indice di massa corporea di 26 per gli uomini e 25 per le donne.

Glicemia. Negli uomini il valore medio della glicemia è 92 mg/dl, nelle donne è di 84 mg/dl. Il 7% degli uomini e il 3% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre l'8% degli uomini e il 3% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

In sostanza, rispetto al complesso della popolazione italiana, i residenti lombardi presentano una percentuale leggermente inferiore di soggetti sedentari, di soggetti obesi e di soggetti diabetici, ed una percentuale leggermente superiore di soggetti ipercolesterolemici. Non si osservano differenze di rilievo per quanto riguarda ipertensione e abitudine al fumo, anche se è da segnalare una percentuale leggermente superiore di donne fumatrici.

Per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiovascolari, esistono evidenze che gli infarti miocardici gravi e le morti coronariche si stiano riducendo nella popolazione lombarda in misura più significativa rispetto al resto d'Italia, anche se la patologia nella sua complessità di presentazione, soprattutto per le forme meno gravi, continua ad interessare la nostra popolazione con la stessa rilevanza. La prevenzione ha dunque determinato una minor gravità della presentazione acuta della malattia che ha quindi beneficiato della miglior terapia in fase acuta. Gli studi epidemiologici hanno inoltre rilevato che la quota maggiore della diminuzione è attribuibile



alla diminuita letalità degli infarti miocardici e, quindi, alla maggior efficacia del trattamento in fase acuta.

Con d.g.r. n. VII/20592 del 16/2/2005, recante “Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura (a seguito parere della Commissione Consiliare competente)”, la Regione Lombardia si è dotata di uno documento programmatico che raccoglie, omogeneizza e sistematizza il patrimonio di conoscenze e professionalità in questo specifico settore così da individuare le linee e le modalità di intervento per rendere la prevenzione la diagnosi e la cura sempre più efficaci e tempestive.

Il metodo di lavoro ha visto il più ampio coinvolgimento dei professionisti e delle società scientifiche per la preparazione di un provvedimento concreto e specifico di programmazione sanitaria, che impegna il sistema sanitario regionale, ai vari livelli, in precise azioni al fine di organizzare al meglio e con la migliore efficacia possibile la lotta contro le patologie cardiocerebrovascolari a tutto vantaggio della popolazione che vive e lavora nella Lombardia.

I quattro obiettivi fondamentali del documento programmatico sono: promuovere il ruolo attivo del cittadino nella prevenzione cardiocerebrovascolare; creare una rete per la gestione delle patologie cardiocerebrovascolari; promuovere la qualità e l’appropriatezza; promuovere la ricerca in ambito cardiocerebrovascolare. Per raggiungere tali obiettivi, il documento prevede, tra l’altro, di istituire la Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare, alla quale assegnare i seguenti compiti: collaborare all’identificazione delle strutture di riferimento; promuovere il coordinamento e l’integrazione di tutti gli attori in campo sanitario e socio-sanitario; stimolare l’adozione delle linee guida nazionali e internazionali e l’adattamento di esse alla realtà organizzativa locale; collaborare alla valutazione dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di follow up; assicurare il monitoraggio e la verifica dell’efficienza dell’organizzazione, dell’appropriatezza e della qualità delle prestazioni, e del raggiungimento degli obiettivi programmati.

Tale Commissione, assieme al già citato Osservatorio Epidemiologico per le malattie cardiovascolari della Regione Lombardia, si occuperà del coordinamento del progetto di diffusione della carta del rischio cardiovascolare, previsto esplicitamente come azione da porre in atto, su tutto il territorio regionale, dalla citata d.g.r. 20592/2005.

Valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto

Nell’ambito delle azioni previste dalla citata d.g.r. 20592/2005 per la implementazione di strategie di prevenzione cardiovascolare primaria, una maggiore utilizzazione del parametro di rischio cardiovascolare globale è elemento fondamentale per ottenere un miglior rapporto costo/beneficio e rischio/beneficio negli interventi, utilizzando in modo più razionale le risorse disponibili. Per



raggiungere tale obiettivo è necessario che il maggior numero di soggetti a rischio sia valutato tramite la somministrazione di una carta del rischio cardiovascolare costruita su una popolazione di riferimento con caratteristiche simili a quelle della popolazione lombarda.

Con apposito provvedimento successivo (circolare), da emanarsi nei prossimi mesi, si identifica la carta del rischio cardiovascolare realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) come la carta di riferimento da adottare nella campagna di rilevazione del rischio cardiovascolare avente come target tutta la popolazione residente lombarda di età compresa tra 40 e 69 anni. E' anche possibile, per i MMG dotati di personal computer, avvalersi del programma cuore.exe messo gratuitamente a disposizione dall'ISS per il calcolo del rischio cardiovascolare.

Gli attori principali coinvolti nella campagna di somministrazione della carta del rischio cardiovascolare sono i Medici di medicina generale (MMG), cui si affiancano gli specialisti ambulatoriali degli Enti accreditati operanti sul territorio regionale, nonché altri soggetti rilevatori identificati localmente dalle ASL.

Sempre tramite la circolare da emanarsi, si intendono fornire alle ASL suggerimenti metodologici e organizzativi, nonché strumenti operativi perché ciascuna ASL formalizzi all'interno di un documento specifico il ruolo dei diversi attori coinvolti, i diversi livelli di responsabilità, il loro coordinamento, le modalità organizzative e le azioni da intraprendere, adottando un approccio integrato. Ciò consentirà di ricondurre nella programmazione locale le attività già in essere in tema di promozione degli stili di vita, nonché a pianificarne di nuove, idonee allo scopo.

Tutto ciò riguarderà la promozione o consolidamento dell'informazione/educazione sanitaria alla popolazione generale (campagne informative sugli stili di vita, educazione alla salute in collaborazione con le scuole su indicazioni regionali), formazione/aggiornamento degli operatori, adozione della carta del rischio e gestione del relativo sistema informativo (possibili punti di accesso dei cittadini, coordinamento dei diversi centri di somministrazione, individuazione popolazione target, modalità di invito a particolari gruppi di popolazione, modalità di elaborazione locale dei dati raccolti).

Per ottenere ciò risulta indispensabile l'accordo preventivo con le Organizzazioni Sindacali dei MMG, anche per gli aspetti riguardanti le incentivazioni da riservare ai MMG che aderiranno al progetto di rilevazione del rischio cardiovascolare.

Gestione del rischio

Fondamentale nella prevenzione primaria è intervenire sui fattori di rischio con la maggior precocità possibile, avviando una intensiva promozione della salute basata prevalentemente sull'adesione a congrue misure comportamentali in individui senza o con bassi fattori di rischio.



Tale metodologia costituisce di fatto il momento iniziale della prevenzione primaria ed è in grado di dare i migliori risultati complessivi sia dal punto di vista del cittadino sia da quello dell'intero servizio sanitario regionale. In aggiunta si tratta di prevenire l'insorgenza di patologie cardiovascolari in soggetti a medio-alto rischio per la presenza di ipertensione, dislipidemie o diabete già manifesti, posponendo se possibile l'uso di metodologie più dispendiose (es. farmacologiche).

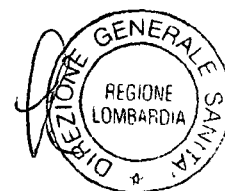
E' stato dimostrato in prolungati studi epidemiologici che persone che adottano corretti stili di vita ed hanno pochi fattori di rischio conservano un basso rischio per eventi cardiocerebrovascolari durante tutta la loro vita rispetto a coloro che non adottano tali misure. E' quindi prevedibile che modalità di prevenzione di tipo prevalentemente educativo, iniziate in soggetti quanto più giovani possibili (quindi a più basso rischio) nell'ambito di comunità circoscritte, al fine anche di incentivare l'effetto di emulazione reciproco, possono dare, con costi limitati, risultati significativi.

Le prove di efficacia attualmente disponibili indicano inoltre che in un paziente ad elevato rischio cardiocerebrovascolare è appropriato intervenire con terapie che riducono i livelli di vari fattori di rischio cardiocerebrovascolare quali ad esempio: antiipertensivi, ipolipemizzanti, ipoglicemizzanti o modificazioni dello stile di vita e della dieta.

D'altro canto numerosi studi hanno documentato che l'interruzione dei trattamenti consigliati è frequente e non permette di raggiungere il massimo del beneficio possibile. Una maggior motivazione del paziente ad accettare le prescrizioni e una più facile disponibilità del medico curante e dello specialista a seguire le linee guida e ad interagire tra loro, potrebbero migliorare lo stato attuale.

A fronte di questa possibilità di intervenire efficacemente in prevenzione primaria, si osserva una applicazione molto modesta delle linee guida ed una scarsa considerazione dei livelli di rischio quali metodi per individuare e trattare i pazienti, metodi che dal punto di vista della efficacia di intervento sono da considerare tra i più remunerativi. Ciò impone di adottare una politica che consenta il coinvolgimento attivo dei MMG e l'integrazione a rete delle diverse competenze professionali esistenti nel Servizio Sanitario Regionale, proprio come disposto dalla d.g.r. 20592/2005 citata.

Il Medico di Medicina Generale rappresenta il cardine della struttura sanitaria territoriale e il primo riferimento dei cittadini per la risposta ai loro bisogni di salute. Il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la medicina generale compiti di medicina preventiva individuale e familiare, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.



L'attività preventiva in campo cardiobrovascolare è estremamente vasta ed impegnativa e deve essere inquadrata nella normale attività del MMG che assicura quotidianamente l'assistenza primaria ai propri assistiti. Per quanto riguarda il ruolo di prevenzione primaria, si possono identificare tre campi principali d'intervento: educazione e promozione di stili di vita "sani" nei confronti della popolazione a basso e medio rischio CCV; identificazione dei soggetti ad alto rischio CCV; educazione, informazione e prevenzione nei confronti dei soggetti ad alto rischio CCV.

Nella identificazione dei soggetti ad alto rischio CCV, un ruolo preminente è rappresentato dalla somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare globale utilizzando gli strumenti elaborati dall'ISS. Il calcolo del rischio CCV globale individuale consente di valutare il rapporto costo/ efficacia e rischio/efficacia dei vari interventi preventivi farmacologici e non.

Il compito del MMG, nei confronti dei soggetti ad alto rischio CCV, comprende attività anche di tipo educativo e informativo. La prevenzione secondaria si rivolge, generalmente, a soggetti già identificati e valutati presso strutture specialistiche. Il MMG ha due campi di intervento: collaborazione con lo specialista nella fase "post acuta" dell'evento cardiovascolare; follow-up del paziente clinicamente stabilizzato e stabile.

Ciò al fine principale di rafforzare la compliance dei pazienti nei confronti della prevenzione farmacologica e non e di ottimizzare le procedure di prevenzione (es. ottimizzare il controllo della PA, dei livelli glicemici, del profilo lipidico, ecc.).

Rilevante importanza assume la elaborazione e condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione dei soggetti a medio ed alto rischio e il counseling individuale per la promozione di corretti stili di vita: la ASL assume in questo contesto un carattere pivotale, identificando il ruolo dei diversi attori coinvolti, i diversi livelli di responsabilità, il loro coordinamento, le modalità organizzative e le azioni da intraprendere, adottando un approccio integrato, utilizzando anche il supporto fornito dalla citata Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare.

Formazione

Si prevedono percorsi differenziati rivolti sia agli operatori direttamente coinvolti nella somministrazione della carta del rischio (addestramento all'utilizzo dello strumento di rilevazione; elaborazione e condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione dei soggetti a medio ed alto rischio; counseling individuale per la promozione di corretti stili di vita ...) sia agli operatori non direttamente coinvolti, (informazioni di base, le linee di tendenza e di comportamento...). Più in generale, la formazione sulle metodologie più efficaci per la promozione dei corretti stili di vita deve diventare patrimonio per tutti gli operatori sanitari, cosicché nelle



diverse attività sappiano tradurre le informazioni di base e gli indirizzi preventivi da diffondere omogeneamente e costantemente nella popolazione.

L'utilizzo della carta del rischio cardiocerebrovascolare è un elemento qualificante dell'obiettivo formativo di interesse regionale approvato con d.g.r. 16 febbraio 2005, n. VII/20767, e le ASL sono invitate a promuovere incontri formativi con MMG ed altri soggetti interessati, nell'ambito del sistema vigente di Educazione Continua in Medicina e sviluppo professionale (ECM - CPD).

A tal fine, nell'ambito della Educazione Continua in Medicina (ECM), saranno promossi incontri formativi con MMG e specialisti ambulatoriali, basati su materiale appositamente predisposto dalla Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare. Tale materiale consisterà in linee guida aggiornate, carte del rischio e loro significato, dati di letteratura a sostegno di percorsi diagnostico-terapeutici. Parimenti importante è la realizzazione e l'ampia distribuzione di materiale informativo-divulgativo per il pubblico generale, per sostenere la campagna di prevenzione primaria.

Monitoraggio della applicazione del piano

Si rende necessario, al fine del monitoraggio della applicazione del piano, la progettazione e la successiva realizzazione di un flusso informativo che consenta di raccogliere i dati rilevati dai MMG e dagli altri soggetti rilevatori identificati dalle ASL. Ciò consentirà da una parte di creare una mappa del rischio cardiovascolare regionale costantemente aggiornata, quale base di valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari e della allocazione delle risorse destinate a far fronte alle patologie cardiovascolari, dall'altra fornirà al MMG uno strumento di conoscenza dei propri assistiti che permetta una gestione migliore degli stessi.

A livello di singola ASL, l'elaborazione delle informazioni raccolte sarà finalizzata non solo a monitorare la adesione dei MMG all'iniziativa, ma a descrivere nel tempo la distribuzione del rischio cardiovascolare, valutare la adesione alle indicazioni, creare database utili per successive indagini, utilizzando dati correnti di ricovero, prescrizioni ecc.

Le informazioni derivabili dal flusso informativo consentiranno inoltre all'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le malattie cardiovascolari di affinare la metodologia di calcolo del rischio cardiocerebrovascolare.

Ulteriori interventi per la valutazione di efficacia (controllo a distanza di tempo dei pazienti con la rilevazione della terapia in corso e degli eventi intercorsi, ad esempio) dovranno essere identificati dalla Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare con la collaborazione dei MMG e degli specialisti ambulatoriali.



Il tracciato record relativo alla rilevazione del rischio cardiovascolare, dettagliato nella circolare da emanarsi entro i prossimi mesi, consentirà anche di calcolare indici quali: percentuale di MMG in grado di calcolare il rischio cardiovascolare con l'ausilio delle tecnologie informatiche, percentuale di soggetti tra 40 e 69 aa per le quali è stato calcolato il rischio cardiovascolare.

Tempi e costi di realizzazione:

I tempi previsti per la realizzazione del piano sono di 3 anni (2005/2007), con un periodo temporale di avvio di 6 mesi nel secondo semestre 2005 destinato alla messa a punto definitiva del progetto.

L'investimento previsto per l'annualità 2005 è di € 15.000.000.

