

# Il ruolo del cardiologo nella strategia dell'alto rischio cardiovascolare. Documento propositivo a cura della Commissione Congiunta Area Prevenzione ANMCO-GICR

Sergio Pede, Stefano Urbinati\*, Gianfrancesco Mureddu\*\*, Carlo Vigorito\*\*\*

*U.O. di Cardiologia, Ospedale N. Melli, San Pietro Vernotico, ASL BR/1, Brindisi,*

*\*Struttura Complessa di Cardiologia, Dipartimento Medico-Specialistico, Ospedale Bellaria, Bologna,*

*\*\*Dipartimento di Malattie Cardiovascolari, Ospedale San Giovanni-Addolorata, Roma,*

*\*\*\*Area Funzionale di Riabilitazione Cardiologica, Università degli Studi "Federico II", Napoli*

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 69S-72S)

© 2004 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Sergio Pede

*U.O. di Cardiologia*

*Ospedale N. Melli*

*Via Lecce, 246*

*72027 San Pietro*

*Vernotico (BR)*

*E-mail:*

*sergio.pede@virgilio.it*

## Premessa

La ricerca epidemiologica e clinica dimostrano che l'aterosclerosi e le malattie cardiovascolari ad essa correlate rappresentano, da almeno 50 anni, la prima causa di morte e di disabilità e sono in larga parte prevenibili<sup>1,2</sup>.

Le possibilità di prevenzione si basano:  
- sulla conoscenza e sulla verifica delle condizioni di rischio nella popolazione;  
- sulla valutazione della configurazione del rischio cardiovascolare globale nel singolo individuo;  
- sulla realizzazione di interventi, tra loro integrati, sulla comunità (strategia di comunità) e sull'individuo (strategia di individuo)<sup>1,3</sup>.

La strategia di comunità è finalizzata a promuovere nella popolazione lo stile di vita salutare sulla base di programmi che identificano:

- i comportamenti da modificare,
- gli interventi da realizzare,
- gli ambiti della comunità in cui attuare gli interventi.

La strategia di individuo è finalizzata all'identificazione e alla selezione dei soggetti su cui concentrare gli interventi sulla base dell'evidenza che essi sono tanto più efficaci quanto a più alto rischio sono gli individui cui sono rivolti.

La Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice definisce le priorità per gli interventi di prevenzione<sup>3</sup>:

1. pazienti con manifestazioni cliniche di cardiopatia coronarica, di arteriopatia periferica e di malattia aterosclerotica cerebrale;
2. soggetti asintomatici ad alto rischio di malattie cardiovascolari su base aterosclerotica;
3. parenti di primo grado di: pazienti con manifestazioni precoci di patologia cardiovascolare aterosclerotica; soggetti asintomatici a rischio particolarmente elevato;
4. altri soggetti identificati nel corso della pratica clinica quotidiana.

## Definizione e identificazione dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare

Nei soggetti asintomatici, in apparente stato di buona salute, gli interventi di prevenzione devono essere guidati dal grado di rischio cardiovascolare globale del singolo individuo.

Le linee guida europee raccomandano l'utilizzo di un nuovo modello per la stima del rischio basato sul sistema SCORE (systematic coronary risk evaluation). Poiché questo modello predice solo eventi cardiovascolari fatali, la soglia di definizione dell'alto rischio è stata posta a  $\geq 5\%$  invece che a  $\geq 20\%$ , come indicato dal sistema che era stato utilizzato in precedenza e che prediceva eventi coronarici combinati<sup>3</sup>.

Vengono definiti ad alto rischio cardiovascolare i soggetti asintomatici che presentano:

- più fattori di rischio con un grado di rischio globale al momento della valutazione (o proiettato a 60 anni)  $\geq 5\%$ ;
- livelli marcatamente elevati di un singolo fattore di rischio:
  - colesterolemia totale  $\geq 8$  mmol/l (320 mg/dl);
  - colesterolemia LDL  $\geq 6$  mmol/l (240 mg/dl);
  - pressione arteriosa  $\geq 180/110$  mmHg;
- diabete mellito di tipo 2 e diabete mellito di tipo 1 con microalbuminuria.

Le linee guida europee sottolineano la possibilità di considerare ad alto rischio, o comunque a rischio superiore rispetto a quello derivato dalle carte, le categorie di soggetti che:

- sono prossimi alla successiva fascia di età;
- sono asintomatici e presentano *manifestazioni precliniche di malattia aterosclerotica*;
- hanno una forte familiarità per manifestazioni precoci di malattie cardiovascolari;
- si presentano con bassi livelli di colesterolemia HDL, con elevati livelli di trigliceridemia, con intolleranza glucidica, e con elevati livelli di proteina C reattiva, fibrinogeno, omocisteina, apolipoproteina B o lipoproteina (a);
- sono obesi e sedentari.

Di particolare importanza risulta il riferimento alle manifestazioni precliniche di malattia aterosclerotica tanto che le linee guida prevedono ed auspicano la possibilità di inserire in più sofisticati modelli di calcolo del rischio i dati ottenuti con l'impiego delle metodiche di imaging volte a quantificare il calcio coronarico, lo spessore miointimale carotideo e l'ipertrofia ventricolare sinistra.

Questa indicazione tende a spostare le strategie di prevenzione dalla *valutazione continuativa* del rischio, così come si realizza con l'impiego delle carte, alla *categorizzazione* del rischio, e, in quanto tale, rappresenta un elemento di discussione e di confronto perché configura importanti diversità nell'impostazione dei percorsi di valutazione dei pazienti/soggetti.

Un altro elemento di discussione relativo alla valutazione dei pazienti/soggetti deriva dal fatto che le carte del rischio, basate sul sistema SCORE, stimano il grado di rischio globale per tutte le malattie cardiovascolari ad eziopatogenesi aterosclerotica, ma limitatamente agli eventi fatali.

Questo limite sottolinea la necessità di lavorare su una maggiore completezza dei sistemi di valutazione continuativa del rischio e rafforza l'indicazione, contenuta nelle stesse linee guida europee, a incoraggiare lo sviluppo di carte del rischio "nazionali" salvaguardando due inderogabili connotazioni:

- stimare il rischio cardiovascolare globale in linea con le evidenze e gli orientamenti più attuali;
- prevedere sia gli eventi fatali sia quelli non fatali in linea con la necessità di rendere disponibile uno strumento utile a prevenire non solo la morte ma anche le preva-

lenti manifestazioni cliniche non fatali della malattia aterosclerotica<sup>3</sup>.

A questa indicazione risponde la carta del rischio cardiovascolare globale italiana prodotta dall'Istituto Superiore di Sanità.

Di conseguenza questa carta si configura come lo strumento più idoneo per l'identificazione dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare nella popolazione italiana.

### Gestione dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare

Tra le prime due categorie delle priorità cliniche esiste un *continuum* biologico che costituisce il presupposto perché la gestione dei pazienti/soggetti che ne fanno parte sia sostanzialmente identica prevedendo sia la stessa tipologia di interventi sia il raggiungimento degli stessi obiettivi<sup>3,4</sup>.

Gli indirizzi attuali di gestione si basano sull'implementazione del "team-based patient-oriented system"<sup>5</sup>, una metodologia di intervento caratterizzata da due elementi: la centralità del paziente/soggetto e l'approccio multidisciplinare.

La validità di questa metodologia presuppone l'individuazione dei pazienti/soggetti come elemento essenziale per personalizzare gli interventi.

Ciò è facile per i pazienti della prima categoria come sono, ad esempio, quelli che hanno superato un infarto miocardico acuto. È, viceversa, estremamente difficile per i soggetti clinicamente sani ma ad alto rischio cardiovascolare.

L'elevata percentuale di questi soggetti nella popolazione italiana, così come risulta dai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare<sup>6</sup>, rende necessaria l'organizzazione di un sistema che coinvolga la rete delle strutture cardiologiche presenti su tutto il territorio nazionale e che consenta una reale implementazione della strategia di individuo per l'alto rischio cardiovascolare.

Questa strategia si basa sulla definizione di:

- ruolo del cardiologo,
- modelli organizzativi,
- sistema di verifica.

**Ruolo del cardiologo.** Le indicazioni per programmi di prevenzione cardiovascolare basati su centralità del soggetto e su approccio multidisciplinare derivano, in larga misura, dall'esperienza maturata nell'ambito delle Strutture di Cardiologia Riabilitativa<sup>7</sup>.

Sulla base di queste indicazioni l'intervento deve essere: strutturato, individualizzato, a lungo termine.

Questa tipologia di intervento prevede:

- il coinvolgimento di figure professionali specialistiche, capaci di gestire le singole condizioni di rischio con tecniche e modalità di intervento validate, secondo percorsi predefiniti;

- l'identificazione del cardiologo come coordinatore dell'équipe multidisciplinare e, in quanto tale, come figura professionale capace di garantire la globalità di gestione.

Per ottemperare a questo ruolo il cardiologo esperto di prevenzione deve:

- conoscere l'epidemiologia cardiovascolare e il ruolo relativo dei fattori di rischio;
- identificare i pazienti ad alto rischio;
- effettuare la valutazione funzionale e strumentale preliminare;
- identificare i target da raggiungere durante l'intervento preventivo;
- organizzare il percorso del paziente ad alto rischio avviando il programma di intervento "individualizzato" per il singolo paziente;
- verificare i risultati raggiunti secondo indicatori predefiniti.

**Modelli organizzativi.** Per l'attuazione dei programmi di prevenzione vengono individuati tre modelli organizzativi: Struttura di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva; Struttura Multidisciplinare di Prevenzione Cardiovascolare; Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare.

*Struttura di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva.* Dove è presente una Struttura (Complessa o Semplice) di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva la gestione della prevenzione cardiovascolare secondaria e primaria finalizzata al paziente ad alto rischio è coordinata da questa struttura, con il coinvolgimento di altre strutture cardiologiche e di altre figure professionali comunque utili alle attività di prevenzione.

*Struttura Multidisciplinare di Prevenzione Cardiovascolare.* Dove non è presente una Cardiologia Riabilitativa e Preventiva è auspicabile la creazione di una Struttura Multidisciplinare di Prevenzione Cardiovascolare finalizzata a:

- permettere la gestione di un'importante mole di soggetti;
- non sovraccaricare il cardiologo di attività che deve coordinare;
- avere un'importante integrazione con il territorio, da realizzare nelle realtà locali, in base a progetti specifici.

A tal fine appare auspicabile che tale struttura possa disporre delle seguenti figure professionali:

- cardiologo, responsabile della struttura;
- infermiere, "case manager" con funzioni di coordinamento dell'intervento educativo;
- dietologo-dietista, per il percorso di educazione alimentare, per la programmazione di interventi specifici per gli obesi e per i pazienti con grave dislipidemia;
- diabetologo, per il percorso del paziente diabetico;
- psicologo, per l'identificazione dei pazienti con ansia-depressione, per gli interventi di gestione dello stress e per il programma anti-tabagismo.

È auspicabile anche la possibilità di programmare interventi di ricondizionamento e di training fisico, quando si rendono necessari.

*Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare.* Dove non è presente una Cardiologia Riabilitativa e Preventiva e non è possibile la creazione di una Struttura Multidisciplinare di Prevenzione Cardiovascolare il modello che viene proposto è quello dell'Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare<sup>8</sup>.

La connotazione del modello si basa sui seguenti elementi:

- è una funzione della struttura cardiologica;
- è attivabile con il solo atto decisionale dell'équipe cardiologica;
- è realizzabile in maniera estensiva all'interno di strutture distribuite sull'intero territorio nazionale;
- è capace di incidere nel presente;
- è una forma di assistenza fortemente radicata nella pratica clinica;
- sposta la cura e la gestione della salute su pazienti non ricoverati;
- garantisce la continuità assistenziale operando come centro di raccordo tra le diverse strutture dell'Ospedale e del Territorio;
- richiede un consumo di risorse limitato, garantendo un buon equilibrio tra il contenimento dei costi e la qualità del servizio.

In questo modello il cardiologo, coadiuvato da infermiere dedicato, è direttamente e totalmente responsabile dei percorsi dei soggetti che afferiscono alla struttura, si avvale delle prestazioni delle figure professionali specialistiche attraverso la formula della consulenza (dietologica, psicologica, ecc.) ed esercita, a sua volta, funzioni di consulenza nei confronti dei medici di medicina generale, che selezionano i soggetti da inviare all'ambulatorio.

**Sistema di verifica.** L'identificazione dei "target" che ci si prefigge di raggiungere costituisce parte integrante del programma di prevenzione cardiovascolare individualizzato e questi target devono essere raggiungibili dal paziente in un tempo predefinito.

Di conseguenza l'efficacia degli interventi di prevenzione cardiovascolare può essere monitorata secondo i seguenti indicatori:

- raggiungimento dei target predefiniti;
- modificazione del grado di rischio cardiovascolare globale;
- riduzione dell'incidenza di eventi.

La dotazione di uno strumento informatico unico per tutti i modelli organizzativi, quale un software dedicato, è in grado di garantire:

- la valutazione e la gestione omogenea dei soggetti che afferiscono alle strutture di prevenzione;
- la raccolta metodica di dati su ampie casistiche;

- la valutazione omogenea e sistematica degli eventi;
- la registrazione uniforme degli esiti.

In questo modo si può costruire un sistema di rete che consente, su tutto il territorio nazionale, la verifica dell'efficacia dei programmi e degli interventi di prevenzione e la valutazione dell'impatto organizzativo sui risultati conseguiti in termini di riduzione della patologia che si intende prevenire<sup>9</sup>.

## Bibliografia

1. Fuster V, Gotto AM. Risk reduction. *Circulation* 2000; 102: 94-102.
2. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D, on behalf of the Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18: 1231-48.
3. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2003; 24: 1601-10.
4. Wood DA, De Backer G, Faergeman O, et al. Clinician's manual on total risk management. A guide to prevention of coronary heart disease. Science Press and the European Society of Cardiology, 2002.
5. Bonow RO. Primary prevention of cardiovascular disease. *Circulation* 2002; 106: 3140-1.
6. Giampaoli S, Panico S, Palmieri L, et al, a nome del Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. L'identificazione degli individui ad elevato rischio coronarico nella popolazione italiana: indicazioni dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 1098-106.
7. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 892-902.
8. Pede S, Mureddu GF, Vanuzzo D. L'ambulatorio di prevenzione: un nuovo impegno per il cardiologo ospedaliero. In: *Cardiologia 2001 - Atti del 35° Convegno Internazionale del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare A. De Gasperis*. Milano, 2001: 3-8.
9. Pede S. La rete italiana per la prevenzione cardiovascolare. *Cardiologia negli Ospedali* 2002; 125: 15-9.