

# Raccomandazioni **Raccomandazioni operative a conclusione della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari**

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 122S-135S)

© 2004 CEPI Srl

Gli organizzatori ed i partecipanti alla III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari tenutasi a Roma, all'Istituto Superiore di Sanità, il 15 e 16 aprile 2004 in occasione dell'avvio delle iniziative previste dalla proclamazione del 2004 quale "Anno del Cuore" (Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2003, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 39 del 17 febbraio 2004), formulano alle istituzioni nazionali e regionali ed in particolare al Ministero della Salute ed agli Assessorati Regionali della Sanità, alla comunità scientifica e sanitaria nazionale ed a tutta la cittadinanza le seguenti raccomandazioni, applicabili subito e con risorse relativamente limitate, per promuovere la salute degli italiani e prevenire le malattie cardiovascolari, ancora oggi il principale problema sanitario del paese, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Durante la Conferenza sono state rivisitate quattro aree fondamentali per una prevenzione cardiovascolare efficace: la sorveglianza epidemiologica delle malattie cardiovascolari e dei loro fattori di rischio, le strategie di popolazione, la strategia dell'alto rischio, la prevenzione secondaria-riabilitazione. Per ciascuna sono stati considerati i dati nazionali disponibili e considerate le prove di efficacia (medicina basata sulle evidenze) della letteratura scientifica internazionale nella loro adattabilità alla situazione italiana. Questa azione ha prodotto specifici contributi scientifici pubblicati negli Atti della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari che contengono anche una sintesi ragionata delle discussioni e della Tavola Rotonda conclusiva. Negli Atti ci sono pertanto i riferimenti scientifici e bibliografici e gli spunti del presente documento.

Questo documento è stato redatto da un gruppo di scrittura (Diego Vanuzzo, Massimo Uguccioni, Sergio Pede, Francesco Fattirolli, Alessandro Filippi, Franco Valagussa e Simona Giampaoli), nell'ambito della Segreteria Scientifica della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari (composta anche da Salvatore Pirelli, Carmine Riccio, Carlo Schweiger Fulvia Seccareccia), e della Segreteria Editoriale della stessa (composta da Maurizio G. Abrignani, Cristina M. Castello, Furio Colivicchi, Mariagrazia Sclavo, Pompilio Faggiano), con la revisione degli esperti Lorenza Pilotto, Stefano Urbinati, Marco Bobbio, Marinella Gattone, Roberto Marchioli, Salvatore Panico, Fiorenzo Corti e approvato dal Consiglio Direttivo dell'Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri (Presidente Giuseppe Di Pasquale, Past President Alessandro Boccanelli) e della Federazione Italiana di Cardiologia (Presidente Attilio Maseri).

Il documento si compone di una versione sintetica, per un'ampia diffusione, e di una versione estesa che contiene maggiori dettagli delle raccomandazioni formulate.

## **VERSIONE SINTETICA**

In Italia la prevenzione cardiovascolare va rilanciata in una prospettiva di sanità pubblica che ne garantisca l'equità, la sostenibilità e la verifica perché ci sono:

- i dati;
- le strategie;
- gli strumenti e le professionalità.

## **I dati**

I Registri Nazionali degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari Maggiori, coordina-

ti dall'Istituto Superiore di Sanità, dimostrano che in Italia il tasso di attacco precoce di questi eventi è notevole, intendendosi per precoci o prematuri ed evitabili gli eventi accaduti al di sotto dei 65 anni. È decisamente elevata anche la loro letalità, definita dalla percentuale dei colpiti che muore entro 28 giorni. Le figure 1 e 2, rielaborate dalla II edizione dell'Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari<sup>1</sup> forniscono le dimensioni numeriche degli indicatori citati.

Globalmente ogni anno gli italiani infrasettantacinquenni sono colpiti da 60 000 infarti cardiaci e 65 000

ictus cerebrali, con oltre 34 000 decessi. A questi nostri concittadini non è dato vivere quanto la media di tutti gli altri, che in Italia è > 75 anni. I dati riportati sono rilevanti non solo in relazione alle dimensioni ed alle sofferenze umane che comportano, ma anche per l'impegno richiesto ai servizi sanitari di emergenza-urgenza che devono fronteggiarli. È doveroso ridurre la letalità, informando i cittadini della necessità di un soccorso precoce, chiamando il 118, in caso di sintomi suggestivi di attacco cardiaco o ictus cerebrale e riorganizzando adeguatamente i servizi di emergenza-urgenza a va-

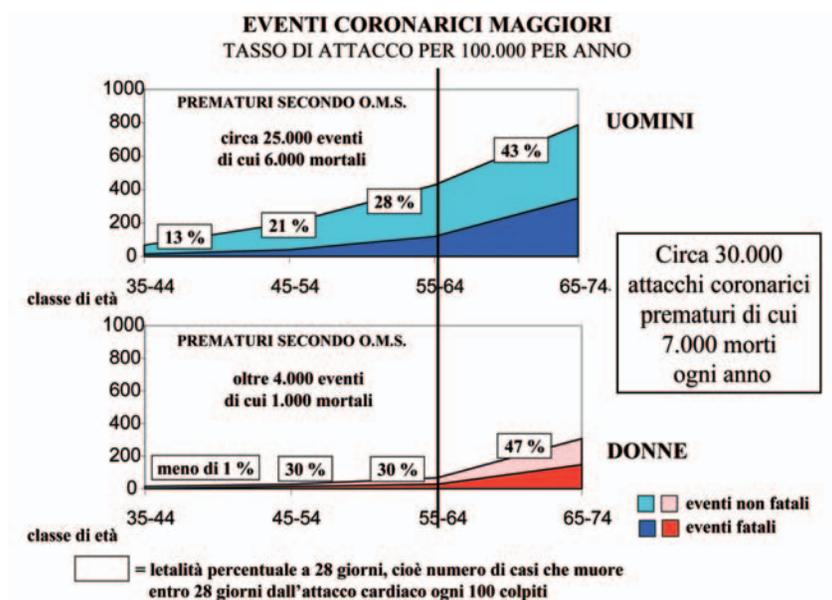


Figura 1. Eventi coronarici non fatali e fatali per uomini e donne, per classe di età, dati nazionali, grafico ad aree, letalità per classe di età e totale, tassi per 100 000, e stima di numeri assoluti con taglio < 65 anni (eventi prematuri).

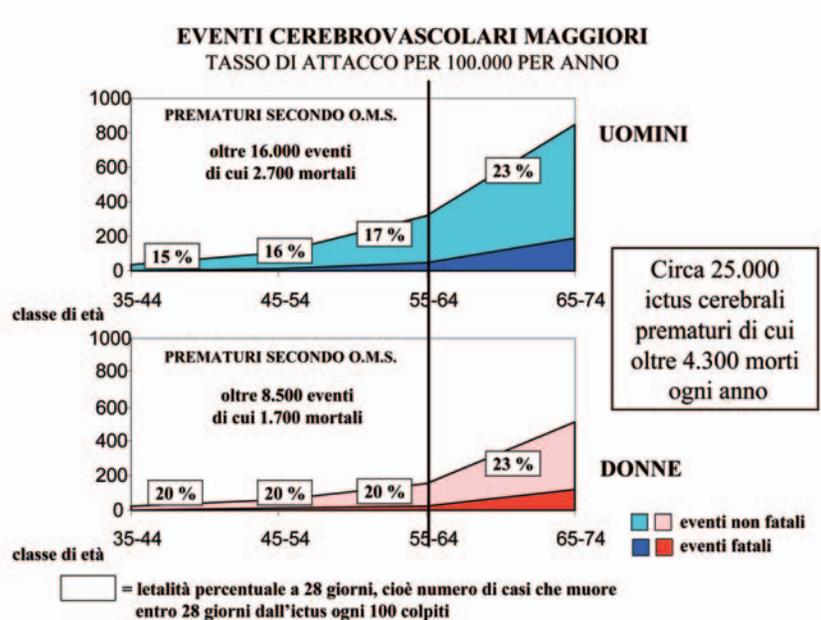


Figura 2. Eventi cerebrovascolari non fatali e fatali per uomini e donne, per classe di età, dati nazionali, grafico ad aree, letalità per classe di età e totale, tassi per 100 000, e stima di numeri assoluti con taglio < 65 anni (eventi prematuri).

ri livelli. Tuttavia molti eventi coronarici fatali avvengono senza preavviso con decesso entro la prima ora: per salvare queste vite e per ridurre globalmente il numero di eventi acuti coronarici e cerebrovascolari l'unica risposta è la prevenzione.

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano, realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri in 51 centri localizzati in modo da rispettare la distribuzione demografica degli abitanti in tutte le Regioni italiane, ha raccolto dati di popolazione in circa 5000 uomini e 5000 donne tra i 35 e i 74 anni, tra il

1998 e il 2002: la prevalenza di persone che hanno una malattia cardiovascolare in questa fascia di età, espressa come frequenza percentuale è notevole, attestandosi globalmente sull'11.2% negli uomini e sul 9.4% nelle donne. Le figure 3 e 4, tratte dalla II edizione dell'Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari<sup>1</sup>, mostrano in dettaglio la percentuale di persone colpite dai vari tipi di malattia cardiovascolare, considerate singolarmente ed indipendentemente dalla possibile coesistenza di più quadri clinici.

Anche questi dati evidenziano l'impatto epidemico delle malattie cardiovascolari in Italia, intendendosi per epi-

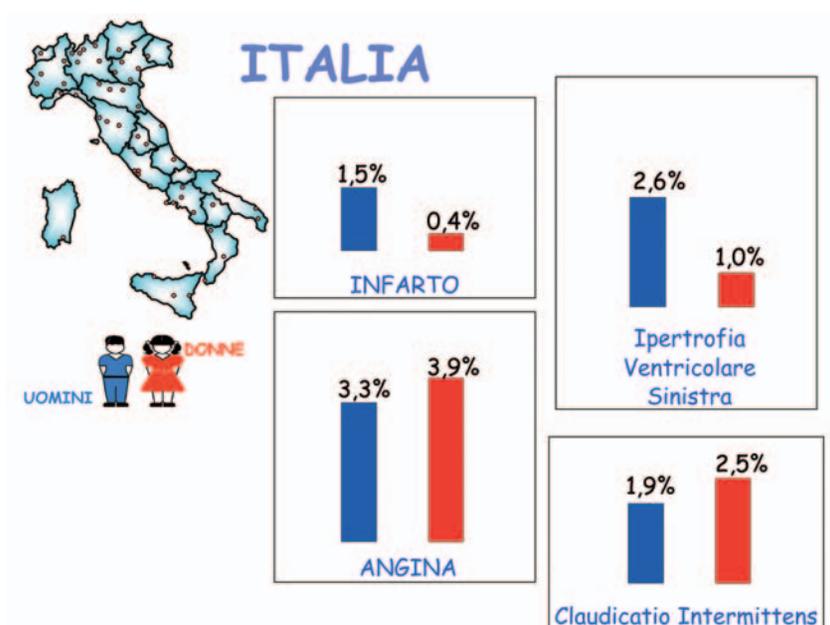


Figura 3. Italia. Prevalenza di malattie cardiovascolari: infarto miocardico, angina pectoris, ipertrofia ventricolare sinistra, claudicatio intermittens. Uomini e donne.

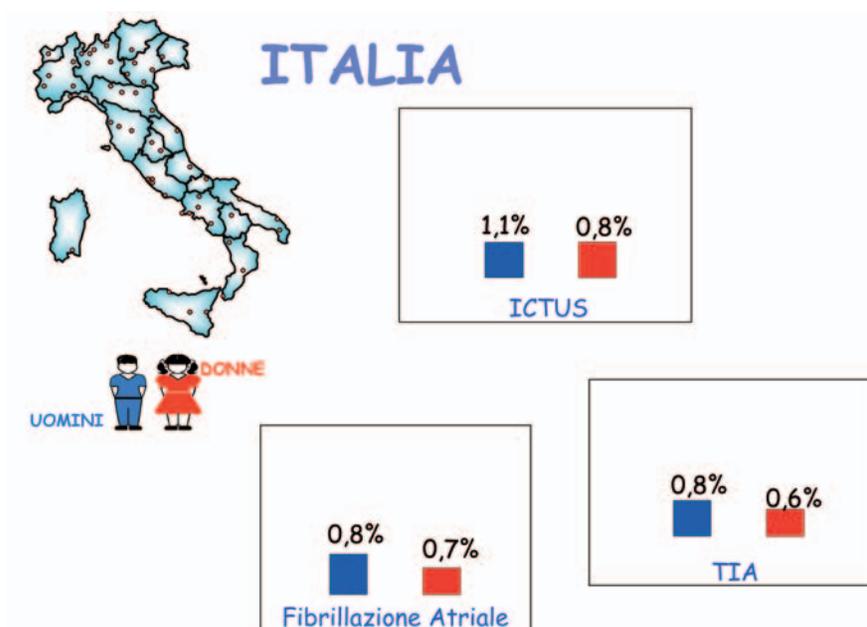


Figura 4. Italia. Prevalenza di malattie cardiovascolari: stroke, attacco ischemico transitorio (TIA), fibrillazione atriale. Uomini e donne.

demia una frequenza elevata nella popolazione; dal punto di vista del Servizio Sanitario Nazionale, se stimiamo che, tra i 35 e i 74 anni 1 600 000 italiani e 1 400 000 italiane sono cardiovascolopatici (in tutto circa 3 000 000 persone), è evidente il notevole consumo di risorse che essi richiedono, dato che devono sottoporsi a trattamenti farmacologici continuativi ed a controlli specialistici periodici, talora complessi e costosi per la comunità. Anche in questo caso la prevenzione è una risposta di sanità pubblica al carico di malattia. L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano ha consentito anche di "fotografare" la situazione dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari nel nostro

paese. Per fattori di rischio si intendono quelle condizioni che, presenti in persone ancora sane, ne predicano la probabilità di ammalarsi e, nei pazienti cardiovascolopatici, la probabilità di recidive: la tabella I<sup>2</sup> riporta la classificazione dei fattori di rischio più diffusa a livello scientifico, insieme alla menzione dei farmaci dimostratisi efficaci a livello preventivo.

Le figure 5 e 6, tratte anch'esse dalla II edizione dell'Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari<sup>1</sup> riportano la distribuzione e, se appropriato, i livelli medi dei principali fattori di rischio modificabili in Italia.

La sindrome metabolica descritta nella figura 6 si riferisce alla coesistenza nella stessa persona di tre o più

**Tabella I.** Classificazione intersocietaria europea<sup>2</sup> semplificata e modificata.

Prevenzione primaria e secondaria		Caratteristiche personali (non modificabili)	Profilassi farmacologica (farmaci con prove di efficacia in prevenzione primaria e secondaria)
Stili di vita	Esami del sangue o caratteristiche fisiologiche (modificabili)		
Alimentazione ricca di grassi saturi, colesterolo e calorie	Elevato colesterolo totale e LDL nel sangue	Età	Terapia antipertensiva
Fumo di tabacco	Elevata pressione arteriosa	Storia familiare di infarto cardiaco o ictus cerebrale in età media (negli uomini < 55 anni e nelle donne < 65 anni)	ACE-inibitori Betabloccanti Statine
Eccessivo consumo di alcol	Basso colesterolo HDL	Storia personale di malattia coronarica o aterosclerotica	Antiplateletici/anticoagulanti
Sedentarietà	Elevati trigliceridi nel sangue Diabete Obesità Fattori trombotici		

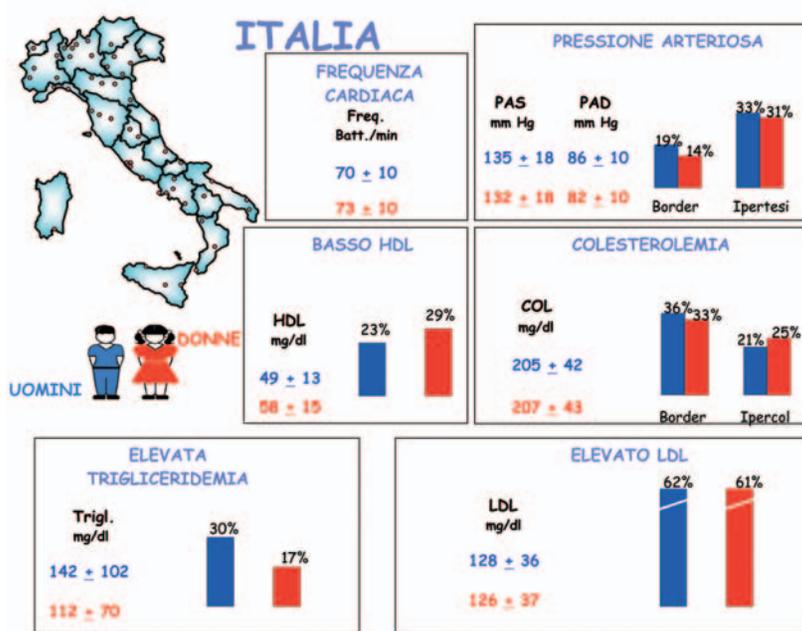


Figura 5.

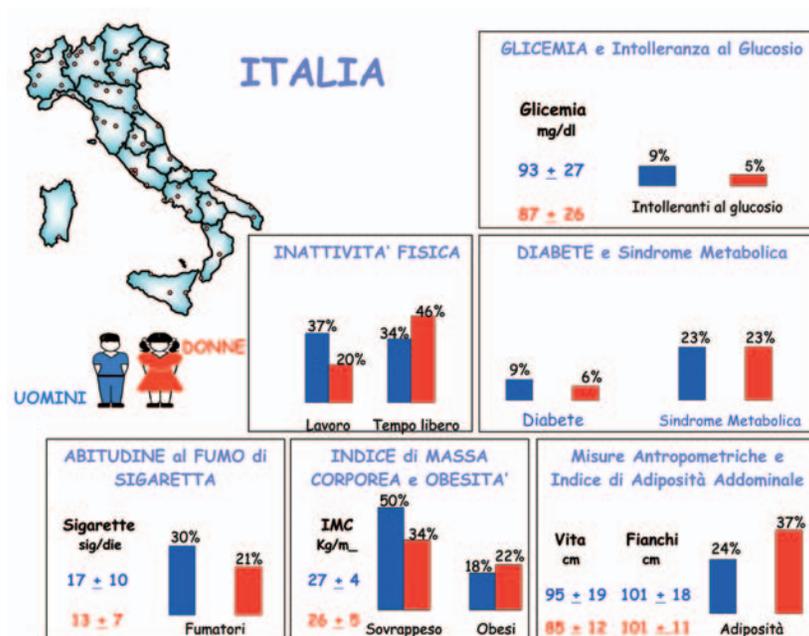


Figura 6.

fattori di rischio associati, che generalmente riconoscono come causa un alterato metabolismo dell'insulina e conferiscono ai portatori un elevato rischio di malattia cardiovascolare: ipertensione arteriosa, intolleranza glucidica con elevata glicemia a digiuno, ipertrigliceridemia, basso colesterolo HDL, adiposità addominale.

Questi dati dimostrano che la diffusione degli stili di vita non salutari e dei fattori di rischio modificabili è veramente ampia nella popolazione italiana e rende ragione degli indicatori di malattia che abbiamo descritto.

Un'altra caratteristica dei fattori di rischio cardiovascolare, è la loro tendenza a coesistere, vedi sindrome metabolica, ed a potenziarsi l'un l'altro quando presenti: è quindi importante conoscere la loro predittività cumulativa. Ciò può essere fatto con strumenti come carte o programmi di rischio tratti da studi di campioni di popolazioni valutati prima dell'insorgere della malattia e seguiti nel tempo: tali campioni devono essere nazionali, distinti per sesso, possibilmente di diverse aree geografiche del paese, sufficientemente numerosi, non troppo dissimili dalla popolazione attuale e seguiti per il giusto tempo, considerato oggi 10 anni. Il Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità ha una componente con queste caratteristiche che ha permesso di costruire la carta ed il software per il rischio cardiovascolare italiano (vedi [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)). Questi strumenti permettono di stimare quante persone su 100 possono incorrere in un primo evento acuto coronarico o cerebrovascolare in 10 anni. Oltre alla definizione di strumenti nazionali per la prevenzione cardiovascolare, il Progetto CUORE ha consentito di valutare la distribuzione del rischio cardiovascolare in Italia. La figura 7 riporta questa informazione e pone le basi per una prevenzione basata sui fatti.

Come si può notare la maggior parte degli eventi accade in persone con rischio inferiore alla mediana della distribuzione del rischio stesso: questo si spiega con il fatto che ci sono numericamente più persone nei primi decili della distribuzione e pertanto, anche se il loro rischio individuale è minore, il numero assoluto di eventi da loro prodotti è rilevante. È quindi evidente che per una prevenzione efficace è necessario sia correggere i fattori di rischio in coloro che sono a rischio elevato (strategia dell'alto rischio), sia ridurre il rischio in coloro che ce l'hanno intermedio, principalmente promuovendo stili di vita più sani (strategia di popolazione).

### Le strategie

La figura 8 illustra le strategie di prevenzione, scientificamente fondate, in relazione a due dimensioni, la priorità in un contesto di sanità pubblica, e la numerosità di persone coinvolte.

La prevenzione primordiale interessa le giovani generazioni e la scuola in particolare, e mette in opera azioni per prevenire lo sviluppo dei fattori di rischio, adottando stili di vita sani che riguardano l'alimentazione, l'attività fisica, il mantenimento di un peso corporeo ideale, l'evitare il fumo di tabacco. È noto che questi stili sono influenzati negativamente anche nei giovanissimi da fattori psicosociali di disagio e da una predisposizione familiare sia ambientale sia, più raramente, genetica. La prevenzione primordiale è alla base della piramide perché è un investimento a lungo termine, che, coinvolgendo generazione dopo generazione, dovrebbe riguardare, alla lunga, tutta la comunità nazionale. La prevenzione di comunità è complessa e articolata perché richiede l'al-

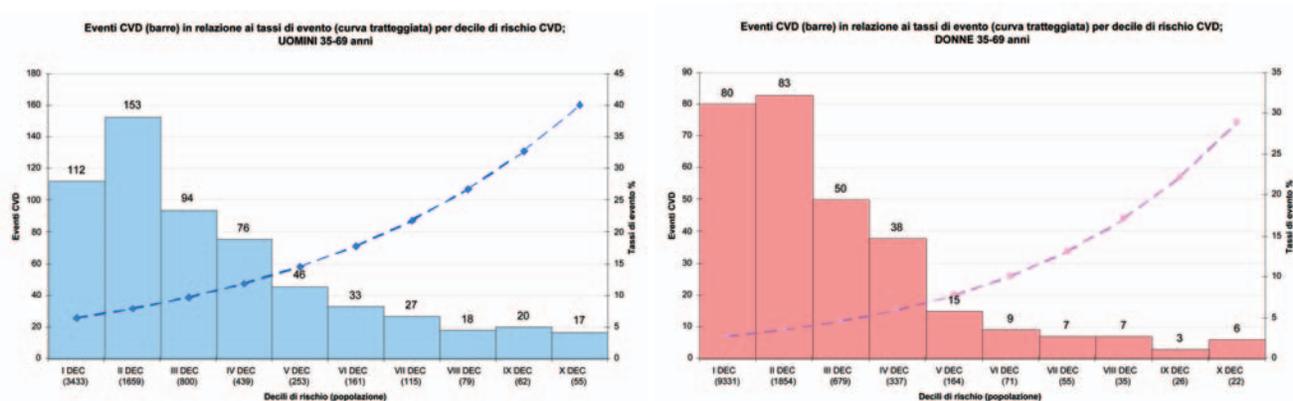


Figura 7. Numero assoluto di eventi cardiovascolari (CVD) (barre) e tasso percentuale di eventi in relazione ai decili di rischio: dati dal Progetto CUORE (per gentile concessione dei Dottori Simona Giampaoli, Luigi Palmieri, Diego Vanuzzo, Salvatore Panico, Marco Ferrario).



Figura 8. Strategie di prevenzione cardiovascolare.

leanza fra molti attori, istituzioni, personale sanitario, volontariato e privati, per promuovere stili di vita sani in adulti (che largamente non li praticano, come dimostrato dalle ricerche richiamate), al fine di ridurre i livelli medi dei fattori di rischio e, in definitiva, ottenere molti più individui a basso rischio rispetto a quelli a rischio intermedio ed alto. L'adesione continuativa di strati sempre maggiori di popolazione ad un sano stile di vita è inoltre una necessità in una società che invecchia, per prevenire non solo l'aterosclerosi e le sue complicanze, ma anche la demenza e le disabilità senili. Data la valenza di salute generale e non solo cardiovascolare di queste due strategie, esse sono chiamate cumulativamente promozione della salute. La prevenzione primaria riguarda in particolare i soggetti ad alto rischio ed è di pertinenza medica: per essere efficace richiede una grande sinergia tra medici di medicina generale, che hanno il compito di valutare e trattare il rischio cardiovascolare dei loro assistiti, e gli specialisti, in particolare i cardiologi, che, agendo da consulenti dei medici di medicina generale nei casi che richiedono un'ulteriore valutazione, concorrono, grazie anche alle metodiche strumentali indicate dalle linee guida, a sti-

lare un piano di prevenzione personalizzato per i soggetti ad alto rischio: infatti è necessario, ma anche equo, viste le risorse contingentate disponibili, armonizzare l'entità dell'intervento a quella del rischio. Anche la prevenzione secondaria e cioè l'insieme di misure messe in atto per prevenire le complicanze e le ricadute nei pazienti con malattie cardiovascolari, richiede una forte integrazione tra cardiologi e medici di medicina generale e dovrebbe prevedere la riabilitazione cardiovascolare, modalità assistenziale che migliora la prognosi e la qualità della vita dei pazienti.

**Gli strumenti e le professionalità per la prevenzione cardiovascolare**

L'articolazione del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, la disponibilità di dati epidemiologici nazionali, le conoscenze scientifiche, le carte ed il software per il calcolo del rischio cardiovascolare assoluto italiano, consentono di descrivere la seguente mappa organizzativa della prevenzione cardiovascolare (Fig. 9), che vede al centro il cittadino nel suo contesto comu-

nitario, inteso come protagonista attivo sia della promozione della salute e della strategia di comunità, sia dell'area dei servizi sanitari, fortemente articolata nella collaborazione tra medico di medicina generale e specialista cardiologo dedicato, operante in una rete composta da Strutture di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva e da Ambulatori Cardiologici per la Prevenzione Cardiovascolare. La sorveglianza epidemiologica continuativa degli eventi cardiovascolari e dei fattori di rischio è uno strumento imprescindibile per la verifica e la riprogrammazione di tutte le azioni di prevenzione, anche in termini di priorità nell'allocazione delle risorse; la gestione di un database standardizzato delle attività di promozione della salute aiuterebbe moltissimo ad ottimizzare questo aspetto fondamentale ma oggi poco diffuso della prevenzione cardiovascolare globale.

**RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE IN ITALIA**

Sulla base delle premesse considerate, gli organizzatori ed i partecipanti alla III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, nel rivolgere alle istituzioni nazionali e regionali ed in particolare al Ministero della Salute ed agli Assessorati Regionali della Sanità, alla comunità scientifica e sanitaria nazionale ed a tutta la cittadinanza le seguenti raccomandazioni, invitano i medici italiani, *in primis* i medici di medicina generale, i cardiologi, i neurologi e gli altri specialisti, ad applicarle subito nella loro pra-

tica quotidiana, per creare nell'opinione pubblica quella consapevolezza del problema che può riallocare risorse adeguate alla prevenzione e contemporaneamente ridurre il rischio cardiovascolare dei loro assistiti. Ciò che è possibile fare ora è:

- informare e sensibilizzare la popolazione sulle dimensioni epidemiche delle malattie cardiovascolari e sulla necessità che tutti adottino uno stile di vita salvacuore (alimentazione sana sul modello della dieta mediterranea, attività fisica regolare, controllo del peso corporeo, non fumare) e che conoscano i valori ottimali dei fattori di rischio modificabili;
- attivare organiche azioni di comunità finalizzate a promuovere lo stile di vita salvacuore con programmi di intervento che siano prioritari nel mondo della scuola, del lavoro, del volontariato e della sanità, strutturati sul ruolo attivo dell'individuo;
- introdurre nella buona prassi clinica di medici di medicina generale e medici specialisti e praticare con metodicità il "counseling" motivazionale per favorire cambiamenti migliorativi di comportamenti disfunzionali consolidati;
- valutare sistematicamente il rischio cardiovascolare globale individuale negli adulti, utilizzandolo come guida per le azioni di prevenzione nel singolo individuo e facendo riferimento alle carte del rischio italiane ed al sistema a punteggio dell'Istituto Superiore di Sanità ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it));
- individuare precocemente i soggetti ad alto rischio cardiovascolare attraverso un sistema integrato, centrato sull'individuo e basato su percorsi di valutazione e di trat-



Figura 9. Mappa organizzativa della prevenzione cardiovascolare.

tamento avviati dal medico di medicina generale e co-gestiti con i cardiologi in rete, con gli altri medici specialisti e con gli altri operatori interessati alla prevenzione cardiovascolare;

- implementare i percorsi di prevenzione secondaria e riabilitativi per estenderne la valenza preventiva e la provata efficacia nella riduzione degli eventi cardiovascolari nei soggetti con patologia cardiovascolare manifesta;
- rendere operativo un sistema di sorveglianza epidemiologica continuativa dei fattori di rischio e degli eventi cardiovascolari finalizzandolo alla verifica degli indicatori di efficacia e all'aggiornamento programmatico degli interventi di prevenzione.

#### VERSIONE ESTESA

### Azioni per lo sviluppo delle raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia

#### Raccomandazioni 1-2

1) Informare e sensibilizzare la popolazione sulle dimensioni epidemiche delle malattie cardiovascolari e sulla necessità che tutti adottino uno stile di vita salvacuore (alimentazione sana sul modello della dieta mediterranea, attività fisica regolare, controllo del peso corporeo, non fumare) e che conoscano i valori ottimali dei fattori di rischio modificabili.

2) Attivare organiche azioni di comunità finalizzate a promuovere lo stile di vita salvacuore con programmi di intervento che siano prioritari nel mondo della scuola, del lavoro, del volontariato e della sanità, strutturati sul ruolo attivo dell'individuo.

Queste raccomandazioni rientrano nell'area delle "strategie di popolazione".

Il compito, impegnativo, è quello di identificare le strategie migliori per rendere i singoli cittadini e le comunità determinati nell'abbassare il rischio cardiovascolare globale promuovendo la loro salute. Infatti alla base della strategia di popolazione stanno i concetti di promozione della salute, attuata con l'educazione alla salute delle persone e la protezione della salute da parte dei decisori. L'obiettivo è quello di prevenire o annullare il rischio cardiovascolare a livello di popolazione prevenendo i fattori di rischio.

**Indicazioni per la prevenzione primaria di popolazione.** Le indicazioni vengono dal contributo al declino della mortalità per malattie cardiovascolari di varie strategie testate. Le basi per favorire uno stile di vita "salvacuore" sono essenzialmente:

- un'alimentazione sana sul modello della dieta mediterranea, capace di indurre un cambiamento favorevole nella distribuzione a livello di popolazione di anormale concentrazioni di lipidi nel sangue e di valori pressori alterati, caratterizzata da basse quantità di sale, specie

nei cibi conservati, da un largo uso di frutta e verdura, dal consumo frequente di pesce e da modiche quantità di alcool nei non astemi;

- la promozione di attività fisica regolare e la limitazione della pandemia di sovrappeso e obesità, con attenzione ai determinanti ambientali di obesità e sedentarietà;
- il controllo del fumo di sigaretta, specie tra i giovani, con il sostegno ai fumatori adulti che esprimono volontà di smettere e con l'obiettivo a lungo termine di società libere dal fumo.

Gli stessi concetti, applicati alle giovani generazioni ancora prima dell'emergere dei fattori di rischio, sono il fondamento della prevenzione primordiale.

È inoltre importante per prevenire o limitare le conseguenze dell'attacco cardiaco e ridurre il peso della morte improvvisa da arresto cardiaco, sensibilizzare la comunità creando confidenza con l'emergenza cardiaca, sapendo cosa fare e come farlo, ma essenzialmente allertando tempestivamente il Sistema di Emergenza Medica (118). Anche questa azione è da considerare tra i contenuti da promuovere con strategie di popolazione.

**Ambiti e interazioni.** Gli ambiti da privilegiare per le strategie di popolazione, definibili estensivamente "cardiologia di comunità" per sottolineare il ruolo della classe medica, sono:

- la comunità intera o fasce specifiche per età o altre aggregazioni da sensibilizzare tramite campagne e l'informazione specifica;
- la scuola che deve diventare "una scuola che promuove salute" prevalentemente attraverso la formazione continua degli insegnanti e la disponibilità di guide con percorsi didattici testati e validati;
- i luoghi di lavoro che costituiscono comunità particolari e nei quali possono essere condotte azioni di sensibilizzazione associate ai controlli già previsti ed all'organizzazione per la sicurezza;
- le strutture sanitarie, le sedi del volontariato, i luoghi pubblici in genere, che possono organizzare in funzione preventiva gli spazi di attesa e possono contribuire alla diffusione di materiale informativo ed educativo.

Perché le strategie di popolazione possano risultare efficaci occorrono forti interazioni positive (alleanze) da parte dei decisori pubblici, delle istituzioni, del volontariato e delle organizzazioni dei cittadini. È indispensabile inoltre usare una comunicazione adeguata, efficace e comunque professionale, nonché l'alleanza e il supporto dei mezzi di comunicazione per un'azione ribadita.

Idealmente ci si dovrebbe muovere entro un Piano Nazionale per la Salute Cardiovascolare, raccordato con l'International Heart Health Society, che coordini in rete agenzie governative, regionali e locali, società scientifiche, fondazioni, sistema scolastico, organizzazioni di cittadini e di lavoratori, settore privato e associazioni di volontariato dedicate. Le Dichiarazioni (Declarations) dell'International Heart Health Society, da quella di Victoria (1992) a quella recentissima di

Milano (2004), hanno dettagliatamente valutato e proposto politiche ed interventi per un'azione sui determinanti sociali, economici e politici dell'andamento delle malattie cardiovascolari, indicando i coinvolgimenti e le risorse da mettere in campo.

**Quali attori.** Nell'indicare la rete da creare è già individuata la maggior parte degli attori. Tra le istituzioni sanitarie, i ruoli di programmazione e verifica spettano al Ministero della Salute e agli Assessorati e Agenzie Regionali della Sanità, quelli operativo-gestionali alle Aziende Sanitarie, in particolare tramite i Distretti ed i Dipartimenti di Prevenzione. Resta da definire il ruolo specifico di alcune figure prevalenti per l'azione preventiva: sono il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta (importante per la prevenzione primordiale), il cardiologo e gli altri specialisti impegnati nella lotta alle malattie cardiovascolari che dovrebbero interagire: si ritiene ormai imprescindibile da una professionalità medica adeguata ai tempi la competenza in prevenzione cardiovascolare, che spazia dalla cardiologia di comunità al "counseling" motivazionale, agli aspetti medico-strumentali della prevenzione primaria e secondaria, alla comprensione e raccolta degli indicatori della sorveglianza. La competenza in prevenzione cardiovascolare, rivisitata secondo i profili specifici, dovrebbe diventare patrimonio anche dei farmacisti e degli infermieri. Di qui la necessità di iniziative di formazione e aggiornamento in prevenzione cardiovascolare per le varie categorie sanitarie. Un aspetto essenziale è da indicare nella costruzione di una cultura della prevenzione e della cardiologia di comunità da parte dell'Università nella preparazione di medici ed infermieri ma anche di futuri decisori sociopolitici, anche nelle scuole di specializzazione.

**La "dose preventiva" e la valutazione.** Un concetto importante, proposto dal gruppo canadese dell'Heart Health Initiative, è quello che riguarda la "dose preventiva" della promozione della salute, riferita all'entità delle politiche e degli interventi di promozione della salute cardiovascolare, ed alla loro sostenibilità e durata, necessari per ottenere degli specifici e misurabili "esiti di salute". Si tratta di "fare la cosa giusta", cioè scegliere la giusta strategia, nella giusta quantità (intensità, sostenibilità, tipo di interventi e disponibilità), raggiungendo il giusto numero di persone (l'intera comunità o settori rilevanti per l'obiettivo scelto). Tutto questo è necessario per ottenere specifici "esiti" di salute. Capacità e risorse insufficienti rendono impossibile raggiungere un impatto visibile sugli esiti stessi. La stima della dose che crea prevenzione è il primo passo necessario per calcolare il costo pro-capite per avere risultati sulla salute cardiovascolare.

In definitiva bisogna arrivare a far considerare la salute cardiovascolare come un valore e un concetto che deve essere promosso nell'intera società comprendendo le comunità, le organizzazioni, il volontariato, i governi così come tutti i singoli individui. Tutto questo può

avvenire con l'assunzione di responsabilità a tutti i livelli per influenzare la volontà politica a sostegno della promozione della salute e della prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Gli indicatori per pesare la necessità di azione, indirizzare le strategie e monitorare il risultato dei programmi di prevenzione sono rappresentati dai dati di sorveglianza dei fattori di rischio e degli eventi fatali e non fatali, per validare la stima del carico delle malattie cardiovascolari e monitorare gli andamenti di incidenza e di letalità.

È inoltre da prevedere la valutazione del processo per stimare gli scostamenti dagli obiettivi previsti e le correzioni di percorso necessarie.

### **L'azione dell'Heart Care Foundation-Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri/Progetto Tuttocuore**

Per promuovere e realizzare concretamente la cardiologia di comunità e per vicariare l'azione pubblica, l'HCF/ANMCO (Heart Care Foundation-Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) ha dato vita al Progetto Tuttocuore, che comprende attività educative e di ricerca, e che qui si propone come modello operativo senza alcuna pretesa di esclusività. I capisaldi del progetto sono rappresentati da:

- informazione dei cittadini per renderli consapevoli del carico delle malattie cardiovascolari nella società e per metterli in condizione di orientarsi nella valutazione delle proposte per la salute e nel controllo del rischio cardiovascolare globale;
- educazione alla salute e promozione di uno stile di vita "salvacuore" a partire dai più piccoli e dai più giovani nella scuola e con la scuola, per gli adulti, gli anziani e la comunità tutta;
- creare confidenza con le emergenze cardiache soprattutto per una pronta attivazione del Sistema di Emergenza 118.

Il programma, previsto in 3 anni, prevede campagne di sensibilizzazione della popolazione ("Ascolta il tuo Cuore", "Le Città del Cuore", "Cardiologie aperte"), l'azione con la scuola, lo sviluppo del sito web per i cittadini, le azioni di ricerca finalizzate (ritardo decisionale, qualità percepita delle cardiologie).

Punti di forza a sostegno del progetto sono la rete dei Referenti Regionali, il nucleo operativo del sito web, il gruppo scuola, ma soprattutto dovrebbe essere la mobilitazione di buona parte dei cardiologi ANMCO: naturalmente la collaborazione è aperta a tutti.

### **Conclusione**

Gli organizzatori ed i partecipanti alla III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari assieme all'HCF/ANMCO sono assolutamente con-

vinti che sia necessario affrontare più seriamente la cardiologia di comunità, considerando la strategia di popolazione come l'approccio più sensibile per la prevenzione primaria cardiovascolare. Sistemi di sorveglianza, sia sui principali fattori di rischio che sugli eventi, sono tuttavia indispensabili per monitorare l'efficacia dei programmi.

#### *Raccomandazioni 3-5*

3) Introdurre nella buona prassi clinica di medici di medicina generale e medici specialisti e praticare con metodicità il "counseling" motivazionale per favorire cambiamenti migliorativi di comportamenti disfunzionali consolidati.

4) Valutare sistematicamente il rischio cardiovascolare globale individuale negli adulti, utilizzandolo come guida per le azioni di prevenzione nel singolo individuo e facendo riferimento alle carte del rischio italiane ed al sistema a punteggio dell'Istituto Superiore di Sanità ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)).

5) Individuare precocemente i soggetti ad alto rischio cardiovascolare attraverso un sistema integrato, centrato sull'individuo e basato su percorsi di valutazione e di trattamento avviati dal medico di medicina generale e co-gestiti con i cardiologi in rete, con gli altri medici specialisti e con gli altri operatori interessati alla prevenzione cardiovascolare.

Queste raccomandazioni, pur rientrando in parte nell'area delle "strategie di popolazione", sono fondamentali per l'area della "strategia dell'alto rischio".

È ormai consolidato il concetto che la strategia dell'alto rischio ha senso solo in un contesto di diffusione della cultura della prevenzione cardiovascolare, considerato nel paragrafo precedente. Anche in questo caso è importante sottolineare la centralità del cittadino inserito nella sua comunità, sia residenziale, sia extraridenziale (ambienti scolastici, lavorativi, associazionistici, ricreativi). Considerata la struttura del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale in Italia, è stato stimato che in circa 3 anni tutti i cittadini vengano in contatto con la rete di assistenza sanitaria primaria gratuita ed universale rappresentata principalmente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta. Come è già stato accennato questi ultimi dovrebbero collaborare con la scuola per la prevenzione primordiale, tesa ad evitare l'insorgenza dei fattori di rischio (stili di vita e condizioni biologiche) nei loro giovani assistiti, ma hanno anche una grande opportunità per informare e sensibilizzare i genitori a valutare il rischio cardiovascolare globale e a realizzare stili di vita salvacuore a livello familiare. Comunque il momento capitale per lo sviluppo delle strategie individuali di prevenzione cardiovascolare, ed in particolare di quella dell'alto rischio, è quando il cittadino adulto, più o meno informato e sensibilizzato a livello comunitario, contatta il proprio medico di medicina generale.

Nel contesto della citata competenza in prevenzione cardiovascolare, il medico di medicina generale do-

vrebbe offrire al proprio assistito che glielo richieda o in occasione di altri motivi di visita (screening opportunistico), una valutazione del rischio cardiovascolare globale, attraverso le rilevazioni clinico-anamnestiche (pressione arteriosa, abitudine al fumo, terapia antipertensiva) e le indagini di laboratorio necessarie (colesterolo totale e HDL, trigliceridi, glicemia), utilizzando le carte del rischio cardiovascolare italiane ed il sistema a punteggio dell'Istituto Superiore di Sanità ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)). Contemporaneamente il medico di medicina generale, dovrebbe valutare, possibilmente in maniera standardizzata, gli stili di vita del proprio assistito e le altre misure antropometriche (peso, altezza, circonferenza della vita), verificare la presenza di una possibile sindrome metabolica, impostare un programma personalizzato di prevenzione e decidere se inviarlo al cardiologo (vedi oltre) o ad altro specialista in relazione a problemi specifici (ad esempio obesità grave, diabete insulino-dipendente, ecc.). Uno strumento preferenziale per analizzare ed indirizzare la disponibilità sia alla valutazione del rischio sia all'aderenza agli stili di vita salvacuore e alle prescrizioni farmacologiche se necessarie è il "counseling" (colloquio) motivazionale. Questa tecnica, che può essere utilizzata anche in forma breve, utilizzando alcuni minuti della visita, è stata messa a punto da Rollnick e Miller ed in Italia da Guelfi e collaboratori, e si configura come uno stile di comunicazione centrato sulla persona, orientato al cambiamento di comportamenti a rischio, che dispone l'operatore a fronteggiare adeguatamente l'ambivalenza dell'assistito verso il cambiamento stesso. Il colloquio motivazionale può essere appreso con specifici corsi di formazione che, come entità, potrebbero coincidere con il programma di formazione obbligatoria della medicina generale.

Risorse importanti per la verifica di questi aspetti della prevenzione cardiovascolare peculiari della medicina generale sono l'uso del computer e la partecipazione a reti di professionisti operanti con metodologia standardizzata.

Valutato il rischio cardiovascolare globale ed agito sugli stili di vita salvacuore il medico di medicina generale e l'assistito possono decidere di utilizzare l'approccio cardiologico all'alto rischio, inteso come la specifica competenza cardiologica nell'ambito di una più precisa stima del rischio personale e delle strategie terapeutiche. Sono considerati ad alto rischio in prevenzione primaria i soggetti con dislipidemia familiare, quelli con rischio cardiovascolare globale  $\geq 20\%$  secondo le carte del rischio italiane ed il sistema a punteggio dell'Istituto Superiore di Sanità, e, in accordo con le linee guida europee, gli individui con colesterolo totale  $\geq 320$  mg/dl (8 mmol/l), quelli con colesterolo LDL  $\geq 240$  mg/dl (6 mmol/l), gli ipertesi con pressione  $\geq 180/110$  mmHg ed i diabetici di tipo 1 o 2 con microalbuminuria. Il riferimento al cardiologo di tali soggetti ed eventualmente di altri a rischio minore ma con

familiarità precoce (storia familiare di infarto cardiaco o ictus cerebrale negli uomini < 55 anni e nelle donne < 65 anni), per un approfondimento clinico-strumentale, ha lo scopo di consentire, all'assistito e al medico di medicina generale:

- una migliore possibilità di scelta consapevole da parte del cittadino nei confronti degli interventi preventivi;
- una miglior realizzazione di progetti preventivi personalizzati alle necessità dei singoli;
- un miglior utilizzo delle risorse disponibili, consentendo di armonizzare l'intensità dell'intervento con l'entità del rischio valutata anche con altri sistemi strumentali.

La strategia migliore per raggiungere questo obiettivo è rappresentata dalla valutazione sistematica dei soggetti ad alto rischio da parte di centri che risultino dotati di idonea strumentazione (elettrocardiogramma, monitoraggio Holter e pressorio, eco Doppler cardiaco, eco Doppler dei tronchi sopraortici, ecc.) e che offrano adeguate garanzie in merito all'accuratezza, affidabilità e riproducibilità degli esami in base ai criteri già identificati nelle raccomandazioni ANMCO e SIEC. L'implementazione generalizzata di questa strategia richiede come premessa indispensabile la realizzazione in tempi molto brevi di studi pilota tesi a valutare le modalità di attuazione più adeguate ed il miglior rapporto costo/efficacia.

Nel contesto dell'approccio cardiologico all'alto rischio vanno considerate:

- le strutture cardiologiche dedicate alla prevenzione cardiovascolare;
- la competenza in prevenzione cardiovascolare dei cardiologi.

In relazione al primo punto, nel quadro di riferimento del Piano Sanitario Regionale va prevista una rete di strutture istituzionalmente dedicate ai soggetti ad alto rischio e ai pazienti con cardiopatia aterosclerotica, cioè specifiche per la prevenzione cardiovascolare primaria dell'alto rischio e secondaria, secondo due modelli operativi, attuabili in relazione alle situazioni locali ed alla programmazione regionale:

- Struttura di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva;
- Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare.

Un elemento caratterizzante della rete deve essere un software specifico standardizzato e condiviso per la creazione di ampi database di epidemiologia clinica, utili per verifiche di appropriatezza, qualità e tipologia degli esiti.

### **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, con il coinvolgimento di altre strutture cardiologiche e di altre figure professionali comunque utili alle attività di prevenzione.

**Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare.** Dove non è presente una Cardiologia Riabilitativa e Preventiva il modello che viene proposto è quello dell'Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare.

La connotazione del modello si basa sui seguenti elementi:

- è una funzione della struttura cardiologica;
- è realizzabile in maniera estensiva all'interno di strutture distribuite sull'intero territorio regionale;
- può essere operativo in tempi brevi;
- è una forma di assistenza fortemente radicata nella pratica clinica;
- sposta la cura e la gestione della salute su soggetti e 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 infermieri dedicati, 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, fisioterapica, ecc.) ed esercita, a sua volta, funzioni di consulenza nei confronti dei medici di medicina generale, che selezionano i soggetti da inviare all'ambulatorio.

La rete delle Strutture Cardiologiche di Prevenzione Cardiovascolare richiede, globalmente ed a livello del singolo centro, un adeguato sistema di verifica.

L'identificazione degli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere costituisce parte integrante del programma di prevenzione cardiovascolare individualizzato; inoltre è fondamentale registrare, in modo standardizzato e validato, eventuali eventi acuti cardiovascolari o manifestazioni di patologia coronarica, cerebrovascolare e periferica.

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 auspicata perché in grado di garantire:

- la valutazione e la gestione omogenea dei soggetti che afferiscono alle Strutture di Prevenzione Cardiovascolare;
- la raccolta metodica di dati su ampie casistiche;
- la valutazione omogenea e sistematica degli eventi incidenti;
- la registrazione uniforme degli esiti.

In questo modo si può costruire un sistema di rete che consente, su tutto il territorio regionale e nazionale, la verifica dell'efficacia dei programmi e degli interventi di prevenzione a livello cardiologico e la valutazione dell'impatto organizzativo sui risultati conseguiti in termini di riduzione della patologia che si intende prevenire. L'ideale sarebbe che la rete cardiologica consentisse lo scambio di informazioni con le reti dei medici di medicina generale.

La competenza in prevenzione cardiovascolare dei cardiologi è ormai una caratteristica culturale imprescindibile di questa professionalità specialistica, al pari di quella in elettrocardiografia, imaging, emodinamica, aritmologia, emergenza, a prescindere dalle specifiche abilità tecniche. In particolare i cardiologi operanti nelle Strutture di Prevenzione Cardiovascolare, oltre a condividere con i medici di medicina generale ed i collaboratori sanitari e infermieristici, la cardiologia di comunità, la valutazione del rischio cardiovascolare globale (secondo le carte del rischio italiane ed il sistema a punteggio dell'Istituto Superiore di Sanità) ed il "counseling" motivazionale, devono:

- conoscere l'epidemiologia cardiovascolare e il ruolo dei fattori di rischio;
- identificare i soggetti ad alto rischio, con particolare riguardo ai dislipidemici;
- effettuare la valutazione funzionale e strumentale preliminare;
- stratificare il rischio nei pazienti cardiovascolopatici;
- identificare gli obiettivi da raggiungere durante l'intervento preventivo;
- organizzare il percorso del soggetto ad alto rischio e del paziente cardiovascolopatico avviando un programma di intervento "individualizzato";
- verificare i risultati raggiunti secondo indicatori predefiniti.

#### Raccomandazione 6

6) Implementare i percorsi di prevenzione secondaria e riabilitativi per estenderne la valenza preventiva e la provata efficacia nella riduzione degli eventi cardiovascolari nei soggetti con patologia cardiovascolare manifesta.

Questa raccomandazione rientra nell'area della "prevenzione secondaria e riabilitazione".

Il paziente con pregresso evento cardiovascolare aterosclerotico è considerato ad altissimo rischio di recidiva e richiede specificamente la stratificazione ed il trattamento del rischio in prevenzione secondaria. Nei casi più auspicabili il paziente coronaropatico dopo un evento acuto o un intervento di rivascolarizzazione viene inviato dalle Unità di Terapia Intensiva Coronarica, dai Centri di Emodinamica Interventistica e dalle Cardiologie alle strutture degenziali di Cardiologia Riabilitativa per la riabilitazione cardiovascolare precoce e l'avvio del programma riabilitativo e di prevenzione secondaria a medio e lungo termine. Lo stesso iter per i pa-

zienti post-ictus si sta sviluppando, ma esistono solo poche strutture riabilitative specifiche e generalmente prevale la componente fisiatica. Purtroppo molto spesso i pazienti post-acute o rivascolarizzati eseguono solo periodici controlli presso gli ambulatori delle strutture per acute e sono affidati al medico di medicina generale. Solo in certi casi essi, dopo la dimissione, accedono a Strutture di Riabilitazione Cardiologica ambulatoriale. Per i pazienti che non fruiscono di riabilitazione è pertanto necessaria una stretta collaborazione tra medici di medicina generale e la citata rete di strutture istituzionalmente dedicate ai soggetti ad alto rischio e ai pazienti con cardiovasculopatia aterosclerotica, secondo i modelli operativi della Struttura di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva e, laddove non esistente, dell'Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare.

Il documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia", pubblicato sull'*Italian Heart Journal*<sup>3</sup> riporta specificamente il ruolo della Cardiologia Riabilitativa cui si rimanda. In questa sede la raccomandazione riguarda:

- lo scenario assistenziale in cui implementare il programma di prevenzione secondaria;
- i contenuti del programma di prevenzione secondaria.

#### Lo scenario assistenziale per lo sviluppo del programma di prevenzione secondaria

Per i pazienti post-acute o cronici con complicanze o comorbidità che richiedano tutela medica e nursing dedicato e/o ad alto rischio di instabilità clinica a riposo o durante attività, appare adeguato il riferimento a strutture riabilitative ospedaliere con modalità degenziale ordinaria o in Day-Hospital. I suddetti programmi dovrebbero essere seguiti da una fase ambulatoriale per la riduzione del rischio e la prevenzione secondaria, che includa un adeguato monitoraggio clinico e funzionale. Particolare importanza sta assumendo la riabilitazione e la prevenzione in pazienti anziani, specie dopo cardiocirurgia o con scompenso cardiaco, nei quali il controllo delle complicanze, la stabilità clinica, l'ottimizzazione del profilo di rischio e il mantenimento di un sufficiente grado di autonomia funzionale sono di estrema rilevanza clinica e sociale nella prevenzione della disabilità.

Per i pazienti post-acute o cronici senza le necessità di tutela sopradette e/o a medio o basso rischio di instabilità clinica a riposo o durante attività, appare efficace una loro gestione presso strutture preventive o riabilitative ambulatoriali, siano esse autonome o inserite nel contesto di Unità Operative Cardiologiche per acute. Nell'ottica dell'utilizzo razionale delle risorse e di interventi proporzionati al rischio, il paziente stabile, a rischio abbassato, che osservi le misure di prevenzione secondaria raccomandate, va seguito dal medico di medicina generale, fatto salvo il riferimento al cardiologo

in caso di comparsa di instabilità e/o di altri problemi di natura specialistica. L'obiettivo assistenziale è finalizzato al mantenimento del più alto grado di indipendenza, a promuovere un effettivo cambiamento dello stile di vita per un'efficace prevenzione secondaria, e a ridurre il rischio di nuovi eventi cardiaci, anche attraverso il raccordo con associazioni o strutture del volontariato.

In tutti i casi si rende indispensabile il raccordo con le strutture del territorio per una successiva presa in carico del paziente. Stante la difficoltà ad identificare un modello univoco, per le differenze territoriali e di organizzazione sanitaria, risulta centrale la necessità di perseguire con il massimo impegno l'obiettivo di realizzare forme coordinate di collaborazione tra medici di medicina generale e strutture ospedaliere, per quanto possibile secondo i due modelli citati:

- in particolare per i cardiovascolopatici identificati ad "elevato rischio" (alta concentrazione di fattori di rischio non adeguatamente controllati, storia clinica, ecc.) la competenza ed esperienza nel "counseling", la multidisciplinarietà e la disponibilità di personale dedicato per valutazioni e trattamenti specifici delle Strutture di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, le rendono il supporto ottimale di consulenza per i medici di medicina generale allo scopo di realizzare modalità effettive di prevenzione secondaria;
- laddove le Strutture di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva non siano esistenti o disponibili, gli Ambulatori Cardiologici per la Prevenzione Cardiovascolare devono assicurare la stessa consulenza qualificata sia pure con risorse professionali limitate a cardiologi ed infermieri dedicati.

**Contenuti del programma di prevenzione secondaria.** Recenti linee guida nazionali ed internazionali elaborate dalle principali società scientifiche, su impulso delle associazioni di cardiologia preventiva e riabilitativa, hanno precisato in dettaglio il programma di prevenzione secondaria con particolare attenzione al processo di valutazione, alla tipologia di intervento e alla definizione degli esiti attesi. In sintesi il programma si basa sui seguenti punti.

- Stima del rischio di recidiva/exitus e stratificazione del rischio mediante valutazione:

- dell'anamnesi, con particolare attenzione agli esiti dell'evento acuto, ai sintomi, alle precedenti patologie cardiologiche, vascolari periferiche e centrali, alla comorbilità, ai fattori di rischio per la progressione dell'aterosclerosi, ai farmaci e all'aderenza alla terapia;
- dello stile e qualità di vita oggettiva e percepita (anche attraverso l'analisi di semplici questionari auto-somministrati);
- dell'esame obiettivo (con particolare attenzione all'indice di massa corporea e all'apparato vascolare e polmonare) e strumentale per la valutazione di funzione ventricolare sinistra, ischemia residua e instabilità elettrica.

- Programma individualizzato di interventi (farmacologici e non farmacologici) preceduto da una specifica valutazione atta a definire gli obiettivi prioritari da raggiungere nel singolo paziente per ciascun fattore che influenza il rischio:

- intervento farmacologico ottimizzato per la prevenzione della progressione dell'aterosclerosi, della disfunzione ventricolare e di nuovi eventi coronarici ed educazione sull'autogestione della terapia farmacologica.

In particolare dovranno essere valutati, con strumenti (test, prove, ecc.) specifici le sottoindicate condizioni che, mediante interventi strutturati di trattamento, di "counseling" ed educativi, consentano di perseguire nel lungo tempo la modifica stabile dello stile di vita per una prevenzione del rischio di recidiva/exitus:

- alimentazione: valutazione delle abitudini alimentari, "counseling" nutrizionale e programma educativo strutturato rivolto sia al paziente che ai suoi familiari;
- attività fisica: valutazione dell'attività fisica abituale e dei bisogni domestici, occupazionali e ricreativi, "counseling" specifico per la realizzazione e l'autogestione di un programma di esercizio fisico individualizzato per frequenza, intensità, durata e modalità;
- tabagismo: valutazione dello stato di fumatore attuale o pregresso, del grado di motivazione, del grado di dipendenza, ed intervento realizzato mediante "counseling", interventi psicocomportamentali, terapie sostitutive;
- diabete: con particolare focalizzazione sugli aspetti educativi per un'adeguata autogestione ed automonitoraggio, con aspetti di "counseling" centrati sulla dieta, controllo del peso, esercizio fisico;
- depressione-stress: valutazione con test standardizzati o con colloquio psicologico individuale ed eventuale intervento mediante "counseling", "stress management", tecniche di rilassamento, colloqui individuali, psicoterapia.

- Monitoraggio delle condizioni effettive di rischio presenti, allo scopo di poter rinforzare e sostenere i risultati ottenuti e rivalutare l'opportunità a modificare nel tempo gli interventi.

#### *Raccomandazione 7*

7) Rendere operativo un sistema di sorveglianza epidemiologica continuativa dei fattori di rischio e degli eventi cardiovascolari finalizzandolo alla verifica degli indicatori di efficacia e all'aggiornamento programmatico degli interventi di prevenzione.

Questa raccomandazione rientra nell'area della "sorveglianza epidemiologica delle malattie cardiovascolari e dei loro fattori di rischio".

Sulla base del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità, dei Registri Nazionali sugli Eventi Acuti Coronarici e Cerebrovascolari e dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano, è necessario realizzare una rete permanente di sorveglianza cardio-

vascolare, costituita dalle strutture epidemiologiche regionali (Osservatori e Servizi Epidemiologici, Aree Epidemiologiche delle Agenzie Regionali della Sanità) in collaborazione con le strutture cardiologiche regionali, con il coordinamento del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma.

Con un formato concordato e standardizzato e con lo stesso software per la successiva condivisione nazionale dei dati, in ogni Regione d'Italia la Struttura Epidemiologica di riferimento, le strutture cardiologiche, neurologiche e dell'emergenza regionali, le reti dei medici di medicina generale attivano:

- un registro di popolazione per la sorveglianza annuale degli eventi acuti coronarici e cerebrovascolari, se possibile in tutti i cittadini adulti e almeno in quelli dai 35 ai 74 anni, per la stima di:

- incidenza e tassi di attacco (per 10 000 o 100 000);
- letalità percentuale a 28 giorni;
- indicatori di assistenza coronarica acuta (tempi precoronarici, percentuale di soggetti/pazienti trattati pre-evento per i fattori di rischio; percentuale di sottoposti a procedure/trattamenti basati sull'evidenza durante la degenza ed alla dimissione, ecc.);
- indicatori di assistenza cerebrovascolare acuta (tempi precerebrali, percentuali di soggetti/pazienti trattati pre-evento per i fattori di rischio; percentuale di pazienti sottoposti a procedure/trattamenti basati sull'evidenza durante la degenza ed alla dimissione, ecc.);
- indicatori di accessibilità a strutture di prevenzione, assistenza e riabilitazione;

- un Osservatorio della Prevalenza e dei Fattori di Rischio Cardiovascolare, per la valutazione almeno quinquennale di campioni rappresentativi di popolazione generale dai 35 ai 74 anni, per costruire gli andamenti temporali di:

- prevalenza (per 1000 o per 100) di pregressi: infarto miocardico, altre sindromi coronariche acute, angina stabile, ipertrofia ventricolare sinistra, ictus, attacco ischemico transitorio, fibrillazione atriale;
- prevalenza (per 100) di familiarità per: coronaropatie, accidenti cerebrovascolari, arteriopatia periferica, rivascolarizzazioni arteriose, ipertensione, dislipidemie, diabete;
- valori medi di pressione arteriosa, prevalenza di ipertensione, stato del controllo degli ipertesi;
- valori medi dei lipidi plasmatici (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, colesterolo LDL), preva-

lenza delle varie forme di dislipidemia, stato del controllo dei dislipidemic;

- valori medi di glicemia (e.v. emoglobina glicata), prevalenza di iperglicemia, diabete, sindrome metabolica, stato del controllo dei diabetici;
- valori medi di peso, altezza, indice di massa corporea, circonferenza vita, circonferenza fianchi, prevalenza di sovrappeso, obesità e di adiposità addominale;
- prevalenza di fumatori correnti, ex fumatori, mai fumatori, numero medio di sigarette fumate nei fumatori;
- prevalenza di inattività fisica;
- prevalenza di individui con eccesso di alcol, astinenti da eccesso di alcol, astemi per scelta (definizioni SuRF OMS);
- prevalenza di individui che consumano meno di cinque porzioni al giorno di frutta e verdura, che non consumano mai frutta, che non consumano mai verdura (definizioni SuRF OMS), altre prevalenze da definire e validare con l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione;
- un sistema di sorveglianza coortale per l'aggiornamento del rischio cardiovascolare assoluto. Le coorti quinquennali di popolazione arruolate nell'Osservatorio della Prevalenza e dei Fattori di Rischio Cardiovascolare vanno seguite nel tempo, per almeno 10 anni, con valutazione annuale degli eventi cardiovascolari incidenti (coronarici, cerebrovascolari, rivascolarizzazioni) e validazione standardizzata degli stessi, con metodologia simile al registro di popolazione, al fine di aggiornare gli strumenti di calcolo del rischio individuale (carte e punteggi individuali).

## Bibliografia

1. Giampaoli S, Vanuzzo D, Ferrario M, Vancheri F, Cesana G. Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. II edizione. *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 3): 1S-13S.
2. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al, for the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. 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 (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: S1-S10.
3. Italian Federation of Cardiology. Structure and functional organization of cardiology. *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 881-930.