

La gestione a lungo termine del paziente a rischio: territorio e ospedale, ruolo e sinergie

Giovanni Battista Zito

Presidente Nazionale A.R.C.A. (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali), Roma - Italy

Long-term management of the patient at risk: outpatient clinic and hospital, role and synergies

Cardiovascular and cerebrovascular diseases are the main cause of death worldwide. In particular, ischemic heart disease is associated with increased mortality risk and decreased quality of life. Population aging is going to increase the overall prevalence of cardiovascular diseases, which is strictly age-related, with a growing economic burden on health systems and society. Effective intervention strategies to control modifiable risk factors for cardiovascular diseases and thereby to reduce the incidence of new events are crucial to limit the huge impact of such diseases on health and quality of life. A strict collaboration between hospitals, where acute events are managed, and outpatient clinics, where patients are followed in the long-term, is the starting point to optimize treatment and secondary prevention, improving adherence to therapy and patient satisfaction.

Keywords: Acute coronary syndrome, Cardiovascular diseases, Outpatient clinics, Risk factors, Secondary prevention, Synergy

Introduzione

Malgrado la progressiva riduzione della mortalità cardio-cerebrovascolare osservata nei Paesi industrializzati, le malattie conseguenti all'aterosclerosi della parete arteriosa e alla trombosi (specificamente la cardiopatia ischemica, l'ictus ischemico e l'arteriopatia periferica) rimangono ancora patologie molto frequenti e fra le maggiori cause di morte prematura e di invalidità permanente nella popolazione europea (1). Vale la pena ricordare che le malattie cardio-cerebrovascolari rappresentano, a livello globale, la prima causa di morte e sono responsabili ogni anno di circa 18 milioni di decessi.

Come per tutte le altre malattie croniche non trasmissibili, anche per quelle cardio-cerebrovascolari la prevalenza e la mortalità sono strettamente correlate all'età. Si calcola che a 80 anni 1 individuo su 5 abbia una malattia coronarica sintomatica e che più di una persona su 8 oltre i 75 anni soffra di una valvulopatia cardiaca moderata o severa. La cardiopatia ischemica, oltre a ridurre l'aspettativa di vita, ne altera anche la qualità e ciò pone un serio problema di gestione che va affrontato coinvolgendo tutti gli attori deputati a un controllo

ottimale. Ovviamente lo scenario di invecchiamento della popolazione porterà a un aumento della prevalenza di tutte le malattie cardio-cerebrovascolari, inclusa la fibrillazione atriale e le malattie cardiache strutturali tra le più correlate all'età. Secondo i Dati dell'Osservatorio Ictus Italia, la prevalenza di fibrillazione atriale (pari al 2% nella popolazione generale), che comporta un aumento del rischio di ictus fino a cinque volte rispetto alla popolazione generale, aumenta con l'avanzare dell'età passando dal 4,5% nella fascia d'età 66-75 anni al 10,7% nei soggetti over 85. Se si considera che nel 2050 l'evoluzione del contesto demografico porterà il nostro Paese ad avere una quota di persone di età >65 anni pari al 34,1% della popolazione totale (oggi la quota è del 23%), l'impatto di tutte le patologie cardio-cerebrovascolari è destinato ad aumentare in maniera significativa. Queste patologie sono caratterizzate da un'etiologia multifattoriale, con alcuni fattori di rischio non modificabili tra cui l'età, il sesso e l'ereditarietà genetica, e altri modificabili tra cui il fumo, le cattive abitudini alimentari, la sedentarietà, la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia. Studi epidemiologici hanno dimostrato che il rischio cardio-cerebrovascolare è reversibile e che la riduzione dei livelli dei fattori di rischio porta a una riduzione degli eventi e della loro gravità. L'impatto di questi fattori di rischio varia anche in base al sesso del paziente: per esempio è il fumo a impattare maggiormente negli uomini, mentre nelle donne è l'elevata pressione arteriosa. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), agendo sui fattori di rischio, soprattutto quelli modificabili, oltre tre quarti delle morti cardio-cerebrovascolari potrebbero essere evitate.

Le recenti linee guida europee 2019 sulle dislipidemie ribadiscono che ridurre il colesterolo-LDL è uno degli interventi determinanti per diminuire il rischio di eventi

Received: March 1, 2022

Accepted: March 23, 2022

Published online: May 24, 2022

Corresponding author:

Giovanni Battista Zito

A.R.C.A.

Viale Bruno Buozzi 56

00197 Roma - Italy

giovannizito2013@gmail.com



cardio-cerebrovascolari e, come è noto, l'incremento dei valori di colesterolo totale e colesterolo-LDL può essere modificato con variazioni dello stile di vita e/o con la terapia farmacologica. Purtroppo le sole modifiche dello stile di vita non si sono rivelate in grado di ridurre significativamente tali livelli e quindi è necessario ricorrere anche alla terapia farmacologica, che oggi, grazie alle statine ad alta intensità, in monoterapia o associate a ezetimibe, e agli inibitori di PCSK9, vive una stagione di eccellente efficacia (2).

Nel Rapporto OsMed 2019 sono stati introdotti degli indicatori di aderenza e persistenza alle terapie al fine di valutare l'appropriatezza d'uso dei medicinali. Un'analisi completa dell'uso dei farmaci non può prescindere quindi da una valutazione approfondita dell'appropriatezza d'uso. Uno dei più grandi ostacoli è rappresentato dalla bassa *aderenza* al trattamento, che è definita come copertura terapeutica <40% del periodo di osservazione, mentre con alta aderenza si intende una copertura terapeutica ≥80% del periodo di osservazione. La creazione di una solida alleanza medico-paziente è la base per implementare l'aderenza alle terapie, che dovrebbero essere sempre concordate con il paziente nell'ambito di una dinamica relazionale bidirezionale in cui le proposte del medico, in quanto tali, devono trovare la condivisione del destinatario finale dell'intervento terapeutico soprattutto per quanto concerne la sua reale possibilità di attenersi al trattamento proposto. Seguendo questo percorso di condivisione, forse, più che di aderenza alla terapia sarebbe opportuno parlare di *adesione*, che esprime accettazione, accoglimento, consenso dato a qualche cosa e non mera "ubbidienza" a un'indicazione del medico. Anche la *persistenza* gioca un ruolo importantissimo e fa riferimento al "tempo intercorrente fra l'inizio e l'interruzione di un trattamento farmacologico prescritto". Nel Rapporto OsMed 2019, tra le categorie terapeutiche con percentuali più elevate di soggetti non aderenti vi è anche, purtroppo, la terapia con statine (41,6%) (3).

Importanza della sinergia tra ospedale e territorio

Alla luce di quanto riportato finora, un ruolo determinante è svolto da una concreta sinergia tra ospedale e territorio per migliorare la gestione ottimale del paziente, l'aderenza al trattamento e la persistenza. Da tempo viene proposta alla comunità cardiologica la necessità di un'integrazione fra ospedale e territorio per la gestione delle malattie cardio-cerebrovascolari.

Fino a oggi purtroppo non c'è evidenza che l'integrazione sia stata concretizzata, al contrario, si ha la percezione di situazioni quasi contrapposte. In realtà, se una "contrapposizione" deve essere superata non è quella tra ospedale e territorio o tra ospedale e ambulatorio cardiologico: la concreta fattiva sinergia di intenti deve crearsi fra regime di ricovero (unità di terapia intensiva cardiologica, corsia di degenza) e ambulatori dove vengono gestite le cardiopatie nel tempo. È opportuno chiarire che la Cardiologia ambulatoriale oggi non è rappresentata solo dagli ambulatori ubicati fisicamente all'esterno dell'ospedale, ma anche dalle strutture ambulatoriali ubicate all'interno dell'ospedale. È questa la visione più attuale di Cardiologia ambulatoriale, perché entrambe le realtà operano con gli stessi strumenti e

con le stesse finalità sia in ospedale che sul territorio. L'ambulatorio cardiologico è innanzitutto uno spazio culturale non uno spazio fisico, ed è lì che si effettua la prevenzione primaria e secondaria; è lì che si gestisce la fase post-acuta delle cardiopatie e si realizza il follow-up a lungo termine delle malattie cardiovascolari. È questa l'integrazione vera da realizzare in tema di cardiopatia ischemica e non solo: un'integrazione fra la gestione di un momento molto limitato della malattia (fase di acuzie) e la gestione della sua complessiva storia naturale, molto più lunga e articolata, in cui il cardiologo ambulatoriale ha compiti di primaria responsabilità (4).

La gestione delle malattie croniche non trasmissibili necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, in grado di realizzare progetti di cura personalizzati e centrati sui bisogni globali dei pazienti, atti a migliorare la qualità di vita degli individui, prevenire le disabilità e la non autosufficienza e razionalizzare l'uso delle risorse del sistema nel suo complesso. Il percorso di presa in carico ospedale-territorio deve partire da una corretta diagnosi della patologia il più possibile tempestiva, che permette di definire la terapia e il percorso più appropriato per il singolo paziente ed è determinante ai fini degli outcome di salute in quanto, come già riportato, non prevenibili in modo ottimale semplicemente adottando stili di vita corretti.

Già il Piano Nazionale delle Cronicità 2016 raccomandava la creazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) centrati sui pazienti, in grado di garantire un'effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e la costruzione di una relazione tra i team assistenziali e la persona con cronicità e i suoi caregiver. Il Piano auspicava anche l'implementazione dei servizi di telemedicina e un incremento di modelli di assistenza capaci di coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente-persona. Infine, si proponeva di garantire il diritto all'accesso appropriato alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, favorendo l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri, riducendo i potenziali rischi e monitorando nel tempo l'adeguatezza e la qualità.

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 6 agosto 2020, anche alla luce della drammatica esperienza Covid-19 pone nuovi obiettivi organizzativi del sistema, in cui viene esplicitata la necessità di programmare e progettare in modo sempre più integrato e in termini di rete le strutture e le attività presenti sul territorio e negli ospedali. Nel Piano viene sottolineata anche la necessità di rafforzare le Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività di prevenzione, di medicina di base e delle attività specialistiche distrettuali, legandole alle esigenze del territorio e garantendo una maggiore integrazione tra area sociale e socio-sanitaria. Si riafferma inoltre la centralità della persona e l'importanza di migliorare l'*health literacy* degli individui e di accrescere l'empowerment e l'engagement con il sistema sanitario.

Conclusioni

Se diamo per assodata la moderna definizione di Cardiologia ambulatoriale con tutte le conseguenze

culturali e organizzative che comporta, il paziente, superata la fase di instabilità o di acuzie, non si troverà più in una condizione di solitudine alla dimissione dall'ospedale, ma potrà godere di un'assistenza completa e stabile.

Una stretta collaborazione tra ospedale e territorio è il punto di partenza per ottimizzare il trattamento e la prevenzione secondaria, migliorando l'aderenza alla terapia e la soddisfazione del paziente.

Disclosures

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Financial support: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors. Editorial support was provided by Elena Sarugeri on behalf of Health Publishing & Services Srl and was funded by Sanofi.

Bibliografia

1. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, et al. European Society of Cardiology; European Heart Network; British Heart Foundation Health Promotion Research Group. European Cardiovascular Disease Statistics, 2012 edition. [Online](#) (accessed March 2022).
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), *European Heart Journal*, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, [CrossRef](#)
3. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale OsMed 2019. [Online](#) (Accessed March 2022)
4. Zito GB. ARCA e l'evoluzione della Cardiologia Ambulatoriale. *Cardiologia Ambulatoriale*. 2015;3:151-152.