



Prevalenza del diabete in funzione dell'età e del genere secondo i dati dell'Osservatorio ARNO 2015

Un'attenzione a parte meriterebbe il diabete giovanile, che richiede un'assistenza particolare ed è anch'esso in aumento.

Come viene applicato il modello di gestione integrata previsto dal Piano Nazionale Diabete? Ci sono delle disomogeneità nelle diverse realtà regionali?

Il Piano Nazionale Diabete, che prevede la gestione integrata del paziente diabetico, è stato approvato da tutte le Regioni, ma solo alcune lo hanno effettivamente applicato e nemmeno in queste viene attuato in modo omogeneo perché non poche ASL lo hanno disatteso. I dati disponibili dimostrano che, laddove viene attivata la gestione integrata coinvolgendo il Centro per la cura del diabete, la sopravvivenza dei pazienti aumenta, in quanto il paziente non viene perso al follow-up.

La disomogeneità che si riscontra a livello regionale è dovuta al fatto che solo certe Regioni hanno investito risorse adeguate, da destinare al personale e soprattutto alla creazione della rete informatica, strumento cruciale in quanto permette un dialogo costante tra il medico di medicina generale e il Centro per la cura del diabete e la condivisione delle informazioni cliniche relative ai pazienti.

Purtroppo, se i Centri per la cura del diabete non solo non vengono sostenuti ma, come sta avvenendo, vengono depotenziati o addirittura chiusi e se la rete informatica per la condivisione dei dati clinici non è sviluppata, è inevitabile che saremo sempre meno in grado di assicurare un adeguato controllo metabolico dei nostri pazienti, con tutte le conseguenze immaginabili. ■ ML

La gestione a lungo termine del paziente dopo un evento coronarico acuto

In Italia ogni anno si registrano oltre 135.000 eventi coronarici acuti, dei quali un terzo risulta fatale. Nei primi due anni successivi al primo infarto la probabilità di essere nuovamente ricoverati è superiore al 60% dei casi e il 30% di questi casi è dovuto ad una nuova sindrome coronarica acuta.

Uno dei problemi sanitari maggiori nella gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta, che sono a tutti gli effetti pazienti cronici, è l'abbandono delle cure dopo l'episodio acuto. Secondo le ultime rilevazioni, entro i due anni successivi all'infarto, almeno la metà dei pazienti smette di assumere i farmaci prescritti per la prevenzione di un nuovo evento. Per superare questa criticità sarebbe opportuna una gestione integrata e una presa in carico del paziente già al momento della sua dimissione dall'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) per impostare e concordare la strategia terapeutica più efficace e meglio tollerata dal paziente, sulla base del suo profilo di rischio. Ne abbiamo parlato con Raffaele Calabrò, Francesco Fedele e Giuseppe Musumeci.

Sindrome coronarica acuta: informazione, dialogo e percorso a misura di paziente

A colloquio con **Raffaele Calabrò**
Membro XII Commissione Affari Sociali,
Camera dei Deputati

Ritiene che il percorso assistenziale del paziente cronico con sindrome coronarica acuta oggi sia efficiente? Come favorire una migliore integrazione tra tutte le figure socio-sanitarie coinvolte nel suo percorso di assistenza?

In primo luogo, è opportuno ricordare che le malattie ischemiche del cuore rappresentano tuttora la principale causa di morte in Italia con circa 75.000 decessi l'anno e sono quindi uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. Negli anni, soprattutto grazie alla cardiologia interventistica, alla migliore conoscenza dei sintomi, alle terapie farmacologiche, abbiamo migliorato la gestione della fase acuta. Il numero crescente di persone che sopravvivono a un infarto accresce ogni anno la popolazione dei pazienti cronici, con esigenze di salute specifiche e complesse. Anche nel

follow-up del paziente dopo l'evento acuto sono stati certamente fatti molti passi in avanti ma siamo ancora lontani da un livello soddisfacente: basta considerare che nel primo anno dopo l'evento coronarico acuto la mortalità extraospedaliera raggiunge il 12%. Non possiamo rassegnarci a questi numeri, a maggior ragione perché oggi abbiamo strumenti terapeutici che potrebbero permetterci di evitare di perdere molti di questi pazienti. La questione è favorire un modello organizzativo costruito intorno alle esigenze di recupero del paziente. Occorre in concreto identificare già a monte della dimissione un iter definito e stabile favorito dalla collaborazione tra Centro e territorio (visite domiciliari, ambulatoriali, controlli telefonici in collaborazione con i medici di medicina generale) nel quale sia da subito chiarito il percorso del paziente sulla base del suo profilo di rischio, impostando una terapia adeguata e informandolo sull'importanza dei controlli e dello stile di vita. Ci devono essere una connessione e un dialogo costanti tra tutte le figure coinvolte – cardiologo interventista, cardiologo riabilitatore, medico di medicina generale – per monitorare l'efficacia della terapia, migliorare la compliance del paziente ed evitare interruzioni premature della terapia. Connessione che oggi, grazie agli strumenti informatici e di telemedicina, può essere assicurata a costi sostenibili e che potrebbe contribuire a ridurre le recidive e i costi correlati.

Un aspetto cruciale dopo un episodio di sindrome coronarica acuta è il raggiungimento dei target terapeutici nel trattamento del colesterolo che richiede, da parte del paziente, aderenza al trattamento, controlli periodici, consapevolezza e gestione dei fattori di rischio: come si possono migliorare questi aspetti? Quali iniziative di informazione le Istituzioni potrebbero promuovere per sensibilizzare i pazienti?

L'educazione del paziente rimane l'aspetto centrale e la premessa per il successo e l'efficacia di ogni percorso assistenziale finalizzato a prevenire un nuovo episodio acuto. Sappiamo che l'eventualità di un secondo infarto è in buona parte correlata a comportamenti e fattori di rischio che possono e debbono essere controllati. Il paziente deve essere reso consapevole in primo luogo dell'importanza di assumere le terapie prescritte e di controllare il raggiungimento dei valori target per il colesterolo e la pressione arteriosa, di seguire una dieta equilibrata, svolgere una moderata attività fisica regolare, evitare fumo e tabacco. Come sensibilizzare i pazienti? Credo che il Servizio Sanitario dovrebbe promuovere attività d'informazione direttamente nel contesto della cura. A mio avviso la partita decisiva si gioca infatti su due scenari: il primo è la dimissione dalla UTIC o dal Centro di Cardiologia dopo l'evento acuto. È in quel momento che il Centro e il medico devono trasferire al paziente avviato verso il recupero della vita quotidiana l'urgenza di modificare il proprio stile di vita, di aderire alla terapia e di controllare i valori fondamentali. Il messaggio

deve avere un tono realistico ma positivo: dopo un infarto si entra nella sfera della cronicità, la vita non è più quella di prima, ma facendosi parte attiva del controllo della propria salute non si pregiudica il futuro e ci si può riappropriare della propria quotidianità. L'altro contesto riguarda invece il medico di medicina generale, che è il primo interlocutore del paziente: è suo compito incoraggiarlo e sostenerlo nello sforzo non facile di reimpostare la vita quotidiana in base alle nuove esigenze di salute, aiutandolo a riconoscere e monitorare i segni e sintomi, conoscere ed eliminare i fattori di rischio, favorire l'aderenza terapeutica. Oltre a informare i pazienti nei luoghi della cura, bisogna quindi lavorare per accrescere la sensibilità e l'impegno del medico per favorire un cambiamento nello stile di vita del paziente e nel *self-care management*. ■ ML

Vita dopo l'infarto, istruzioni per l'uso

A colloquio con **Francesco Fedele**
Presidente FIC - Federazione Italiana di Cardiologia

A seguito di un evento cardiovascolare quali sono le indicazioni che il cardiologo fornisce al paziente per un follow-up efficace?

Al momento della dimissione a seguito di un evento cardiovascolare al paziente vengono forniti due tipi di indicazioni. Il primo riguarda la prevenzione secondaria di un nuovo evento cardiovascolare e consiste in raccomandazioni che riguardano il controllo dei fattori di rischio: mantenere i valori della pressione arteriosa sotto i 140/90 mmHg, ridurre i valori della glicemia in caso di diabete, raggiungere il valore target di 70 mg/dl di colesterolo LDL nei pazienti a rischio più elevato, controllare il peso corporeo facendo attività fisica, seguire la dieta mediterranea, abbandonare il fumo, consumare modicamente alcol.

Il secondo tipo di indicazioni riguarda le indagini strumentali: nel caso si sia verificato un infarto o sia stata eseguita un'angioplastica coronarica, sarà necessario effettuare un'ecocardiogramma per la valutazione funzionale del ventricolo sinistro, un elettrocardiogramma da sforzo per monitorare eventuali alterazioni elettrocardiografiche segno di ischemia residua o, nel caso il paziente abbia avuto un'aritmia, l'Holter elettrocardiografico delle 24 ore per vedere se sono ancora presenti episodi di fibrillazione atriale asintomatica nonostante la terapia.

Nella lettera di dimissione si devono prescrivere non solo le terapie, ma anche gli esami ematochimici, le indagini strumentali, le indicazioni dietetiche e di stile di vita che il paziente deve seguire al fine di creare una sempre più efficace continuità ospedale-territorio. Tutto questo perché è ben noto quanto sia fondamentale il controllo dei fattori di rischio dopo un evento cardiovascolare.