



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
II° CONGRESSO NAZIONALE
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO
CARDIOCIRCOLATORIO**

Le malattie cardiovascolari rappresentano un problema sociale di rilevanza mondiale; ogni anno provocano oltre 17 milioni di decessi (7,2 milioni per malattie ischemiche cardiache), 4,3 milioni in Europa e sono la causa del 48% di tutti i decessi per malattia (54% donne, 43% uomini). Un italiano su quattro è affetto da malattie cardiache con un impatto maggiore tra gli uomini. Le malattie del sistema cardiocircolatorio sono la principale causa di morte in Italia, causando 224.830 decessi (2009), il 38,2% del totale. Tra le molteplici patologie, l'Ictus è la prima causa di invalidità e la terza di morte (10-12%); ogni anno sono registrati 196.000 casi, di cui il 20% sono recidive. Il 15% circa delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese, un altro 10% entro il primo anno. Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti guarisce completamente, il restante 75% rimane in condizioni di disabilità, nel 50% dei casi così grave da perdere l'autosufficienza.

Ogni anno 160.000 persone tra i 35 e i 64 anni sono vittime di infarto: una persona ogni 3-4 minuti, con 47.000 decessi l'anno. Il 30% delle persone, in caso di un evento cardiovascolare non riesce a raggiungere nei tempi l'ospedale e muore per carenza di cure. L'80% di queste malattie possono essere prevenute. Un intervento sugli stili di vita: dieta e attività fisica ridurrebbe del 33% il rischio cardiovascolare; la percentuale sale al 50% con l'abolizione del fumo.

Il costo diretto e indiretto delle malattie cardiovascolari in Europa superava i 200 miliardi di euro già nel 2009. La spesa per gli interventi cardiocirurgici è stimabile in 650 milioni di euro l'anno in Italia.

I farmaci per le patologie cardiovascolari sono quelli più prescritti e più consumati (469,6 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti), costituiscono la maggiore voce di spesa (49,9 euro pro capite) e si riferiscono in larga parte a soggetti *over 65* con un costo a carico del SSN di 750 milioni di euro.

Questa classe di farmaci rappresenta il 41,3% del consumo totale di medicine e il 21,1% della spesa sanitaria. Le statine, prescritte per il trattamento dell'ipercolesterolemia, hanno un costo di 9,5€ pro capite, mentre i farmaci più impiegati continuano a essere gli Ace - inibitori (116,1 dosi giornaliere per 1.000 abitanti).

Il numero totale degli impianti di pacemaker registrati nel 2011 è stato di 24.156; si stima che il Registro Italiano Pacemaker abbia incluso solo il 55% circa dell'attività impiantistica in Italia. Dei pazienti regolarmente registrati, 13.051 sono di sesso maschile ed hanno un'età media di 79 anni, 9.663 sono di sesso femminile con un'età media di 82 anni.

FIBRILLAZIONE ATRIALE

La fibrillazione atriale (FA) sta assumendo un interesse sempre maggiore, ancora più enfatizzato dall'impatto che tale patologia ha sulla morbilità e sulla mortalità che, a loro volta, comportano notevoli conseguenze socioeconomiche in relazione alle cure, ai ricoveri ospedalieri ed alla disabilità.

Si stima che circa l'1% della popolazione generale sia affetto da FA, circa 4 milioni di persone in Europa Occidentale, di cui 700.000 in Italia; il dato è comunque sottostimato, in quanto non prende in considerazione la percentuale di persone che soffrono di FA non diagnosticata, priva di sintomatologia.

In Italia, secondo i dati del Progetto Cuore sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza della FA nella popolazione è pari allo 0,8% per gli uomini ed allo 0,7% per le donne e sale per gli ultrasessantacinquenni (65-74 anni) al 2,5% per gli uomini ed al 2,4% per le donne.

La FA è una malattia che interessa prevalentemente i più anziani e almeno il 70% dei pazienti ha un'età compresa tra i 65 e gli 85 anni. Tuttavia, colpisce anche le persone più giovani con un rischio di sviluppare la FA nel corso della vita di 1 caso su 4. Inoltre, la FA incide per oltre il 30% dei pazienti ospedalizzati con aritmia.

Oltre alle conseguenze negative della FA sulla salute, è necessario considerare sia i costi economici che il carico sul sistema sanitario.

5.000 €: la spesa per ogni ricovero ospedaliero per questa patologia
3.200 €: la spesa media annua per ogni paziente
3 miliardi e 300 milioni €: la spesa totale annua per la Fibrillazione Atriale sostenuta dal Sistema Sanitario

Mentre negli USA i costi diretti per la cura di questa patologia variano tra i 2.000 ed i 14.000 dollari (al cambio attuale circa 1.500-10.600 euro) per paziente per anno, in Europa oscillano tra i 450 ed 3.209 euro, comparabili, per altro con i costi di altre malattie croniche.

Anche se il costo individuale per la cura della FA sembra essere contenuto a causa della prevalenza di questa malattia, il costo totale è enorme per i paesi sviluppati (€ 10 miliardi per l'Unione Europea).

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Tabella 1: Classificazione dell'ipertensione arteriosa secondo il JNC7*

	Pressione sistolica (in mmHg)	Pressione diastolica (in mmHg)
Normale	90-119	60-79
Pre- ipertension e	120-139	80-89
Iper tension e stadio 1	140-159	90-99
Iper tension e stadio 2	≥ 160	≥ 100
Iper tension e sistolica isolata	≥ 140	≥ 90

* *Joint National Committee*

Fonte: Ministero della Salute

Nel 90-95% dei casi l'ipertensione arteriosa non ha una causa evidente; questa forma viene dunque indicata come "ipertensione essenziale". In una minoranza dei casi invece (5-10%) l'ipertensione è causata da un'altra condizione medica, in genere una malattia del sistema endocrino (feocromocitoma, sindrome di Cushing, iperparatiroidismo, adenoma surrenalico aldosterone secernente, alterazioni della tiroide) o dei reni (insufficienza renale cronica, restringimento di un'arteria renale) o ancora può essere secondaria all'assunzione di farmaci (associazioni estrogeniche, farmaci antidolorifici o per la cefalea, ecc.).

Secondo l'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health examination survey (Oec/Hes), volto ad esaminare campioni rappresentativi della popolazione generale in tutte le regioni italiane per valutare la distribuzione dei fattori di rischio e delle

condizioni a rischio nella popolazione adulta italiana per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa, nella fascia di età 35-79 anni la pressione sistolica (Pas) media è 134 mmHg negli uomini e 129 mmHg nelle donne; i valori, sempre più alti negli uomini rispetto alle donne, sono più elevati al Nord e al Sud rispetto al Centro. La pressione diastolica (Pad) mostra un andamento analogo. Complessivamente più del 50% degli uomini e

più del 40% delle donne sono ipertesi; si discostano da questi valori solo le donne dell'Italia centrale (38%). Anche per quanto riguarda il trattamento antipertensivo il quadro appare migliore per le donne: gli uomini sono più trattati perché maggiore è la prevalenza dell'ipertensione, ma le donne ipertese non trattate sono di meno (33%) rispetto agli uomini ipertesi non trattati (43%). Questo andamento è simile nelle macroaree; da notare che la proporzione di uomini ipertesi trattati è maggiore al Sud (ipertesi trattati 64%, ipertesi non trattati 36%, rispetto al 56% e al 50% degli uomini ipertesi che sono trattati al Centro e al Nord). Lo studio in questione è stato pubblicato ad Aprile 2013 ed ha esaminato un campione rappresentativo della realtà dal 2008 al 2012. Quest'ultimo ha coinvolto 9107 uomini e donne di età 35-79 anni. Lo studio, eseguito secondo metodologie standardizzate, fornisce un quadro attuale della pressione arteriosa e consente di valutare i cambiamenti dell'ultimo decennio.

Un punto di notevole interesse è l'aumento della prevalenza delle persone con pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg, in modo significativo; ciò risulta essere una chiara indicazione che negli ultimi 10 anni la pressione media è diminuita nella popolazione italiana di circa 3 mmHg grazie alle azioni di prevenzione intraprese. Questo, in termini di un futuro sviluppo di malattia cardio-cerebrovascolare, significa una riduzione del 23% degli ictus attesi e del 17% delle malattie cardiovascolari; in termini assoluti questa variazione può tradursi in 40.000 ictus e circa 60.000 infarti del miocardio in meno nella popolazione italiana.

ICTUS CEREBRALE

In Italia si verificano circa 200.000 nuovi ictus ogni anno. Di questi, circa l'80% è rappresentato da nuovi episodi. La mortalità a 30 giorni dopo ictus ischemico è pari a circa il 20%, mentre quella a 1 anno è pari al 30% circa. La mortalità a 30 giorni dopo ictus emorragico è pari al 50%. L'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie (cancro), causando il 10%-12% di tutti i decessi per anno, rappresenta la principale causa d'invalidità e la seconda causa di demenza. L'incidenza dell'ictus aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottantacinquenni.

Il 75% degli ictus, quindi, colpisce i soggetti di oltre 65 anni. Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è pari al 6,5%, ed è leggermente più alto negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%). Si calcola che

l'evoluzione demografica, caratterizzata da un sensibile invecchiamento, porterà in Italia - se l'incidenza dovesse rimanere costante - ad un aumento dei casi di ictus nel prossimo futuro. L'ictus colpisce, sia pure in misura minore, anche persone giovani e si stima che ogni anno il numero di persone in età produttiva colpite da ictus sia intorno a 27.000.

L'ictus ischemico rappresenta la forma più frequente di ictus (80% circa), mentre le emorragie intraparenchimali riguardano il 15%-20% e le emorragie sub aracnoidee il 3% circa. L'ictus ischemico colpisce soggetti di età media superiore a 70 anni, più spesso uomini che donne; quello emorragico colpisce soggetti leggermente meno anziani, sempre con lieve prevalenza per il sesso maschile. Ad 1 anno dall'evento acuto, un terzo circa dei soggetti sopravvissuti ad un ictus indipendentemente dal fatto che sia ischemico o emorragico presenta un grado di disabilità elevato, tanto da poterli definire totalmente dipendenti.

In Italia la spesa annuale per l'assistenza all'ictus cerebrale è stimata intorno ai 3,5 miliardi di euro. Si stima che 930.000 italiani convivano con le conseguenze invalidanti causate dall'attacco, con una spesa annuale per le cure assistenziali di circa 3,5 miliardi di euro.

Sul territorio nazionale attualmente sono circa 70 le Stroke Unit (SU) situate all'interno di ospedali dove operano in team neurologi, radiologi, cardiologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, logopedisti ed altri specialisti che intervenendo in modo tempestivo e sinergico riescono a limitare notevolmente le conseguenze degli attacchi.

I costi dell'ictus non si esauriscono, infatti, alla fase di gestione acuta e del periodo successivo di riabilitazione, che pur assorbe gran parte delle risorse (valutate nell'ordine del 25-45% di tutti i costi diretti).

Due sono, appunto, le variabili che incidono in maniera fondamentale sul cosiddetto lifetime cost (le spese sostenute per il paziente dopo l'evento): la mortalità e l'invalidità, pertanto una diminuzione dell'1% della mortalità e del 25% della disabilità è in grado di abbattere i costi complessivi di oltre il 10%.

Dati interessanti sono quelli relativi al possibile risparmio legato al tempestivo e appropriato trattamento dei TIA (attacco ischemico transitorio), i quali, come è noto, sono seguiti da un ictus definitivo entro 90 giorni in una percentuale variabile dallo 0,6% al 20,6% dei casi.

Per valutare adeguatamente la dimensione economica del problema in Italia, limitandosi ai possibili risparmi diretti del sistema sanitario senza considerare gli altri costi di un ictus in termini lavorativi e pensionistici, si comprende come, qualora la ricorrenza di un ictus dopo un TIA fosse ridotta ad una percentuale pari all'1,24% (studio SOS-TIA effettuato in Francia) si risparmierebbero ben 44 casi di ictus ogni 1000, ovvero circa 3000 dei 130.000 ictus ospedalizzati ogni anno. Nell'insieme,

quindi, TIA e ictus rendono conto di circa 190.000 ospedalizzazioni/anno per eventi ischemici o emorragici.

Se si considera che la degenza media degli oltre 60.000 TIA è stata di 7 giorni nel 2005, appare verosimile come, al netto di possibili errori diagnostici, il costo medio annuo di 242.000.000 euro possa essere significativamente ridotto per il SSN attraverso un approccio specialistico e rapido al problema TIA in Pronto Soccorso,

attuato dal personale delle Stroke Unit secondo programmi di intervento non solo facilmente realizzabili, ma anche economicamente vantaggiosi.

Essa quindi legittima un'ipotesi di risparmio legata alla realizzazione di un numero adeguato di Stroke Unit sul territorio nazionale.

INFARTO DEL MIOCARDIO

L'incidenza della sindrome coronarica acuta mostra grandi variazioni geografiche, soprattutto per i diversi stili di vita (abitudini alimentari e livello di stress, possibile fattore scatenante).

Se in Italia e Francia si registrano 150 casi per 100.000 abitanti, in Inghilterra 250/100.000, in USA 350/100.000, elevata è la differenza con i Paesi ex-comunisti 419/100.000. Grandi differenze si evidenziano con altre popolazioni, che hanno alimentazione assolutamente diversa da quelle europee e americane: nell'Africa subsahariana 60/100.000 e in India 186/100.000.

L'età aumenta la possibilità di infarto, come anche il sesso maschile: sino a 60 anni i maschi vengono colpiti dall'infarto da 2 a 4 volte più delle donne. Solo dopo tale età, quando la donna è già in menopausa, il rapporto maschi/femmine è di poco superiore all'unità.

Secondo l'OMS l'Italia ha in media una mortalità più bassa per tutte le cause, incluse le malattie CV che però sono state la causa del decesso nel 38% dei casi nel 2001 e del 41% nel 2010. In Italia l'infarto del miocardio ogni anno colpisce circa 200 mila persone, ma solo il 50% di esse arriva in ospedale: meno della metà in tempo, il 10% entro 2 ore dai primi sintomi, il 20% vi arriva dopo 12 ore quando la finestra temporale utile per eseguire le terapie che ricanalizzano la coronaria ostruita si è ormai esaurita. L'altro 50% o muore prima (44%) o ha un infarto asintomatico.

La malattia coronarica è stata causa di morte nel 12% dei casi sebbene l'incidenza sia crollata del 27 % dal 1995 al 2001. Oggi in Italia sono circa 1.500.000 le persone affette da cardiopatia ischemica, la più diffusa tra le malattie cardiovascolari, a rischio grave di subire attacchi di angina o infarti.

Le malattie cardiovascolari sono una importante causa di morte, morbilità e costi socio-sanitari nel mondo occidentale. Nonostante una consistente riduzione di mortalità si prevede un aumento della prevalenza della malattia. Nuovi fattori di

rischio non utilizzati nelle carte convenzionali possono avere un importante valore ai fini della prevenzione della malattia e degli eventi acuti.

Ecco i numeri dei ricoveri e i costi relativi per le malattie ischemiche:

- 75.000: i pazienti con infarto miocardico diagnosticato, con un costo di 284.051.294,5 di euro
- 65.000: i pazienti con angina pectoris, con un costo di 180.759.914,68
- 127.000: i pazienti con scompenso cardiaco, con un costo di 371.848.967,34
- 1.549,37: è il costo di un ricovero per un infarto semplice
- 3.356,97 è il costo di un ricovero per un infarto con complicanze
- 836.660.176,52 all'anno è il costo totale dei ricoveri in ospedale per curare i pazienti che soffrono di malattie coronariche
- 127.395.781 è il costo totale dei ricoveri in ospedale per le Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata
- Il costo per l'Ischemia cerebrale transitoria ammonta a 122.965.295,85euro
- Per l'Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC in media si è speso in un anno 97.301.054,77
- Il costo Per le Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, ammonta a 111.599.240,85euro, per i dimessi vivi.
- Le Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio hanno un costo annuo di circa: 5.096.546.077,31

Censimento UTIC

La Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), a 5 anni dall'ultimo censimento delle strutture cardiologiche italiane, in collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologici Ospedalieri (ANMCO) e la Società Italiana di Cardiologia (SIC), ha promosso nel 2005 un nuovo censimento delle strutture cardiologiche ospedaliere, universitarie e private (per quanto riguarda queste ultime limitatamente a quelle dotate di posti letto accreditati per la cardiologia con il Servizio Sanitario Nazionale), affidando la raccolta e l'elaborazione dei dati al Centro Studi ANMCO.

Le 843 cardiologie censite risultano ubicate in 728 ospedali su un totale di 1503 enti, 956 pubblici e 547 privati accreditati, che operano sul territorio nazionale. Il 48% degli enti di ricovero risulta quindi dotato di almeno una struttura cardiologica, di cui l'86% di natura pubblica (ospedali, IRCCS o oliclinici universitari) e il restante 14% privata accreditata. In riferimento alla loro collocazione geografica, 291 (40%) sono al Nord, 164 (23.5%) al Centro e 273 (37.5%) al Sud d'Italia. Il confronto con il 2000 rileva che mentre gli enti di ricovero e cura sono diminuiti passando da 1570 a 1503, le strutture cardiologiche sono incrementate passando da 824 a 843. Malgrado questo andamento inverso, la percentuale di enti di ricovero dotati di almeno una struttura

cardiologica non si è sostanzialmente modificata (passando da 46% a 48%).Ciò è attribuibile al fatto che è aumentato il numero di enti di ricovero in cui sono presenti

più strutture cardiologiche, così come precedentemente classificate. Poiché l'assistenza cardiologica, specie nella fase acuta della patologia coronarica, richiede l'impiego di alta tecnologia, è di fondamentale importanza analizzare la presenza e distribuzione negli ospedali italiani delle strutture cardiologiche dotate di UTIC e di laboratori di emodinamica e la loro integrazione con strutture cardiocirurgiche. Il 55% degli ospedali italiani con almeno una struttura cardiologica censiti sono dotati di UTIC. Essi sono in percentuale maggiore al Nord e al Centro d'Italia, ove costituiscono il 58% di tutti gli ospedali dotati di cardiologia contro il 51% del Sud d'Italia. Un laboratorio di emodinamica è presente in 236 dei 728 enti di ricovero recensiti, pari al 32% (32% degli enti pubblici e 34% di quelli privati). Al Nord d'Italia la frequenza percentuale è nettamente maggiore (42%) rispetto a quella riscontrata nel Centro (29%) e nel Sud (24%). Procedure di rivascolarizzazione coronarica percutanea vengono effettuate nel 9% degli ospedali dotati di una cardiologia e nel 90% degli ospedali dotati di laboratori di emodinamica, con frequenza comparabile tra Nord, Centro e Sud Italia. Ciò indica che persiste un certo divario strutturale tra Centro-Nord e Sud, ma che là ove esiste la struttura la tipologia di prestazioni è sovrapponibile. Inoltre, il divario tra le varie macroaree italiane tende a ridursi se la presenza di strutture ad alta tecnologia non viene espressa in termini assoluti ma viene correlata alla popolazione residente. Su scala nazionale esiste un ospedale dotato di UTIC e laboratorio di emodinamica ogni 261084 abitanti e un presidio dotato di UTIC e laboratori di cardiologia interventistica ogni 290845 abitanti. Laboratori di cardiologia interventistica che svolgono reperibilità h24 sono presenti nel 20% degli ospedali dotati di una cardiologia e nel 67% degli ospedali dotati di laboratori di cardiologia interventistica. Il 54% degli ospedali dotati di laboratori che svolgono un servizio di reperibilità h24 è presente al Nord, il 20% al Centro e il 26% al Sud d'Italia. Dei 728 enti di ricovero, 83 (11%) sono dotati di una cardiocirurgia: essa è presente nel 10% delle strutture pubbliche e nel 18% di quelle private. Al Nord gli enti di ricovero dotati di cardiocirurgia rappresentano il 14% del totale degli ospedali, mentre rappresentano l'11% e il 9% rispettivamente al Centro e al Sud d'Italia.

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Cardiocircolatorio" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'out come sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

- Prevenzione e stili di vita
- Prevenzione e corretta alimentazione
- L'obesità: un nemico da sconfiggere
- Il fumo: fattore predisponente la malattia cardiovascolare
- Valutazione costo-beneficio della prevenzione
- Prevenzione obbligatoria: una soluzione concreta
- Liste d'attesa regionali e difficoltà di accesso alla diagnosi
- Differenze regionali di PTR PTO
- Umanizzazione del rapporto medico-paziente: una esigenza primaria
- Ruolo del medico di medicina generale nella gestione del paziente iperteso
- Ruolo dello specialista nella gestione del paziente iperteso
- Il medico di medicina generale e la presa in carico del paziente cardiovascolare nel *Country Hospital*
- Gestione e personalizzazione delle terapie nel paziente iperteso
- Farmaci innovativi per l'ipertensione e problematiche di accesso
- Il paziente pluritrattato: una gestione complessa
- L'aderenza alla terapia: un obiettivo da potenziare
- Informazione sanitaria e la corretta comprensione del paziente sull'importanza dell'aderenza alla terapia
- Zapping Farmaceutico
- Le responsabilità del medico prescrittore quando in farmacia è modificata la confezione del generico
- Problematiche dell'aderenza alla terapia in presenza di zapping
- Complicanze gravi della mancata aderenza: Ictus - Infarto
- Unità coronarica: distribuzione territoriale/regionale
- Angioplastica: Tecniche e *device* innovativi
- Stent coronarici e gestione farmacologica: problematiche

- La gestione degli esiti da infarto del miocardio
- La gestione degli esiti da Ictus: l'assistenza domiciliare integrata
- Analisi dei costi nel lungo periodo del paziente con pregresso infarto
- Analisi dei costi nel lungo periodo del paziente con pregresso Ictus
- Farmaci antiaritmici: innovazione e ricerca
- Pace Maker: *old o new?*
- Aritmie e ablazioni mininvasive
- Problematiche di accesso e distribuzione territoriale/regionale dei centri per il trattamento ablativo dell'aritmia
- Identificazione e razionalizzazione dei centri di eccellenza nel trattamento del paziente aritmico
- Anticoagulanti: complicanze della mancata aderenza alla terapia
- Accesso al pronto soccorso per evento acuto: Analisi di costo

IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE CARDIOPATICO

I pazienti affetti da patologie cardiocircolatorie riscontrano diverse difficoltà nell'accesso alle terapie dovute principalmente a due problemi: l'organizzazione e la prescrizione/somministrazione di farmaci.

Il primo può essere legato: all'assistenza domiciliare, che risulta poco sviluppata in alcune zone d'Italia e, in generale, quasi assente nelle piccole realtà territoriali; alla mancanza di un numero telefonico da contattare in caso di emergenza; alla scarsa rapidità d'accesso ad alcuni esami diagnostici di controllo (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, ecc.) effettuati direttamente dallo specialista a causa delle carenze di attrezzature necessarie sul territorio; alla mancanza di un pronto soccorso per le emergenze cardiologiche e, infine, alla qualità dei servizi nei diversi luoghi di ricovero. Per quanto riguarda il paziente iperteso, le principali criticità riscontrate possono essere ricondotte allo scarso controllo pressorio effettuato a livello territoriale da portare, secondo la SIIA (Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa) ad una copertura minima del 70% entro il 2015.

Questi problemi non sono soltanto radicati nel settore sanitario italiano, ma aumentano sistematicamente nelle regioni del Sud e Isole, dove la qualità percepita dei servizi sanitari da parte degli utenti appare nettamente inferiore rispetto al Nord. Tuttavia, l'uso razionale dei presidi territoriali ad oggi disponibili potrebbe essere sufficiente a sopperire alle mancanze logistiche attuali.

Entrando nel merito dell'altro grande problema, la prescrizione/somministrazione dei farmaci, notiamo come quest'ultimo possa essere diviso a sua volta in tre criticità maggiori: lo scarso utilizzo di terapie combinate; lo "zapping" farmaceutico e la carente aderenza da parte del medico alle linee guida di settore.

- L'uso di terapie combinate, semplificate in un'unica pillola, aiuterebbe almeno in 2 modi: permetterebbe al paziente un persistente raggiungimento dei valori pressori ottimali, riducendo gli effetti collaterali; migliorerebbe di molto il problema dell'aderenza alla terapia medica, contribuendo in tal modo alla riduzione di eventi cardiovascolari severi e dei costi sanitari ad essi associati.
- Zapping farmaceutico è un termine che viene utilizzato per definire il passaggio immotivato da un farmaco generico ad un altro, che prescinde dalle norme di biodisponibilità del principio attivo previste dalla legge e che danneggia fortemente la salute del paziente.

La normativa attuale in ambito prescrittivo contribuisce all'aumento di questo fenomeno, in quanto prevede da parte del MMG la specificazione del solo principio attivo, lasciando al farmacista ampio margine di scelta del farmaco di marca/generico, a seconda delle scorte possedute in giacenza.

- Le patologie cardiologiche, proprio perché fortemente diffuse, avrebbero come priorità assoluta quella di mantenere una maggiore adesione da parte degli attori sanitari alle linee guida che dimostrano riduzioni importanti di nuove ospedalizzazioni, o peggio, di morte.

-

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE DIPARTIMENTO CARDIOCIRCOLATORIO

Di Biase M. – Grimaldi D. – Valente L.

PREAMBOLO

Allungamento della vita media, cronicità e comorbidità sono una vera emergenza per la classe medica e le Istituzioni. E' necessario dare subito risposte efficaci, efficienti e soprattutto sostenibili.

La popolazione degli anziani è in grande espansione per cui è indispensabile ed indifferibile fare squadra da parte delle istituzioni mediche e sociali per la presa in carico delle persone anziane malate.

Pur considerando l'opportunità di strategie a lungo termine, che ci conducano a più anziani sani e di buona salute, oggi non siamo in grado di ben governare le determinanti del fenomeno.

Per questo motivo è auspicabile, visti i costi sanitari e sociali in costante crescita, intervenire con un sistema di rete che, con cultura ed organizzazione, costituisca la risposta idonea e applicabile, basta che lo si voglia.

La rete consente una presa in carico della persona indipendentemente dal punto di ingresso nel sistema.

Continuità dell'assistenza ed appropriatezza sono i cardini per rendere il sistema

efficace ed efficiente con risparmio di risorse associato ai migliori risultati qualitativi e dalla sicurezza delle cure.

Il medico di medicina generale (MMG) identifica il rischio ed anticipa la diagnosi; lo specialista classifica il malato rallentando l'evoluzione della malattia.

Si devono condividere i percorsi nel rispetto delle specifiche competenze in un continuum territorio-ospedale-sistema¹¹⁸.

E' emersa con **grande evidenza** la consapevolezza **delle differenze qualitative** sul piano assistenziale **tra le varie Regioni Italiane**, derivate dalla modifica del Titolo V della Costituzione che ha portato a sostanziali differenze nell'accesso e nella qualità dei servizi sociali **fra cittadini della stessa Nazione**, non riscontrabili in altri Paesi comparabili con il nostro.

PUNTI DI RILEVANZA

1. ASSISTENZA DOMICILIARE

Va implementata in tutte le regioni con possibile creazione di corsie preferenziali per anziani, spesso non autosufficienti. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) individua un sistema di cure sanitarie, verso cui bisogna inevitabilmente indirizzarsi, che può raggiungere eccellenze riguardanti i costi, l'accettazione da parte del paziente delle cure ed il miglioramento della qualità della vita. Le risorse possono essere individuate tra i sussidi erogati alle famiglie. In futuro probabilmente il ruolo dell'ospedale si ridurrà in favore dell'ADI.

2. PREVENZIONE

Il MMG dovrà effettuare negli anziani la determinazione di alcuni dati di laboratorio: microalbuminuria, filtrato glomerulare e determinazione di colesterolo LDL in via diretta nei laboratori, non essendo sufficiente la sua determinazione con le formule. E' necessario incentivare la disaffezione al fumo creando centri antifumo o, meglio, sviluppando un'azione diretta persuasiva da parte del medico curante.

E' necessario identificare i pazienti più a rischio in modo da poter effettuare controlli più frequenti a domicilio. Bisogna incentivare l'attività fisica e l'utilizzo della misurazione domiciliare della pressione arteriosa.

La prevenzione va iniziata molto prima del raggiungimento del 65esimo anno di età.

3. ADERENZA ALLA TERAPIA

E' necessario sviluppare e dotare i medici dei software per il controllo dei farmaci effettivamente assunti dal paziente con il controllo del numero delle pillole. Il medico deve acquisire autorevolezza, nel rapporto con il paziente, mediante l'ascolto e lo scambio libero di opinioni, la discussione delle problematiche e la spiegazione al paziente del perché esegue la terapia e quali sono i vantaggi che ne derivano. E' da evitare in maniera assoluta lo zapping terapeutico caratterizzato dal passaggio da una marca di generico ad un'altra. Questa situazione è particolarmente confondente soprattutto per il paziente anziano che spesso presenta deficit cognitivo. Per aderenza non si intende solo l'assunzione della quantità dei farmaci prescritti, ma anche la possibilità di danni derivanti dai rischi collegati al sovradosaggio che si possono

realizzare dalla confusione indotta dalla differente forma e colore delle compresse.

4. CONTINUITÀ TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE

Il miglioramento dell'assistenza passa attraverso la formazione di reti e di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti e concordati tra i medici e le autorità regolatorie. Per questo motivo è essenziale avere a disposizione in tempo reale la maggior parte delle informazioni cliniche che riguardano il paziente oggetto del trattamento. E' stata suggerita la creazione di server virtuali e l'implementazione delle carte elettroniche. E' necessario un rapporto equilibrato tra MMG e Specialisti caratterizzato dal trattamento da parte del primo delle forme meno impegnative e, da parte del secondo, del trattamento delle patologie più complesse, al fine di evitare al paziente anziano trasporti o stress assolutamente non necessari.

5. ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO IN CASO DI EMERGENZA

E' necessario che il servizio 118 sia dotato di ambulanze medicalizzate e che sia possibile, in particolari condizioni di emergenza, evitare il passaggio dal pronto soccorso. Al fine di meglio individuare le problematiche e trovare le relative soluzioni sarebbe utile che i medici del 118 disponessero di un referto elettrocardiografico immediato mediante tele cardiologia e potessero contattare durante l'intervento il MMG ed eventualmente anche gli Specialisti che hanno avuto in cura il paziente al fine di mantenere il soggetto il più possibile al domicilio ed evitare al massimo ricoveri non strettamente necessari. Nel caso si decidesse per la mobilitazione, il paziente deve essere trasferito conoscendo in partenza dove l'ambulanza è diretta e l'idoneità della struttura accettante a trattare la patologia in atto. L'obiettivo è anche quello di evitare ricoveri generici in medicina o geriatria per patologie cardiovascolari ben definite. E' emerso che le UTIC sono in numero adeguato per quanto riguarda il rapporto con la popolazione e la distribuzione tra le regioni, mentre esistono grosse variabilità all'interno delle Regioni con concentrazioni in aree particolari. L'accesso alle UTIC degli anziani non deve differire da quello dei soggetti più giovani, anche al fine del tipo di trattamento.

6. ACCESSO ALLE CURE INNOVATIVE

Spesso gli anziani hanno difficoltà di accesso alle cure innovative per la necessità di dover contribuire economicamente alla spesa. Alcune volte gli anziani o coloro che li assistono sostituiscono farmaci innovativi con integratori o sostanze di origine naturale, spesso senza informare il medico. Questa pratica, a parte il rischio del mancato trattamento che ne consegue, può essere particolarmente negativa in quanto queste sostanze sono in grado di modificare alcuni parametri biologici o di interferire con il metabolismo di altri farmaci attivi che il paziente deve assumere.

7. ANTIAGGREGAZIONE NELL' ANZIANO DOPO IMPIANTO DI STENT CORONARICI

Non essendoci differenze per le indicazioni tra soggetti giovani ed anziani, questi ultimi devono però ricevere più controlli soprattutto per la presenza di comorbidità e di maggiori rischi emorragici, oltre all'aumentata probabilità di cadute accidentali con conseguenti ematomi. Al momento dell'impianto il cardiologo dovrà effettuare una scelta oculata del tipo di stent da impiantare in rapporto alle condizioni generali del

paziente anziano, considerate le condizioni cliniche generali e le eventuali necessità di eseguire altri tipi di intervento. La durata dell'antiaggregazione deve essere chiaramente indicata al momento della dimissione.

8. NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI

L'elevata incidenza di fibrillazione atriale nell'anziano è una condizione che richiede una terapia anticoagulante per la presenza frequente di uno CHA₂DS-VASC₂ SCORE superiore a 2. I pazienti in trattamento con Warfarin che mantengono un TTR adeguato dovrebbero, valutati i rischi-benefici, continuare tale trattamento. Nei pazienti anziani che iniziano il trattamento, in coloro che non sono in grado di effettuare una terapia corretta o che non dispongono di possibilità di raggiungere un centro di anticoagulazione, oppure non dispongono di familiari in grado di provvedere alle varie incombenze, possono essere messi in trattamento con i nuovi anticoagulanti orali, previa valutazione della funzionalità renale. E' evidente che in questi pazienti l'aderenza alla terapia deve essere totale e controllata strettamente da parte del medico curante. I pazienti devono essere messi al corrente dell'assenza, al momento, di antidoto.

9. RAPPORTI CON IL DIRETTORE GENERALE PER LA SCELTA DEI DISPOSITIVI

I nuovi dispositivi devono presentare caratteristiche di sicurezza e qualità superiori rispetto a quelli dei dispositivi già in uso. Per ciascuno deve essere definito l'ambito di utilizzo tra il Medico e le Autorità aziendali. Non è raccomandato, per la scelta, il solo criterio del costo ma quello prevalente della qualità. E' utile conoscere la provenienza del dispositivo e la serietà del costruttore. L'acquisto di dispositivi di scarsa qualità può portare a complicanze e da risultati negativi di cui solo i medici hanno la responsabilità.

10. RICERCA SCIENTIFICA

E' noto che il DNA dell'uomo è programmato per una durata di 120 anni, mentre l'aumento dell'aspettativa di vita è intorno ai 2 anni per ogni decennio che passa. L'unico mezzo per poter raggiungere questo traguardo è quello di investire nella ricerca cardiovascolare in quanto investimenti in altri settori (viaggio sulla luna, invenzioni varie, ecc) non hanno influito su questo parametro. Le spese per la ricerca cardiovascolare sono di gran lunga minori rispetto ai costi economici indotti dalla malattia, inabilità o morte.