

Cesare Tosetti<sup>1</sup>, Maurizio Ongari<sup>2</sup>, Adelmo Lenzi<sup>1</sup>, Clara Curcetti<sup>4</sup>, Mara Morini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medici di Medicina Generale, Porretta Terme, SIMG Bologna; <sup>2</sup> UOC di Medicina Interna, Stabilimento Ospedaliero di Porretta Terme, Vergato; <sup>3</sup> Dipartimento di Cure Primarie, AUSL di Bologna; <sup>4</sup> Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Regione Emilia Romagna

## Infarto miocardico e prevenzione secondaria in Medicina Generale: caratteristiche e limiti

### Introduzione

Benché vi sia un ampio consenso sulle strategie per la prevenzione secondaria dell'infarto miocardico acuto (IMA)<sup>1</sup>, sono ancora presenti numerose difficoltà nella loro applicazione nella pratica quotidiana. Gli studi disponibili hanno dimostrato che progetti specifici possono produrre miglioramenti<sup>2</sup>, tuttavia la complessità di questo intervento, i possibili effetti collaterali dei farmaci, le difficoltà a modificare gli stili di vita e svolgere periodicamente accertamenti clinici, limitano l'adesione alle procedure suggerite, con la necessità di rafforzare costantemente le motivazioni<sup>3</sup>. La possibilità del raggiungimento degli obiettivi clinici attraverso un'azione strutturata da parte dei medici di medicina generale (MMG) nella prevenzione secondaria dell'IMA è tuttora oggetto di discussione e ha costituito l'argomento di studio della nostra indagine.

### Metodologia

L'area di intervento è stata costituita dal Nucleo di Cure Primarie 36 dell'Alto Reno dell'AUSL di Bologna, che comprende circa 17.000 abitanti. In questo territorio l'assistenza primaria è assicurata da 13 MMG, mentre l'attività cardiologica fa riferimento all'ambulatorio specialistico dell'Ospedale di Porretta Terme collegato ai centri di secondo livello. Nello studio sono stati arruolati i pazienti che hanno presentato IMA nei precedenti 5 anni. I MMG sono stati invitati a

registrare i seguenti dati, ma solo se già presenti nei 6 mesi precedenti nei propri database: abitudine al fumo, indice di massa corporea (BMI), circonferenza vita, pressione arteriosa, colesterolo LDL, uso di beta-bloccanti (BB), ACE-inibitori o antagonisti dell'angiotensina II (ACE-ARBs), antiaggreganti, warfarin, ipolipemizzanti. L'uso di farmaci è stato valutato quale presenza/assenza di prescrizione medica, indipendentemente dal dosaggio. Un ulteriore periodo di 2 mesi è stato lasciato ai MMG per aggiornare due dati: il grado di attività fisica e di attitudine alla dieta dei pazienti. I risultati ottenuti sono stati aggregati per produrre un rapporto di gruppo nonché rapporti specifici per ogni MMG. I risultati sono stati confrontati con i dati Health Search<sup>4</sup> e discussi tra MMG in un'apposita riunione (valutazione iniziale) con la presenza attiva di un cardiologo del centro di riferimento, che ha commentato i dati alla luce delle evidenze e delle linee guida NICE<sup>1</sup>. I MMG sono stati invitati ad adeguare la gestione dei pazienti al raggiungimento degli obiettivi indicati dalle linee guida NICE. Al termine di un periodo di 6 mesi, i MMG hanno estratto nuovi dati, che sono stati discussi in una riunione di valutazione finale. Lo studio è stato effettuato in conformità con la Dichiarazione di Helsinki. I dati sono stati analizzati con il test Chi-Quadro.

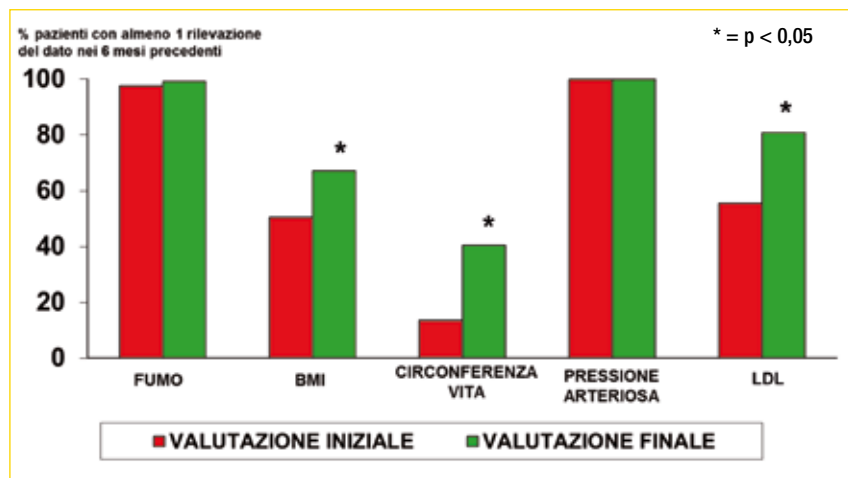
### Risultati

Un totale di 130 pazienti con IMA nei precedenti 5 anni è stato riconosciuto

nei database dei MMG, ma alla valutazione finale, dopo 6 mesi, 10 pazienti sono risultati deceduti e 1 trasferito. Pertanto i dati sono stati analizzati su 119 pazienti, di cui 85 pazienti di sesso maschile (71% della popolazione), con età media 70 anni (range 36-92). Al termine dello studio è risultato un aumento nella registrazione dei dati rispetto alla valutazione iniziale (Fig. 1) per quanto riguarda l'abitudine al fumo (99,2% vs. 97,5%), la circonferenza vita (40,5% vs. 13,5%;  $p = 0,001$ ), il BMI (67,2% vs. 50,4%;  $p = 0,012$ ) e il colesterolo LDL (80,7% vs. 55,5%;  $p = 0,001$ ), mentre i valori di registrazione della pressione arteriosa erano già presenti in tutti i pazienti all'analisi iniziale. La Tabella I mostra i dati clinici osservati nelle due valutazioni. Un leggero miglioramento è stato osservato rispetto ai target di pressione arteriosa ed ai livelli di LDL. La frequenza di valori pressori inferiori ai 140/90 mmHg sale dal 84,6 al 87,2%, e quella di valori inferiori a 130/80 mmHg dal 58 al 63,3%, mentre la frequenza di livelli di colesterolo LDL inferiori a 100 mg/dl sale dal 35,6 al 38,5%. La modificazione di frequenza di sovrappeso (da 45,0 a 47,5%) e obesità (da 28,3 a 22,5%) sono fortemente influenzate dall'incremento dei dati registrati, mentre la riduzione dei fumatori dal 23,3 al 19,5% è dovuta a un reale abbandono dell'abitudine tabagica da parte di 4 pazienti. I MMG hanno valutato che il 42,7% dei pazienti può essere

**FIGURA 1.**

Registrazione dati alle valutazioni iniziale e finale di 119 pazienti con pregresso IMA.



definito come sedentario (lavoro a basso carico senza attività fisica aggiuntiva), e che solo il 54,4 % dei pazienti è giudicato suscettibile di seguire istruzioni dietetiche. Solo il 27,8% dei pazienti ha riportato assumere più di 4 porzioni di frutta e verdura al giorno. La frequenza di prescrizione dei farmaci è mostrata nella Figura 2. Alla valutazione iniziale era già presente un elevato utilizzo di farmaci efficaci nella prevenzione secondaria di IMA, con un ulteriore lieve aumento alla fine dello studio. La Figura 3 illustra le motivazioni di non assunzione dei farmaci alla valutazione iniziale, con una limitata frequenza di reazioni avverse e di interruzioni della terapia da parte del paziente.

**Discussione**

Pur trattandosi di uno studio su un numero limitato di pazienti, i dati demografici sono simili a quelle ottenuti in studi nazionali ed internazionali<sup>5,6</sup>, facendo presupporre che la popolazione studiata possa essere considerata rappresentativa e paragonabile a esperienze precedenti. In quest’ottica i risultati del nostro studio indicano che, in un’area con una consolidata collaborazione tra MMG e specialisti, alcuni obiettivi per la gestione dei pazienti dopo IMA sembrano già vicino al massimo ottenibile mentre alcuni target clinici sono ancora sub-ottimali. Lo studio evidenzia che con un intervento a breve termine si può ottenere un miglio-

ramento di indicatori di processo, come la registrazione dei parametri clinici, ma rimane da comprendere perché esista un divario rilevante tra la registrazione dei valori di pressione arteriosa e quella dei lipidi plasmatici. Certamente la facilità della misurazione della pressione rispetto ai lipidi plasmatici e la velocità di osservazione dei cambiamenti a opera dei trattamenti farmacologici possono essere fattori rilevanti, ma non spiegano probabilmente le differenze. Diversi studi hanno dimostrato che la copertura farmacologica di questi pazienti non è ottimale già poco dopo la dimissione ospedaliera e diminuisce ulteriormente successivamente<sup>6</sup>. Nel nostro studio, in presenza di un forte legame territoriale tra MMG e cardiologi, l’uso di farmaci che sono efficaci nella prevenzione secondaria di IMA è già elevato alla valutazione iniziale, superiore per tutte le categorie ai dati di Health Search<sup>4</sup> ed EUROASPIRE<sup>5</sup>, ma i target pressori e di lipidi plasmatici sono ancora lontani dal raggiungere una buona copertura della popolazione. La discrepanza tra uso dei farmaci e raggiungimento dei target potrebbe essere spiegata da un insufficiente dosaggio, che il nostro modello di studio non permette di valutare. Vi sono evidenze che un’organizzazione che preveda un monitoraggio strutturato della prescrizione farmacologica e del controllo dei fattori di rischio con un’istruzione del paziente possa essere efficace per aumentare la percentuale di pazienti che raggiungono i target di colesterolo e della pressione arteriosa<sup>2</sup>.

**TABELLA 1.**

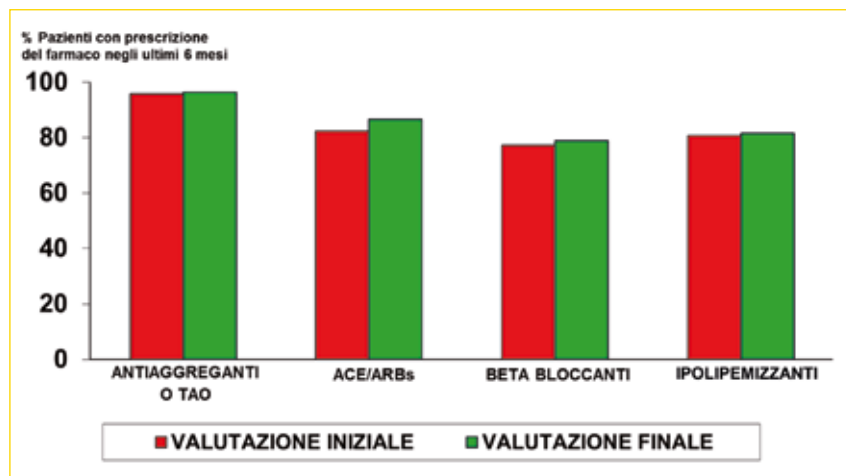
Differenze in parametri clinici alle valutazioni iniziale e finale di 119 pazienti con pregresso IMA.

	Valutazione iniziale	Valutazione finale	Differenza
Fumo	27/116 (23,3%)	23/118 (19,5%)	ns
Body Mass Index < 25 kg/m <sup>2</sup>	27/60 (45,0%)	38/80 (47,5%)	ns
Body Mass Index > 30 kg/m <sup>2</sup>	17/60 (28,3%)	18/80 (22,5%)	ns
Obesità addominale	13/16 (81,3%)	32/48 (66,7,3%)	ns
Pressione arteriosa < 140/90 mmHg	99/119 (84,6%)	102/119 (87,2%)	ns
Pressione arteriosa < 130/80 mmHg	65/119 (58,0%)	73/119 (63,3%)	ns
Colesterolo LDL < 100 mg/dl	23/66 (35,6%)	37/96 (38,5%)	ns

Obesità addominale: circonferenza vita > 102 cm (uomini) o 88 cm (donne).

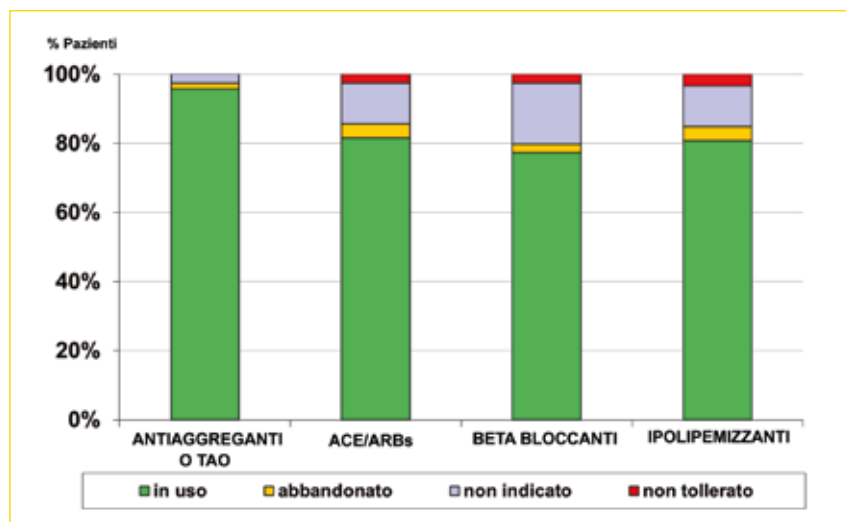
**FIGURA 2.**

Utilizzazione dei farmaci alle valutazioni iniziale e finale di 119 pazienti con pregresso IMA.



**FIGURA 3.**

Utilizzazione dei farmaci e motivazioni di non aderenza terapeutica di 119 pazienti con pregresso IMA.



Dal punto di vista degli stili di vita, la situazione di questa popolazione potrebbe essere migliorata. Al termine dello studio vi era ancora una frequenza significativa di pazienti fumatori, analogamente a quella osservata negli studi disponibili<sup>4,5</sup>, tuttavia alla valutazione finale è stata osservata una riduzione del numero dei fumatori di 4 unità, attribuibile alla attività di mini-counseling. È interessante osservare come i MMG hanno definito il 42,7 % dei pazienti come sedentari e solo il 54,4 % complianti con indicazioni dietetiche, con evidenti ampi

marginii di azione da parte di medici e pazienti. Il giudizio da parte dei MMG è particolarmente severo e non abbiamo dati ulteriori per capire la correttezza di tale giudizio. D'altra parte non siamo in grado di determinare quanti tra questi paziente abbiamo reale possibilità di migliorare gli stili di vita. I MMG generalmente segnalano che le barriere che si frappongono a un adeguato controllo clinico dei pazienti sono riferibili sia a fattori socioeconomici e organizzativi (scarsità di tempo nell'ambulatorio, carichi di lavoro burocratici, mancanza di

un team multidisciplinare), che a scarsità di motivazione<sup>3</sup>. Non sempre le attuali linee guida tengono conto di queste difficoltà. Per migliorare la compliance del paziente rispetto a stili di vita adeguati sembra necessario un'azione forte combinata che vada oltre le potenzialità del mini-counseling: un programma semplice ma di durata adeguata ha dimostrato produrre una piccola ma significativa riduzione del colesterolo totale dopo 54 mesi di follow-up<sup>7</sup>. In conclusione, i risultati di questa indagine, condotta in una zona di una consolidata collaborazione tra MMG e specialista, dimostrano che un'iniziativa per migliorare la gestione dei pazienti con IMA permette di migliorare ulteriormente certi aspetti della pratica clinica, ma anche che alcuni target clinici sono lontani dai livelli raccomandati. Da un lato perciò possiamo affermare che certi livelli assistenziali rispetto a questi pazienti siano raggiungibili con discreta facilità attraverso i modelli esistenti e che forse ulteriori miglioramenti rispetto a questi parametri possano risultare poco significativi, dall'altro che per migliorare altri parametri e soprattutto modificare gli stili di vita occorrono interventi multiprofessionali ben più complessi a livello sociale. In particolare è necessario comprendere per ogni singolo paziente l'effettiva attitudine e capacità al cambiamento.

**Ringraziamenti**

Gli autori ringraziano i MMG che hanno partecipato allo studio: Carlo Giovannelli, Angela Inì, Michele Insardà, Luigi Lattuca, Marcello Maldina, Elena Montanari, Mara Mori, Roberto Pierallini, Filippo Riccioni, Lucia Sarti, Serena Vivarelli. Un ringraziamento anche ai medici del Dipartimento di Cure Primarie del Distretto di Porretta Terme Roberta Ciani e Giovanna Zannini per l'assistenza organizzativa. Lo studio è stato realizzato all'interno del progetto regionale di implementazione del percorso integrato e facilitato ospedale-territorio per la presa in carico dei pazienti con precedenti di accidenti cardiovascolari. Questa pubblicazione è dedicata alla memoria del dott. Carlo Fini che ha partecipato alla progettazione e alla realizzazione dello studio.

**Bibliografia**

- 1 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *MI: secondary prevention. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction*. NICE Clinical Guideline 2007, vol. 48.
- 2 Buckley BS, Byrne MC, Smith SM. *Service organisation for the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care*. Cochrane Database Syst Rev 2010;(3):CD006772.
- 3 Crosson JC, Heisler M, Subramanian U, et al. *Physicians' perceptions of barriers to cardiovascular disease risk factor control among patients with diabetes: results from the translating research into action for diabetes (TRIAD) study*. J Am Board Fam Med 2010;23:171-8.
- 4 Research Institute of the Italian College of General Practitioners. *Health Search VII report 2011/2012*. www.healthsearch.it.
- 5 Kotseva K, Wood D, De Backe G, et al. *EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009;16:121-37.
- 6 Filippi A, D'Ambrosio G, Giustini SE, et al. *Pharmacological treatment after acute myocardial infarction from 2001 to 2006: a survey in Italian primary care*. J Cardiovasc Med (Hagerstown)2009;10:714-18.
- 7 Filippi A, Tedeschi L, Parretti D, et al. *Lifestyle counselling in primary care: long-term effects on cholesterol level*. Eur J Gen Pract 2009;15:136-40.