

La lotta alle malattie cardiovascolari ed il ruolo delle Associazioni “Amici del Cuore” in Toscana.

Com'è noto le Malattie Cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nei Paesi industrializzati.

“L'esistenza del **Registro regionale toscano** dell'infarto e delle malattie cardiovascolari consente di conoscere la dimensione regionale della patologia in termini di nuovi casi per anno: in Toscana, dati relativi all'anno 2000, si verificano circa 7.600 nuovi casi di infarto miocardico acuto (Ima) all'anno, dei quali 4.900 nei maschi e 2.700 nelle femmine. Secondo i dati raccolti dal Registro di mortalità regionale (Rmr) nel triennio 2000-2002 in Toscana, si sono verificati mediamente poco più di 1.900 decessi per infarto acuto del miocardio (di cui 56% nei maschi) ogni anno; inoltre, circa 3150 decessi (di cui il 50% nei maschi) sono attribuiti alle altre forme ischemiche subacute o croniche cardiache. Nel complesso la patologia ischemica cardiaca è responsabile di circa il 12-13% del totale dei decessi; i decessi attribuiti a Ima ne rappresentano il 4-5% e quelli attribuiti alle forme subacute o croniche di cardiopatia ischemica (Ci) ne rappresenta l'8%. Nell'ultimo quindicennio i tassi di mortalità per Ima standardizzati per età hanno mostrato una progressiva e costante diminuzione in entrambi i sessi, con una riduzione media annua del 2-3 %; anche per la Ci nel suo complesso ha presentato un trend decrescente, anche se di entità minore e accentuatosi nell'ultimo decennio. Tali andamenti proseguono i trend discendenti iniziati in Italia nella seconda metà degli anni '70. La riduzione dei tassi standardizzati di mortalità per Ima è stata superiore a quella osservata per l'insieme delle malattie del sistema circolatorio e per le malattie cerebrovascolari, anche considerando solamente gli anni più recenti. Gli andamenti della mortalità per Ci merita alcune considerazioni più particolareggiate. La Ci, nel suo insieme, ha presentato una riduzione che è circa la metà di quella osservata per Ima; tuttavia, se dalla Ci scorporiamo i decessi attribuiti a Ima e valutiamo solo quelli attribuiti alle forme subacute o croniche della malattia, osserviamo che i tassi di mortalità standardizzati per età dell'inizio degli anni 2000 sono analoghi a quelli della fine degli anni '80. Questo indica che la riduzione della mortalità per Ci ha riguardato solamente le fasi acute dell'Ima e non le fasi subacute e croniche della malattia. In particolare, mentre il numero medio annuo di decessi attribuiti a Ima presenta comunque una riduzione (da circa 2.400 alla fine degli anni '80 a poco più di 1.900 all'inizio degli anni 2000), quello attribuito all'insieme della Ci presenta un aumento di circa il 10% (4.600 contro 5.000). Tale incremento è espressione dell'aumento delle forme di malattie in fase subacuta spiegate sia dal miglioramento della prognosi nelle fasi acute sia dall'aumento progressivo nel tempo della popolazione anziana. Il miglioramento della prognosi delle sindrome coronariche acute, e in particolare dell'Ima consegue alla migliore conoscenza dei meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi coronaria e delle manifestazioni cliniche della Ci e, ancor più significativamente, alla introduzione della rivascolarizzazione coronaria per cutanea che rappresenta, oggi, la terapia più efficace per la gestione della fase acuta.”

E' interessante sottolineare come in Toscana l'impiego delle **indagini** strumentali e delle procedure interventistiche sia tra i più alti in Italia. I dati del Gruppo Italiano Studi Emodinamici del 2005 indicano in 19655 il numero di coronarografie e in 9800 le procedure di angioplastica con tendenza ad ulteriore aumento.

La elevata e qualificata attività eseguita durante la fase acuta ospedaliera su pazienti con cardiopatia ischemica (infarto,angina) si associa ad un elevato assorbimento di risorse e dovrebbe essere accompagnata da un rigoroso intervento rivolto al **controllo dei fattori di rischio** modificabili che sappiamo essere alla base dell'aterosclerosi coronarica. La centralità degli interventi diretti alla modifica degli errati stili di vita (alimentazione,fumo,vita sedentaria) e delle patologie che favoriscono l'aterosclerosi ,quali il diabete l'ipertensione , è universalmente riconosciuta . Dati scientifici hanno documentato che la progressione della patologia vascolare aterosclerotica (e le collegate recidive di eventi acuti quali infarto e ictus) è legata alla mancata costante applicazione

dei principi generali di prevenzione secondaria. Elemento importante nella comparsa di recidive è anche il mancato sistematico **utilizzo della terapia** farmacologia utile nel controllo di fattori di rischio (ipercolesterolemia) o delle coesistenti patologie quali ipertensione e diabete. La mancata applicazione delle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida elaborate dalle Società Scientifiche relative alla terapia e alla prevenzione cardiovascolare è riconosciuta quale causa di recidive. La qualità della vita, la sopravvivenza dei pazienti e la spesa sanitaria sono ovviamente negativamente influenzate da queste recidive di malattia.

Perché questa **mancata aderenza** alle raccomandazioni sugli stili di vita e sulle terapie ? I fattori sono essenzialmente rappresentati da : scarsa informazione su quanto accaduto e sui rischi futuri (scarsa consapevolezza) , ridotto livello cognitivo (malattie coesistenti, livello culturale) e fattori sociali non sempre adeguatamente valutati (supporto familiare, condizioni economiche etc) . Se assumiamo che la **“consapevolezza”** di quello che un evento acuto cardiaco rappresenta (maturata attraverso una corretta informazione sulle cause della malattia, sul ruolo del trattamento medico e/o interventistico, sul favorevole impatto della prosecuzione di una terapia farmacologia e dell'efficacia degli interventi di riabilitazione) gioca un ruolo centrale nella prevenzione delle recidive, emerge la necessità di intraprendere azioni concrete per migliorare questa coscienza . Orientare dunque la conoscenza verso la convinzione di un favorevole impatto sulla salute derivante dall'osservanza di corretti stili di vita e dalla continuità delle cure rappresenta il primo passo da compiere. Se questo approccio , ricavato da studi dedicati, è corretto il punto centrale è la qualità delle informazioni che devono essere fornite, la consapevolezza della loro utilità ,la necessità di **reiterare i messaggi**, nonché l'autorevolezza di chi fornisce i messaggi. Quello che appare chiaro è che questo tipo di intervento formativo non deve necessariamente essere fatto da psicologi ma che può benissimo essere fatto da personale sanitario (medici e infermieri) preparato in modo specifico . Un punto condiviso è che medici e infermieri possono, migliorando le conoscenze dei pazienti sulla loro malattia coronarica , aumentare le probabilità di un cambiamento dei comportamenti. Aumentando la fiducia dei pazienti in merito alla personale capacità di superare certe difficoltà aumentano le probabilità di successo. Comunque coltivare nei pazienti la convinzione di una reale possibile autogestione della malattia è molto più importante che indurre alla dipendenza da figure professionali di riferimento.

E' ormai chiaro che senza un significativo miglioramento nella implementazione delle strategie di prevenzione secondaria (quella che interessa la popolazione che ha già avuto un evento acuto) e naturalmente di prevenzione primaria (che interessa la popolazione nel suo insieme e richiede quindi interventi di grande respiro) non sarà possibile fare concreti passi in avanti nel ridurre la morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari e cerebrovascolari su base aterosclerotica .

Alla luce di quanto detto si comprende come il processo di **sensibilizzazione/informazione/educazione** deve iniziare prima della dimissione dopo un evento acuto cardiovascolare e deve essere rivolto non solo ai pazienti ma anche ai loro familiari. Non è sufficiente fornire informazioni scritte (relazione di dimissione, opuscoli dedicati) ma è necessario associare un colloquio, poiché motivi di ordine culturale, sociale, linguistico (soprattutto quando la lingua madre non sia l'italiano), legati all'età o a malattia coesistente (p.es.cerebrovascolare) possono rendere poco comprensibili le prescrizioni e i consigli utili al mantenimento dello stato di salute. E' documentato che l'abbandono o l'uso non corretto della terapia, così' come la mancata aderenza a corretti stili di vita si verifica prevalentemente entro il primo mese dopo la dimissione . Se si identifica il momento educativo come il punto centrale della Riabilitazione cardiovascolare non si può non considerare la fase post dimissione come cruciale nell'assicurare continuità assistenziale. Così' l'impostazione di un **“follow-up strutturato”** diviene essenziale poiché è ormai chiaro che la ripetizione di alcuni messaggi informativi (così' come la soluzione di specifiche problematiche inerenti all'attività lavorativa o alla vita di relazione) e il precoce riconoscimento di sintomi di instabilizzazione della malattia possono rivelarsi importanti al fine di evitare recidive anche severe. Il problema diviene dunque quello di identificare i soggetti , istituzionali e non , che devono farsi carico della gestione post dimissione delle problematiche legate alla compliance (

aderenza alle raccomandazioni farmacologiche e non) e che siano anche capaci di assicurare supporto pratico ad iniziative con chiara finalità di prevenzione e riabilitazione. E' ovviamente ben definito il ruolo dei Cardiologi che hanno gestito la fase acuta e gestiranno la fase strettamente medica della riabilitazione così come le eventuali recidive. Altrettanto chiaro è il ruolo dei Medici di Medicina Generale che non può essere quello di semplici prescrittori di farmaci o esami strumentali . Anche il ruolo dei familiari, quando presenti e in grado di collaborare, risulta scontato. Quello che deve essere preso in considerazione ai fini della continuità assistenziale nell'ambito di un "follow-up strutturato" è verosimilmente l'identificazione del(i) soggetto (i) in grado di riempire gli "interstizi" che restano tra Cardiologi e Medici di MG e che possono (vogliono) svolgere un ruolo di supporto (non certo di supplenza) ai fini del mantenimento dello stato di salute dei soggetti interessati . E' ovviamente necessario definire i campi di intervento per questi soggetti anche se appare possibile un ruolo non secondario per quanto riguarda : a) la reiterazione dei messaggi di prevenzione legati ai corretti stili di vita ; b) la messa a disposizione di strutture idonee a favorire la riabilitazione motoria a pazienti stabili; c) un supporto sociale in quanto capaci di generare processi di aggregazione . Le Associazioni di volontariato con specifiche appartenenze che hanno conoscenze pratiche maturate (anche) in base ad esperienze personali e che hanno già al loro interno competenze, mediche e infermieristiche , quali sono le Associazioni "Amici del Cuore " possono rappresentare il soggetto preferibile per svolgere questo ruolo di " connettivo " per colmare, almeno in parte, gli "interstizi cui si faceva prima riferimento .

Come si vede queste riflessioni sono relative al problema (di non facile soluzione ma non più rinviabile) della reale integrazione tra Ospedale e Territorio nel contesto della continuità assistenziale .Questo problema non ha solo riflessi di tipo economico ma ha soprattutto riflessi sanitari e sociali quando si consideri l'invecchiamento della popolazione e l'aumento del numero dei soggetti non autosufficienti o in precarie condizioni socio economiche. Le svantaggiate condizioni socio economiche sono un emergente fattore di rischio cardiovascolare, responsabili di un aumento della mortalità nei cardiopatici.

Sebbene scontata è comunque opportuno sottolineare la ineludibile necessità di collaborazione/integrazione (e **reciproco riconoscimento dei ruoli !**) tra i soggetti coinvolti in questo circuito assistenziale : Cardiologi-Medici di MG- Associazioni. Ciò che porta all'integrazione è naturalmente un "progetto" condiviso di assistenza relativo alla Prevenzione, cura e Riabilitazione cardiovascolare . Il progetto può far riferimento a " protocolli " mirati a specifici interventi quali quelli riguardanti il controllo di singoli " fattori di rischio " ovvero un ruolo attivo nei processi relativi alla aderenza alla terapia.

Per affrontare quanto prima esposto si richiede un impegno di grande rilievo, per qualità e quantità, da parte delle Istituzioni regionali e locali, delle Aziende Sanitarie, degli operatori e delle associazioni di tutela dei cittadini.

Fra gli obiettivi più significativi della proposta del nuovo piano sanitario della Toscana, approvata dalla giunta e ora all'esame del consiglio, figurano fra l'altro, due azioni particolarmente qualificanti. La prima è quella di rilanciare la sanità territoriale con la realizzazione di un particolare impegno nel campo dell'assistenza domiciliare. La seconda è quello di mettere in atto iniziative per evitare ricoveri ripetuti lavorando per evitare le recidive. Si tratta di obiettivi fra loro fortemente coerenti e collegati. Inoltre la scelta di costruire in modo generalizzato un modello di assistenza ospedaliera per intensità di assistenza e cura, già effettuata, presuppone una forte implementazione dei servizi del territorio senza cui appare assai difficile evitare ricoveri ripetuti. Stante l'incidenza delle malattie cardiovascolari nella dimensione conosciuta e sopra illustrata, ben si comprende come l'attivazione di politiche di prevenzione, cura e riabilitazione in questo settore diventa decisiva per il conseguimento degli obiettivi del piano. La Regione Toscana si è già impegnata, con la predisposizione di un apposito programma, approvato con DGR n. 958 del 18\12\2006 denominato "Progetto Cuore: approvazione del programma attuativo regionale e costituzione del comitato di coordinamento", a realizzare organiche iniziative di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie

cardiovascolari. Ciò anche per dare attuazione agli accordi Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che contengono il “Piano Nazionale della Prevenzione”. Allo stato attuale non risulta che il Programma contenuto nella delibera della Giunta Regionale n° 958 del 18.12.2006 abbia trovato la necessaria, concreta attuazione nei diversi territori della Toscana. Con il citato provvedimento la GR ha altresì costituito un amplissimo comitato di coordinamento con lo scopo di facilitare l'attuazione del programma. Di tale comitato purtroppo non fanno parte le associazioni degli utenti e, segnatamente, le associazioni degli amici del cuore che pure sono presenti in pressochè tutti i territori della regione. La presenza delle associazioni degli utenti negli organismi di coordinamento aziendale e regionale possono costituire, oltre che un fondamentale strumento di partecipazione, una concreta garanzia per la realizzazione dei programmi regionali. In tal senso le associazioni degli amici del cuore propongono un loro ruolo attivo in tutte gli organismi di coordinamento e nelle iniziative regionali per favorire, con il proprio impegno, la realizzazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Le associazioni amici del cuore della Toscana hanno realizzato e sono tuttora attori di esperienze di grande rilievo. Esse mettono a disposizione delle istituzioni tali esperienze per contribuire fattivamente al miglioramento della salute e dell'assistenza ai cittadini.

A fronte delle esigenze che quotidianamente sono rilevate nei diversi territori le associazioni degli amici del cuore ritengono necessario che, sia nel nuovo piano sanitario regionale che nella effettiva attuazione del Progetto Cuore debbano essere prioritariamente previsti e realizzati i seguenti punti programmatici:

- A. LA PREVENZIONE
- B. L'EMERGENZA – URGENZA
- C. LA RIABILITAZIONE
- D. L'ASSISTENZA DOMICILIARE
- E. LE LISTE DI ATTESA

LA PREVENZIONE

La prevenzione costituisce lo strumento di gran lunga più importante per conseguire l'obiettivo di una sensibile riduzione delle malattie cardiovascolari con la conseguente riduzione degli eventi mortali.

Le Associazioni degli “Amici del Cuore” condividono in proposito le indicazioni contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione adottati con accordo del 23.03.2005 dallo Stato e dalle Regioni. In proposito richiedono la concreta sua realizzazione con particolare riferimento ai seguenti punti:

- Carta del Rischio

Si ritiene assolutamente fondamentale istituire in tutti i territori delle Aziende Sanitarie, a cominciare sperimentalmente da primi gruppi di cittadini per essere poi estesa progressivamente a tutta la popolazione, la carta del rischio.

Essa costituisce lo strumento attraverso cui si potrà realizzare una forte sensibilizzazione dei cittadini per stimolare stili di vita più salutari e nello stesso tempo ridurre sensibilmente i fenomeni di patologia cardiovascolare.

- Lotta alla Sedentarietà / Ridotta attività fisica.

Il progetto riguarda l'attività fisica (a cui non sempre viene dedicata la dovuta attenzione) per i positivi riflessi che essa ha sullo stato di salute in tutte le età della vita .

La sedentarietà è riconosciuta come un fattore modificabile di rischio non solo cardiovascolare. Fare attività fisica regolarmente riduce il rischio non solo delle malattie cardiovascolari ma anche il rischio di diabete, osteoporosi, obesità, depressione, nonché dei tumori del colon e della mammella. Gli “Amici del Cuore” assicurano da molto tempo presso le loro strutture e con le dotazioni strumentali disponibili l'esecuzione di attività fisica. Ampliare, dove possibile, gli spazi destinati all'attività fisica e potenziare la dotazione di strumentazione semplice e utile a far svolgere esercizi fisici può consentire l'accesso ad un numero maggiore di partecipanti. Dove è possibile la creazione di “percorsi salute” all'aperto si può mettere a disposizione degli associati (e non) un ulteriore strumento che favorisce l'attività motoria. È stato osservato che la creazione di spazi dedicati a fare attività fisica e la facilitazione dell'accesso agli stessi è in grado di aumentare del 25% il numero dei soggetti che si mantengono attivi almeno tre volte la settimana. Tra le ricadute favorevoli di queste iniziative vanno ricordate la creazione di momenti di socializzazione (e quindi riduzione dell'isolamento sociale che come si è visto è un fattore di rischio cardiovascolare) e l'input intergenerazionale che si crea e che stimola la diffusione di comportamenti corretti. Naturalmente queste attività di palestra non devono essere disgiunte dalle raccomandazioni a fare attività motoria nel corso della vita quotidiana.

Come stimoli capaci di motivare i soggetti partecipanti a mutare i propri comportamenti e a fare attività fisica possono essere utilizzati *indicatori* quali la *riduzione del peso corporeo*, la *riduzione dei valori del colesterolo* e il *controllo dei valori glicemici nei diabetici (misurazione dell'Hb glicosilata)*. Il raggiungimento di questi obiettivi dovrebbe ridurre il numero dei pazienti che abbandonano l'esercizio sistematico.

- La prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino.

È scientificamente dimostrato che la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile agevola fortemente la prevenzione del diabete di tipo 2 sia nella madre che nel bambino. Si tratta in proposito di realizzare da parte del medico di base o della stessa donna uno screening sistematico. In tal senso si propone l'avvio di una specifica campagna di informazione della popolazione interessata e con i medici di famiglia.

- La prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo 2 nell'adulto e nel bambino.

Così come indicato dagli accordi Stato-Regioni, per questo punto occorre predisporre un censimento della popolazione che spesso è inconsapevole di essere affetta da diabete mellito tipo 2.

- La prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno avuto incidenti cardiovascolari affinché questi non si ripetano.

Per la prevenzione di tali fattori di rischio si ritiene necessario attuare un programma di intervento con la definizione delle modalità e dei protocolli operativi (Riabilitazione Cardiologica).

L' EMERGENZA – URGENZA

Il secondo punto programmatico che le Associazioni “Amici del Cuore” vogliono realizzare è quello di una maggiore efficienza e qualità degli interventi in fase di emergenza-urgenza. I cittadini sperimentano direttamente quanto siano decisivi gli interventi effettuati in tempi rapidi e professionalmente adeguati. Per la realizzazione di tale obiettivo si richiede un'attenta riconsiderazione delle attuali modalità d'intervento in emergenza-urgenza. In particolare le Associazioni ritengono necessario un' adeguamento nelle attuali modalità operative del 118. Si

propone la creazione di un adeguato sistema di telemedicina che colleghi 24/24 ore i Reparti di Cardiologia con le Centrali Operative del 118 e tutte le ambulanze che ovviamente devono essere debitamente attrezzate allo scopo. Tale sistema permetterà di effettuare diagnosi in tempo reale da parte del cardiologo dell'U.O. ospedaliera in sintonia con il medico del 118 per assicurare i primi interventi e la più idonea destinazione del paziente.

LA RIABILITAZIONE

Il livello di offerta riabilitativa cardiologica sia ambulatoriale che in fase di degenza è scarso rispetto alle reali necessità.

Le Associazioni "Amici del Cuore" ritengono che in questo campo occorre un ben diverso impegno finalizzato a realizzare un sensibile ampliamento della riabilitazione ambulatoriale in fase 2.

Le Associazioni degli "Amici del Cuore" svolgono da tempo una propria attività riabilitativa in fase 3 (riabilitazione di mantenimento) molto apprezzata dagli utenti. Dichiarano la propria disponibilità per un ulteriore sviluppo di tale impegno attraverso la realizzazione di opportune intese con le Aziende Sanitarie. Bisogna ricordare che Riabilitazione Cardiologica e Prevenzione secondaria sono in stretto rapporto e che impegnarsi in questo settore vuol dire cambiare gli stili di vita non solo dei cardiopatici ma anche dei familiari.

Per ciò che riguarda la Riabilitazione Cardiologica in fase di degenza l'attuale offerta regionale, seppure recentemente incrementata in alcuni territori, si presenta ancora fortemente carente.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE.

Il problema della continuità assistenziale e la gestione territoriale del paziente scompensato

Anche in questo settore vi è la necessità di un intervento impegnativo. Occorre prevedere l'assistenza domiciliare per i malati cardiologici a cominciare da quelli più gravi con particolare riferimento a quelli affetti da scompenso cardiaco grave.

Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia cronica con un alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità della vita e sull'assorbimento di risorse. L'incidenza dello scompenso è in aumento (anche) a causa dell'invecchiamento della popolazione. Oltre i 2/3 dei pazienti affetti da SC sono di età avanzata :l'età media in Italia dei ricoverati è 77 anni ,ovvero interessa la fascia tra 75 e 85 anni. Un dato rilevante, anche ai fini dell'assorbimento di risorse è che il 30% circa dei ricoveri per SC è rappresentato da recidive, la cui riduzione ,attuando politiche integrate di assistenza ,potrebbe consentire un notevole risparmio economico. A giustificare l'alta percentuale di riacutizzazioni giocano molti fattori tra cui: la non corretta impostazione e ottimizzazione della terapia (farmacologia e non), la mancata (o parziale) informazione/educazione del paziente e dei suoi familiari alla gestione della malattia , la comparsa di fattori precipitanti intercorrenti (p.es. infezioni delle vie respiratorie), il mancato controllo dei fattori di rischio (p.es. cattivo controllo della pressione arteriosa), la presenza di comorbidità e infine la mancata (e corretta) impostazione di un follow-up per la verifica dell'aderenza alla terapia e alle prescrizioni igienico-dietetiche .

Queste considerazioni hanno fatto emergere con chiarezza l'esigenza di implementare un programma di gestione integrata tra Ospedale e Territorio che ponendo il malato al centro di una rete assistenziale consenta di assicurare allo stesso un controllo continuativo e il mantenimento dello stato di salute.

Gli obiettivi di questa “rete” di assistenza per la gestione integrata ospedale/territorio sono: 1) ritardare la comparsa di un danno cardiaco nei pazienti a rischio, 2) ritardare la progressione del danno, 3) mantenere la situazione di compenso, 4) prevenire la comparsa di recidive di scompenso per ridurre i ricoveri, 5) praticare le cure palliative al paziente terminale .

Fanno parte di questa rete, oltre ai Medici ospedalieri, i rappresentanti dei Distretti, i Medici di MMGG , i responsabili dell’assistenza domiciliare (ADI), i rappresentanti dei Servizi Socio assistenziali e , come indicato nel Documento ANMCO (Giornale Italiano di Cardiologia ,Giugno 2006) “ rappresentanti dei pazienti e delle associazioni non professionali o di volontariato, almeno per le problematiche di loro interesse e competenza”.

L’utilità di questa rete appare particolarmente importante per i pazienti più anziani e con comorbidità (i cosiddetti “anziani fragili”). Questi pazienti sommano alla cattiva situazione cardiaca e alle (conseguenze delle) coesistenti patologie una ridotta capacità funzionale, una ridotta (o compromessa) capacità psico-cognitiva (con eventuale non autosufficienza) e non infrequentemente sfavorevoli condizioni socioambientali (compreso l’isolamento sociale).

Per i pazienti con scompenso cardiaco avanzato il ricovero ospedaliero e l’intervento multidisciplinare rappresenta la soluzione obbligata. Ma nei casi di anziani fragili ove la situazione di cronicità e di assenza di alternative terapeutiche emerga come dato non modificabile e l’assistenza domiciliare si dimostri come soluzione non adeguata o non percorribile , al fine di prevenire ricoveri non necessari e/o impropri il territorio deve poter disporre di idonee strutture di accoglienza che peraltro assicurino la stretta collaborazione fra ospedale e territorio. In tutti i casi in cui il ritorno a casa del paziente viene giudicato opportuno ,valutato il livello di intensità assistenziale ,dovrà essere predisposto un programma che coinvolga oltre al Medico di MG i componenti di una eventuale Unità di Valutazione Geriatrica (geriatra,infermiere specializzato,assistente sociale,terapista della riabilitazione).Questo tipo di organizzazione è ritenuta necessaria poiché gli anziani fragili con SC hanno bisogno non solo del controllo dei parametri clinici ma di assistenza per quanto riguarda la corretta assunzione dei farmaci,il controllo della diuresi e del peso corporeo,l’alimentazione e la deambulazione,oltre alla soluzione di problemi della vita quotidiana (compresi gli spostamenti quando non disponibili mezzi autonomi di trasporto). Se si considerano le trasformazioni sociali avvenute negli ultimi decenni si nota un notevole incremento delle persone che vivono da sole e spesso in condizioni economiche disagiate .Inoltre spesso i familiari che dovrebbero assicurare l’assistenza ai malati sono vittime di considerevole stress e sono a loro volta persone anziane. Questa realtà è verosimilmente destinata a peggiorare e ad associarsi a condizioni di minore disponibilità di risorse economiche. In questa prospettiva organizzazioni “no profit” come “Gli amici del Cuore” possono fornire servizi di supporto agli anziani cardiopatici ,non solo di tipo sociale e ricreativo, ma anche pratico in ambito assistenziale. Operazioni come *il controllo e la verifica della corretta assunzione della terapia (p.es conteggio delle compresse residue , controllo della glicemia nei diabetici),la misurazione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e del peso corporeo , il precoce rilievo di segni e sintomi di in stabilizzazione (presenza di dispnea,edemi agli arti inferiori etc) , il rilievo degli effetti indesiderati (e/o tossici) da farmaci* e il monitoraggio di questi parametri (utilizzando semplici cartelle cliniche a domicilio) possono contribuire all’attivazione di un tempestivo controllo medico domiciliare in grado di scongiurare il peggioramento clinico e il ricovero ospedaliero.

LE LISTE DI ATTESA

Nel perseguire un miglioramento delle criticità nell’assistenza ai cardiopatici una particolare attenzione deve essere rivolta al problema delle liste di attesa per gli accertamenti diagnostici. Questo problema è molto sentito soprattutto tra le fasce più deboli della popolazione e crediamo che come per le altre specialità anche per la cardiologia si debbano trovare soluzioni idonee.

Allo scopo di garantire nel tempo che le liste di attesa per gli esami di primo livello siano costantemente accettabili le Associazioni “Amici del Cuore” si propongono, ove ciò fosse necessario, a gestire con i propri volontari (medici cardiologi ed infermieri) poliambulatori specialistici con un rapporto di stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie.

Prima versione a Viareggio il 13 aprile 2008 da Pesola.

Testo rivisto ed ampliato a Viareggio il 23 aprile 2008 da Pesola.

Testo rivisto ed ampliato a Lucca il 19 maggio 2008 da Faillace e Odoguardi.

Testo rivisto ed ampliato a Lucca il 21 maggio 2008 da Faillace e Odoguardi