

# **Modifiche dello stile di vita e patologia cardiovascolare: le evidenze**

**di Francesco Fattirolli**

Negli ultimi anni, il trattamento delle patologie cardiovascolari ha registrato progressi molto significativi: gli approcci farmacologici, interventistici e cardiocirurgici si sono tradotti in un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti alle fasi acute. La stessa attenzione e intensità d'intervento non viene però dedicata alla valutazione e alla riduzione del rischio globale dei pazienti coronaropatici. Com'è noto, il concetto di rischio globale comprende non solo quello per nuovi eventi coronarici ("tradizionalmente" il più considerato e pesato attraverso la valutazione della funzione di pompa residua, dell'eventuale ischemia ed instabilità elettrica, nonché dell'anatomia coronarica) ma anche il rischio degli esiti legati all'evento acuto, il rischio di progressione della malattia aterosclerotica (legato prevalentemente allo stile di vita e ai fattori di rischio cardiovascolari) e quello di cattiva qualità di vita.

Molto spesso, l'entusiasmo legato ai successi dei trattamenti in fase acuta induce a trascurare la malattia di fondo che, nel caso della cardiopatia ischemica come nello scompenso cardiaco, è un processo complesso, multifattoriale, generalizzato e progressivo che ha pesanti ripercussioni sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita del paziente.

Si comprende pertanto come la prevenzione secondaria sia un complesso di azioni che, nell'obbiettivo di ridurre il rischio globale, prevede la sua sistematica valutazione associata ad un intervento professionalmente specifico e competente che va ben oltre la semplice prescrizione di farmaci evidence-based. L'attenzione al problema "prevenzione secondaria" rimane comunque modesta: è sufficiente al riguardo citare i dati degli studi EUROASPIRE, che hanno monitorato il comportamento dei medici ospedalieri europei durante la degenza e alla dimissione dei pazienti cardiopatici acuti: i risultati relativi alla prescrizione di uno stile di vita corretto, al controllo dei fattori di rischio e alle terapie a distanza dall'evento erano molto deludenti, così come la sostanziale non variazione tra le due rilevazioni a cinque anni di distanza una dall'altra. Pur riconoscendo i limiti delle citate survey, è evidente che la prevenzione secondaria richiede un approccio integrato per raggiungere gli obbiettivi terapeutici, il controllo dei fattori di rischio e le modificazioni intensive dello stile di vita.

## *Contenuti del programma di Prevenzione Secondaria*

Recenti Linee Guida nazionali ed internazionali elaborate dalle principali Società scientifiche, hanno precisato in dettaglio il programma di prevenzione secondaria con particolare attenzione al processo di valutazione, alla tipologia d'intervento e alla definizione degli outcome attesi. In sintesi il programma si basa sulla stima del rischio cardiovascolare globale mediante valutazione, in particolare, degli esiti dell'evento acuto, precedenti patologie cardiologiche ma anche vascolari periferiche e centrali, comorbidità, fattori di rischio, farmaci e aderenza alla terapia, stile e qualità di vita oggettiva e percepita, definendo un programma individualizzato di interventi (farmacologici e non farmacologici) e obbiettivi prioritari specifici da raggiungere nel singolo paziente per ciascun fattore che influenza il rischio. La Prevenzione non può essere quindi implementata in modo concreto senza che siano soddisfatti i requisiti per renderla realmente praticabile, in particolare aver sviluppato uno specifico modello assistenziale, possedere le competenze multiprofessionali, disporre di risultati basati sulle evidenze scientifiche e offrire una reale fruibilità ai pazienti.

Le più recenti rassegne associano sistematicamente la riabilitazione cardiologica alla prevenzione secondaria: infatti, gli obbiettivi e il programma di intervento coincidono,

poiché la cardiologia riabilitativa ha strutturate al suo interno le competenze multiprofessionali (cardiologo, psicologo, nutrizionista, fisioterapista, infermiere professionale, assistente sociale ecc.) che lavorano con procedure ed obiettivi comuni e condivisi, con risultati su end-point sia soft sia hard (riduzione della mortalità totale compresa tra il 13 e il 27% e cardiovascolare del 26-31% e con un “numero dei pazienti da trattare” per salvarne uno –NNT- compreso tra 32 e 72, cioè altamente cost-effective).

A dare forza a quanto detto va ribadito quanto affermato da Ades sul New England Journal of Medicine nel 2001:

- tutti i pazienti con diagnosi di cardiopatia ischemica dovrebbero essere sistematicamente valutati da specialisti in cardiologia preventiva e riabilitativa. Questo approccio minimizza il rischio di nuovi eventi coronarici e massimalizza la capacità funzionale globale del paziente.
- il team che si occupa della prevenzione/riabilitazione dovrebbe specificare sempre in modo quantificabile gli obiettivi fisici, comportamentali e di controllo dei fattori di rischio nel singolo paziente post-acuto, collegandoli a outcomes clinici.

Se ciò viene messo in pratica, la combinazione riabilitazione-prevenzione secondaria è lo standard di cura per i pazienti con cardiopatia ischemica.

### *Le strategie di prevenzione secondaria: il trattamento non farmacologico*

Le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida 2003 definiscono le priorità della prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica. L'approccio preventivo è la risultante di quei trattamenti, farmacologici e non, di dimostrata efficacia nel ridurre il rischio di eventi e di progressione della malattia, atti a determinare un effetto favorevole su prognosi e qualità della vita, con un vantaggioso rapporto costo-efficacia. Gli interventi farmacologici basati su trial evidence based sono ampiamente noti; la gestione non farmacologica del rischio cardiovascolare passa attraverso la modificazione o la correzione delle abitudini di vita nei soggetti ad alto rischio e con cardiopatia nota mediante strategie che richiedono grande professionalità da parte degli operatori sanitari e la massima concordanza tra operatori sanitari e soggetti/pazienti. Occorre indirizzare l'attenzione su azioni utili per superare gli ostacoli alla modificazione dei comportamenti, sul coinvolgimento dei pazienti nell'identificazione e nella selezione dei fattori di rischio da correggere, sulla condivisione di un progetto di modificazione dello stile di vita a breve medio e lungo termine, e sulla verifica periodica dei progressi compiuti.

Tutte queste azioni di rinforzo sono dirette fundamentalmente alla cessazione del fumo di sigaretta, alla correzione di abitudini alimentari scorrette, all'incremento dell'attività fisica, alla stabilizzazione del tono dell'umore, oltre che alla aderenza alle prescrizioni terapeutiche: fattori di dimostrata efficacia sia nella cardiopatia coronarica che nello scompenso.

#### *Fumo*

L'incoraggiamento sistematico alla cessazione dell'abitudine al fumo viene sintetizzata nelle Linee Guida dalla cosiddetta “strategia delle cinque A”: Ask (indagare), Assess (valutare), Advise (consigliare), Assist (assistere), Arrange (concordare). Occorre identificare i fumatori, valutarne il grado di assuefazione e la volontà di cessare, assistere i fumatori che stanno cessando l'abitudine con supporti integrati (consulenza comportamentale, terapia di sostituzione con nicotina), e concordare un programma di incontri di follow up. In una recente revisione della Cochrane, è stato sottolineato che le prove scientifiche depongono per un effetto altamente significativo della cessazione del fumo in prevenzione secondaria, visto che la riduzione del rischio di morte per tutte le cause e di infarto non fatale si pone tra - 30 e - 40%, ovvero in misura quantitativa sostanzialmente paragonabile, se non superiore, a quanto ottenuto con terapie

farmacologiche ampiamente utilizzate per altri fattori di rischio. Tuttavia quando il fumatore è in ospedale si trova in un ambiente “neutro” rispetto alla sua dipendenza, ma quando rientra nel proprio ambiente la capacità di controllo per i comportamenti connessi con l'uso della “sostanza” vengono ad essere estremamente fragili, per complessi meccanismi neurobiologici. Il problema è che il fumo di sigaretta è assimilabile ad una tossicodipendenza, una malattia cronica in cui la recidiva dopo cessazione è da considerarsi una probabilità largamente attesa. Occorre pertanto che oltre ad affrontare il problema “tabagismo” sia in ospedale che nella medicina di comunità, tutti gli operatori sanitari che vengono a contatto con il malato diffondano lo stesso messaggio e gli stessi rinforzi, e, in particolare, che vengano sempre rilevati ad ogni visita i soggetti con maggiore rischio di ripresa del fumo, ed utilizzate strategie educative (talora associate a provvedimenti farmacologici) con organico collegamento alle strutture (centri antifumo) ai quali far accedere con facilità e con percorso privilegiato i soggetti con specifica indicazione.

### *Alimentazione*

Nella prospettiva della prevenzione non farmacologica, l'applicazione di scelte alimentari appropriate appare ormai da tempo una componente integrante della gestione del rischio cardiovascolare globale. Le raccomandazioni generali, che devono essere adattate alla cultura locale e ritagliate sul singolo individuo, prevedono una dieta mirata al raggiungimento ed al mantenimento del peso corporeo ideale e l'incoraggiamento ad una alimentazione basata sul consumo di alimenti contenenti quei nutrienti che hanno dimostrato esercitare un ruolo protettivo su outcome “potenti” anche in prevenzione secondaria. L'identificazione patologia cardiovascolare=dieta non fa più parte della pratica clinica: per ogni soggetto è fondamentale una valutazione quanto più oggettiva e ripetibile delle abitudini alimentari, l'individuazione delle conoscenze personali in merito ai singoli alimenti ed alle possibili scelte sostitutive, con un orientamento focalizzato sulla “educazione” piuttosto che sulla “prescrizione”, anche se resta l'indicazione alla “dieta” per soggetti con specifiche necessità di ordine metabolico.

Con un intervento strutturato di educazione e rinforzo sulle abitudini alimentari è possibile anche mantenere risultati nel corso del tempo. Per questo occorre che la valutazione ed il programma educativo vengano condotti in maniera professionale. Ne è conferma anche in questo caso una revisione che, analizzando l'efficacia dell'intervento dietetico, ha valutato essere più efficace l'intervento del dietista rispetto a quello del medico per ottenere una riduzione della colesterolemia.

### *Esercizio fisico*

Dati recenti confermano l'esistenza di una relazione inversa tra grado di tolleranza all'esercizio e mortalità cardiovascolare, indipendente dalla terapia farmacologica, sia nei soggetti a rischio che dopo un evento coronarico. La prescrizione dell'esercizio fisico di fatto è profondamente influenzata dal profilo di rischio del singolo soggetto: in un coronaropatico a basso rischio è del tutto sovrapponibile a quella di un individuo sano, mentre per i soggetti a medio-alto rischio è strettamente individualizzata al fine di produrre il massimo effetto in condizioni di sicurezza. Un'attività fisica anche di bassa entità, appropriatamente dosata e controllata, è efficace sul piano funzionale e del tono dell'umore, con conseguente effetto favorevole nel prevenire la disabilità e migliorare la qualità della vita.

L'esercizio fisico nel paziente stabilizzato dopo un evento cardiovascolare fa sempre più precocemente parte dell'intervento terapeutico, insieme alle componenti preventiva psicologica ed educativa della riabilitazione.

Omettiamo in questa sede di citare i numerosissimi studi che hanno documentato l'efficacia dei programmi di riabilitazione nella cardiopatia coronarica e nello scompenso

cardiaco, sia in soggetti di età giovane matura che nei molto anziani, e le raccomandazioni che provengono dalle Società Scientifiche internazionali. Anche recentemente, comunque, è stato dimostrato che la prognosi a lungo termine di soggetti affetti a programmi riabilitativi è significativamente migliore quando la capacità funzionale è più elevata e che, dopo infarto miocardico, lo stile di vita influenza la prognosi con una relazione dose-effetto espressione di una relazione diretta tra abitudine di vita sedentaria=peggiore prognosi ed incremento dall'attività rispetto alle abitudini premorbuse=migliore prognosi.

L'esercizio fisico incrementa la capacità funzionale, migliora lo stato di benessere e la qualità della vita, riduce i sintomi della malattia (ad esempio innalzando la soglia di angina o di dispnea); contribuisce alla modifica globale dello stile di vita (ad esempio chi fa esercizio fisico ha maggiore facilità di astenersi dal fumo), alla riduzione conseguente dei fattori di rischio attraverso gli effetti diretti sui lipidi, il diabete, l'ipertensione, il sovrappeso etc; può limitare la progressione della malattia aterosclerotica e può produrre effetti favorevoli sulla funzione autonoma e modulare favorevolmente, come detto, la funzione endoteliale.

E' dimostrato che qualsiasi modificazione dello stile di vita in senso fisicamente attivo ha un ruolo protettivo rispetto alla sedentarietà, anche in presenza di una coronaropatia, anche se una "dose" minima sembra essere necessaria. Anche un esercizio a moderata intensità, ma condotto con continuità e regolarità, è in grado di produrre effetti significativi, se adattato alle condizioni cliniche, agli specifici bisogni, agli obiettivi terapeutici, alle capacità ed alle preferenze dei singoli pazienti. In ogni caso l'esercizio fisico, come mezzo per mantenere o migliorare lo stato di salute, deve essere considerato alla stregua di un farmaco: è necessario infatti conoscerne indicazioni e controindicazioni, il meccanismo di azione, le eventuali interazioni ed effetti indesiderati, le precauzioni da osservare durante l'esecuzione; deve infine avere una "dose" e una "frequenza" soglia per attivare i meccanismi biologici protettivi.

### *Aspetti psicologici e comportamentali*

La prevenzione cardiovascolare si inserisce in un processo di promozione della salute che, secondo una delle più complete definizioni, consiste in *"un'azione politica, sociale ed educativa che rafforza la consapevolezza pubblica della salute, incentiva gli stili di vita sani e l'azione della comunità in favore della salute, e rende le persone capaci di esercitare i propri diritti e responsabilità nel modellare gli ambienti, i sistemi e le politiche che conducono alla salute e al benessere"*.

E' noto che il counseling e l'educazione del paziente contribuiscono al cambiamento dei comportamenti nella prevenzione delle malattie. Il counseling può essere definito come "un intervento volontario e consapevole del personale socio-sanitario nei processi decisionali del paziente per il raggiungimento di un obiettivo condiviso di miglioramento dello stato di salute". Consiste in colloqui individuali condotti da professionisti che devono essere attenti alla relazione, possedere abilità comunicative, ed utilizzare un approccio non direttivo. Lo scopo è quello di aiutare il soggetto a mobilitare le proprie risorse personali per controllare i fattori di rischio ed aderire alle prescrizioni terapeutiche. I programmi di educazione, rivolti ai pazienti ed ai loro familiari, rappresentano un momento fondamentale nell'approccio multidisciplinare alla gestione della malattia, per favorire l'aderenza al cambiamento dello stile di vita.

### *Attuali limiti*

Il limite dell'approccio preventivo è che non è sufficientemente fruibile per i pazienti cardiopatici; spesso è limitato alla sola prescrizione terapeutica o a ridondanti controlli strumentali, a generici consigli sullo stile di vita non vincolati ad un programma di aderenza a lungo termine e non tarati per il rilevamento dell'effettivo raggiungimento degli

obbiettivi specifici. L'altro limite è poi lo scarso collegamento con la medicina di base, che invece dovrebbe svilupparsi con:

- una comunicazione efficace degli obiettivi da perseguire nel singolo paziente;
- la co-produzione di protocolli assistenziali pre-definiti;
- l'utilizzo di strumenti adeguati (liste d'attesa prioritarie, duttilità e disponibilità a pronte risposte assistenziali ecc.) per implementarli;
- la disponibilità delle strutture ospedaliere a fornire nel tempo il supporto specialistico per interventi intensivi, con particolare riguardo al training fisico, all'educazione sanitaria e agli interventi nutrizionali e psico-comportamentali efficaci sugli stili di vita scorretti;

Appare quindi importante sviluppare e valutare interventi semplici, da applicare su larghe popolazioni e potenzialmente efficaci nel lungo periodo.

### *Aderenza nel lungo tempo ai programmi di prevenzione*

Uno degli aspetti più critici è rappresentato dal problema della aderenza al programma di prevenzione e del consolidamento degli effetti nel tempo. Una delle maggiori responsabilità ricade sui medici medesimi i quali, per insufficienti conoscenze sull'argomento o per disinteresse sul ruolo che essi possono esercitare nella prevenzione, non esercitano una adeguata informazione e sollecitazione verso i propri assistiti affinché modifichino il proprio stile di vita. Oltre a questi fattori esiste una intrinseca difficoltà a modificare e mantenere uno stile di vita adeguato. Il Panel dell'EuroAspire II raccomandava di realizzare strategie integrate tra ospedale e territorio per contribuire a modificare gli scoraggianti risultati verificati in quello studio multicentrico. Tuttavia non è sufficiente, per ottenere il consolidamento della strategia preventiva, avere effettuato la riabilitazione cardiologica, anche se le più recenti analisi hanno confermato una efficacia della riabilitazione nel modificare favorevolmente e significativamente la prognosi dopo un evento coronarico.

Dall'analisi di numerosi trials e studi controllati, risulta che l'aderenza al programma di prevenzione suggerito al termine del programma riabilitativo decade progressivamente a circa il 50-60% ad un anno ed a circa il 20-30% a 3 anni. Questo suggerisce che siano presenti molti fattori critici in stretta relazione tra di loro, ma fondamentalmente centrati su due aspetti fondamentali: il primo rappresentato dalla necessità di offrire ai pazienti modelli organizzativi per la fase di mantenimento che favoriscano l'aderenza, il secondo dalla necessità di strutturare i programmi stessi con "modularità" per essere in grado di affrontare fattori di rischio sia clinici che comportamentali.

La difficoltà a trasferire ed a consolidare nella pratica clinica e nel lungo tempo i programmi di prevenzione secondaria dopo un evento coronarico secondo quanto indicato dalle Linee Guida è ampiamente nota. Per dare seguito a quanto impostato a livello ospedaliero, occorre che anche nella medicina di comunità vi sia un progetto di valutazione periodica, di rinforzo e di intervento particolarmente focalizzato sui soggetti a più elevato rischio.

### *Programmi per la prevenzione secondaria*

L'esperienza maturata nell'ambito della cardiologia riabilitativa dove l'intervento di prevenzione secondaria è organizzato come un intervento "strutturato", "individualizzato", "a lungo termine", ha fatto sì che la riabilitazione cardiologica oggi sia considerata "lo standard di cura" per la prevenzione secondaria. La complessità dell'intervento e la necessità del coinvolgimento multidisciplinare rende necessario il superamento di una gestione ambulatoriale mirata al controllo clinico o all'intervento sul singolo fattore di rischio, in favore di un'organizzazione che abbia la capacità e la cultura della cura (in questo senso della prevenzione) globale. A tale fine appare auspicabile che anche la

prevenzione cardiovascolare, anche perché fortemente orientata alle componenti non farmacologiche, possa utilizzare le competenze della riabilitazione attraverso l'insieme delle professionalità che vi sono coinvolte: oltre che del cardiologo, dell'infermiere, del dietologo-dietista, del diabetologo, dello psicologo, del fisioterapista, ognuno dei quali impegnato nel suo ambito di competenza ma con lo scopo di perseguire un unico obiettivo educativo.

I programmi di prevenzione a livello territoriale nella realtà italiana sono più o meno strutturati ed hanno molteplici aspetti organizzativi. Esistono associazioni di ammalati (sotto forma di Amici del Cuore, Clubs Coronarici ed altri) che operano in strutture dedicate o ospitati da altri enti; in altre realtà i programmi sono promossi da associazioni non-profit o dal volontariato, in altri casi ancora è il centro di riabilitazione che li gestisce (in collaborazione con Enti pubblici o privati), sia fuori che dentro la struttura ospedaliera. In realtà non esiste un modello ideale: ogni situazione locale deve necessariamente trovare le migliori soluzioni organizzative, che meglio rispondono alle caratteristiche del proprio contesto, purché ciò avvenga nel rispetto delle indicazioni fornite dalle Linee Guida e da criteri di efficacia e sicurezza.

### ***Bibliografia essenziale***

- Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 892-902
- Crithcley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- Dalal H, Evans PH, Campbell JL. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *BMJ* 2004;328:693-7
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: S1-S10.
- EUROASPIRE II Study Group. EUROASPIRE II. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J* 2001; 22: 554-572.
- Giannuzzi P, H. Saner, H.Bjornstad, P. Fioretti, et al: Secondary Prevention through Cardiac Rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:1273-1278
- Kavanagh T, Mertens DJ, Hamm LF et al. Prediction of long-term prognosis in 12169 men referred for cardiac rehabilitation. *Circulation* 2002; 106:666-671
- Lee IM, Sesso HD, Oguma Y et al. Relative intensity of physical activity and risk of coronary heart disease. *Circulation* 2003; 107:1110-1116
- Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347: 716-25.
- Marchionni N, Fattoroli f, Fumagalli S, et al. Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomised, controlled trial. *Circulation* 2003;107:2201-6
- NHS Centre for Reviews and dissemination: Effective Health Care: Cardiac Rehabilitation. Ed. The Royal Society of Medicine Press Limited. 1999.
- Task Force per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60:184-234

- Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L et al. Dietary advice by dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. The Cochrane Library, Issue 2, 2002