

# «Mettere in rete Case di comunità medici di famiglia e ospedali»

## L'attuazione

### La voce degli specialisti

Partire dal territorio dove medici di famiglia, farmacie in rete e nuove Case di comunità intercettano attraverso screening e prevenzione i possibili bisogni cardiovascolari degli italiani per poi inviarli, quando necessario, ai centri specialistici ospedalieri dove nel caso prevedere le terapie e gli interventi del caso, per poi rimandare gli stessi pazienti sul territorio per monitoraggio e follow up.

Eccola l'architettura sanitaria da mettere in pista per dare attuazione in pieno a un Piano nazionale per la salute cardiovascolare: «Se si farà più prevenzione primaria, a esempio con le Tac coronariche, saranno individuati precocemente più pazienti che avranno bisogno della cardiologia interventistica e qui bisogna ridurre barriere di accesso e diseguaglianze sul territorio», avverte Alfredo Marchese, Presidente Gise, Società italiana di cardiologia interventistica, che ha lavorato alle messa a punto del piano. Per Marchese tutto però, come detto, deve iniziare dal territorio che è «il primo anello cruciale di questa rete».

«La prevenzione inizia in termini di stili di vita, attività fisica e alimentazione e deve partire dall'adolescenza e continuare nella maggiore età, quindi il ruolo degli step scolastici e lavorativi sono fondamen-

tali», sottolinea Gianfranco Sinagra, Presidente Sic, Società italiana di cardiologia anch'essa coinvolta nella proposta di Piano.

Per Sinagra «il rischio è continuo e coerente con il tempo di esposizione ai fattori di rischio», quindi ci sono alcune età critiche che vanno monitorate e invitate a controlli e screening: le età critiche diventano quindi a esempio gli over 40 «nel caso ci siano stati eventi cardiovascolari precoci in famiglia» mentre per tutti gli over 50 i controlli dovrebbero diventare standard. «Le età e le intensità andrebbero precedute da analisi d'impatto. Ogni campagna deve darsi indicatori misurabili ad intervalli misurabili e deve identificare responsabili del monitoraggio sull'aderenza e gli esiti» aggiunge ancora Sinagra. In particolare il medico di famiglia dovrebbe essere «il referente principale» con un Ecg che andrebbe effettuato alle soglie d'età appena citate. «Non è un processo di medicalizzazione della società e di ricerca di visite specialistiche, deve essere invece un processo di educazione e monitoraggio stringente che dovrà garantire equità, informazione, sistematicità e capillarità anche nelle fasce di maggior disagio socioeconomico. L'attenzione oltre a colesterolo, pressione, attività fisica e stili alimentari, non

dovrà trascurare il diabete e il fumo che sono drammatici moltiplicatori di rischio», conclude Sinagra.

Marchese però mette in luce come anche sul fronte ospedaliero ci sia ancora «un problema di riduzione delle diseguaglianze di accesso alle cure cardiovascolari, come per l'angioplastica primaria dell'infarto miocardico acuto o il fatto che manchino reti tempo dipendenti per lo shock cardiogeno o per l'embolia polmonare, mentre ci sono realtà di accesso alle cure della cardiologia interventistica strutturale, come la Tavi, che sono a macchia di leopardo con l'imaging coronarico e la fisiologia impiegate al 12-15%. Come Gise presenteremo a metà giugno a Iss e ministero della Salute dei quaderni che metteranno in luce tutti questi gap».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CAMPAGNE  
**Non deve diventare un processo di medicalizzazione e ma di educazione e monitoraggio**



**GIANFRANCO SINAGRA**  
Presidente SIC  
Società Italiana di  
Cardiologia

**ALFREDO MARCHESE**  
Presidente GISE  
Società Italiana di  
Cardiologia  
Interventistica



Peso: 17%