



TERAPIA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

TRA NOVITÀ, CERTEZZE E DUBBI

10 NOVEMBRE 2018
ISEO (BS)

HOTEL ISEO LAGO
Via Colombera 2



***Follow up della cardiopatia
ischemica cronica.***

Siamo aderenti ?

Alessandro Zadra

Iseo 10 novembre 2018

Il contesto

. In an
anni
della

. La pe
eleva

. In ra
richi
ad a

invasive inappropriate.

.... e la
cardiologia è
tra le più
virtuose ...

timi

è

are

Conclusioni

***Siamo poco
aderenti***

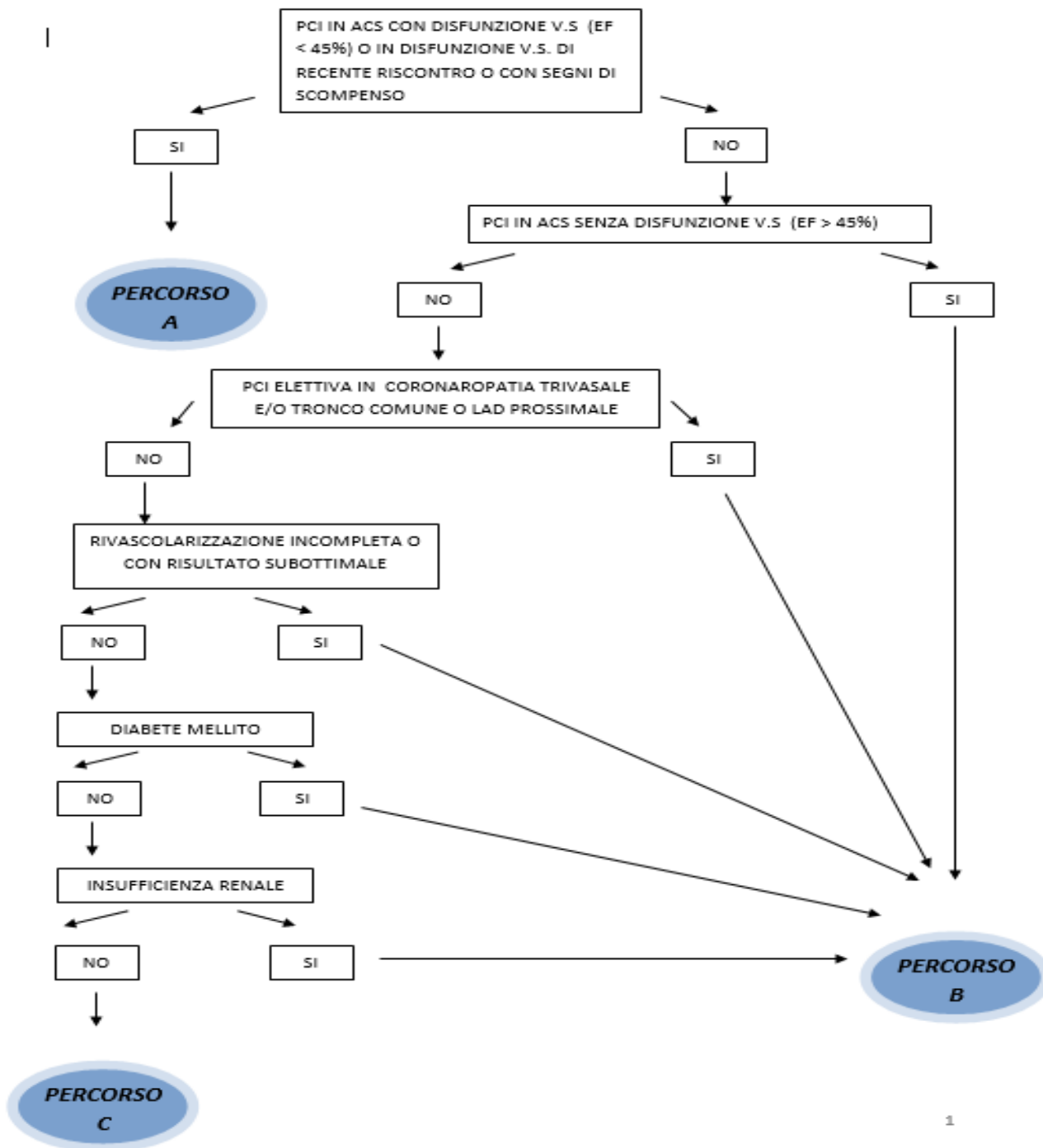


CORONARY ARTERY DISEASE

Original Studies

A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

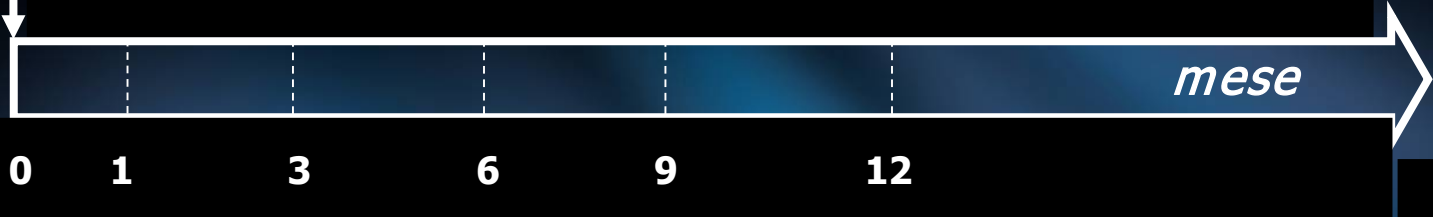
Roberta Rossini,^{1*} MD, PhD, Luigi Oltrona Visconti,² MD, Giuseppe Musumeci,¹ MD, Alessandro Filippi,³ MD, Roberto Pedretti,⁴ MD, Corrado Lettieri,⁵ MD, Francesca Buffoli,⁵ MD, Marco Campana,⁶ MD, Davide Capodanno,⁷ MD, PhD, Battistina Castiglioni,⁸ MD, Maria Grazia Cattaneo,⁹ MD, Paola Colombo,¹⁰ MD, Leonardo De Luca,¹¹ MD, Stefano De Servi,¹² MD, Marco Ferlini,² MD, Ugo Limbruno,¹³ MD, Daniele Nassiacos,¹⁴ MD, Emanuela Piccaluga,¹⁵ MD, Arturo Raisaro,² MD, PierFranco Ravizza,¹⁶ MD, Michele Senni,¹ MD, Erminio Tabaglio,¹⁷ MD, Giuseppe Tarantini,¹⁸ MD, Daniela Trabattoni,¹⁹ MD, Alessandro Zadra,¹⁷ MD, Carmine Riccio,²⁰ MD, Francesco Bedogni,²¹ MD, Oreste Febo,²² MD, Ovidio Brignoli,¹⁷ MD, Roberto Ceravolo,²³ MD, Gennaro Sardella,²⁴ MD, Sante Bongo,²⁵ MD, Pompilio Faggiano,²⁶ MD, Claudio Cricelli,²⁷ MD, Cesare Greco,²⁸ MD, Michele Massimo Gulizia,²⁹ MD, Sergio Berti,³⁰ MD, and Francesco Bovenzi,³¹ MD, on behalf of the Italian Society of Invasive Cardiology (SICI-GISE), National Association of Hospital Cardiologists (ANMCO), Italian Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (GICR-IACPR) and Italian Society of General Practitioner (SIMG)



Patients with
"Lone" PCI

PERCORSO
C

PCI



MMG:

- Aderenza terapeutica
- Target lipidico
- Target pressorio
- Target Hb glicata
- Sintomi

FOLLOW-UP PRESSO MMG

Cardiologo + ECG

Es. ematici*

Ecocardio

Test provocativo

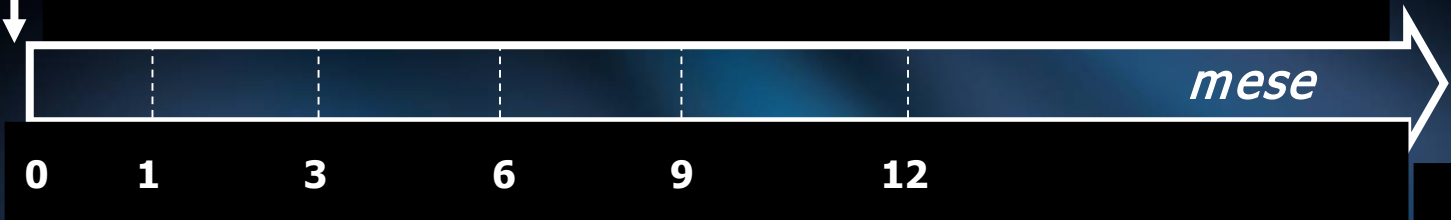
TEST PROVOCATIVO ROUTINARIO NON INDICATO NEL PAZIENTE ASINTOMATICO

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, creatinina, esami mirati alla terapia in atto (es. CPK e transaminasi per uso statine, ecc.)

ACS
 Multivessel CAD
 Left main disease
 Proximal LAD
 Suboptimal/
 Incomplete revasc.
 Diabetes

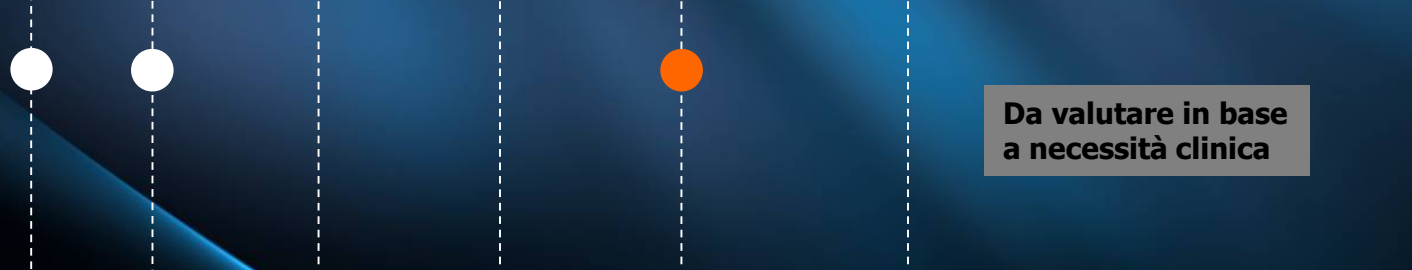
PERCORSO B

PCI



MMG:

Aderenza terapeutica
Target lipidico
Target pressorio
Target Hb glicata
Sintomi



Da valutare in base a necessità clinica

Cardiologo +ECG



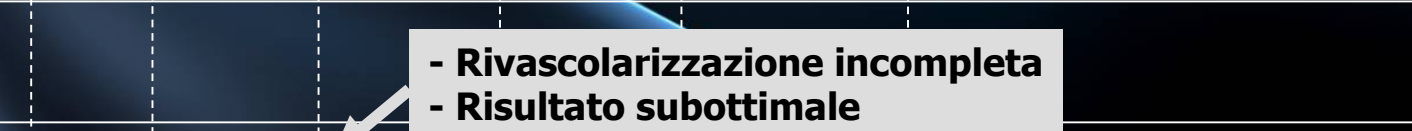
A CADENZA ANNUALE

Es. ematici*



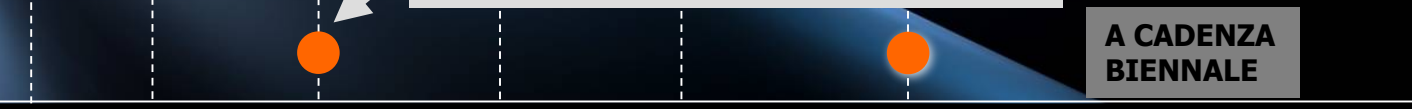
Da valutare in base a necessità clinica

Ecocardio



- Rivascolarizzazione incompleta
 - Risultato subottimale

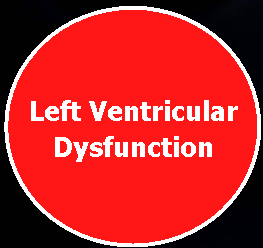
Test provocativo



A CADENZA BIENNALE

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, funz renale, esami mirati a copatologie (HbA1c, eGFR, ecc), esami mirati terapia in atto (CPK e transaminasi per uso statine). Controlli successivi in funzione dei risultati ottenuti e dei target raggiunti.

On behalf of GISE Nazionale, ANMCO Nazionale, LombardIMA, SIMG Nazionale, GICR Nazionale



PCI

0 1 3 6 9 12

mese

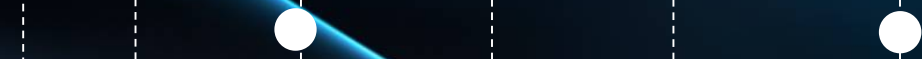
MMG:

*Aderenza terapeutica
Target lipidico
Target pressorio
Target Hb glicata
Sintomi*



Da valutare in base a necessità clinica

Cardiologo + ECG



Annuale nei pazienti in cui persiste disfunzione VS

Es. ematici*



Da valutare in base a necessità clinica

Ecocardio



Eventualmente biennale, specie in caso di rimodellamento VS

Test provocativo




Da valutare in base a percorso B o C

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, funz renale, esami mirati a copatologie (HbA1c, eGFR, ecc), esami mirati terapia in atto (CPK e transaminasi per uso statine, N-K per anti-aldosteronici). Controlli successivi in funzione dei risultati ottenuti e dei target raggiunti.

On behalf of GISE Nazionale, ANMCO Nazionale, LombardIMA, SIMG Nazionale, GICR Nazionale




Simulazione dell'applicazione del protocollo post-PCI (2 anni)

Numero prestazioni cardiologiche di routine/paziente dopo angioplastica coronarica (2 anni)

		Prestazioni effettuate	Prestazioni previste	Δ prestazioni
Percorso A				
Percorso B				
Percorso C				



Simulazione dell'applicazione del protocollo post-PCI (2 anni)

Numero prestazioni cardiologiche di routine/paziente dopo angioplastica coronarica (2 anni)

		Prestazioni effettuate	Prestazioni previste	Δ prestazioni
Percorso A		5.26	6	- 0.74
Percorso B				
Percorso C				

Simulazione dell'applicazione del protocollo post-PCI (2 anni)

Numero prestazioni cardiologiche di routine/paziente dopo angioplastica coronarica (2 anni)

		Prestazioni effettuate	Prestazioni previste	Δ prestazioni
Percorso A		5.26	6	- 0.74
Percorso B		4.18	3	+ 1.18
Percorso C				

Simulazione dell'applicazione del protocollo post-PCI (2 anni)

Numero prestazioni cardiologiche di routine/paziente dopo angioplastica coronarica (2 anni)

		Prestazioni effettuate	Prestazioni previste	Δ prestazioni
Percorso A		5.26	6	- 0.74
Percorso B		4.18	3	+ 1.18
Percorso C		4.39	1	+ 3.39

Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

GESTIONE CLINICA E FOLLOW-UP DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD ANGIOPLASTICA CORONARICA IN FUNZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO

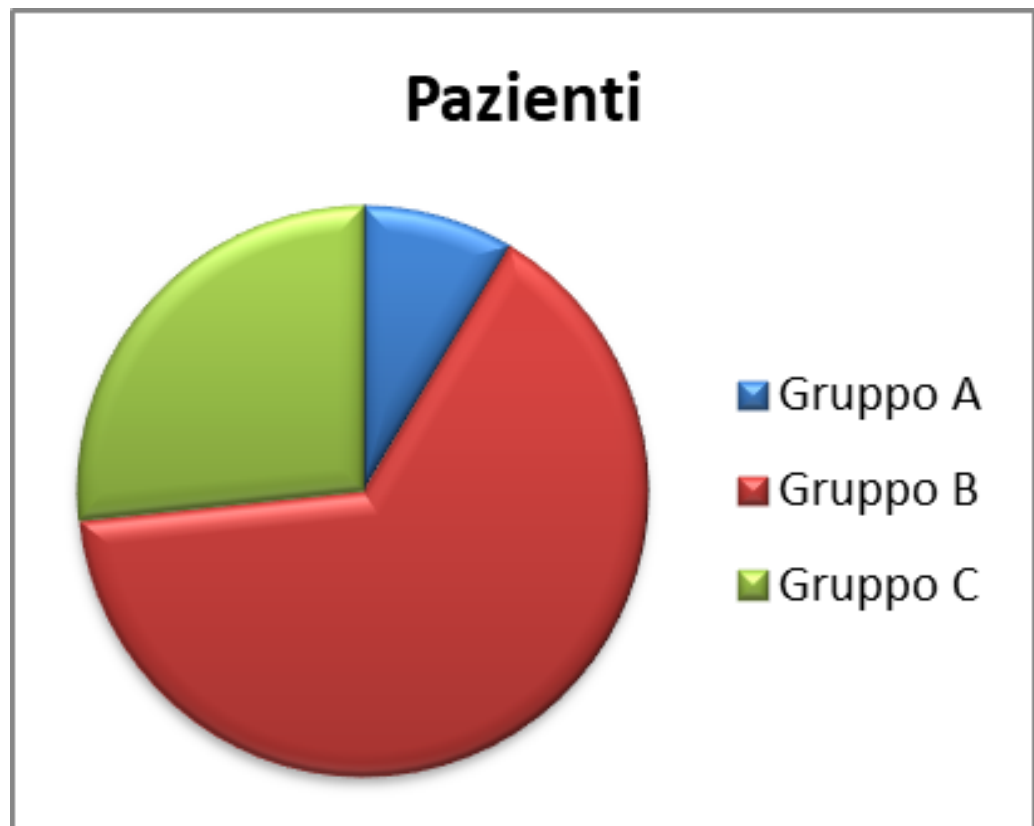
Medico Tirocinante: Dr.ssa Alessia Bontacchio

- Triennio 2014-2017
- Polo didattico ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia

Prove finali, dicembre 2017

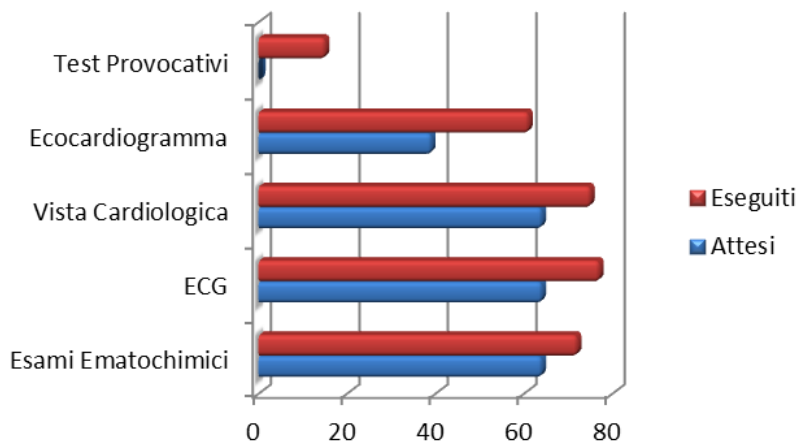
105 Pazienti sottoposti a PCI

- 9 Gruppo A
- 68 Gruppo B
- 28 Gruppo C



Left Ventricular Dysfunction

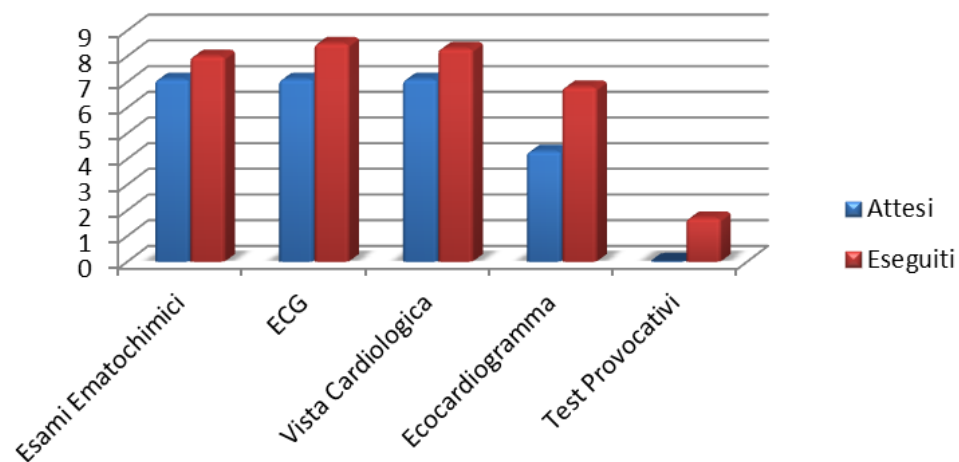
Gruppo A



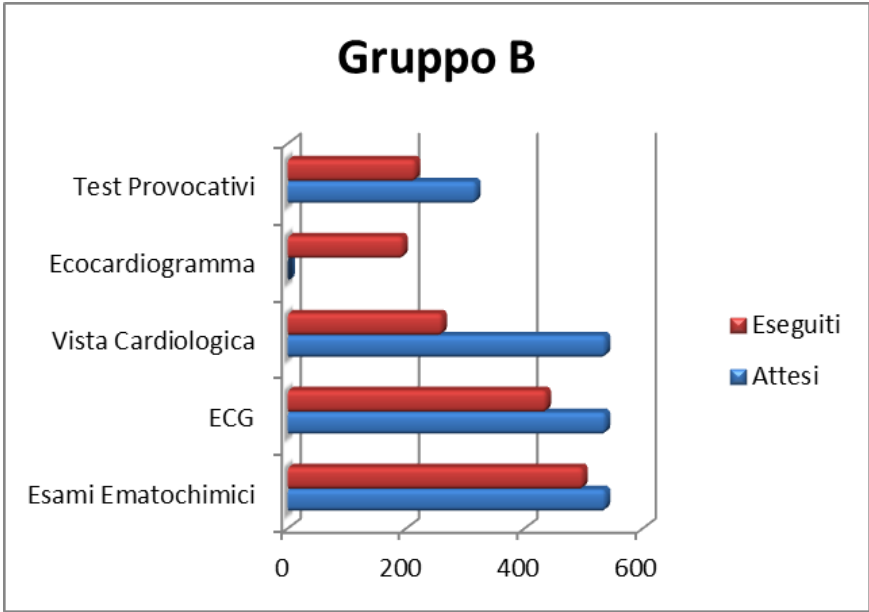
Indagini diagnostiche	Attese	Eseguite
Esami Ematochimici	64	72
ECG	64	77
Vista Cardiologica	64	75
Ecocardiogramma	39	61
Test Provocativi	0	15

Indagini diagnostiche	Attese	Eseguite
Esami Ematochimici	7,1	8
ECG	7,1	8,5
Vista Cardiologica	7,1	8,3
Ecocardiogramma	4,3	6,8
Test Provocativi	0	1,7

Prestazioni/Paziente Gruppo A

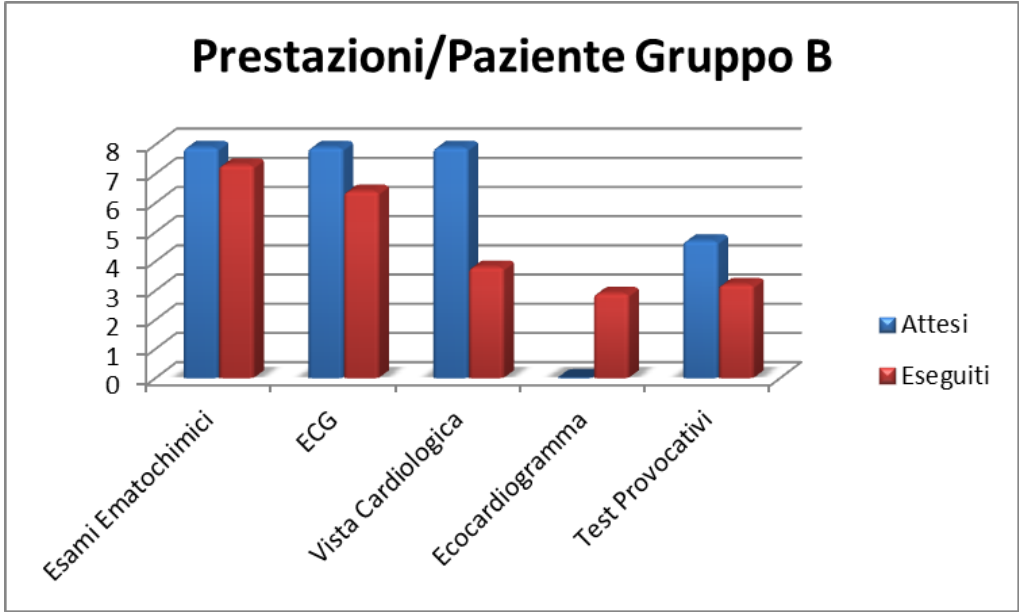


ACS
 Multivessel CAD
 Left main disease
 Proximal LAD
 Suboptimal/
 Incomplete revasc.
 Diabetes

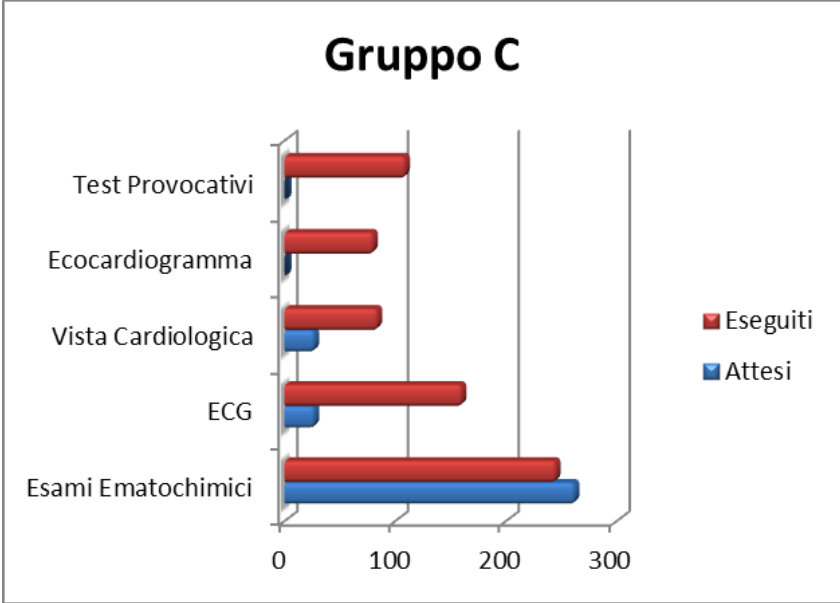


Indagini diagnostiche	Attese	Eseguite
Esami Ematochimici	537	499
ECG	537	437
Vista Cardiologica	537	261
Ecocardiogramma	0	195
Test Provocativi	318	216

Indagini diagnostiche	Attese	Eseguite
Esami Ematochimici	7,9	7,3
ECG	7,9	6,4
Vista Cardiologica	7,9	3,8
Ecocardiogramma	0	2,9
Test Provocativi	4,7	3,2

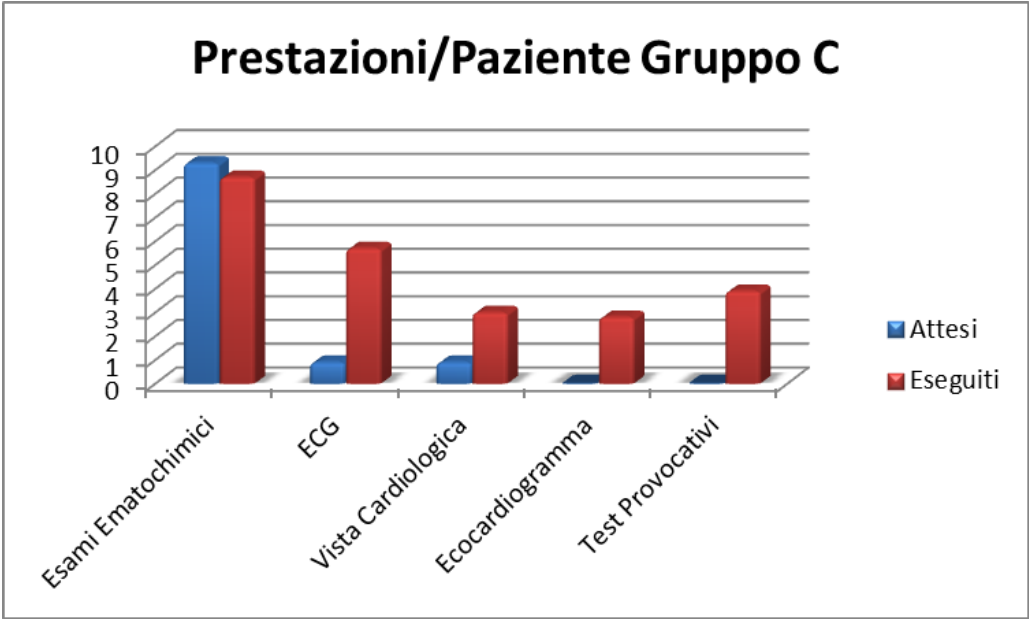


**Patients with
"Lone" PCI**



Indagini diagnostiche	Attese	Eseguite
Esami Ematochimici	262	245
ECG	27	160
Vista Cardiologica	27	84
Ecocardiogramma	0	80
Test Provocativi	0	109

Indagini diagnostiche	Attese	Eseguite
Esami Ematochimici	9,3	8,7
ECG	0,9	5,7
Vista Cardiologica	0,9	3
Ecocardiogramma	0	2,8
Test Provocativi	0	3,9



LA COSA PUBBLICA

Gestione ambulatoriale del paziente di interesse cardiologico: ruolo del medico di medicina generale e del cardiologo, tra sostenibilità ed appropriatezza

Roberta Rossini¹, Daniela Lina², Marco Ferlini³, Giuseppina Belotti⁴, Salvatore Ivan Caico⁵,
Fabrizio Caravati⁶, Pompilio Faggiano⁷, Annamaria Iorio¹, Davide Lauri⁸, Corrado Lettieri⁹,
Emanuela Teresa Locati¹⁰, Antonio Maggi¹¹, Ferdinando Massari¹², Andrea Mortara¹³,
Luigi Moschini¹⁴, Giuseppe Musumeci¹⁵, Daniele Nassiacos¹⁶, Fabrizio Negri¹⁷,
Domenico Pecora¹¹, Simona Pierini¹⁸, Roberto Pedretti¹⁹, Pierfranco Ravizza²⁰,
Michele Romano⁹, Fabrizio Oliva¹⁰

¹Dipartimento Cardiovascolare, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

²U.O. Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Parma

³S.C. Cardiologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

⁴U.O. Elettrofisiologia, Ospedale di Treviglio, ASST Bergamo Ovest

⁵U.O. Cardiologia, Ospedale S. Antonio Abate di Gallarate, ASST Valle Olona, Varese

⁶U.O. Cardiologia 1, Dipartimento Cardiovascolare, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, ASST dei Sette Laghi, Varese

⁷Cardiologia, Azienda Ospedaliera Spedali Civili, Brescia

⁸Medico di Medicina Generale, Presidente Cooperativa Medici Milano Centro

⁹Dipartimento Cardioracovascolare, ASST Carlo Poma, Mantova

¹⁰Dipartimento Cardioracovascolare "A. De Gasperis", ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

¹¹U.O. Cardiologia, Fondazione Poliambulanza, Brescia

¹²U.O.C. Malattie Cardiovascolari, Fondazione IRCCS Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

¹³Dipartimento di Cardiologia Clinica, Policlinico di Monza, Monza (MB)

¹⁴U.O. Cardiologia, ASST Cremona-Ospedale di Cremona

¹⁵S.C. Cardiologia, Ospedale Santa Croce e Carle, Cuneo

¹⁶U.O. Cardiologia, Ospedale di Saronno, Saronno (VA)

¹⁷ASL 312 di Pavia, Distretto di Casteggio, Casteggio (PV)

¹⁸U.O.C. Cardiologia, ASST Nord Milano, Cinisello Balsamo (MI)

¹⁹U.O. Cardiologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto Scientifico di Tradate, Tradate (VA)

²⁰Centro Cardiologico Riabilitativo, Ospedale A. Manzoni, Lecco

In particolare, sarebbe auspicabile che le seguenti proposte fossero accolte ed implementate al fine di garantire efficienza ed appropriatezza prescrittiva:

1. il MMG dovrebbe, in genere, richiedere una valutazione clinica e non l'esame strumentale, laddove non altrimenti indicato in precedenti valutazioni. Sarà poi compito del cardiologo valutare l'eventuale indicazione a procedere ad ulteriori approfondimenti strumentali;
2. il MMG dovrebbe corredare di una breve sintesi anamnestica, terapia in corso e soprattutto quesito clinico, in modo circostanziato, la richiesta di valutazione cardiologica;
3. ogni realtà locale dovrebbe garantire una rete che possa mettere in comunicazione in tempi rapidi il MMG e lo specialista cardiologo;
4. lo specialista cardiologo dovrebbe riportare in modo chiaro il tipo di follow-up del paziente in ogni referto clinico e strumentale (se necessario un nuovo controllo e con quale timing);
5. sarebbero auspicabili, anche a livello locale, gruppi di lavoro volti a misurare l'appropriatezza prescrittiva, ad esempio sulla base delle indicazioni di follow-up riportate nei referti delle prestazioni ambulatoriali.

PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO - ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IPERTESO

Prima edizione: giugno 2001 - Aggiornamenti successivi: ottobre 2002 e novembre 2003
Terzo aggiornamento: novembre 2015



PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO – ASSISTENZIALE (PDT) PER LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE – TERRITORIO DEL MALATO CON SCOMPENSO CARDIACO (SC) NELL'ASL DI BRESCIA

Gennaio 2009

In particolare, sarebbe auspicabile che le seguenti proposte fossero accolte ed implementate al fine di garantire efficienza ed appropriatezza prescrittiva:

1. il MMG dovrebbe, in genere, richiedere una valutazione clinica e non l'esame strumentale, laddove non altrimenti indicato in precedenti valutazioni. Sarà poi compito del cardiologo valutare l'eventuale indicazione a procedere ad ulteriori approfondimenti strumentali;
2. il MMG dovrebbe corredare di una breve sintesi anamnestica, terapia in corso e soprattutto quesito clinico, in modo circostanziato, la richiesta di valutazione cardiologica;
3. ogni realtà locale dovrebbe garantire una rete che possa mettere in comunicazione in tempi rapidi il MMG e lo specialista cardiologo;
4. lo specialista cardiologo dovrebbe riportare in modo chiaro il tipo di follow-up del paziente in ogni referto clinico e strumentale (se necessario un nuovo controllo e con quale timing);
5. sarebbero auspicabili, anche a livello locale, gruppi di lavoro volti a misurare l'appropriatezza prescrittiva, ad esempio sulla base delle indicazioni di follow-up riportate nei referti delle prestazioni ambulatoriali.

Tabella 2. Valutazione clinica per i principali quadri di patologia cardiaca: obiettivi, strumenti, valore aggiunto della prestazione specialistica e organizzazione del follow-up.

Patologia	Obiettivo primario	Strumenti	Valore aggiunto dello specialista	Prestazione
Cardiopatía ischemica				
CAD a basso rischio, con rivascolarizzazione completa	Sorveglianza clinica Correzione dei FR Aderenza alla tp	Valutazioni cliniche	—*	
CAD ad alto rischio e/o rivascolarizzazione incompleta	Sorveglianza clinica Correzione dei FR Aderenza alla tp	Valutazioni cliniche	+	Controlli clinici cardiologici ± stress test
CAD dopo SCA	Sorveglianza clinica Correzione dei FR Aderenza alla tp Valutare durata DAPT	Valutazioni cliniche	+	Controlli clinici cardiologici (6, 12, 24 mesi)
CAD con necessità di tp antitrombotica complessa (es. triplice tp con antiaggreganti e anticoagulante)	Sorveglianza clinica Correzione dei FR Aderenza alla tp Valutare durata DAPT, regime tp antitrombotica e sorveglianza del rischio ischemico ed emorragico	Valutazioni cliniche	+	Controlli clinici cardiologici (specie nei primi 12 mesi dopo PCI)

CAD, cardiopatía ischemica; CMPD, cardiomiopatía dilatativa; CV, cardiovascolare; DAPT, duplice terapia antiaggregante; ECG, elettrocardiogramma; ECO, ecocardiogramma; FA, fibrillazione atriale; FC, frequenza cardiaca; FR, fattori di rischio; INR, international normalized ratio; IPA, ipertensione arteriosa; IVS, ipertrofia ventricolare sinistra; MMG, medico di medicina generale; NAO, nuovi anticoagulanti orali; PA, pressione arteriosa; PCI, angioplastica coronarica; SC, scompenso cardiaco; SCA, sindrome coronarica acuta; TAO, terapia anticoagulante orale; tp, terapia.

+, valore aggiunto della prestazione specialistica; -/+ dubbio valore aggiunto della prestazione specialistica; —, nessun valore aggiunto della prestazione specialistica.

*può essere utile una valutazione specialistica laddove non siano raggiunti gli obiettivi primari.



fare di più

non significa fare meglio



Il progetto invita le società scientifiche italiane ad individuare alcune pratiche (**top five**), procedure diagnostiche o interventi terapeutici, ad alto rischio di inappropriatazza

Quando le indagini diagnostiche non sono appropriate nel follow-up del paziente cardiopatico cronico?

- Ecocardiografia
- ECG da sforzo
- Stress Imaging
- Angio-TC coronarica



Stress tests for chest pain

When you need an imaging test—and when you don't



Gruppo di lavoro

“Fare di più non significa fare meglio”

Area Prevenzione Cardiovascolare A.N.M.C.O.

F. Fattirolli, A. Cherubini, P. Clavario, A. Frisinghelli, GF Mureddu, PL Temporelli

Procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare:
di che cosa possiamo fare a meno?

Quando le indagini diagnostiche non sono appropriate nel follow-up del paziente cardiopatico cronico?

Ecocardiografia

- Al di fuori della finestra temporale dei primi 6 mesi dopo infarto miocardico nella quale è utile ripetere l'ecocardiogramma per monitorare la funzione sisto-diastolica e l'evoluzione del rimodellamento in particolare in pazienti con funzione sistolica ridotta o estesa asinergia in fase acuta, **la ripetizione dell'ecocardiogramma (specie a cadenza annuale) non è utile in pazienti con cardiopatia ischemica cronica clinicamente stabili**, senza precedente storia di disfunzione ventricolare sinistra sistolica e diastolica, con ECG invariato e nei quali non sia previsto alcun cambiamento terapeutico.



Area Prevenzione A.N.M.C.O.

Procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di che cosa possiamo fare a meno?

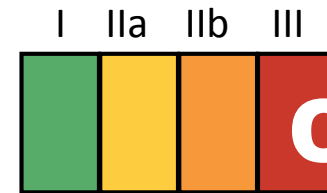
1. Mandorla S, G Ital Cardiol 2010;11 (6): 503-533

2. Douglas PS, et al. ACCF/AHA/ASNC/HFSA/ HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. J Am Soc Echocardiogr 2011;24:229-67

3. Montalescot G, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur Heart J 2013

Ecocardiografia Follow-up tardivo: valutazione della funzione VS

- **Valutazione di routine di FEVS in pz con CAD nota in assenza di cambiamento della clinica I (3)**
- **Valutazione della FEVS in pz con nota FE normale in assenza di cambiamento della clinica I (3)**



There is no indication for repeated use of resting echocardiography on a regular basis in patients with **uncomplicated SCAD** in the absence of a change in clinical status.

Score di appropriatezza

- 7-9 : **appropriato (A)**
- 4-6: **incerto (U)**
- 1-3: **inappropriato (I)**

Quando le indagini diagnostiche non sono appropriate nel follow-up del paziente cardiopatico cronico?

ECG da sforzo

- La ripetizione del **test da sforzo di routine (< 2 anni da precedente test) non è indicata** in pazienti con cardiopatia ischemica cronica stabili senza modificazioni di sintomi o all'obiettività.
- Dopo rivascolarizzazione con PTCA non è utile ripetere il test di induzione di ischemia di routine (**a meno di 2 anni dalla PTCA**) tranne nei casi in cui la rivascolarizzazione sia stata incompleta o di nuova comparsa di sintomi.
- Dopo rivascolarizzazione con **bypass aortocoronarico** non è indicato eseguire il test di induzione di ischemia di routine (**a meno di 5 anni** dall'intervento) tranne nei casi in cui la rivascolarizzazione sia stata incompleta o di nuova comparsa di sintomi.



Area Prevenzione A.N.M.C.O.

Procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di che cosa possiamo fare a meno?

Quando le indagini diagnostiche non sono appropriate nel follow-up del paziente cardiopatico cronico?

ECG da sforzo

2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease



Table 22 Re-assessment in patients with stable coronary artery disease

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Reassessment of the prognosis using stress testing may be considered in asymptomatic patients after the expiration of the period for which the previous test was felt to be valid ("warranty period").	IIb	C
Repetition of an exercise ECG may only be considered after at least 2 years following the last test (unless there is a change in clinical presentation).	IIb	C

A period of 3 years has been suggested in previous guidelines* although the mean validity period of a normal SPECT myocardial perfusion study is even longer in patients without known CAD (approximately 5.5 years)

Quando le indagini diagnostiche non sono appropriate nel follow-up del paziente cardiopatico cronico?

Stress imaging

- La percentuale di stress test inappropriati in letteratura è intorno al 13-14% [1].
- La richiesta inappropriata riguarda più spesso pazienti donne.
- Nel 60% dei casi viene richiesto uno stress test dopo rivascolarizzazione con PTCA o by pass aortocoronarico, con un picco temporale a 6-12 mesi dalla procedura [2,3].
- Di questi pazienti solo l'11% viene sottoposto a successiva coronarografia entro un mese e solo il 5% ad una seconda procedura di rivascolarizzazione [3].

1. Beller GA. JACC 2010; 56(16): 1335-7

2. Hendel RC, et al. J Am Coll Cardiol 2010;55:156-62

3. Shah BR. J Am Coll Cardiol 2010;56:1328-34



Area Prevenzione A.N.M.C.O.

**Procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare:
di che cosa possiamo fare a meno?**

Quando le indagini diagnostiche non sono appropriate nel follow-up del paziente cardiopatico cronico?

Angio-TC coronarica

- L'esecuzione dell'angio-TC coronarica **non trova indicazione** nel paziente con cardiopatia ischemica, stabile al follow-up perché **non apporta alcuna informazione aggiuntiva né modifica i percorsi di cura**
- Non vi è utilità a ripetere l'angio-TC nel paziente precedentemente sottoposto a rivascolarizzazione con by pass aorto-coronarico **prima di 5 anni dall'intervento** se asintomatico o nel paziente sottoposto a pregressa PTCA + stent. [53]



Area Prevenzione A.N.M.C.O.

**Procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di
che cosa possiamo fare a meno?**

Gibbons RJ et al. *Circulation*. 2002;106:1883-1892

Fihn SD et al. *Circulation*. 2012;126:3097-3137

Perchè non siamo aderenti?

- Medicina difensiva?
- Mitigare le nostre ansie e insicurezze?
- Accontentare il paziente?
- Perché il paziente pensa che il medico ridondante nella richiesta di accertamenti sia più attento e bravo?
- Per interesse?
- _____

Possibili soluzioni

- Condivisione di scelte diagnostiche e terapeutiche
- Conoscenza e rispetto dei ruoli
- Conoscenza degli ambiti di applicazione delle linee guida

La CIC nel territorio: gli stessi pazienti dei trial randomizzati?

	<u>RCTs</u>	<u>Comunità</u>
1. Età media	60-65	75-80
2. Sesso: uomini/donne	4/1	< 1/1
3. LVEF < 40%	esclusi	frequente
4. Coronaropatia instabile, ipertensione	esclusi	frequente
5. Creatinina 2-2.5 mg /dl	esclusi	17-34%
6. Comorbilità	esclusi	frequente
7. Dose ideale	in genere sì	bassa dose
8. Aderenza alle prescrizioni	ottimale	molto scarsa
9. Periodo di osservazione	1-3 anni	a vita

Il pz. cronico multipatologico domicilio vs ospedale

	<u><i>Ospedale</i></u>	<u><i>Domicilio</i></u>
1. Periodo di osservazione	1-2 sett.	a vita
2. Interferenze esterne	nessuna	frequenti
3. Accertamenti	tempo reale	differiti
4. Terapia ideale	certa	problematica
5. Terapie aggiuntive	no	frequente
6. Aderenza alle prescrizioni	ottimale	molto scarsa
7. Dieta	corretta	errata
8. Chiarezza dei ruoli	certa	problematica
9. Gestione delle complicazioni	immediata	differita
10. Fragilità	assente	frequente
11. Folluw-up	prescritto	da gestire

Lettera di dimissione

- Motivo del ricovero
- Diagnosi alla dimissione
- Fattori di rischio cardiovascolare
- Comorbilità
- Intolleranze farmacologiche ed allergie
- Anamnesi cardiologica e raccordo anamnestico
- Decorso clinico durante la degenza
- Principali esami e/o procedure eseguiti durante il ricovero
- Le condizioni del paziente al momento della dimissione sono
- Conclusioni
- Terapia consigliata
- Follow-up

Lettera di dimissione

- Motivo del ricovero
- Diagnosi alla dimissione
- Fattori di rischio cardiovascolare
- Comorbilità
- Intolleranze farmacologiche ed allergie
- Anamnesi cardiologica e raccordo anamnestico
- Decorso clinico durante la degenza
- Principali esami e/o procedure eseguiti durante il ricovero
- Le condizioni del paziente al momento della dimissione sono
- Conclusioni
- Terapia consigliata
- Follow-up
- **Specialista di riferimento identificabile e raggiungibile**

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA ELETTROCARDIOGRAMMA

Motivo della visita: valutazione cardiologica in paziente con scarsa tolleranza allo sforzo

Anamnesi: paziente asintomatico ed eupnoico al momento della visita. Riferisce sostanziale benessere a domicilio. In anamnesi ipertensione arteriosa, dislipidemia, nega diabete mellito, nega tabagismo, familiarità per CAD. Patologie associate: pregressa trombosi retinica, ateromasia carotidea non critica

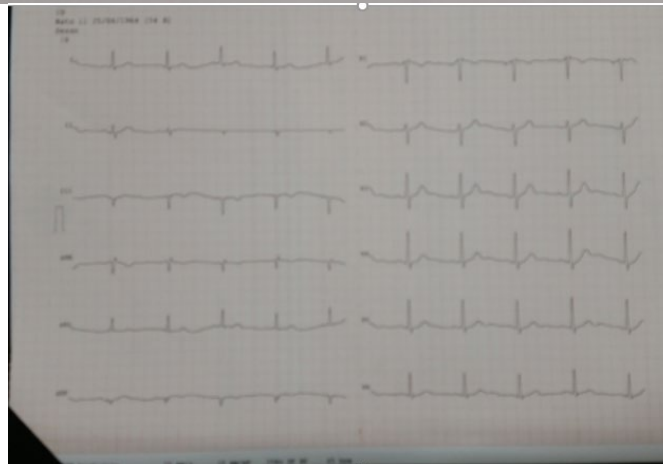
Terapia domiciliare: Losartan 100/25 mg ½ cpr, ASA 100 mg 1 cpr

ECG: ritmo sinusale, normale conduzione AV, BBdx incompleto, non significative alterazioni della ripolarizzazione ventricolare, QTc nei limiti

PA: 170/80 mmHg

Esame obiettivo: toni cardiaci ritmici, normofrequenti, validi. Non segni di stasi polmonare. Non edemi declivi.

Conclusioni: paziente in buon compenso emodinamico. In visione ecocardiogramma eseguito in data odierna, risultato nei limiti. A completamento diagnostico si programma test da sforzo. Monitoraggio pressorio domiciliare (PA target < 140/80 mmHg), titolando Losartan a 1 cpr/die



ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA

Ventricolo sinistro di normali dimensioni endocavitarie (LVEDd 42 mm), normali spessori parietali (SIV 10 mm), normale cinetica segmentale, FE conservata, riempimento diastolico da alterato rilasciamento.

Atrio sinistro di dimensioni normali (36 mm), con normale connessione veno-atriale.

Atrio e ventricolo destro di dimensioni ai limiti.

Aorta ascendente non dilatata (SV 28 mm, TT 30 mm), valvola aortica tricuspidale con lieve sclerosi, conservata apertura del box, lieve insufficienza.

Lembi mitralici mobili, lievemente ispessiti, rigurgito valvolare lieve.

IT lieve con stima PAPs 25 mmHg.

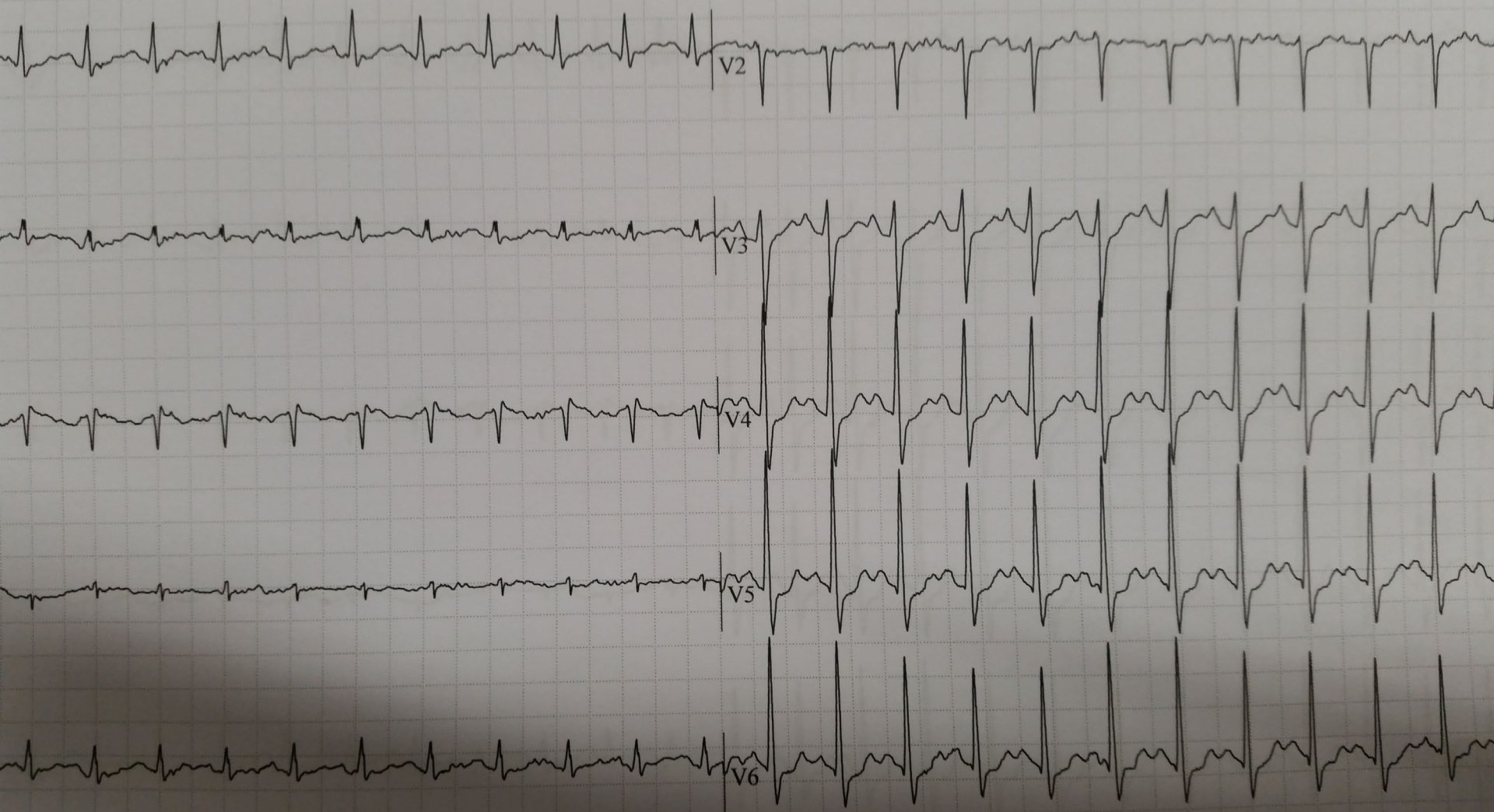
SIA e SIV apparentemente integri.

VCI non congesta.

Non versamento pericardico.

TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO

Test ergometrico diagnostico interrotto al carico di 180 W. AL picco dell'esame comparsa di lieve sottoslivellamento ST a sede anterolaterale in assenza di chiara sintomatologia anginosa. Risposta pressoria di tipo ipertensivo.



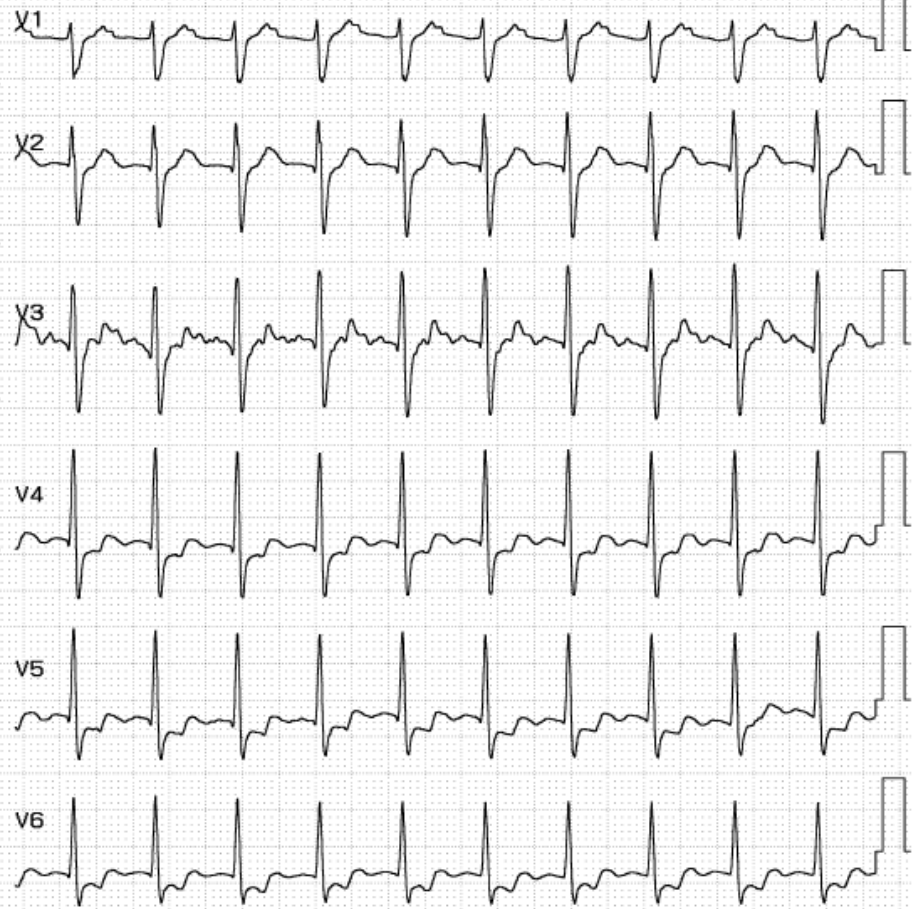
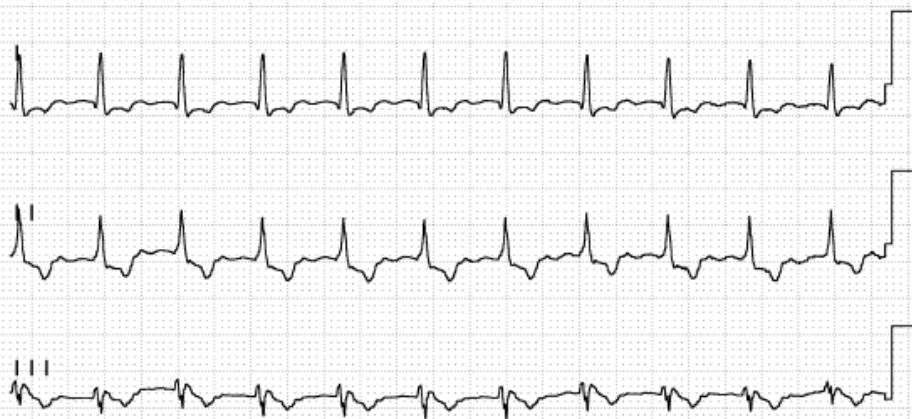
Quali ulteriori accertamenti sono corretti?

- Eco stress
- Coronarografia
- Nessun ulteriore accertamento
- TAC coronarica
- Scintigrafia da sforzo
- Altro

Si consiglia a completamento diagnostico esecuzione di TAC coronarica. nrl frattempo associare in terapia Bisoprololo 2.5 mg 1 cpr al mattino

10 mm/mV 25 mm/s Filtri: H50 D 100 Hz

10 mm/mV

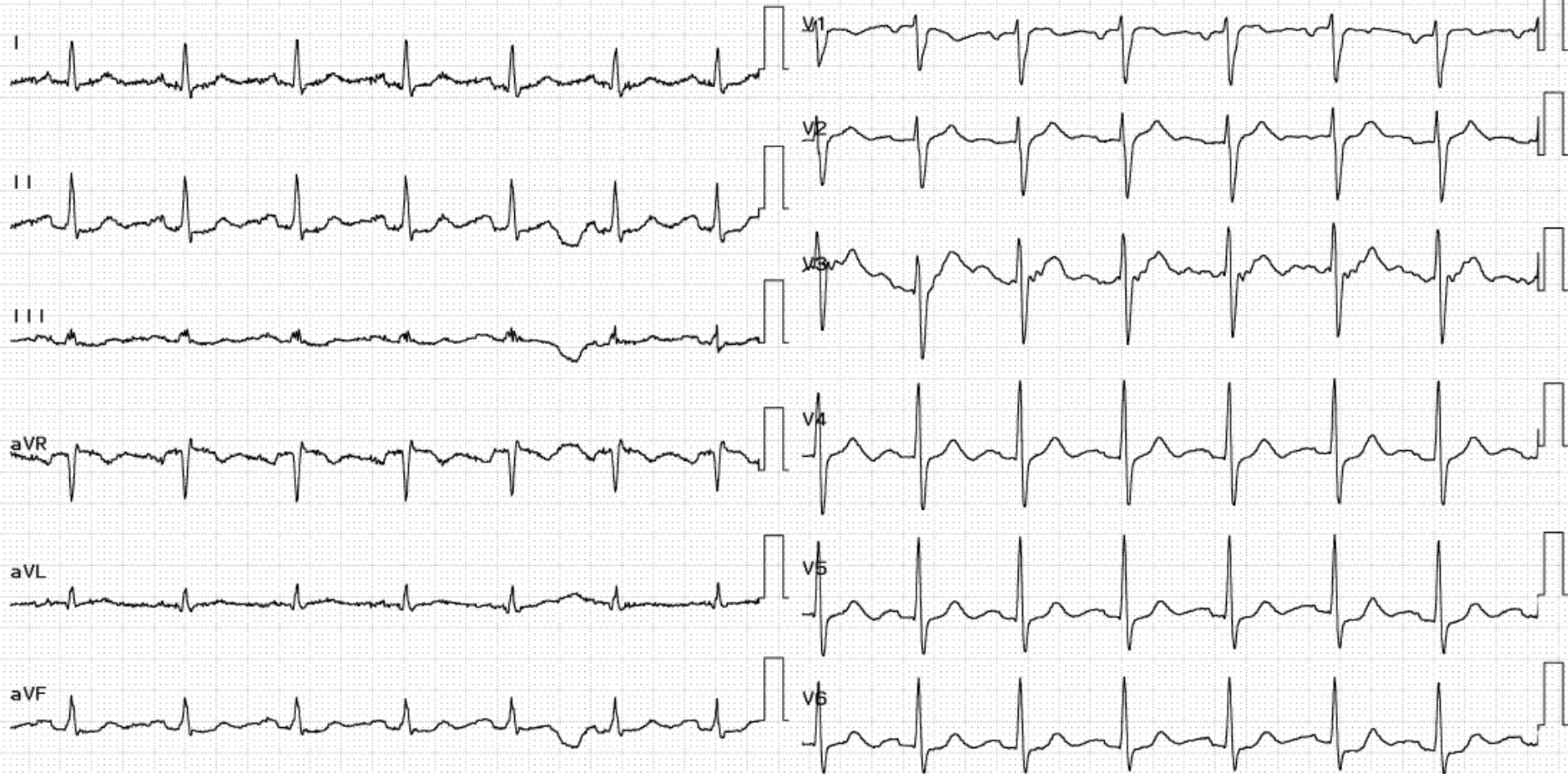


2250K 02-01 04-05 Rep.

Osp. :

10 mm/mV 25 mm/s Filtri: H50 D 100 Hz

10 mm/mV



2250K 02-01 04-05 Rep.

Osp. :

Quali ulteriori accertamenti sono corretti?

- Nessun ulteriore accertamento
- Visita cardiologica
- Ecocardiogramma
- Test provocativo (ECG, Eco)
- Coronarografia
- TAC coronarica
- Scintigrafia da sforzo
- Altro

Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali

Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria.

Il Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi Sanitari Regionali è stato attivato nel 2008, attraverso la collaborazione di quattro Regioni: Toscana, Liguria, Umbria e Piemonte (quest'ultimo abbandonerà la collaborazione nel 2010).

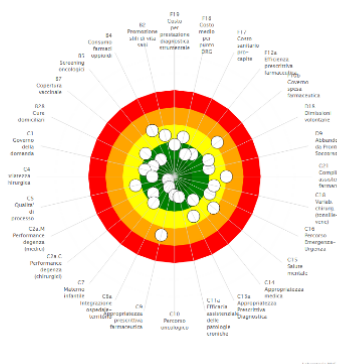
Nell'anno 2010 si sono aggiunte Valle d'Aosta (che uscirà dal Network nel 2012), Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano e Marche, nel 2011 la Regione Basilicata, nel 2012 la Regione Veneto e nel 2014 le Regioni Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Dal 2015, aderiscono anche la Regione Calabria, la Lombardia e la Puglia.

Un processo di condivisione inter-regionale ha portato alla selezione di circa 300 indicatori, di cui 150 di valutazione e 150 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa, la valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti, l'ambito dell'Emergenza-Urgenza, la prevenzione collettiva, il governo e la qualità dell'offerta, l'assistenza farmaceutica.

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta dalla Regione, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza. Dal 2017, al bersaglio viene affiancata una rappresentazione tramite "pentagrammi", per mostrare l'efficacia dei sistemi sanitari regionali nella presa in carico dei percorsi assistenziali.

Gli indicatori sono elaborati a livello di Regione e a quello di Azienda; alcune Regioni scelgono inoltre di elaborare i dati dei propri Stabilimenti ospedalieri e dei propri Distretti. Dal 2008, viene annualmente redatto un report, con i risultati delle Regioni e delle Aziende. Dal 2010, il report viene reso pubblico e accessibile da parte tutti gli stakeholder. Le Regioni aderenti al network considerano un valore la trasparenza e l'accountability del proprio operato e rendono pubblici i propri risultati.

Per accedere ai dati è necessario registrarsi. La registrazione al sito è gratuita e dà la possibilità di accedere ai dati del Sistema di Valutazione dei Sistemi Sanitari Regionali.



INDICATORE: INCIDENZA DEI SARTANI SULLE SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA (codice C9.3)

RAZIONALE DELL'INDICATORE: Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si rende necessario bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore

FASCE DI VALUTAZIONE DELLE ASL/ATS PARTECIPANTI AL NETWORK DELLE REGIONI

- pessima se il valore è > 38,00 ■
- scarsa se il valore è compreso tra 38,00 e 34,00 ■
- media se il valore è compreso tra 34,00 e 30,00 ■
- buona se il valore è compreso tra 30,00 e 26,00 ■
- ottima se il valore è < 26,00 ■

L'indicatore è calcolato come il rapporto tra il numero di confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali e il numero di confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali

Codice Regionale MMG	Cognome Nome MMG	Valore MMG	Valore medio MMG Ambito 4	Valore medio MMG attivi al 31.12.2017 ATS BRESCIA	Valore medio MMG ATS Brescia
07519	ZADRA ALESSANDRO	30,6 ■	38,5	39,1	38,5

Note: I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (Sartani), appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC C09C e C09D. L'indicatore considera l'incidenza del consumo di questi sul territorio rispetto al gruppo terapeutico C09. E' escluso il consumo privato.

INDICATORE: TASSO DI RICOVERO PER PATOLOGIE SENSIBILI ALLE CURE AMBULATORIALI x 1000 RESIDENTI (codice C16T.4)

RAZIONALE DELL'INDICATORE: Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", in quanto un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati.

FASCE DI VALUTAZIONE DELLE ASL/ATS PARTECIPANTI AL NETWORK DELLE REGIONI

pessima se il valore è > 11,80 ■
scarsa se il valore è compreso tra 11,80 e 10,20 ■
media se il valore è compreso tra 10,20 e 8,70 ■
buona se il valore è compreso tra 8,70 e 7,20 ■
ottima se il valore è < 7,20 ■

L'indicatore è un tasso standardizzato per età e sesso ed è calcolato come il numero di ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali rispetto al popolazione di riferimento

Codice Regionale MMG	Cognome Nome MMG	Valore MMG	Valore medio MMG Ambito 4	Valore medio MMG attivi al 31.12.2017 ATS BRESCIA	Valore medio ATS Brescia
07519	ZADRA ALESSANDRO	12,0 ■	12,7	11,9	12,5

Note: le principali patologie ricomprese in questo indicatore e considerate sensibili alle cure ambulatoriali sono:

- Insufficienza cardiaca congestizia (ICC)
- Polmonite
- Infezioni Vie Urinarie
- BPCO
- Epilessia
- Diabete mellito
- Gastroenteriti
- Disidratazione
- Asma



TERAPIA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

TRA NOVITÀ, CERTEZZE E DUBBI

10 NOVEMBRE 2018
ISEO (BS)

HOTEL ISEO LAGO
Via Colombera 2

**Grazie per
l'attenzione**

