

Sabato 21/1/2017 Aula Magna di Cona



PDTA IMA- SCA

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA
GENERALE

rea Zamboni

ico di Medicina Generale

AMID Nazionale



PDTA IMA-SCA

- Dati dei Profili di Nucleo
- Organizzazione dei Servizi Territoriali
- Ruolo del Medico di Medicina Generale nel Team Multiprofessionale

Dati dei Profili di Nucleo

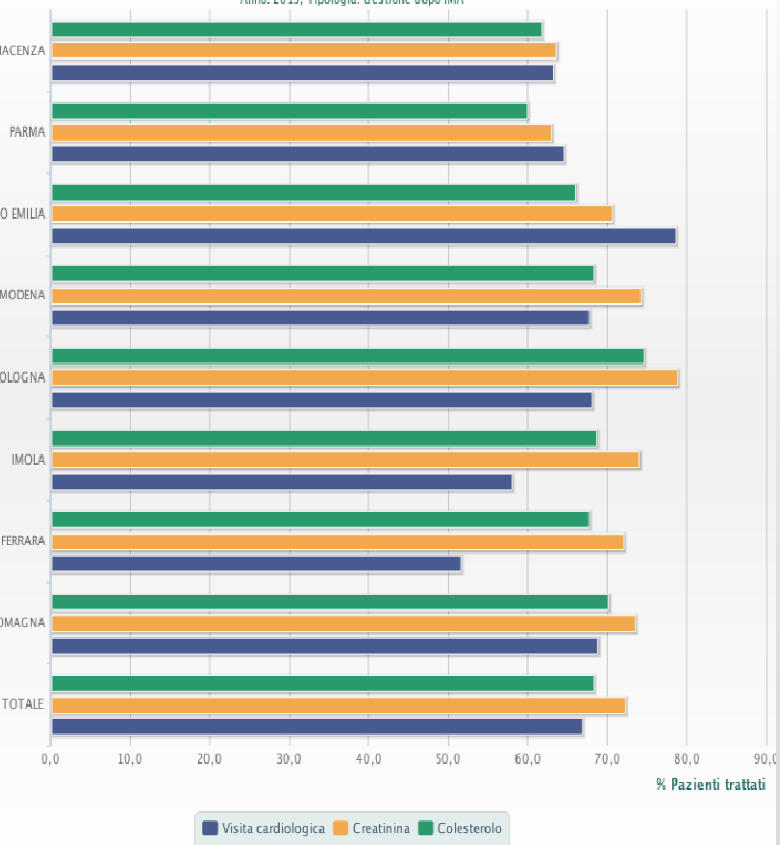
The screenshot shows the top part of the SISEPS website. It features a red header with the 'E-R' logo and the word 'Salute' in green. Below this is a navigation bar with a search box, a date 'Giovedì 08.12.2016', and two main menu items: 'Primo Piano' and 'Servizio sanitario regionale'. The main content area has a green background with the title 'SISEPS Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali'. Below the title, there are social media sharing buttons for Facebook, Google+, LinkedIn, and Twitter. A sidebar on the right contains a list of navigation links: SISEPS, Area Sanità, Area Politiche Sociali e Integrazione Socio-Sanitaria, Mobilità, Economico Finanziaria, Anagrafi, ReportER #OpenData, Applicazioni, and Privacy.

This screenshot shows the main content area of the SISEPS website. The page title is 'Edizione 2016 - Reportistica Predefinita Nuclei Cure Primarie'. Below the title, there are social media sharing buttons for Facebook, Google+, LinkedIn, and Twitter. The main text describes the analysis, stating that it is based on data from the Regional Health Information System and refers to the assistance provided to patients in primary care nuclei. A note indicates that the 2016 data does not include certain services. The page is organized into sections: 'Demografia ed Epidemiologia', 'Utilizzo dei Servizi Sanitari', 'Indicatori di qualità', and 'Appropriatezza'. Each section contains a brief description of the data presented. A sidebar on the right contains a list of navigation links: Questionario Nuclei Cure Primarie, Profili Nuclei Cure Primarie, Profili Pediatri di Libera Scelta, SISEPS, Area Sanità, Area Politiche Sociali e Integrazione Socio-Sanitaria, Mobilità, Economico Finanziaria, Anagrafi, ReportER #OpenData, Applicazioni, and Privacy.

Dati dei Profili di Nucleo

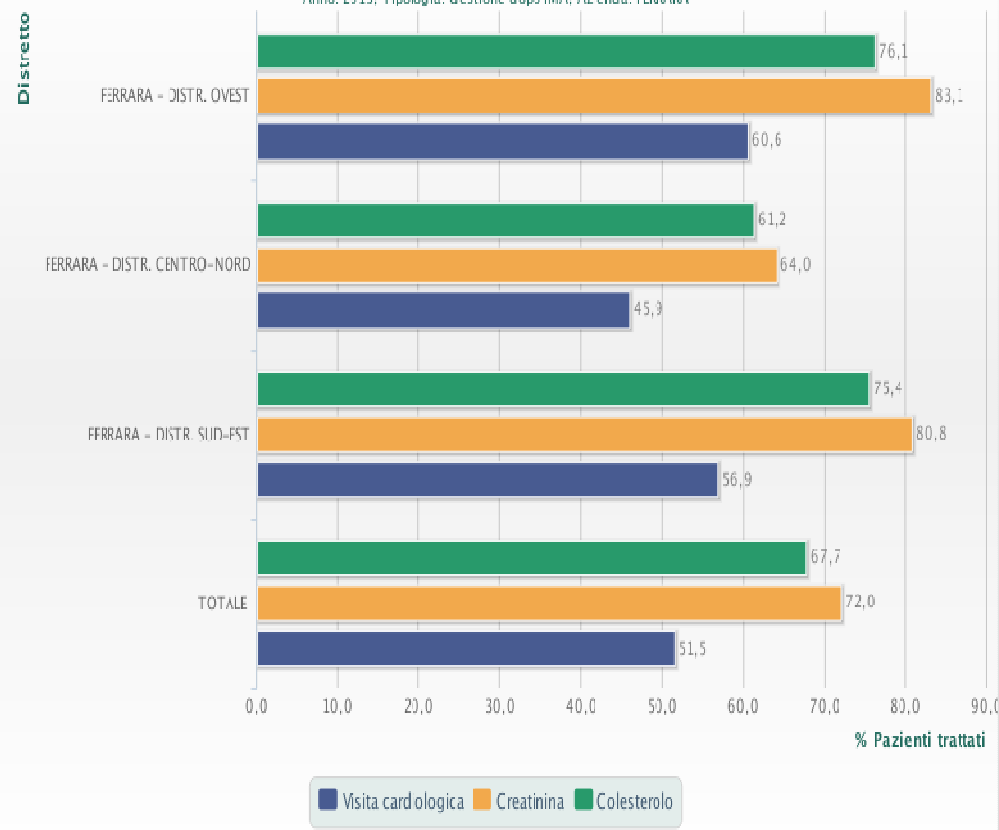
% Pazienti trattati per Trattamento e Azienda

Anno: 2015, Tipologia: Gestione dopo IMA



% Pazienti trattati per Trattamento e Distretto

Anno: 2015, Tipologia: Gestione dopo IMA, Azienda: FERRARA



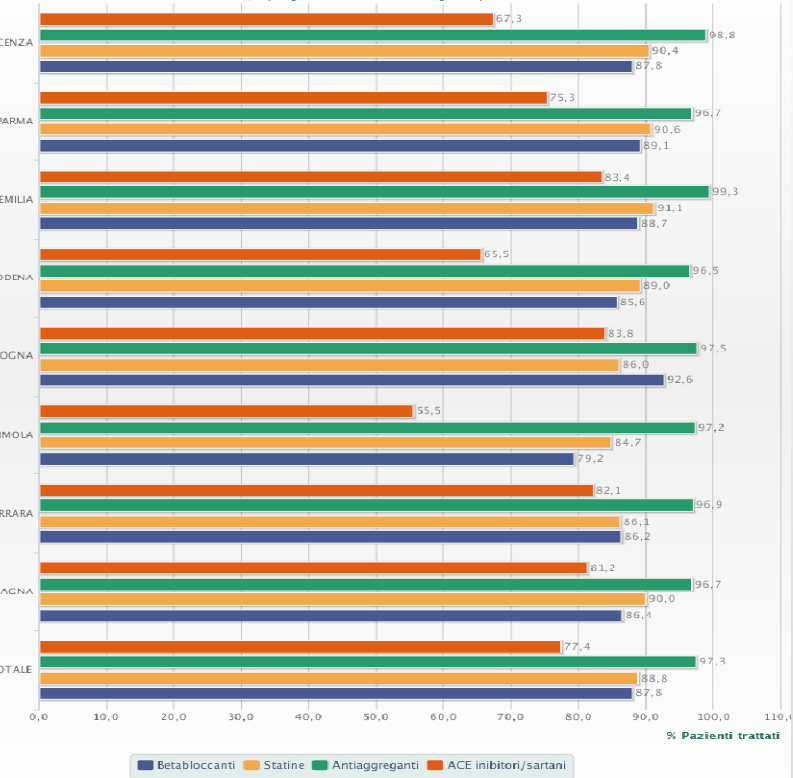
PRIM2016 - Indicatori di qualità

Denominazione	Area cardiovascolare
Descrizione	Proporzione di pazienti dimessi per Infarto Miocardico Acuto Cardiacco che: 1- entro 90 giorni dalla dimissione hanno ricevuto i farmaci patologia previsti dalle Linee Guida 2- hanno effettuato, almeno una volta all'anno, le prestazioni dalle Linee Guida per il monitoraggio della patologia
Fonte dei dati	Banche dati Cure Primarie, Dimissione Ospedaliera, Farmacia Ambulatoriale - Regione Emilia-Romagna
Variabili di selezione considerate	Edizione Tipologia
Disponibilità dei dati per ambito territoriale o per erogatore	Azienda USL Distretto NCP
Variabili di analisi considerate	Pazienti eleggibili % Pazienti trattati
Variabili di classificazione considerate	Trattamento

Dati dei Profili di Nucleo

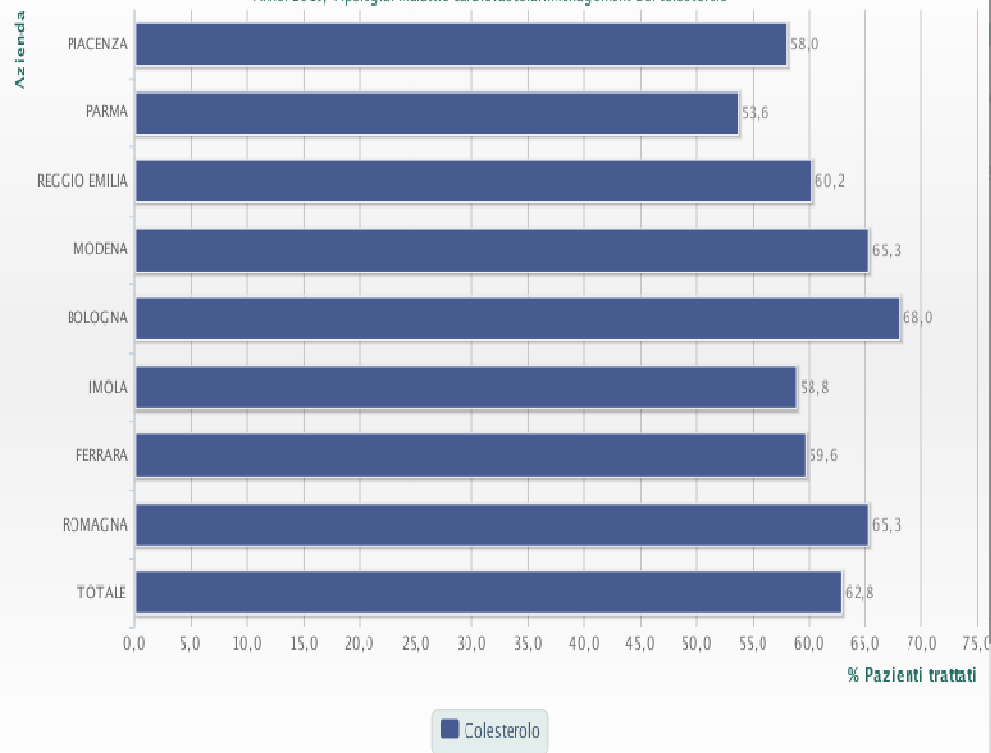
% Pazienti trattati per Trattamento e Azienda

Anno: 2015, Tipologia: Trattamento farmacologico dopo IMA



% Pazienti trattati per Trattamento e Azienda

Anno: 2015, Tipologia: Malattie cardiovascolari: Management del colesterolo



PRIM2016 - Indicatori di qualità

Denominazione	Area cardiovascolare
Descrizione	Proporzione di pazienti dimessi per Infarto Miocardico Acuto Cardiacco che: 1 - entro 90 giorni dalla dimissione hanno ricevuto i farmaci per la patologia previsti dalle Linee Guida 2 - hanno effettuato, almeno una volta all'anno, le prestazioni previste dalle Linee Guida per il monitoraggio della patologia
Fonte dei dati	Banche dati Cure Primarie, Dimissione Ospedaliera, Farmacoterapia Ambulatoriale - Regione Emilia-Romagna
Variabili di selezione considerate	Edizione Tipologia
Disponibilità dei dati per ambito territoriale o per erogatore	Azienda USL Distretto NCP
Variabili di analisi considerate	Pazienti eleggibili % Pazienti trattati
Variabili di classificazione considerate	Trattamento

Dati dei Profili di Nucleo

Area cardiovascolare

Pazienti eleggibili, % Pazienti trattati per Azienda e Trattamento

Anno: 2015, Tipologia: Trattamento farmacologico dopo scompenso cardiaco

[Vai a Distretto](#)

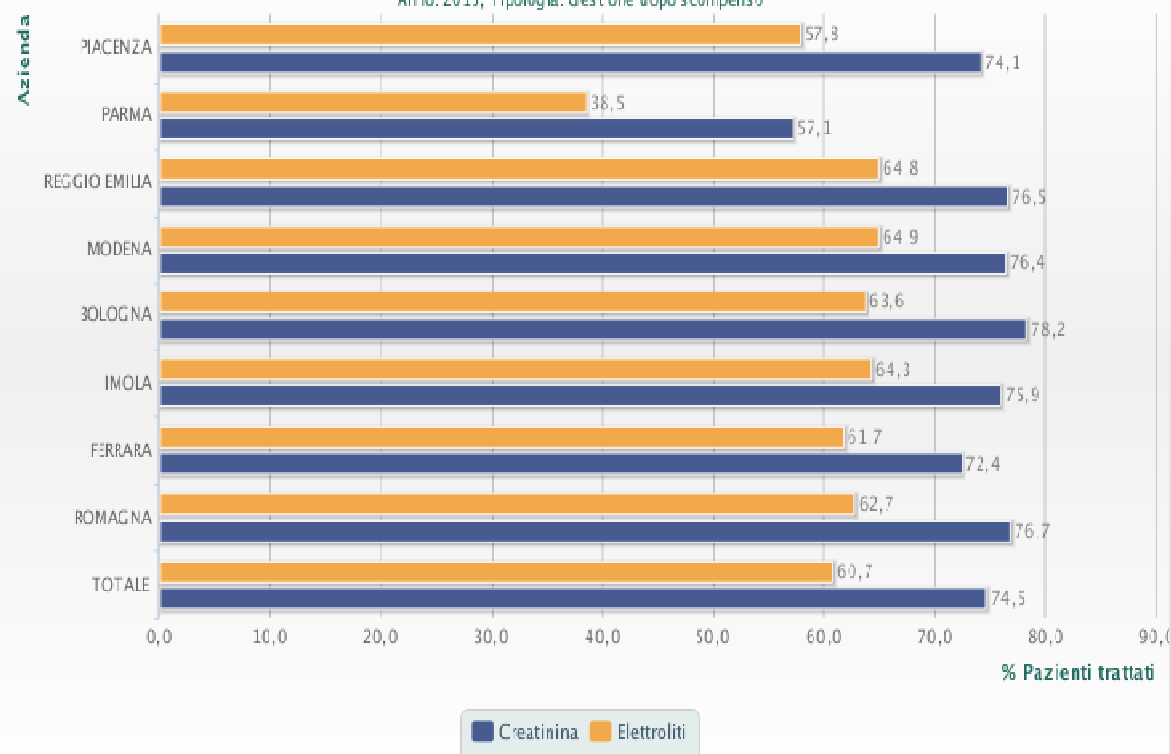
Azienda	Betabloccanti		ACE inibitori/sartani		Antagonisti dell'Aldosterone	
	Pazienti eleggibili	% Pazienti trattati	Pazienti eleggibili	% Pazienti trattati	Pazienti eleggibili	% Pazienti trattati
PIACENZA	493	64,7	457	64,8	501	54,7
PARMA	987	75,6	922	63,4	997	46,5
REGGIO EMILIA	823	73,9	802	69,3	835	44,0
MODENA	1.303	73,4	1.249	51,0	1.329	63,1
BOLOGNA	1.778	75,0	1.712	65,7	1.797	48,6
IMOLA	197	69,5	191	41,9	201	71,6
FERRARA	689	65,6	659	65,4	708	54,0
ROMAGNA	2.719	68,8	2.625	65,6	2.756	55,5
TOTALE	8.989	71,5	8.617	63,0	9.124	53,4

Fonte: dati Cure Primarie, Dimissione Ospedaliera, Farmaceutica e Specialistica Ambulatoriale - Regione Emilia-Romagna

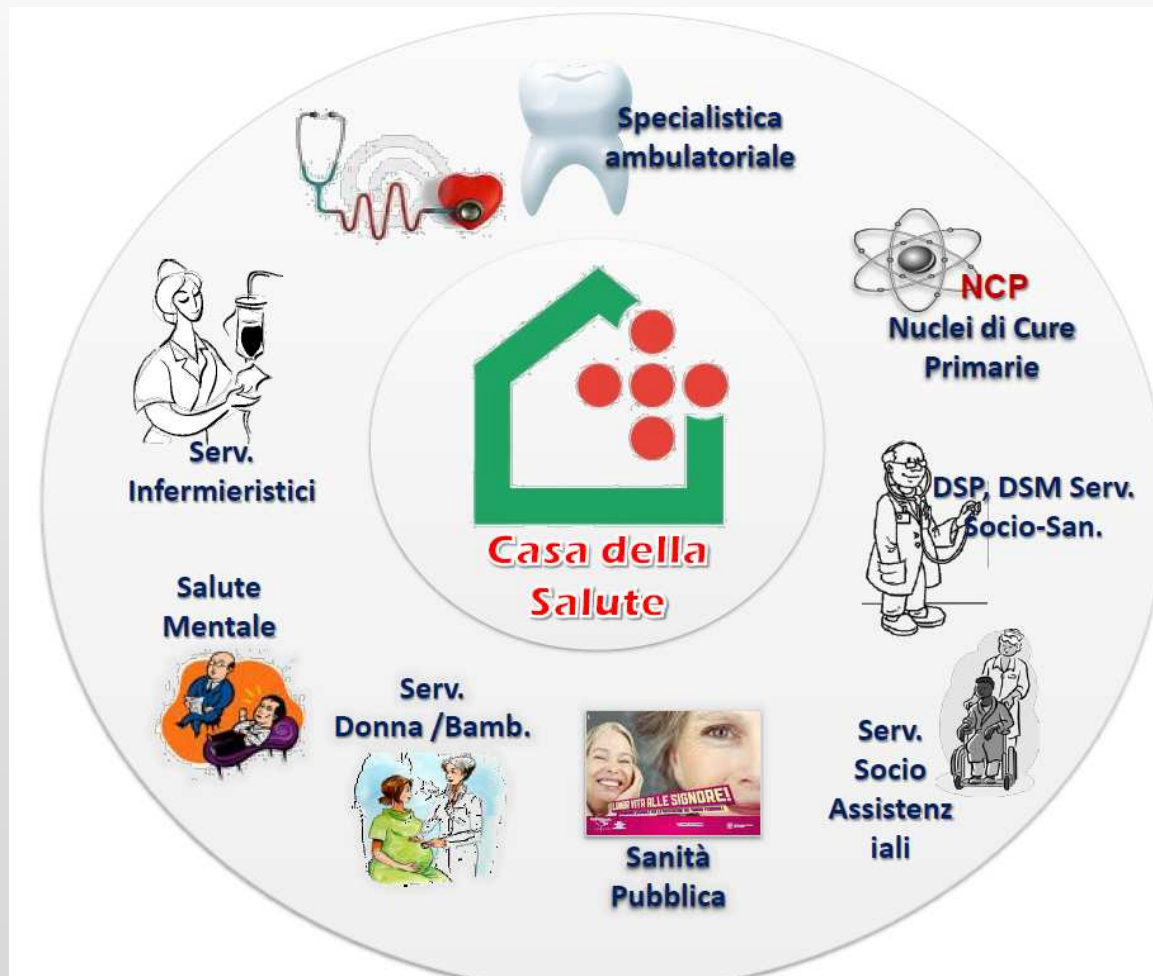
aggiornamento: 03/11/2016

% Pazienti trattati per Trattamento e Azienda

Anno: 2015, Tipologia: Gestione dopo scompenso



L'Ospedale di comunità OsCo



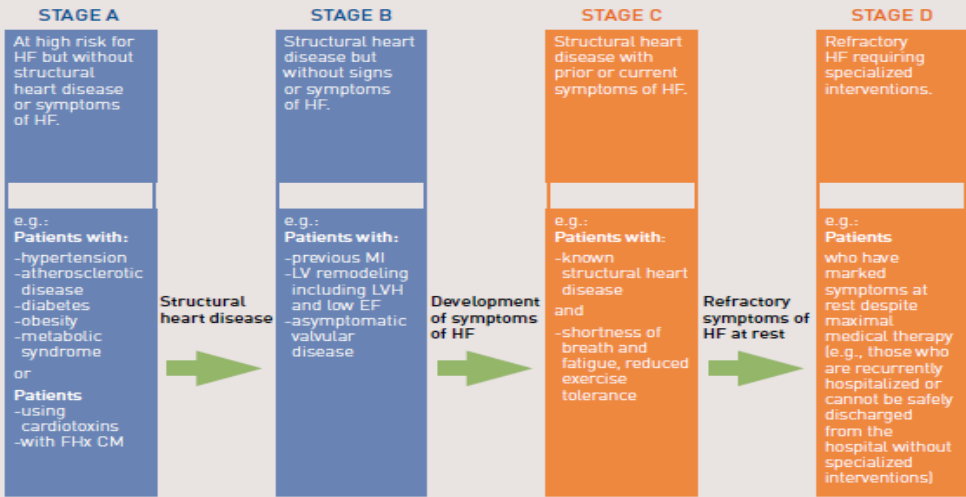
Ambulatorio MMG



Ambulatori MMG Gruppo o Rete

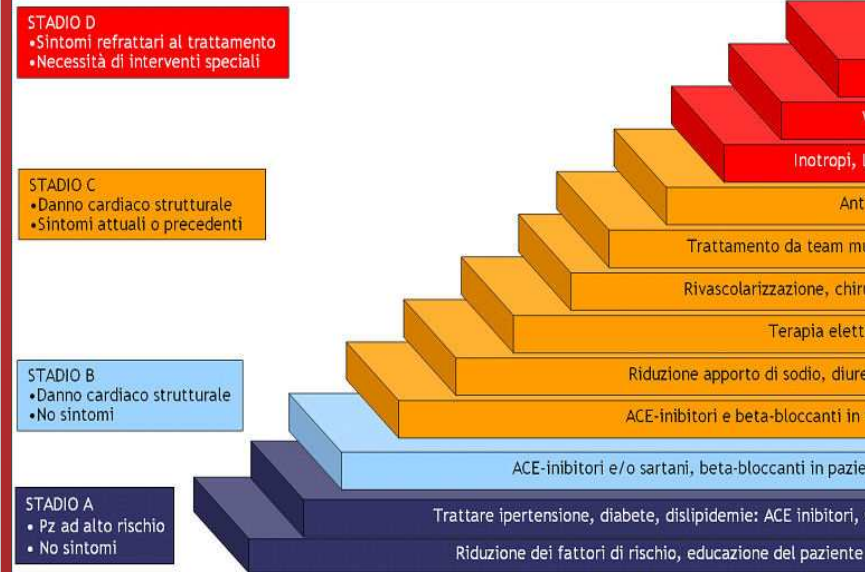


At Risk for Heart Failure



CTCAE heart failure		AHA/ACC heart failure stage	NYHA functional class
Grade 1	Asymptomatic (biomarker or imaging evidence of cardiac dysfunction)	B	I
Grade 2	Symptoms with mild to moderate level of exertion	C	II
Grade 3	Severe symptoms at rest or minimal activity		III-IV
Grade 4	Life threatening	D	IV
Grade 5	Death		

CTCAE Common Terminology Criteria for Adverse Events, AHA American Heart Association, ACC American College of Cardiology, NYHA New York Heart Association



Ruolo del Medico di Medicina Generale

Prevenzione Primaria

Prevenzione Secondaria

Diagnosi/Ipotesi Diagnostica



- A. **Richiamare le persone alla consapevolezza di «una responsabilità attiva del proprio stato di salute e benessere»**

- B. **Stili di Vita, Alimentazione, Fumo e Sedentarietà**

- C. **Considerare tutti *i determinanti di* «salute della persona e della popolazione»**

- . **Empowerment della persona con patologia**

- I. **Presa in carico della persona con patologia (PDTA)**

- II. **Corretta e puntuale applicazione del PDTA (*Gestione Integrata del DM2; Gestione della MRC; Gestione Integrata della BPCO; Gestione Integrata dello SCC.*)**



Ruolo del Medico di Medicina Generale

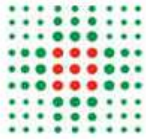
Prevenzione Primaria

Prevenzione Secondaria



ATTIVITA' AMBULATORIALE

	Presa in carico ambulatoriale (medico di medicina generale)	Visita cardiologica dopo 30 giorni dalla dimissione (specialista cardiologo)	Rivalutazione dopo prima visita cardiologica (medico di medicina generale)	Altre valutazioni (medico di medicina generale, specialista cardiologo)	Termine del percorso (medico di medicina generale)
ATTIVITÀ	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione percorso post-dimissione finalizzato alla prevenzione secondaria • Informazione al paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione del rischio 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione ed eventuale ripianificazione del percorso post-dimissione finalizzato alla prevenzione secondaria • Valutazione dell'efficacia della terapia ipocolesterolemizzante 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione del rischio 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione ed eventuale ripianificazione del percorso post-dimissione finalizzato alla prevenzione secondaria • Rivalutazione della terapia antiaggregante
ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO	<p>Il medico di medicina generale prende in carico il paziente dopo la dimissione ospedaliera attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione della lettera di dimissione; • valutazione clinica del paziente. 	<p>Il cardiologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • effettua la valutazione clinica del paziente; • verifica la compliance del paziente alla terapia; • valuta l'eventuale comparsa di effetti collaterali legati alla terapia; • conferma o modifica la terapia. 	<p>Il medico di medicina generale prende atto dei risultati della visita cardiologica ed eventualmente rivaluta il paziente.</p>	<p>Il medico di medicina generale, a fronte di variazioni del quadro clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in caso di pazienti stabili e che non necessitano di rivalutazione urgente, può richiedere rivalutazione cardiologica seguendo le modalità concordate con le singole UU.OO di Cardiologia di competenza territoriale; • in caso di pazienti instabili, invia il paziente in PS. 	<p>Il medico di medicina generale effettua la valutazione conclusiva del paziente dopo 1 anno dall'evento acuto.</p>
INSTRUMENTI	/	/	/	/	/
INTERVENTI E PROCEDURE	/	ECG	/	<p>Ecocardiografia programmata dopo 3 mesi dalla dimissione per i pazienti rivascolarizzati con frazione di eiezione <40% alla dimissione e/o con trombosi ventricolare sinistra.</p> <p>Scopo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rivalutazione frazione di eiezione in funzione del rischio di morte improvvisa; • valutazione eventuale persistenza o scomparsa 	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico

*Redazione a cura del tavolo tecnico Azienda USL e
Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara*

La stesura è stata possibile grazie alla collaborazione
dei professionisti dell'Ausl di Ferrara:

Dott. <u>Artioli</u> Marco	Medico di medicina generale -Distretto Centro-Nord.
Dott. <u>Avigni</u> Nicola	Cardiologo Reparto di cardiologia <u>osp. Delta</u> di Lagosanto.
Dott. <u>Bellotti</u> Enrico	Medico di medicina generale -Distretto Sud-Est.
Dott. <u>Cazzuffi</u> Sergio	Cardiologo Resp. ambulatorio dello scompenso di Copparo.
Dott. <u>Dinelli</u> Maurizio	Cardiologo Reparto di <u>cardiologia</u> , Ospedale S. Annunziata di Cento.
Ing. <u>Farinelli</u> Stefano	Dip.to Interaziendale Tecnologie per la Comunicazione .
Dott.ssa <u>Fedele</u> Daniela	Farmacista - Dip.to Farmaceutico Interaziendale
Dott. <u>Fucili</u> Alessandro	Cardiologo- U.O di cardiologia ed <u>UTIC</u> , <u>Aosp. S. Anna</u> di Cona.
Dott. <u>Gruppillo</u> Paolo	Direttore U.O di medicina - <u>Qsp. Mazzolani-Vandini</u> di Argenta.
Dott.ssa <u>Mazzini</u> Elisa	Direzione Infermieristica- Dip.to Cure <u>Primarie</u> .
Dott. <u>Strano</u> Salvatore	Medico - <u>Dip.to Cure</u> Primarie .

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico

Riassumiamo quindi i Criteri indispensabili per l'invio del paziente al Centro/Ambulatorio per lo Scompenso:

- Diagnosi di disfunzione ventricolare sinistra FE<40% sintomatica o meno, indipendentemente dall'esito del dosaggio del BNP o NT-proBNP;
- Diagnosi di SC: quando il BNP/NT-proBNP risulti nel range di diagnosi certa e l'ecocardiogramma risulti compatibile con la diagnosi di scompenso cardiaco (a prescindere dal valore di frazione di eiezione);
- (Cardiomiopatia Ipertrofica: solo c/o Centro Scompenso di FE)

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico

FINALITÀ' DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO IN SINTESI:

Al momento di sospetto clinico il MMG prescrive i suddetti accertamenti:

1. ECG
2. Rx Torace
3. Esami di laboratorio generali che comprendano la valutazione di BNP o pro-BNP
4. Invio apposta impegnativa con priorità di invio "B".

Se l'esito è compatibile con la diagnosi di scompenso cardiaco, il MMG richiederà un **ecodoppler cardiaco** con indicazione "PDTA scompenso" e invierà il pz. (anche tramite PDA) al PDA di riferimento territoriale che provvederà a programmare l'esame tramite i servizi dedicati al fine di garantire tempi di esecuzione contenuti.

Modulo PDTA n.1

Scopo di facilitare il percorso diagnostico terapeutico e per ottenere indicatori di esito/risultato oltre ad utili informazioni cliniche ed economiche, tale percorso è stato strutturato in un modulo che accompagna il paziente in occasione di ciascun step affidando ai diversi operatori: MMG, ecocardiografista e cardiologo ambulatoriale di ricevere le informazioni utili per la diagnosi.

Al momento di conferma del sospetto diagnostico il MMG invierà il paziente accompagnato o accompagnato da un familiare **in tutto auspicabilmente per via informatica dal modulo n.1 presso l'Ambulatorio/Centro per lo scompenso per la presa in carico.**

La modalità di invio dovrà essere semplice e rapida tramite il PDA dove presente o tramite il telefono che disporrà di agende dedicate.

Modulo n°1	Percorso Diagnostico Terapeutico Scompenso Cardiaco (I Fase Diagnostica)		
Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale
Breve anamnesi:			
Data esordio sintomatologia:			
Data inizio PDT			
ECG	non eseguito <input type="checkbox"/>	eseguito in data	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
Rx Torace	non eseguito <input type="checkbox"/>	eseguito in data	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
Esami di laboratorio	non eseguito <input type="checkbox"/>	eseguiti in data	
BNP/NT-pro-BNP	non eseguito <input type="checkbox"/>	eseguito in data	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
Ecocardio	non eseguito <input type="checkbox"/>	eseguito in data	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>
Conclusione:			
a) invio in data	Centro per lo Scompenso <input type="checkbox"/>	Cardiologo Ambulatoriale <input type="checkbox"/>	
b) priorità di invio al Centro per lo Scompenso	Urgente <input type="checkbox"/>	Elettivo <input type="checkbox"/>	
c) dopo consultanza con il Cardiologo ambulatoriale invio al Centro per lo scompenso in data			
d) paziente con SC associato a disfunzione ventricolare sinistra <input type="checkbox"/> o a funzione sistolica preservata <input type="checkbox"/>			
e) PDT concluso per esito negativo in data			

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico

Fase I b) - Nuova diagnosi intraospedaliera

Razionale: il periodo successivo alla dimissione è ad alto rischio di re-ospedalizzazione raggiungendo percentuali attorno al 50% entro 6 mesi dalla dimissione. Per tale motivo questa fase necessita una specifica strategia di gestione per ridurre ospedalizzazioni evitabili.

Diversi lavori hanno dimostrato che l'intensificazione delle visite di controllo a breve distanza dalla dimissione possono ridurre le ospedalizzazioni nei 5 mesi critici successivi alla dimissione.

Per ridurre al minimo pertanto le re-ospedalizzazioni possiamo pensare a due opzioni additive:

1) Team Infermieristico Ospedaliero che prepari il paziente alla dimissione dai diversi reparti medici fornendo informazioni sulle terapie, sugli appuntamenti delle visite di controllo e sui numeri da contattare per anticipare il controllo in caso di peggioramento clinico.

2) Appuntamento presso il Centro/ambulatorio per lo Scompenso in tempi brevi per la prima visita e quindi per la presa in carico del paziente dal Centro durante i primi 6 mesi critici dopo la dimissione.

Fase II e III - Invio al Centro/ambulatorio per lo Scompenso per completamento della diagnosi e terapia e titolazione della terapia farmacologica o upgrading terapeutico

Razionale: il percorso diagnostico del paziente con scompenso cardiaco non termina con la documentazione ecocardiografica di SC con funzione sistolica preservata o depressa ma può necessitare di ulteriori accertamenti quali la RM cardiaca, la TC coronarica, la valutazione genetica, ergo-spirometrica, il cateterismo cardiaco destro e/o la coronarografia, al fine di ulteriormente caratterizzare l'eziologia della disfunzione cardiaca.

Ricordiamo che il 60% circa delle disfunzioni sistoliche sono ad eziologia coronarica mentre una percentuale importante delle disfunzioni diastoliche sono ipertensivo-metaboliche

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico

Ruolo del Centro/ambulatorio per lo Scompenso di riferimento è quello di:

- a. Completare la diagnostica indicando l'esecuzione di procedure ad alto costo come la coronarografia, la risonanza magnetica, il test ergo-spirometrico, la consulenza genetica, la Tc coronarica oltre ad altre metodiche diagnostiche e/o prognostiche (***Completamento diagnostico***);
- b. Istruire i pazienti fornendo informazioni relative alla patologia e ai principi di prevenzione delle recidive e di autogestione della terapia farmacologica (***Counseling***);
- c. Titolare le terapie in atto per lo scompenso o iniziarne di nuove per completare il regime farmacologico del paziente (***Titolazione farmacologica***);
- d. Indicare l'esecuzione di un ciclo di riabilitazione motoria (***Indicazione alla terapia motoria***);
- e. Stabilire il programma di controlli successivi alla ottimizzazione terapeutica in funzione della severità clinica o delle patologie concomitanti in coordinazione con i medici di medicina generale (***Programmazione del follow-up***);
- f. Proporre ai pazienti la partecipazione a studi clinici (***Ricerca scientifica***).

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico

Follow-up in collaborazione tra Centro/Ambulatorio Scompenso e MMG

La fase di follow-up è caratterizzata da una terapia farmacologica ottimizzata e da una diagnostica sostanzialmente già eseguita o comunque ritenuta soddisfacente. Le caratteristiche della patologia Scompenso cardiaco cronico, come la diminuzione della capacità funzionale e delle condizioni di compenso del paziente nel tempo, tali da richiedere modifiche frequenti della terapia farmacologica (dal Data-base In-CHF ANMCO cioè avviene mediamente una valutazione). Quest'ultima inoltre, essendo costituita da numerosi farmaci in un contesto emodinamico relativamente instabile può comportare variazioni significative e pericolose dei parametri ematocinematici. La valutazione di farmaco-vigilanza ha un'importanza notevole nel decorso della patologia.

Le priorità di questa fase sono importanti:

Coordinazione tra i referenti: MMG e Specialista del Centro/Ambulatorio Scompenso

La coordinazione inizia in occasione del passaggio di consegne tra Centro per lo Scompenso e MMG dopo la fase II e III e successivamente durante tale fase di follow-up tra MMG e medico del Centro attraverso:

Modulo di continuità assistenziale Al termine della fase II e III viene redatto un modulo di continuità assistenziale del malato dove vengono riportati: la diagnosi del paziente, la terapia in corso, gli appuntamenti programmati presso il Centro e le condizioni favorevoli/aggravanti lo scompenso da monitorare nel singolo paziente (Modulo n. 2).

Reperibilità del Centro/Ambulatorio Scompenso mediante e-mail e/o reperibilità telefonica secondo l'organizzazione locale.

Monitoraggio della stabilità clinica:

Il MMG è controllare nella fase di follow up, come nelle fasi precedenti e fino alla successiva visita programmata, la presenza dei criteri di stabilità di seguito riportati:

Il giudizio di stabilità dell'insufficienza cardiaca:

- Assenza di sintomi di scompenso a riposo
- Assenza di peggioramento di tolleranza fisica in base alla classe NYHA
- Assenza/stabilità della soglia di angina
- Assenza di aritmie sintomatiche
- Esame obiettivo invariato
- Peso corporeo stabile (variazioni <3 Kg durante le 2 ultime settimane)
- Pressione sistolica invariata o anche ipotensione se è ben tollerata
- Funzionalità renale invariata (creatinina, azotemia, eventuale filtrato glomerulare)
- Sodiemia > 134 mEq/l
- Risoluzione e/o stabilizzazione di causa reversibile di co-morbidità
- Assenza di effetti collaterali da farmaci
- Hb maschi >11 g%, femmine >10 g%

Prevenire le condizioni favorevoli/aggravanti lo scompenso cardiaco che possono manifestarsi durante il follow-up:

Condizioni favorevoli/aggravanti lo scompenso cardiaco:

Malattie degli organi ed apparati, specialmente respiratorie (particolare indicazione di attenzione alle vaccinazioni come utile strumento preventivo);

- Anemia;
- Sanguinamento gastro-intestinale;
- Ipo/ipertiroidismo;

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico

Classe V - Riacutizzazione

Definizione: Lo SC si caratterizza tipicamente per frequenti ospedalizzazioni. Lo scompenso cardiaco acuto ha attualmente una mortalità intraospedaliera maggiore dell'infarto miocardico acuto, risultando la nuova sfida in ambito cardiovascolare. Criteri specifici per indicare il ricovero ed un percorso unitario e condiviso per gestire le riacutizzazioni non gravi non sono presenti in letteratura. Ma l'identificazione dell'instabilizzazione lieve consente il trattamento della stessa prima che sia causa di ricovero. Il riconoscimento di tale condizione passa attraverso il riconoscimento di queste condizioni così schematizzate:

Fattori e criteri clinici di instabilizzazione

Incremento ponderale > 3 Kg in tre giorni;

Evidenza elettrocardiografica e/o sospetto clinico di ischemia miocardica acuta, comparsa di BBS non preesistente;

Instabilizzazione del compenso: FC elevata; Ipotensione arteriosa persistente e/o sintomatica; Disturbi mentali attribuibili ad ipoperfusione cerebrale;

Comparsa di classe funzionale NYHA IV non preesistente;

Comparsa di dispnea, astenia, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali (NYHA III) o a riposo (NYHA IV), con conseguente grave limitazione dell'attività quotidiana oppure anasarca e/o severi edemi declivi con gravi segni di congestione venosa (turgore giugulare, epatomegalia) nonostante incremento della terapia diuretica orale o endovenosa;

Parametri biochimici indicativi di danno d'organo correlato con lo scompenso: oligo-anuria o comparsa/peggioramento d'insufficienza renale con creatininemia > 2,5 mg/dl,

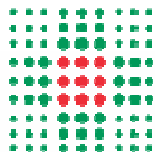
Comparsa/peggioramento di danno epatico con transaminasi > 80 U/L, bilirubina tot > 1,5 mg/dl;

Arritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo (> 130 bpm) o con bassa frequenza cardiaca (< 50 bpm);

Comparsa/aggravamento di malattie extracardiache concomitanti aggravanti lo scompenso (processi flogistici/infettivi, anemia, BPCO riacutizzata ecc) non responsive ai trattamenti eziologici o sintomatici;

Mancata aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica per problemi cognitivi del paziente ed inadeguata assistenza domiciliare (difficoltà a gestire terapia anche endovenosa).

Una volta identificata una condizione di instabilizzazione il paziente può essere reinviato al Centro/Ambulatorio per instaurare trattamenti specifici o gestito dal MMG presso il proprio ambulatorio qualora il quadro clinico lo permetta.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento Cure Primarie

**Percorso Terapeutico
e Assistenziale dello
Scompensso Cardiaco**



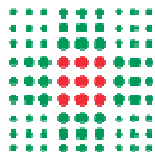
**Casa della Salute "Terre e Fiumi"
Via Roma, 18 - Copparo**

PDTA basato su linee guida RER

Costruzione del percorso da parte del
team integrato

MMG CARDIOLOGO INFERMIERE

Costruzione del Registro di patologie
dello Scompensso



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



FASI DEL PERCORSO



Dipartimento Cure Primarie

Percorso Terapeutico
e Assistenziale dello
Scompenso Cardiaco

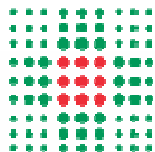


Casa della Salute "Terre e Fiumi"
Via Roma, 18 - Copparo

Identificazione, arruolamento e invio dei pazienti da parte dei MMG al Punto di Accoglienza con impegnativa specificando **PERCORSO SCOMPENSO**

Programmazione della prima visita da parte dell'infermiere del PDA nell'agenda dedicata

Esecuzione della 1° Visita specialistica con inquadramento congiunto cardiologo e infermiere ed elaborazione del **PIANO di CURA INDIVIDUALE** dove sono definiti gli **OBIETTIVI** a breve, medio e lungo termine



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento Cure Primarie

**Percorso Terapeutico
e Assistenziale dello
Scompenso Cardiaco**

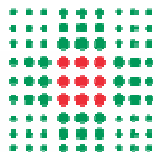


**Casa della Salute "Terre e Fiumi"
Via Roma, 18 - Copparo**

Trasmissione del Referto Specialistico e dell'Accertamento Infermieristico al medico curante in modalità SOLE

Programmazione degli appuntamenti per le visite e gli accertamenti prescritti dal cardiologo da parte dell'infermiere

Programmazione presso l'ambulatorio infermieristico degli interventi di educazione sanitaria e di counselling e dei follow up telefonici



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento Cure Primarie

Percorso Terapeutico
e Assistenziale dello
Scompenso Cardiaco



Casa della Salute "Terre e Fiumi"
Via Roma, 18 - Copparo

L'Attività di **COUNSELLING** ha l'obiettivo di aumentare la assunzione di **RESPONSABILITÀ DA PARTE DEL PAZIENTE** nella gestione della propria malattia

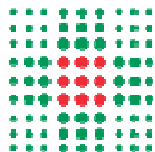
Accertarsi che il paziente abbia compreso l'importanza di monitorare il Peso, la Pressione Arteriosa e la comparsa di Edemi Declivi

Spiegare come e perché contattare l'Ambulatorio dello Scompenso, l'importanza di non auto-sospendersi la terapia

Attuare interventi di Educazione sanitaria sui Fattori di Rischio (fumo, obesità, sedentarietà).

Promuovere stili corretti di vita
(DIETA, FUMO, ATTIVITÀ FISICA)

Educare alla corretta assunzione dei farmaci e loro gestione.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento Cure Primarie

**Percorso Terapeutico
e Assistenziale dello
Scompenso Cardiaco**



Casa della Salute "Terre e Fiumi"
Via Roma, 18 - Copparo

**La Chiamata attiva telefonica ha l'obiettivo
di monitorare periodicamente l'utente**

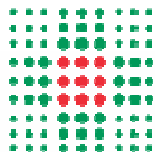
Sulla sintomatologia soggettiva

Sulla assunzione dei farmaci

**Sulla capacità di svolgere le attività
quotidiane**

**Sulla modificazione della qualità del riposo
notturno**

Sulla modificazione del peso corporeo



Alcuni dati Attività (dal 25 Novembre 2015)



Dipartimento Cure Primarie

Percorso Terapeutico e Assistenziale dello Scompenso Cardiaco



Casa della Salute "Terre e Fiumi"
Via Roma, 18 - Copparo

105 Pazienti inviati dal MMG
42 pazienti arruolati
42 incontri di counselling ambulatoriali
17 pazienti seguiti dall'infermiere
anche telefonicamente
Sono stati organizzati incontri con il
team e gruppo di progetto per
restituzione dati e valutazione
criticità con definizione degli obiettivi
di miglioramento.

PDTA Scompensso Cardiaco

INDICATORI

N° casi segnalati da MMG

N° visite

N° interventi di educazione sanitaria/ totale utenti segnalati

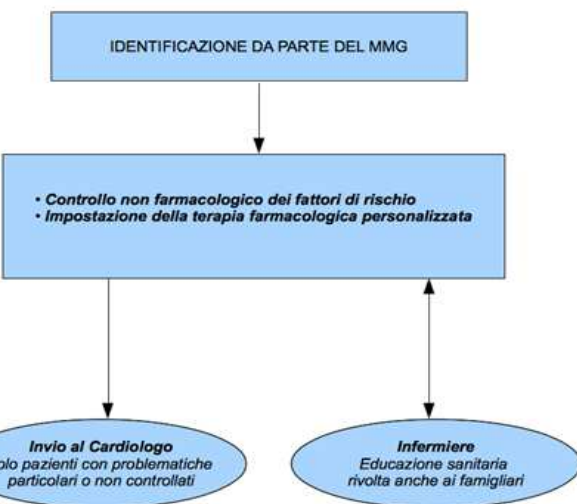
N° schede informatiche compilate e complete/ totale pazienti reclutati

Costruzione del registro di patologia

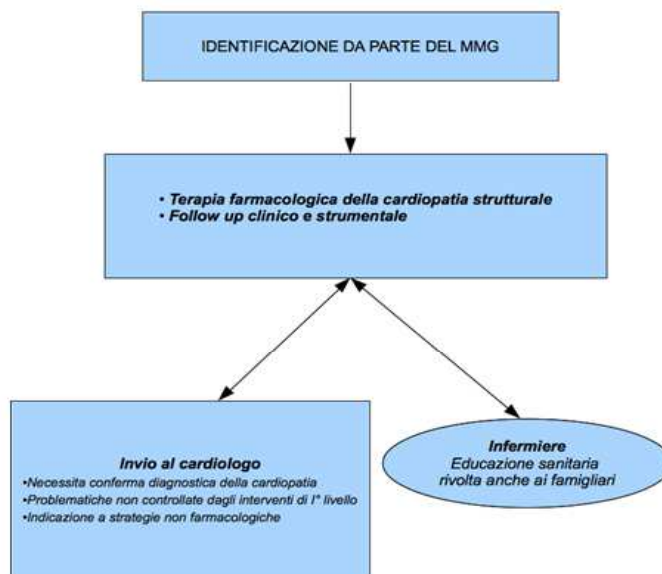
Tasso di ospedalizzazione e riospedalizzazione per scompenso cardiaco

Tasso di mortalità totale e per cause cardiovascolari

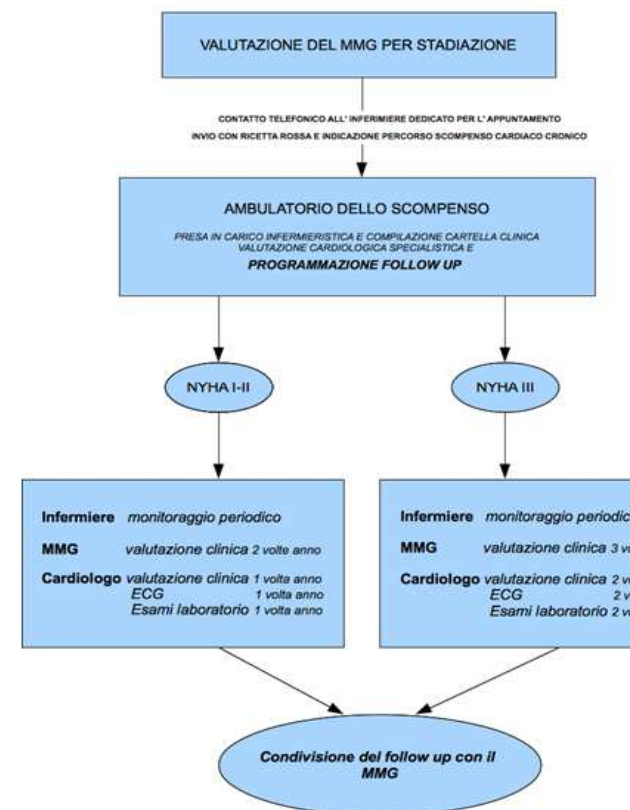
STADIO A PAZIENTE A RISCHIO ELEVATO DI SCOMPENSO SENZA SINTOMI O CARDIOPATIA NOTA



STADIO B PAZIENTI ASINTOMATICI CON CARDIOPATIA STRUTTURALE NOTA A RISCHIO DI EVOLUZIONE



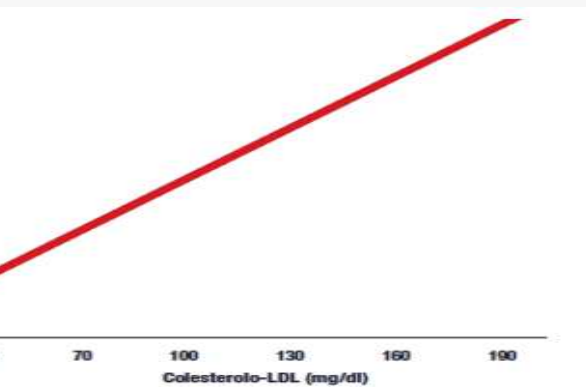
STADIO C PAZIENTE CON CARDIOPATIA STRUTTURALE CON SINTOMI ATTUALI O PREGRESSI DI SCOMPENSO CARDIACO



TRATTAMENTO POST-IMA CON STATINE

Trattamento del paziente post IMA con statine: la continuità assistenziale tra ospedale e MMG

epidemiologici condotti a partire dagli anni '60 lo scorso (Seven Countries Study, Framingham study, Multiple Risk Factor Interventional Trial [1])



Questa correlazione è dimostrata da una grande quantità di dati provenienti dagli studi sulla terapia ipocolesterolemizzante. I dati indicano che ad ogni variazione di colesterolo-LDL di 30 mg/dl il rischio relativo di CI varia proporzionalmente di circa il 30%. Per i livelli di colesterolo-LDL = 40 mg/dl, il rischio relativo è pari a 1.

1
e log-lineare tra livelli di colesterolo LDL e rischio relativo di malattia ischemica (CI) (da Grundy et al. 7).

Diversamente dalla fase ospedaliera, il trattamento con statine nella fase di convalescenza, come pure nel medio periodo dopo l'infarto, dovrà procedere in ragione dei valori di C-LDL. Tale parametro lipidico costituisce infatti il principale target dell'intervento preventivo.

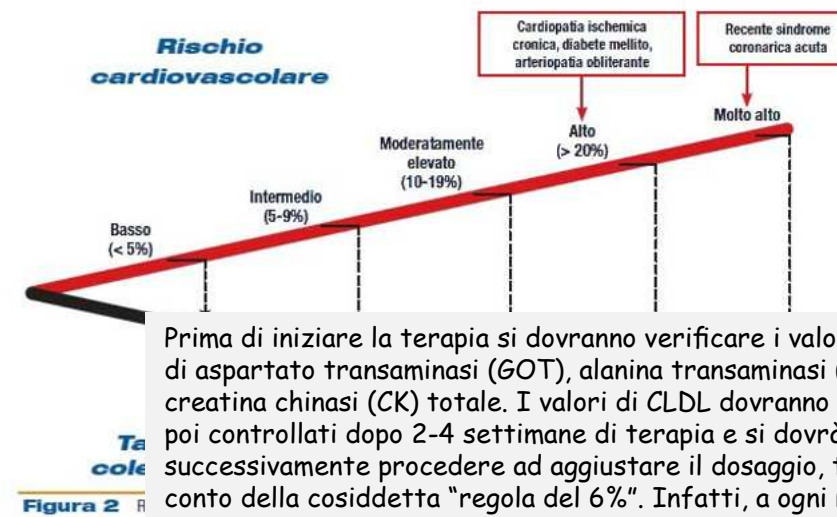


Figura 2

Prima di iniziare la terapia si dovranno verificare i valori di aspartato transaminasi (GOT), alanina transaminasi (GPT) e creatina chinasi (CK) totale. I valori di LDL dovranno poi controllati dopo 2-4 settimane di terapia e si dovrà successivamente procedere ad aggiustare il dosaggio, tenendo conto della cosiddetta "regola del 6%". Infatti, a ogni aumento del dosaggio di una qualsiasi statina corrisponde un'ulteriore riduzione del 6% circa del valore di C-LDL. Appare quindi evidente che in caso di valori iniziali particolarmente elevati di C-LDL è del tutto inutile iniziare il trattamento con agenti a ridotta efficacia ipolipemizzante. I valori di GOT, GPT e CK totale devono essere ricontrattati dopo 4-8 settimane di terapia, mentre successivi controlli possono avere cadenza semestrale o annuale.

Atorvastatina	Simvastatina	Pravastatina	Fluvastatina	Rosuvastatina	Riduzione C-LDL
	10 mg	20 mg	40 mg		20-31%
10 mg	20 mg	40 mg	80 mg	5 mg	32-36%
20 mg	40 mg			10 mg	37-42%
40 mg				20 mg	43-50%
80 mg				40 mg	51-60%

Riduzione percentuale di colesterolo LDL necessaria a raggiungere il target					
		Valore iniziale di colesterolo LDL (mg/dl)			
		100	130	160	190
Valore target da raggiungere	100	-	23%	38%	47%
	70	30%	46%	56%	63%

I diversi colori si riferiscono ai dosaggi delle diverse molecole; ad esempio il rosso significa che per raggiungere il valore previsto è necessario ricorrere ad atorvastatina 80 mg o rosuvastatina 40 mg (vedi tabella precedente sull'efficacia comparata delle diverse statine).

	PROVE-IT	A-to-Z	TNT
Incidenza rabdomiolisi terapia standard	0%	0%	0,06%
Incidenza rabdomiolisi terapia intensiva	0%	0,13%	0,04%
Incidenza danno epatico* terapia standard	1,1%	0,36%	0,18%
Incidenza danno epatico* terapia intensiva	3,3%	0,84%	1,2%

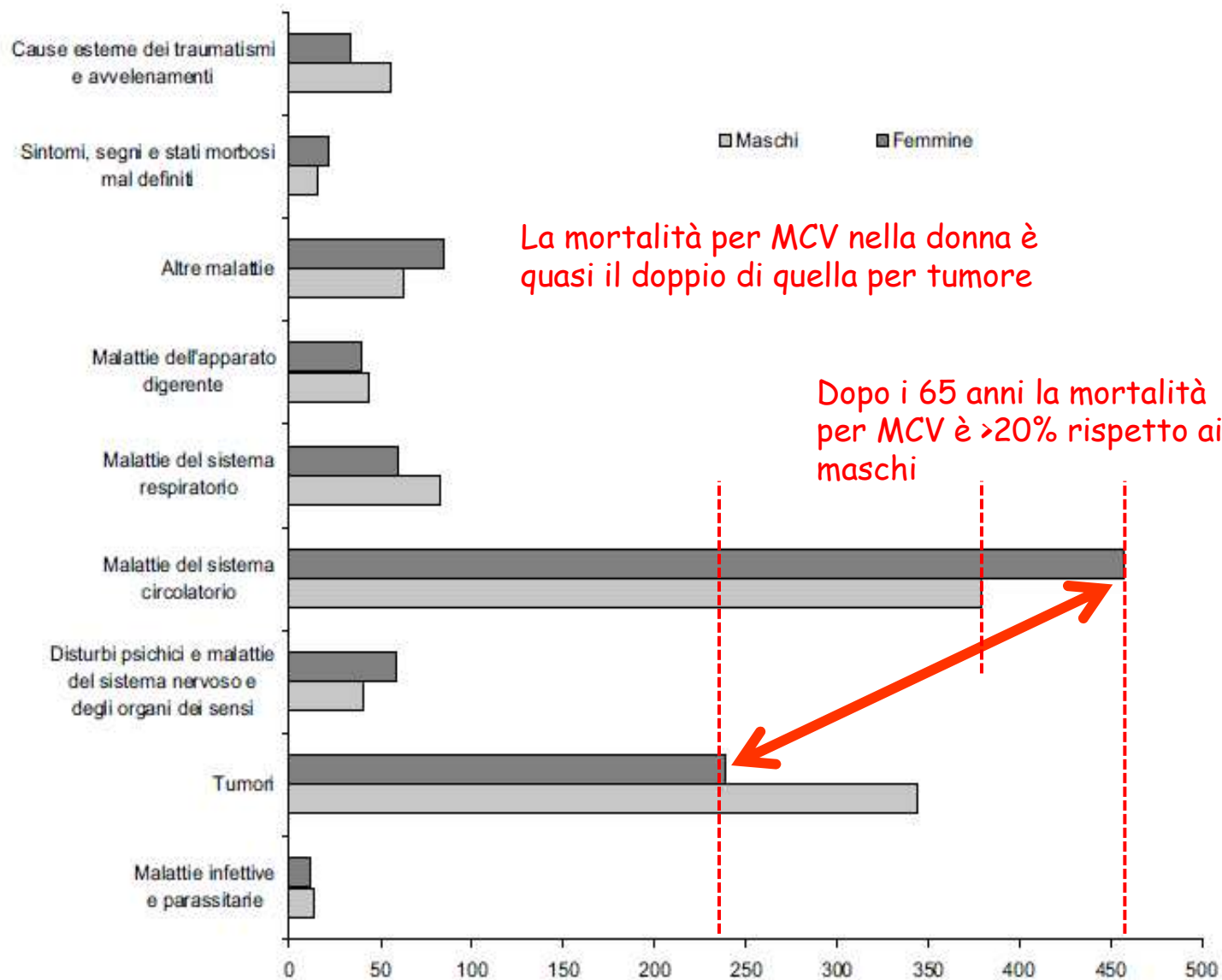
* Elevazione delle transaminasi di almeno 3 volte i valori normali.

Donne e malattie cardiovascolari

- MCV prima causa di morte nella popolazione femminile in Europa, incidenza è largamente superiore ad ogni altra causa di morte, incluso il tumore della mammella.
- Il rischio di MCV è basso in età riproduttiva e aumenta dopo la menopausa
- Dopo i 75 anni la prevalenza delle MCV nelle donne supera quella per gli uomini.
- Diffusa percezione di sottostima delle MCV del sesso femminile, sia fra i clinici che fra le stesse donne.

Cardiopatie: prima causa di morte (e ricovero) nella donna

Mortalità per gruppo di cause - Anno 2003 (quozienti per 100.000 abitanti)

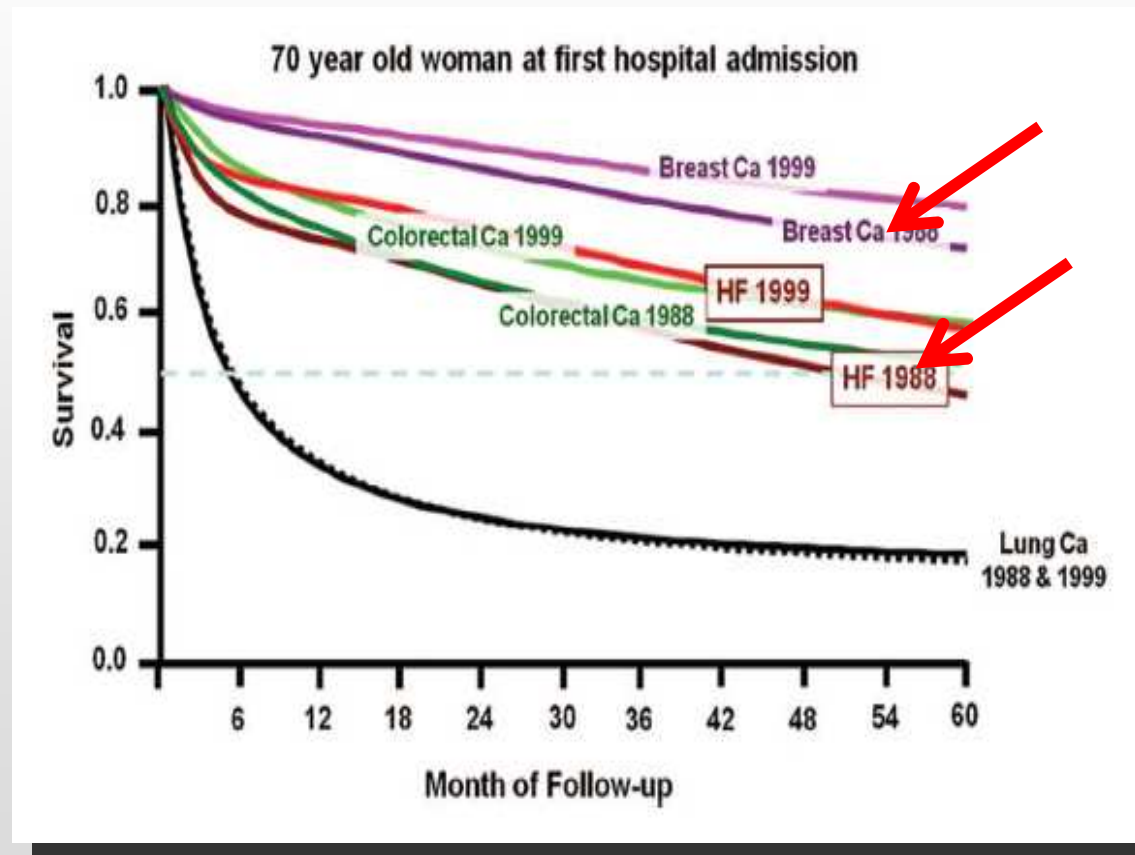


Population Impact of Heart Failure and the Most Common Forms of Cancer

A Study of 1 162 309 Hospital Cases in Sweden (1988 to 2004)

Lo Scompensso cardiaco (che dopo i 65 anni è una patologia prevalente nel sesso femminile) ha una mortalità più elevata del cancro mammario

(Ma le donne hanno paura del cancro e non delle mcv)



like most common forms of cancer, HF exerts a major health burden in respect to age-adjusted rates of first hospitalization, poor overall survival, and premature life-years lost

Stewart et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:573-580.

Come si manifesta « l'attacco di cuore » nella donna

THIS IS WHAT A HEART ATTACK FEELS LIKE TO A WOMAN.



CHEST PAIN, DISCOMFORT, PRESSURE OR SQUEEZING, LIKE THERE'S A TON OF WEIGHT ON YOU



UNUSUAL UPPER BODY PAIN, OR DISCOMFORT IN ONE OR BOTH ARMS, BACK, SHOULDER, NECK, JAW OR UPPER PART OF THE STOMACH



BREAKING OUT IN A COLD SWEAT



LIGHT-HEADEDNESS OR SUDDEN DIZZINESS



NAUSEA



UNUSUAL FATIGUE



SHORTNESS OF BREATH

If you experience any one of these symptoms, don't make excuses for them.



Make the Call. Don't Miss a Beat.



Grazie per l'attenzione

