



**Prossimità e organizzazione
delle cure: la medicina generale
di domani tra demografia e cronicità**

**Gestione condivisa della
cardiopatía ischemica
cronica.**

Dott.ssa Alessandra Taraschi

**76° CONGRESSO
NAZIONALE**

7-12 ottobre 2019
Tanka Village - Villasimius (CA)

FIMMG®
Federazione Italiana Medici di Famiglia

Meds
Società Italiana Medici di Famiglia



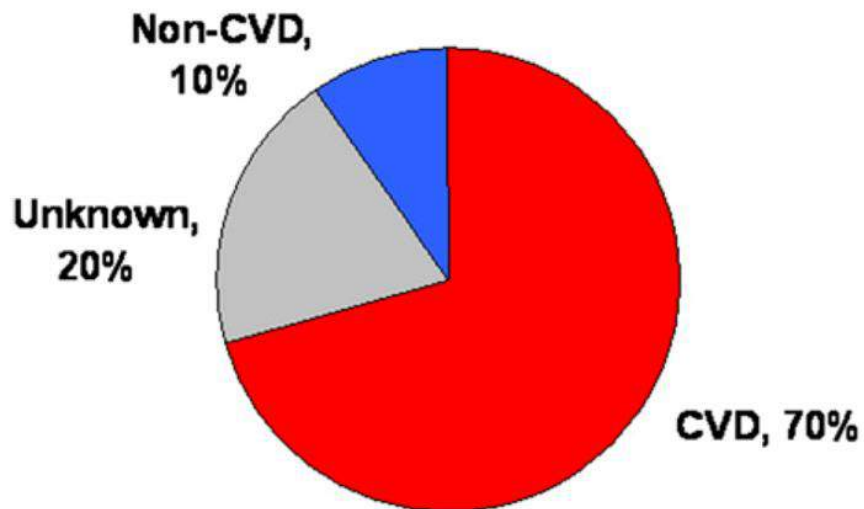
Perché cercare percorsi condivisi tra MMG e cardiologo?

✓ Nel Paziente post-PCI la causa di morte cardiovascolare è più frequente solo nel primo mese dopo la procedura percutanea di rivascolarizzazione:

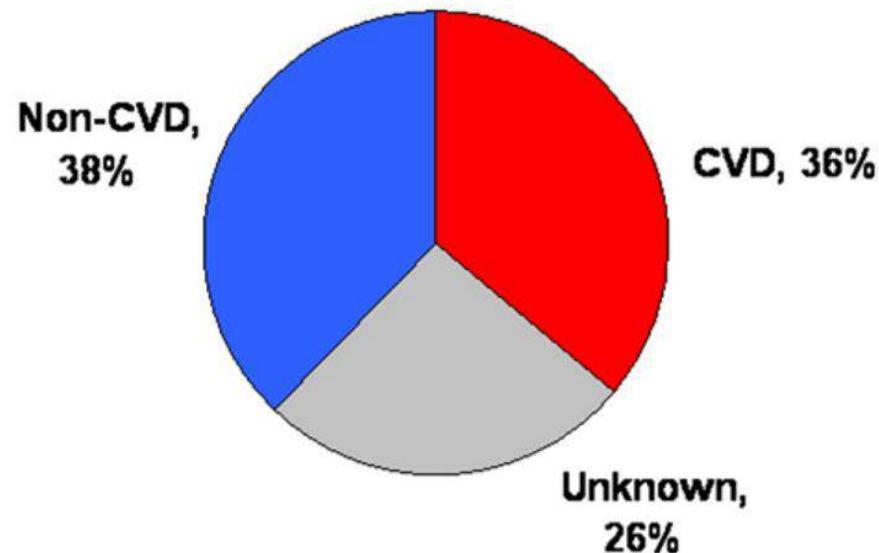
A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

Catheterization and Cardiovascular Interventions 85:E129–E139 (2015)

Deaths Within 1 Month



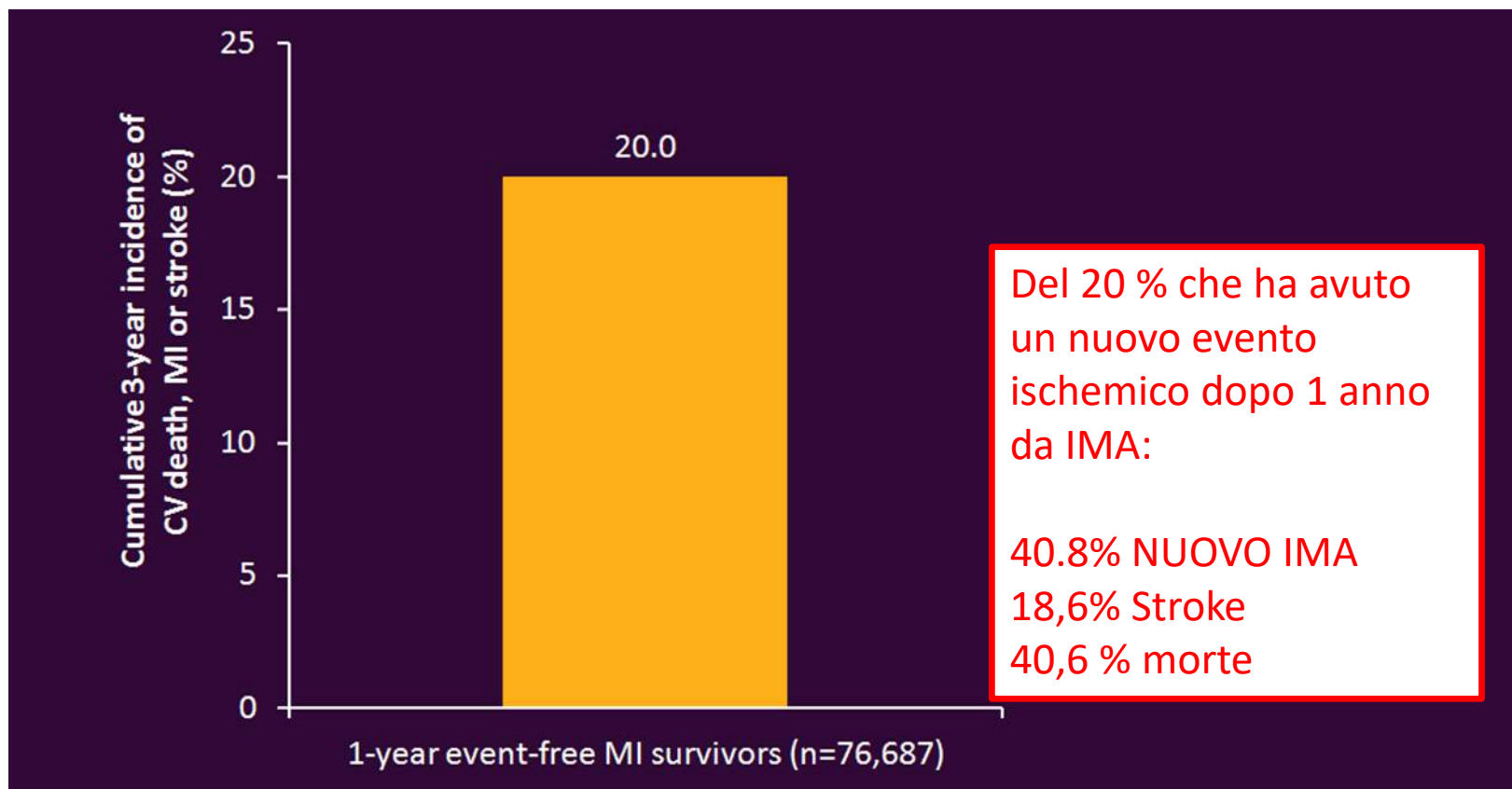
Deaths Between 1-12 Months



Distribution of mortality subgroups within the first month and between 1 and 12 months after PCI.

Mode of death after contemporary percutaneous coronary intervention: A report from the Evaluation of Drug Eluting Stents and Ischemic Events registry. Am Heart J 2011;162:914-21.

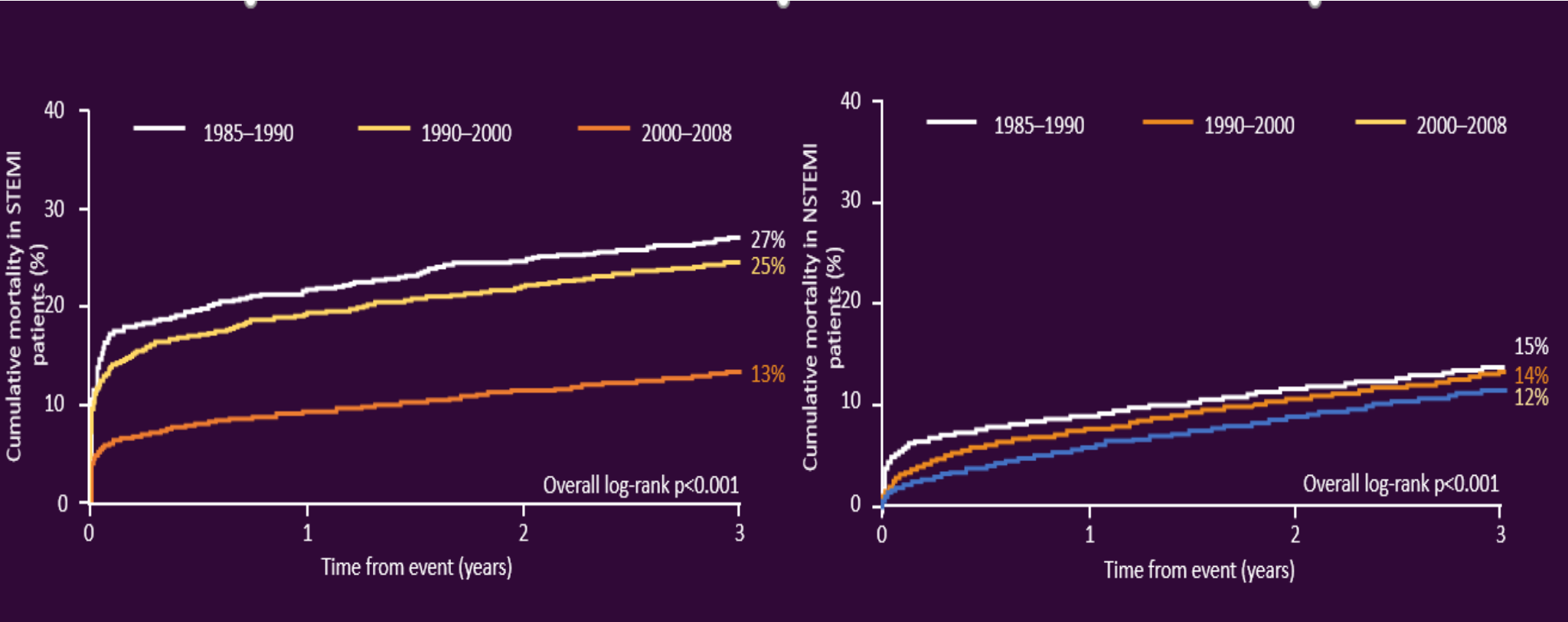
Morte, Infarto, Stroke in pz sopravvissuti 1 anno dopo IMA



Jernberg T, et al. Eur Heart J 2015;36:1163–1170

Nonostante il miglioramento del tempo della sopravvivenza, 1 paziente su 8 morirà nei 3 anni dopo uno STEMI o un NSTEMI

Studio prospettico a 3 anni in una coorte consecutiva di STEMI/NSTEMI (Nauta, 2011)



STEMI, ST-segment elevation myocardial infarction. Adapted from: Nauta ST et al. PLoS One 2011;6:e26917.

Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity

Care of patients with multimorbidity could be improved if new technology is used to bring together guidelines on individual conditions and tailor advice to each patient's circumstances, say **Bruce Guthrie and colleagues**

Bruce Guthrie *professor of primary care medicine*¹, Katherine Payne *professor of health economics*², Phil Alderson *associate director*³, Marion E T McMurdo *professor of ageing and health*¹, Stewart



BMJ 2012;345:e6341

Percentage of patients with the row condition who also have the column condition

	Coronary heart disease	Hypertension	Heart failure	Stroke/transient ischaemic attack	Atrial fibrillation	Diabetes	Chronic obstructive pulmonary disease	Painful condition	Depression	Dementia	Percentage who only have the row condition*	Mean No of conditions in people aged <65 years with row condition	Mean No of conditions in people aged ≥65 years with row condition
Coronary heart disease	52	14	13	11	22	13	24	17	9	8.8	3.4	4.4	
Hypertension	18	5	10	6	18	8	19	14	2	21.9	2.5	3.6	
Heart failure	59	57	16	26	23	18	23	17	4	2.8	3.9	5.6	
Stroke/transient ischaemic attack	29	61	8	13	19	13	22	21	5	6.0	3.6	4.8	
Atrial fibrillation	37	55	21	20	19	13	18	14	5	6.5	3.3	5.0	
Diabetes	23	54	6	9	6	8	21	18	2	17.6	2.9	6.5	
Chronic obstructive pulmonary disease	19	33	6	8	6	11	23	18	2	14.3	2.8	4.5	
Painful condition	16	36	3	6	3	13	10	31	3	12.7	3.1	4.3	
Depression	10	23	2	5	2	9	7	27	3	25.4	2.6	4.9	
Dementia	21	41	6	18	10	13	9	17	32	5.3	4.1	4.6	

* Percentage who do not have one of 39 other conditions in the full count

Comorbidity of 10 common conditions among UK primary care patients²



ADERENZA ALLA TERAPIA

“La **scarsa aderenza** alle terapie croniche **compromette** gravemente l'efficacia del **trattamento** caratterizzandosi come un elemento critico per la salute della popolazione sia dal punto di vista della qualità di vita che dell'economia sanitaria.

Interventi tesi ad **aumentare l'aderenza** consentono un significativo **ritorno degli investimenti sia in prevenzione primaria sia in prevenzione secondaria**.

L'aderenza è un importante “modificatore” dell'efficacia dei sistemi Sanitari.

Aumentare l'aderenza terapeutica può avere un impatto sulla salute della popolazione molto maggiore di ogni miglioramento di specifici trattamenti terapeutici”.



3.2 Aderenza e persistenza al trattamento con le statine

La popolazione in studio comprende un totale di 191.276 soggetti nuovi utilizzatori

Tabella 3.2.1. Aderenza al trattamento con statine nella popolazione di età ≥ 45 anni

Età	Bassa aderenza (%)**†	Alta aderenza (%)**†
45-54 anni	40,4	21,7
55-64 anni	41,0	20,8
65-74 anni	42,1	19,7
75-84 anni	42,3	20,7
≥ 85 anni	41,1	22,5
Donne	46,2	15,6
Uomini	36,4	26,2
Totale	41,6	20,6

*L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80 % del periodo di osservazione (per ulteriori dettagli consultare i metodi statistici).

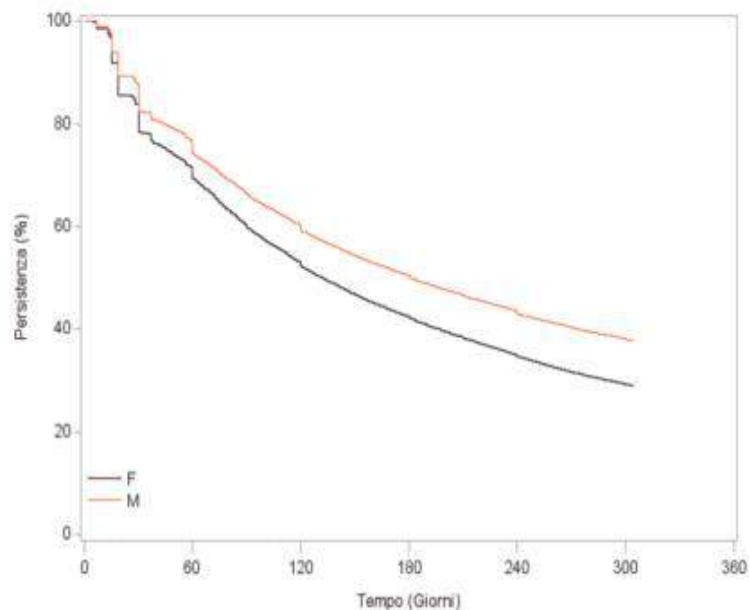
† Percentuali dei soggetti con bassa/alta aderenza relativamente alla categoria specificata.

L'aderenza più elevata è stata osservata nei soggetti di età ≥ 85 anni (22,5%), mentre i soggetti meno aderenti sono quelli con un'età compresa tra i 65 e gli 84 anni di età (42,3%).

3.2 Aderenza e persistenza al trattamento con le statine

La popolazione in studio comprende un totale di 191.276 soggetti nuovi utilizzatori

Figura 3.2.1. Tempo (in giorni) alla discontinuazione del trattamento con statine nella popolazione di età ≥ 45 anni stratificato per genere, le curve sono aggiustate per età (il modello di Cox è stato utilizzato per la stima delle curve di persistenza).



Nota: Un'interruzione al trattamento si verifica se il soggetto non ha una prescrizione erogata entro 60 giorni (per maggiori dettagli consultare i metodi statistici). Per questo motivo, non possono osservarsi interruzioni negli ultimi 60 giorni dalla fine del follow-up (365 giorni).

A 150 giorni dall'inizio della terapia la probabilità di interrompere il trattamento è del 50%, con una marcata differenza tra uomini (180 giorni) e donne (130 giorni).

Inoltre, il tempo mediano all'interruzione del trattamento raggiunge un picco massimo nella fascia di età compresa tra i 55 e i 64 anni, sia per gli uomini (190 giorni) che per le donne (138 giorni)

Farmaci soggetti ai registri di monitoraggio e accordi di rimborsabilità condizionata

Tabella 6.1.3. Numero di pazienti arruolati per categoria ICD11 (anni 2016-2018)

ICD: International Classification of Diseases

ICD 11	Pazienti N.			Incidenza %			Δ%	
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	17-16	18-17
Malattie infettive e parassitarie	65.574	110.551	166.514	5,5	6,7	7,8	68,59	50,62
Tumori	263.192	329.181	389.612	22,2	20,1	18,3	25,07	18,36
Malattie del Sangue e organi emopoietici	3.021	3.949	4.946	0,3	0,2	0,2	30,72	25,25
Malattie del sistema immunitario	647	912	1.173	0,1	0,10	0,1	40,96	28,62
Malattie delle ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	2.392	4.663	9.022	0,2	0,3	0,4	94,94	93,48
Malattie del sistema nervoso	7.704	9.145	10.907	0,6	0,6	0,5	18,70	19,27
Malattie del sistema circolatorio	567.540	815.549	1.093.929	47,8	49,8	51,3	43,70	34,13
Malattie dell'apparato Respiratorio	5.647	7.261	9.267	0,5	0,4	0,4	28,58	27,63
Malattie dell'apparato digerente	2.317	3.085	3.287	0,2	0,2	0,2	33,15	6,55
Malattie della pelle	1.760	1.919	2.299	0,1	0,1	0,1	9,03	19,80
Malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	95.522	130.226	168.524	8,0	8,0	7,9	36,33	29,41
Totale	1.187.269	1.637.973	2.133.231	100,0	100,0	100,0	37,96	30,24

* Il numero complessivo non è confrontabile con il numero riportato in tabella 6.1.1, considerando che un paziente può aver ricevuto più trattamenti appartenenti a categorie differenti

Nuovi anticoagulanti orali (NAO)

I nuovi anticoagulanti orali (NAO) sono stati ammessi alla rimborsabilità, a partire dal 2013, per la prevenzione dell'ictus cerebrale e dell'embolia sistemica per i pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV), per il trattamento e prevenzione delle recidive della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP) negli adulti.

Il primo farmaco disponibile è stato dabigatran (a partire dal 16/06/2013), seguito da rivaroxaban (13/09/2013), apixaban (07/01/2014) e infine edoxaban (ammesso alla rimborsabilità dal 09/09/2016).

Tabella 6.1.7. Pazienti avviati al 31/12/2018 con età mediana dei pazienti (dettaglio per farmaco)

	Apixaban		Dabigatran		Edoxaban		Rivaroxaban		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pazienti	294721	30,7	249976	26,1	97175	10,1	317359	33,1	959231	100
Età, aa mediana (range)	79,6 (18-109)		77,1 (18-102)		79,4 (19-105)		77,9 (18-106)		78 (18-109)	
<65	23.434	8,0	31.038	12,4	8.725	9,0	37.823	11,9	101.020	10,5
65-74	67.315	22,8	71.850	28,7	22.572	23,2	82.501	26,0	244.238	25,5
75-84	130.117	44,1	108.876	43,6	41.250	42,4	136.718	43,1	416.961	43,5
≥85	73.855	25,1	38.212	15,3	24.628	25,3	60.317	19,0	197.012	20,5
Genere										
Donne	154.919	52,6	115.954	46,4	51.428	52,9	156.072	49,2	478.373	49,9
Uomini	139.802	47,4	134.022	53,6	45.747	47,1	161.287	50,8	480.858	50,1

Inibitori della PCSK-9 nel trattamento dell'ipercolesterolemia

Nel 2017 sono stati ammessi alla rimborsabilità i primi due farmaci con un nuovo meccanismo d'azione (anticorpi monoclonali diretti contro la proteina PCSK9, coinvolta nel *recycling* del recettore di membrana per le lipoproteine LDL) per il trattamento dell'ipercolesterolemia: evolocumab, disponibile dall'8/2/2017, e alirocumab, dal 7/3/2017.

Le indicazioni rimborsate a carico del SSN per entrambi i medicinali sono:

- in prevenzione primaria in pazienti di età ≤ 80 aa con ipercolesterolemia familiare eterozigote e livelli di LDL-C ≥ 130 mg/dL, nonostante terapia da almeno 6 mesi con statina ad alta potenza alla massima dose tollerata + ezetimibe oppure con dimostrata intolleranza alle statine;
- in prevenzione secondaria in pazienti di età ≤ 80 aa con ipercolesterolemia familiare eterozigote o ipercolesterolemia non familiare o dislipidemia mista e livelli di LDL-C ≥ 100 mg/dL, nonostante terapia da almeno 6 mesi con statina ad alta potenza alla massima dose tollerata + ezetimibe oppure con dimostrata intolleranza alle statine.

Tabella 6.1.9. Caratteristiche basali dei pazienti all'avvio del trattamento con anti PCSK-9

Farmaco	Alirocumab	Evolocumab	TOTALE
	N (%)	N (%)	N (%)
Totale pazienti	3.056 (43,3)	4.000 (56,7)	7.056
Donne	1.037 (33,9)	1.377 (34,4)	2.414 (34,2)
Uomini	2.019 (66,1)	2.623 (65,6)	4.642 (65,8)
Età mediana (range)	62 (19-81)	62 (18-83)	62 (18-83)
Precedente trattamento con anti-pcsk9	27 (0,9)	23 (0,6)	50 (0,7)
Tipo di ipercolesterolemia			
HoFH*	0	53 (1,3)	53 (0,8)
HeFH	921 (30,1)	1.040 (26,0)	1.961 (27,8)
noFH	1.384 (45,3)	1.937 (48,4)	3.321 (47,1)
MD	751 (24,6)	970 (24,3)	1.721 (24,4)
Utilizzo in prevenzione CVD			
Prevenzione primaria	475 (15,5)	572 (14,3)	1.047 (14,8)
Prevenzione secondaria	2.581 (84,5)	3.428 (85,7)	6.009 (85,2)
Comorbidità rilevanti §			
Malattia cardiovascolare (cardiopatia ...)	2.133 (69,8)	2.876 (71,9)	5.009 (71,0)
Malattia cerebrovascolare (pregresso ictus)	267 (8,7)	306 (7,7)	573 (8,1)
Arteriopatia periferica	480 (15,7)	662 (16,6)	1.142 (16,2)
Diabete mellito	631 (20,6)	791 (19,8)	1.422 (20,2)
Iperensione arteriosa	1.842 (60,3)	2.604 (65,1)	4.446 (63,0)
Nessuna	316 (10,3)	332 (8,3)	648 (9,2)
Abitudine al fumo			
Presente	412 (13,5)	555 (13,9)	967 (13,7)
Pregressa	1.059 (34,7)	1.531 (38,3)	2.590 (36,7)
Assente	1.585 (51,9)	1.914 (47,9)	3.499 (49,6)

Partendo da questi presupposti, chi si occupa di:

- Rivalutare la c
- Monitorare
- Valut
- Titolare i farmaci, conti
- Svolgere attività di c



arte a lungo termine
ificarsi **dell'angina**
ella terapia
sunti in modalità e posologie
ificazione degli **stili di vita**

Il medico di medicina generale!!!



Non esiste un percorso di follow-up standardizzato per un paziente dimesso per cardiopatia ischemica.

Conseguenze per il **paziente** in termini organizzativi → **non sa cosa fare**

Conseguenze per il **medico** in termini assistenziali → non necessariamente conosce la **procedura più corretta** da seguire

Conseguenze per il **sistema sanitario** in termini di spesa pubblica → un paziente non seguito secondo percorsi validati incorre più facilmente in **recidive**.

... in più..

1) **Comunicazione inappropriata** fra specialisti ospedalieri e medici di famiglia



In un contesto in cui si assiste ad una **mancaza di un percorso condiviso** tra ospedale e territorio nella gestione del paziente post cardiopatia ischemica la **comunicazione riveste un ruolo fondamentale.**



2) Necessità di counselling sugli stili di vita e sull'aderenza terapeutica

La gestione a lungo termine del paziente prevede **non solo la gestione clinica** del paziente (monitorare l'angina, la titolarizzazione dei farmaci quali statine, ACE-I, beta bloccanti, ARB, la valutazione globale del paziente) ma anche un appropriato **counselling sugli stili di vita^{1,2} e sull'aderenza³ alla terapia**

1 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without Persistent ST-segment elevation

2 Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes. Chow CK¹, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S.

3 Health Search Database, percentuali di pazienti con infarto miocardico (con almeno una prescrizione della classe farmacologica) che assumono il farmaco per almeno un anno successivo all'evento



..dall'analisi della letteratura sono emersi gli aspetti focali per la realizzazione di un percorso di follow-up:

- I maggiori determinanti per la strategia di Follow-up:
 - A. Funzione ventricolare sinistra alla dimissione
 - B. Malattia multivasale
 - C. Diabete mellito
 - D. PCI incompleta o con risultato subottimale
 - E. Scenario clinico (SCA vs CAD stabile)
- Deve essere definito per ogni paziente alla dimissione, un Follow-up individualizzato e a lungo termine e deve essere focalizzato su:
 - A. Prevenzione secondaria
 - B. Stato funzionale
 - C. Sintomi



Chi fa cosa?



Realizzazione del progetto

1) Accreditemento

Il progetto è stato accreditato dalla Scuola Piemontese di Medicina Generale «Massimo Ferrua» per **21,5 crediti ECM** i docenti sono stati:

- Dott. Giammaria Massimo, primario SC **Cardiologia** 1 Osp Maria Vittoria
- Dott. Romano Carlo, Direttore del Distretto Torino Nord Ovest ASL Città di Torino
- Dott. Pizzini Andrea, **Medico di Famiglia** ASL Città di Torino
- Dott.ssa Demichelis Brunella, responsabile di reparto SC Cardiologia 1 Maria Vittoria
- Dott.ssa Coda Luisella, responsabile di reparto SC Cardiologia 1 Maria Vittoria
- Dott.ssa Taraschi Alessandra, medico in formazione CFSMG III° anno

2) Colleghi partecipanti e popolazione presa in esame

Hanno partecipato al progetto **tutti i 150 medici di famiglia** che lavorano nel distretto Torino Nord Ovest e i **cardiologi** che operano all'interno della SC Cardiologia 1 dell'ospedale Maria Vittoria.

I medici di famiglia sono stati formati durante le **riunioni d'equipe** dai docenti precedentemente citati

5/6 équipe Calcagnile/Tosi/Pizzini
7/6 équipe Carafa/Chiara
12/6 équipe Tibo/Frara
19/6 équipe Roasio/Marletta



**Momento di formazione frontale
con condivisione degli obiettivi e
della metodologia**

La popolazione presa in esame afferisce alle **Circoscrizioni 4 e 5** della Città di Torino, pari a circa **220000 abitanti**.

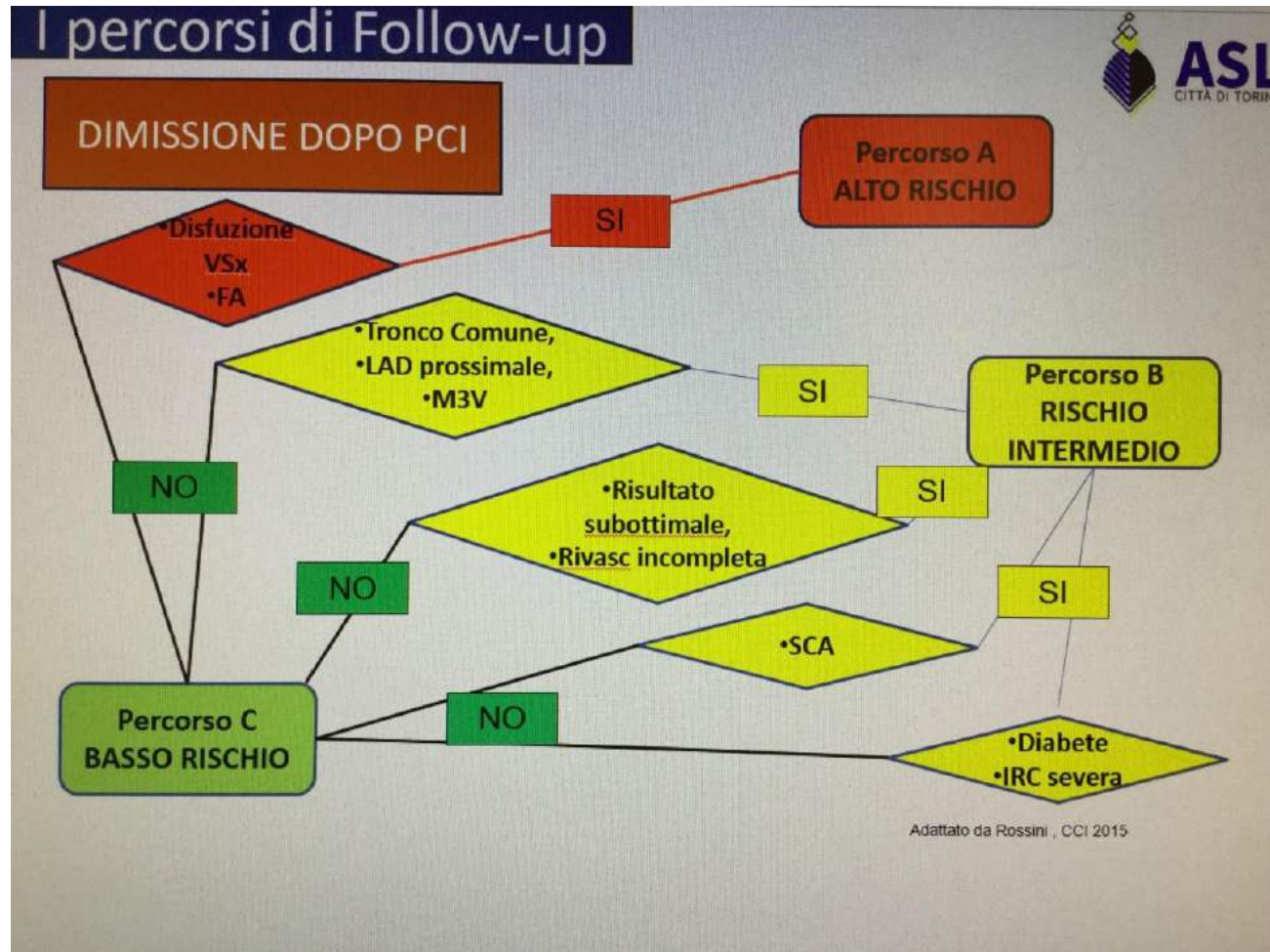


I criteri per essere **arruolabili** nel progetto:

- **Ricovero** presso la **Cardiologia del Maria Vittoria** per cardiopatia ischemica
- Avere il proprio **MMG che opera nel Distretto Nord Ovest**

Il progetto è attivo dal 2 luglio 2018 al 31 dicembre 2018

3) I percorsi di Follow Up



Percorso C (basso rischio)

Patients with
"Lone" PCI

	dimissione	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	entro 24 mesi
MMG	X		X				FU presso MMG
esami ematici			X			X	
Cardiologo + ECG						X	
Ecocardio							
Test funzionali *							

*non indicati nei primi 2 anni

Percorso B (rischio intermedio)

SCA
M3V
TC
DA prossimale
PCI incompl/
subottimale
Diabete, IRC
severa

	dimissione	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	entro 24 mesi
MMG	X		X		X		
esami ematici			X		X		
Cardiologo + ECG				X			X
Ecocardiogramma							
Test funzionali				X*			

*da eseguirsi (3 o 6 mesi) in caso di rivascularizzazione incompleta o subottimale, successivamente a cadenza biennale

Percorso A (alto rischio)

Disfunzione
Ventricolare
sinistra
FA

	dimissione	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	entro 24 mesi
MMG	X	X	X			X	
esami ematici		X	X			X	
Cardiologo + ECG			X			X	X*
Eccaradio			X			X**	
Test funzionali				***			

* annuale in caso di persistenza di disfunzione ventricolare sinistra

** successivamente biennale, in caso di rimodellamento ventricolare sinistro

*** in base al percorso B o C

Test Funzionali da eseguire a 12 mesi nel caso di pazienti diabetici o di ischemia silente.



4) Ruolo delle figure attive in questo progetto

Il medico cardiologo

- Valuta il paziente e lo iscrive in uno dei 3 percorsi
- Scrive una lettera di dimissione senza acronimi, facilmente fruibile
- Fornisce tutti i documenti, gli esami effettuati durante il ricovero e le dematerializzate per gli esami futuri

Il medico di famiglia

- Arruola il paziente dopo la dimissione ed esegue una valutazione clinica
- Effettua counselling sul cambiamento stili di vita
- Valuta l'aderenza terapeutica
- Visita il pz con particolare attenzione a nuovi sintomi di pertinenza CVC

5) Strumenti di comunicazione

- Il portale

Per facilitare la comunicazione fra cardiologi e MMG è stata creata una sezione relativa al progetto CAD sul portale della Regione Piemonte.



The screenshot displays the CAD portal interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'AREA MMG & PLS', 'Scelte e revoca', 'G.I. DIABETE', 'Tao', 'Antinfluenzale', 'Pneumococcica', 'Herpes Zoster', and 'Fragili Caldo'. Below this is a 'FILTRI DI RICERCA' section with input fields for 'Nome', 'Cognome', and 'Codice Fiscale', each with a dropdown menu set to 'Inizia con'. A 'Cerca' button is located below these fields. The main content area is titled 'Elenco file' and contains a table with the following columns: COGNOME, NOME, CF, DATA DI NASCITA, DATA DIMISSIONE, DATA ARRUOLAMENTO DAL MMG, MITTENTE, DOCUMENTI ALLA DIMISSIONE, LETTO, STRATIFICAZIONE DI RISCHIO, and PERCORSO DI FOLLOW UP. The table shows one record for patient TADDEI ANTONIO, with a risk stratification of 'Percorso A - Rischio alto' and a follow-up path of 1, 3, 6, 9, and 12 months. The footer of the table indicates 'Pagina 1 di 1 (1 records) 1'.

COGNOME	NOME	CF	DATA DI NASCITA	DATA DIMISSIONE	DATA ARRUOLAMENTO DAL MMG	MITTENTE	DOCUMENTI ALLA DIMISSIONE	LETTO	STRATIFICAZIONE DI RISCHIO	PERCORSO DI FOLLOW UP
TADDEI	ANTONIO	TDDNTN20R03L6725	03/10/1920	29/10/2018 11:02:04	29/10/2018	cardiologia	test.pdf	SI	Percorso A - Rischio alto	1 MESE 3 MESI 6 MESI 9 MESI 12 MESI

Tramite questo portale i cardiologi caricano le lettere di dimissione e i documenti relativi al paziente appena dimesso, e il medico di famiglia può **vederli in tempo reale**. Il MMG provvederà poi a compilare i vari campi previsti in base al tipo di percorso



- La mail e il telefono

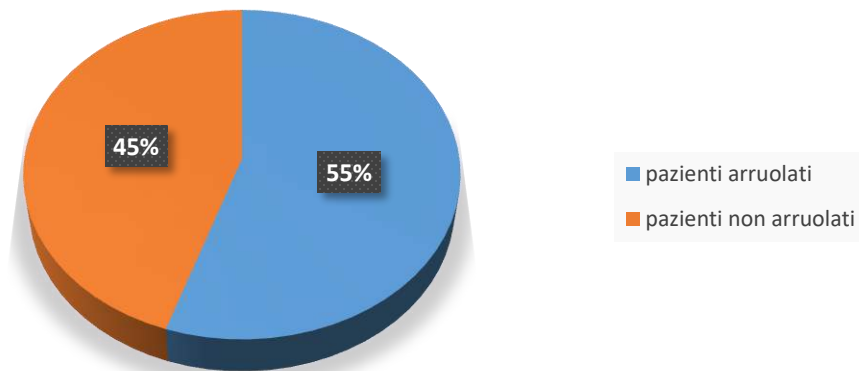
Per i colleghi che avessero dubbi sulla gestione del percorso nonostante gli incontri formativi, è stato attivato un numero di telefono attivo dalle 12 alle 15 ogni giorno al quale rivolgersi.

Inoltre è stata attivata analogamente una mail aziendale per poter risolvere eventuali problematiche relative al progetto.

6) Risultati all'8 gennaio 2019

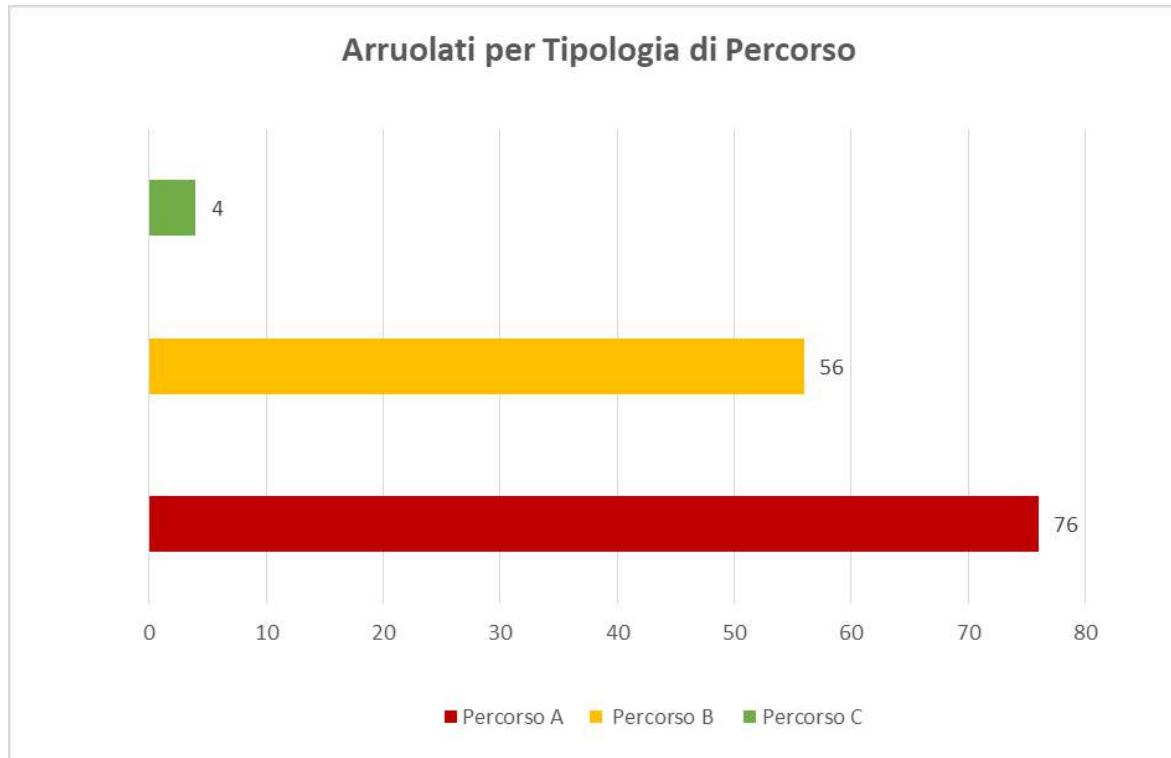
- Al giorno 8 gennaio i pazienti arruolati dalla Cardiologia sono stati **136**, di cui 75 sono stati presi in carico dai medici di famiglia, mentre 61 non sono stati presi in carico

Pazienti arruolati dal MMG dei pazienti totali



Pazienti totali trattati	136
Pazienti presi in carica	75
Pazienti non presi in carica	61

- Analizzando i 136 pazienti arruolati dai **cardiologi** nel progetto, la maggior parte, quasi il **56%**, appartiene al percorso A, quindi i pazienti nella classe di rischio più elevata.

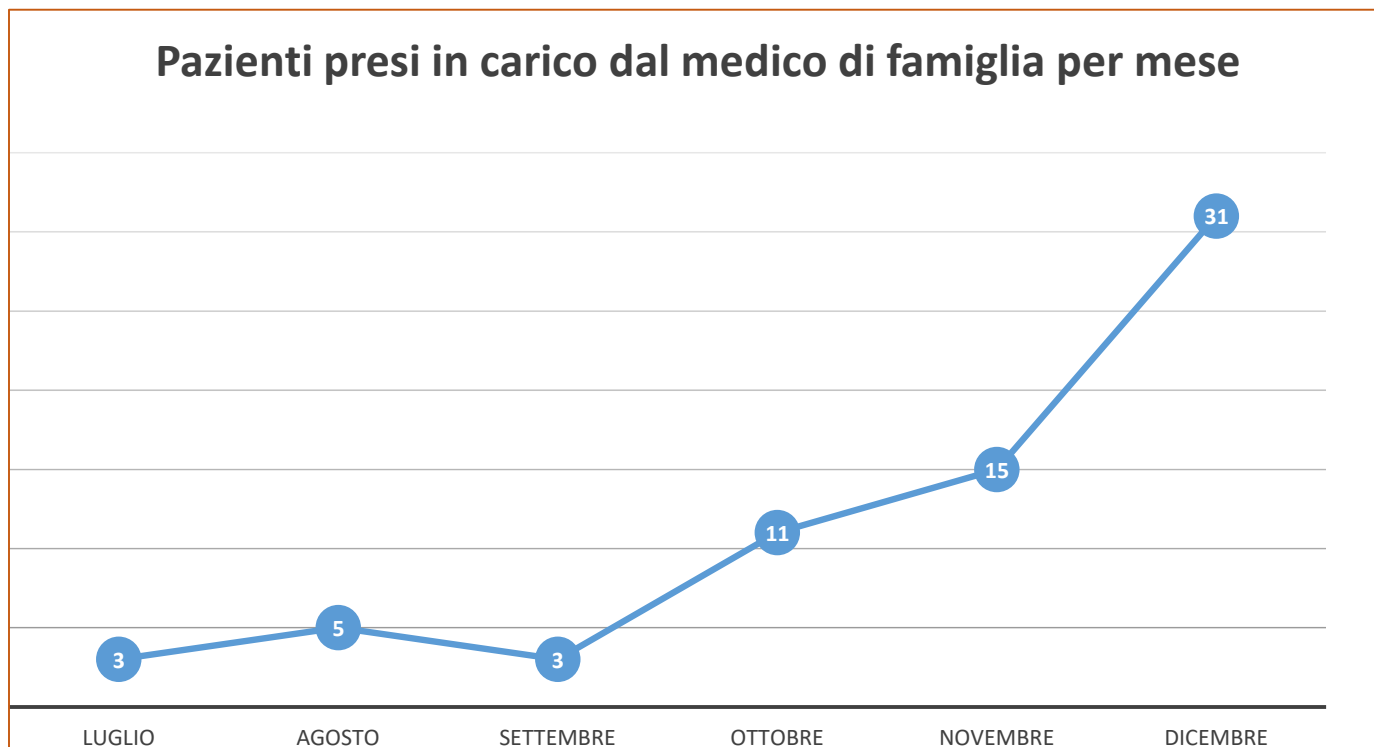


Pazienti presi in carica per tipologia di percorso 136

Percorso A	76
Percorso B	56
Percorso C	4

Inoltre assistiamo ad un aumento del numero di pazienti arruolati dal MMG nei mesi di novembre e dicembre nei quali sono stati presi in carico il 61% dei pazienti iscritti.

Pazienti presi in carico dal medico di famiglia per mese



Luglio	3
Agosto	5
Settembre	3
Ottobre	11
Novembre	15
Dicembre	31
Gennaio	7



Cosa ha indotto un cambiamento così massivo nella presa in carico dei pazienti da parte del medico di famiglia?

7) Conclusioni e Analisi dei risultati

Le telefonate e le mail ricevute in questo periodo, peraltro al 90% appropriate (cioè relative unicamente a difficoltà legate al progetto), vertevano quasi tutte su una **scarsa fruibilità** del principale mezzo operativo di interscambio fra le due figure mediche, cioè il portale.





- Il mezzo di comunicazione scelto, cioè il telefono, si è rivelato **efficace**, perché ci ha permesso di identificare il problema e dunque di pianificare e attuare delle strategie per risolverlo.



Valutate le difficoltà operative, sono state introdotte delle migliorie in corso d'opera:

- Dato che molte criticità erano relative alla gestione pratica del **portale**, da agosto è iniziata un'attività di **rimodulazione** dello stesso.
- Inoltre è stato **modificato il testo della mail** inviata automaticamente al medico di famiglia quando il cardiologo arruola uno dei suoi pazienti
- E' stato redatto un **manuale di istruzioni** pratiche sull'utilizzo del portale, inserito anche esso nella mail iniziale



L'incipit del manuale di istruzioni del portale CAD

- Il **manuale di istruzioni** è stato proposto alle **riunioni d'equipe** di novembre insieme ad uno **schema plastificato** che è stato consegnato a tutti i presenti.



MODELLO CLINICO-GESTIONALE

LINEE GUIDA PREVENZIONE MALATTIA CARDIOVASCOLARE

1. La maggioranza del colesterolo è normalmente trasportata nella LDL-C
2. C'è una forte associazione tra il livello di LDL-C e il rischio di malattia CV
3. Livellera che riduce le LDL-C plasmatiche fa ridurre il rischio CV e IRREDUCIBILE
4. Ogni riduzione di 38 mg/dl di LDL-C è associata alla riduzione del 20-25% di malattia CV fatale e non fatale

TARGET NOTA 13 AIFA e LINEE GUIDA SOC. EUR. CARD.

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

RISCHIO	FOLLOW UP	D1M	M1	M3	M6	M12
ALTO RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Valutazione clinica 2. Valutazione clinica 3. Valutazione clinica 4. Valutazione clinica 5. Valutazione clinica 6. Valutazione clinica 7. Valutazione clinica 8. Valutazione clinica 9. Valutazione clinica 10. Valutazione clinica 					
RISCHIO INTERMEDIO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Valutazione clinica 2. Valutazione clinica 3. Valutazione clinica 4. Valutazione clinica 5. Valutazione clinica 6. Valutazione clinica 7. Valutazione clinica 8. Valutazione clinica 9. Valutazione clinica 10. Valutazione clinica 					
BASSO RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Valutazione clinica 2. Valutazione clinica 3. Valutazione clinica 4. Valutazione clinica 5. Valutazione clinica 6. Valutazione clinica 7. Valutazione clinica 8. Valutazione clinica 9. Valutazione clinica 10. Valutazione clinica 					

PROTOCOLLO GESTIONE TERAPIA ANTIAGGREGANTE

DRIVERONE	QUIN 12 M ES	SPECIFICHE
STEMI	ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg)	...
STEMI	ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg)	...
STEMI	ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg)	...
STEMI	ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg) + ASA (75-100 mg)	...

PROTOCOLLO GESTIONE IVABRADINA/RANOLAZINA

Indicazioni: angina pectoris, stato ipertensivo, fibrillazione atriale, tachicardia sinusale.

QUANDO?

1. Fibrillazione atriale sintomatica
2. In caso di indicazione non necessariamente sintomatica

- In esse è stata ribadita l'importanza del progetto, sia in termini di qualità del lavoro del medico di famiglia e del cardiologo, sia in termini di salute per il paziente, e la possibile riduzione di spesa sanitaria diminuendo le recidive con una gestione più accurata del paziente

..in conclusione..

- Per ora non è stata possibile un'analisi dei risultati clinici, in quanto il progetto è operativo da pochi mesi.
- Per quanto riguarda i risultati da un punto di vista sanitario possiamo ritenerci ottimisti, vista la tendenza di aumento della presa in carico del paziente e l'attenzione rivolta al progetto da parte dei colleghi.
- Rispetto ad altri progetti simili, questo porta in sé due innovazioni fondamentali: il percorso è stato **condiviso** in tutte le sue parti fra medici ospedalieri e territoriali e utilizza un **mezzo di comunicazione già consolidato** e fruibile da entrambe le parti



.. in conclusione..

- Emerge una necessità clinica e sanitaria di elaborare percorsi condivisi fra ospedale e territorio.
- La condivisione dovrebbe essere completa, sia nell'ambito **clinico** sia nell'elaborazione di **mezzi di comunicazione** diretti ed efficaci fra medici di famiglia e medici cardiologi.



Grazie per l'attenzione

