



# INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ I NUOVI TOOLS PER LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dott.ssa Alessandra Taraschi  
MMG ASL Città di Torino

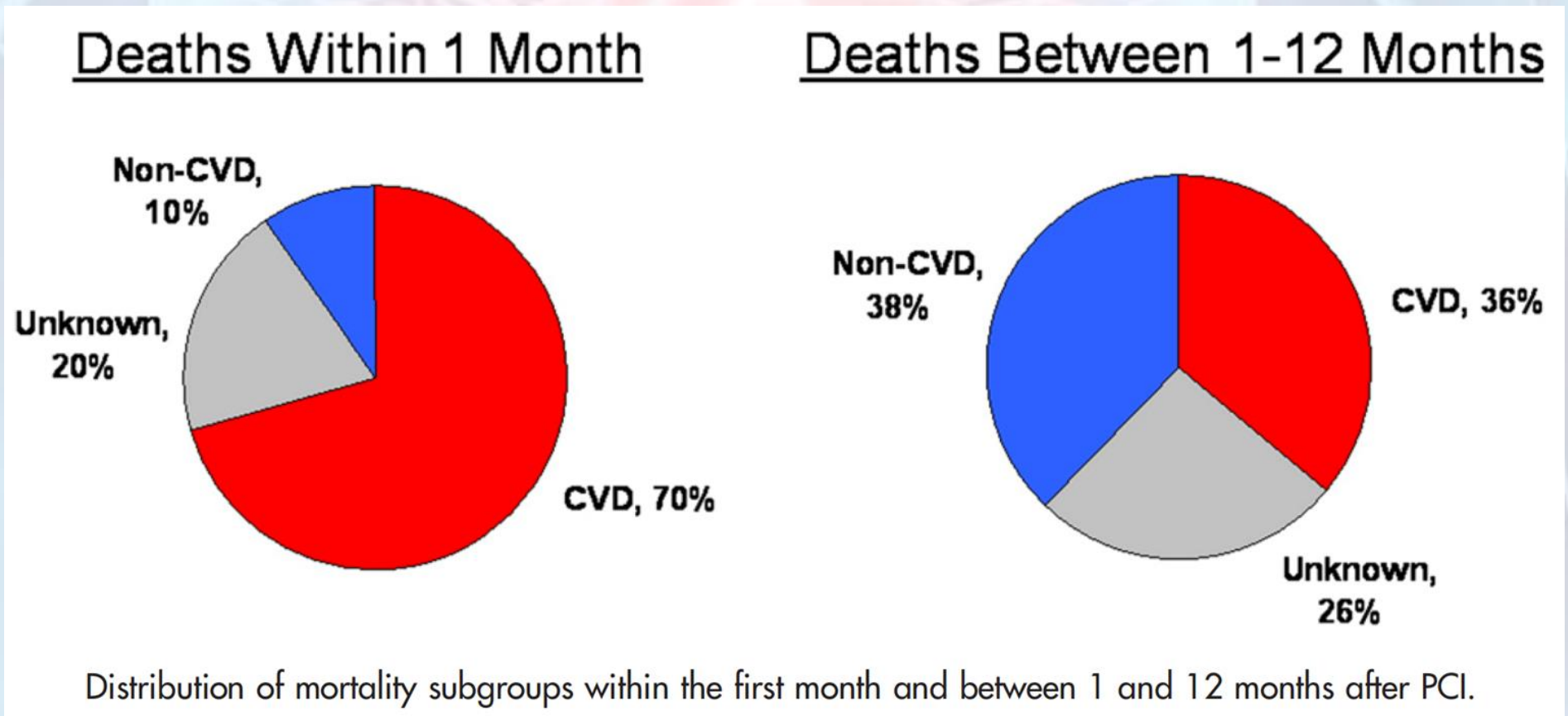


Un nuovo tool in prevenzione secondaria.  
Prevenzione secondaria.. Perché?

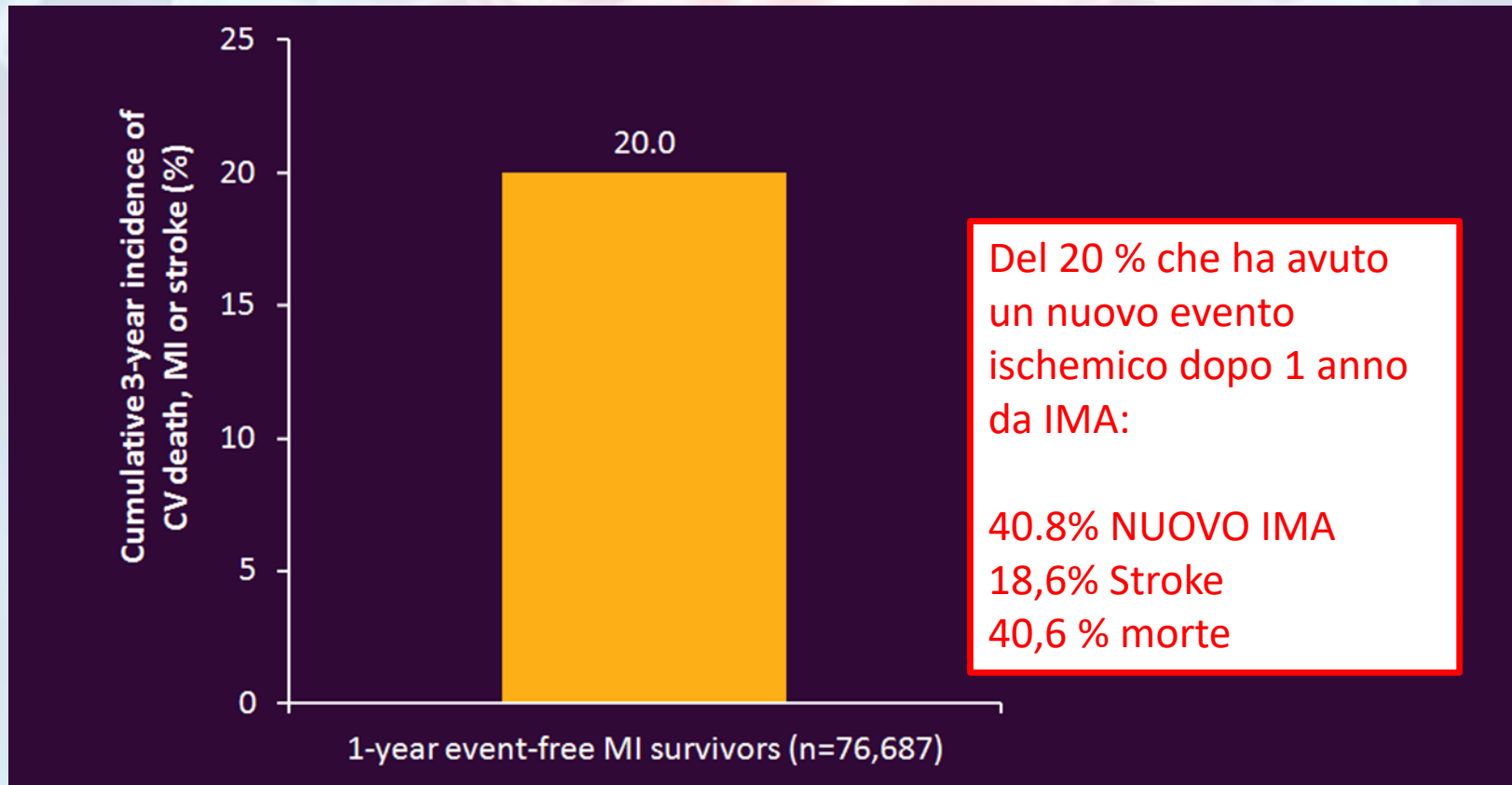
✓ Nel Paziente post-PCI la causa di morte cardiovascolare è più frequente solo nel primo mese dopo la procedura percutanea di rivascularizzazione:

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

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

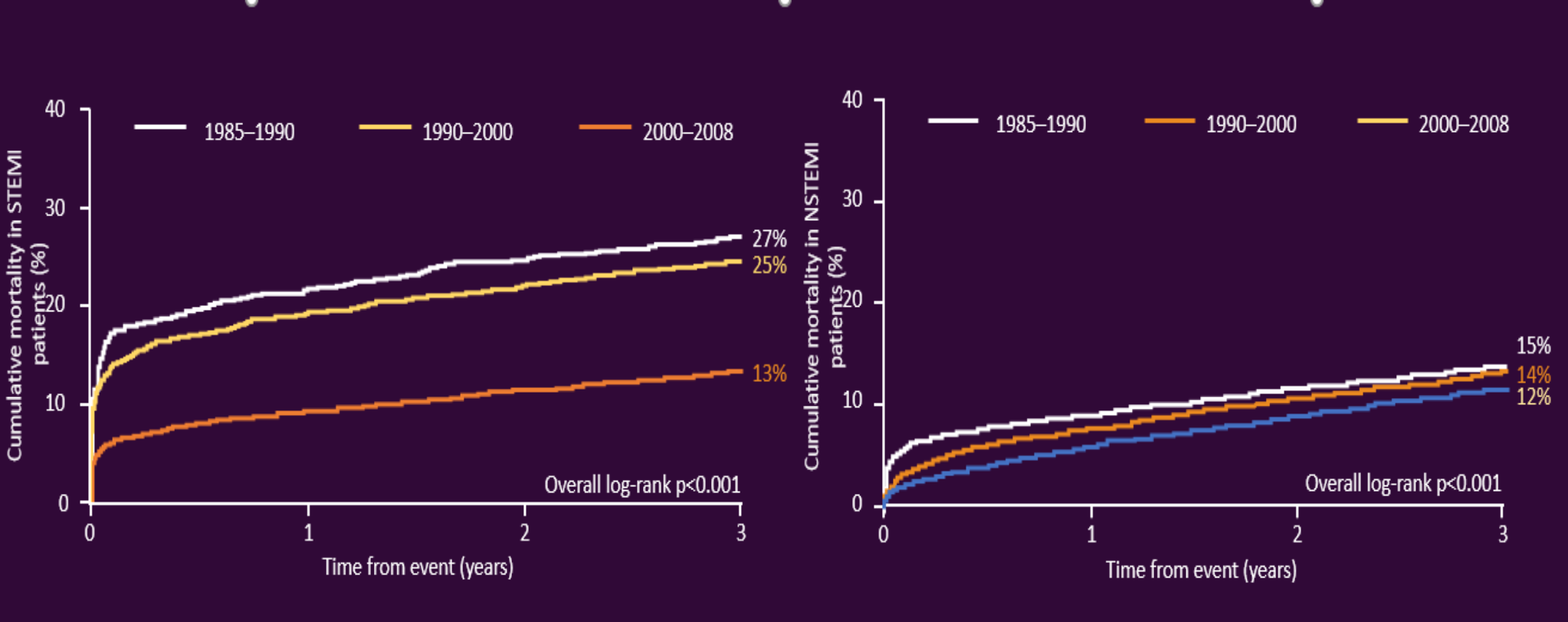


# Morte, Infarto, Stroke in pz sopravvissuti 1 anno dopo IMA



**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)



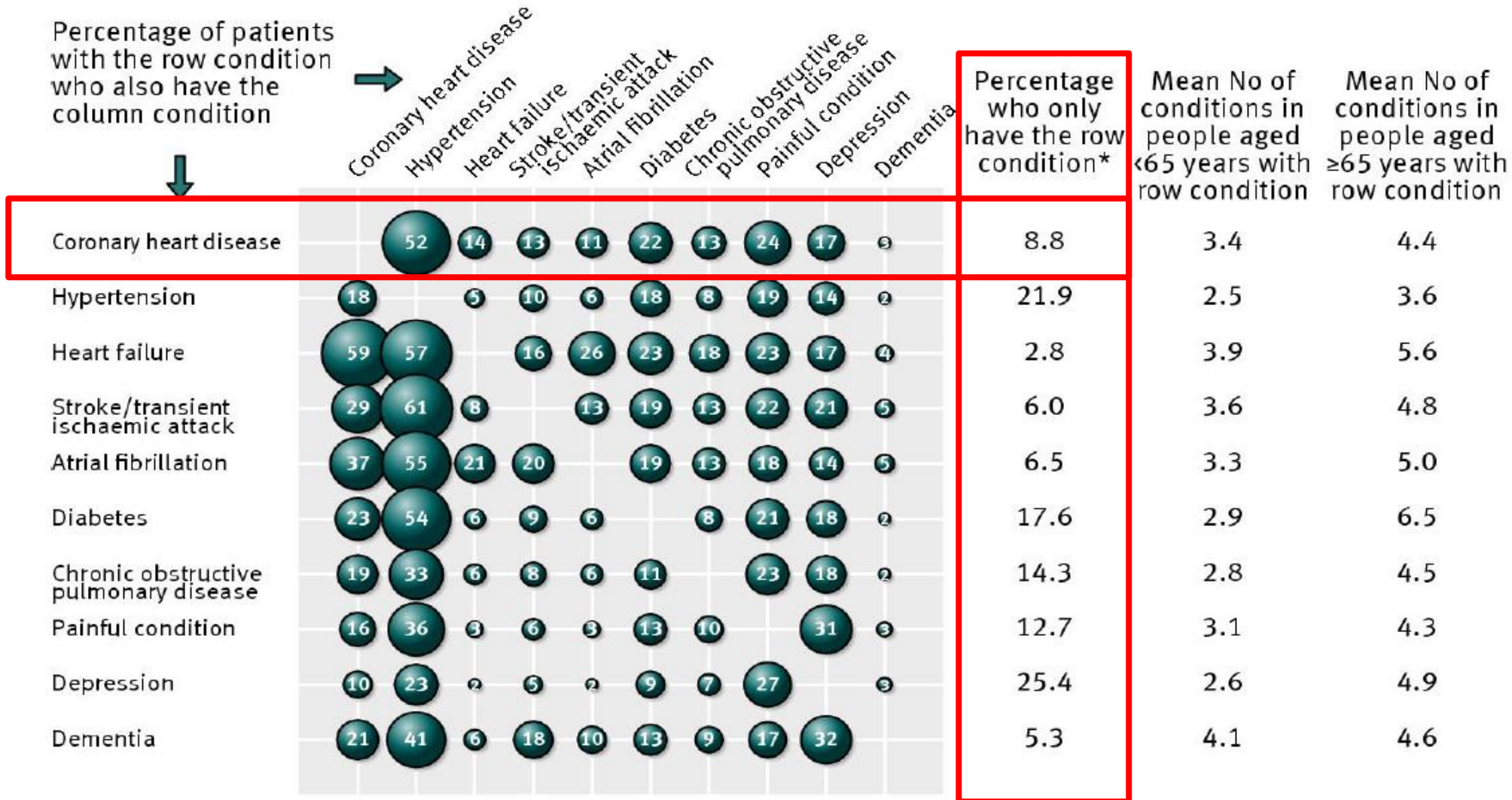
STEMI, ST-segment elevation myocardial infarction. Adapted from: Nauta ST et al. PLoS One 2011;6:e26917.

# 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**



BMJ 2012;345:e6341



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

Comorbidity of 10 common conditions among UK primary care patients<sup>2</sup>

# ADERENZA ALLA TERAPIA

Percentuale di pazienti con infarto miocardico (con almeno una prescrizione della classe farmacologica) che assumono il farmaco durante i cinque anni successivi all'evento.

	ASA	B-Blockers	Statine	ACE-I	ARBs
Mai prescritto	26,5%	61,5%	27,9%	40,8%	80%
1 anno su 5	8,7%	7%	9,8%	9,5%	5%
2 anni su 5	6,9%	5,4%	26,1%	8,7%	3,2%
3 anni su 5	8,2%	5,4%	17%	7,1%	2,9%
4 anni su 5	8,8%	5,1%	5,9%	7,4%	3%
Tutti 5 gli anni	40,9%	15,6%	13,3%	26,5%	5,8%

(da database Health Search)



# 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”.





## Epidemiology and Prevention

# Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes

Clara K. Chow, MBBS, FRACP, PhD; Sanjit Jolly, MD, MSc, FRCPC;

**Conclusions**—Adherence to behavioral advice (diet, exercise, and smoking cessation) after acute coronary syndrome was associated with a substantially lower risk of recurrent cardiovascular events. These findings suggest that behavioral modification should be given priority similar to other preventive medications immediately after acute coronary syndrome.

Partendo da questi presupposti, chi si occupa di:

- Rivalutare la co
- Monitorare la
- Valuta
- Titolare i farmaci, contro
- Svolgere attività di co



e a lungo termine  
corsi **dell'angina**  
**a terapia**  
nti in modalità e posologie  
cazione 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<sup>1,2</sup> e sull'aderenza alla terapia<sup>3</sup>**

*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*

# Obiettivi del progetto:

- Stabilire un **percorso comune e condiviso** tra la SC Cardiologia 1 PO Maria Vittoria, la Cardiologia Territoriale e i Medici di Medicina Generale afferenti al Distretto Nord Ovest
- Creare **modelli comunicativi bidirezionali** condivisi e facilmente fruibili fra **ospedale e territorio**



# Premesse Scientifiche

- Analisi della letteratura → Oltre 76 fonti analizzate!

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

## CORONARY ARTERY DISEASE

### Original Studies

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

Roberta Rossini,<sup>1\*</sup> MD, PhD, Luigi Oltrona Visconti,<sup>2</sup> MD, Giuseppe Musumeci,<sup>1</sup> MD, Alessandro Filippi,<sup>3</sup> MD, Roberto Pedretti,<sup>4</sup> MD, Corrado Lettieri,<sup>5</sup> MD, Francesca Buffoli,<sup>5</sup> MD, Marco Campana,<sup>6</sup> MD, Davide Capodanno,<sup>7</sup> MD, PhD, Battistina Castiglioni,<sup>8</sup> MD, Maria Grazia Cattaneo,<sup>9</sup> MD, Paola Colombo,<sup>10</sup> MD, Leonardo De Luca,<sup>11</sup> MD, Stefano De Servi,<sup>12</sup> MD, Marco Ferlini,<sup>2</sup> MD, Ugo Limbruno,<sup>13</sup> MD, Daniele Nassiacos,<sup>14</sup> MD, Emanuela Piccaluga,<sup>15</sup> MD, Arturo Raisaro,<sup>2</sup> MD, PierFranco Ravizza,<sup>16</sup> MD, Michele Senni,<sup>1</sup> MD, Erminio Tabaglio,<sup>17</sup> MD, Giuseppe Tarantini,<sup>18</sup> MD, Daniela Trabattoni,<sup>19</sup> MD, Alessandro Zadra,<sup>17</sup> MD, Carmine Riccio,<sup>20</sup> MD, Francesco Bedogni,<sup>21</sup> MD, Oreste Febo,<sup>22</sup> MD, Ovidio Brignoli,<sup>17</sup> MD, Roberto Ceravolo,<sup>23</sup> MD, Gennaro Sardella,<sup>24</sup> MD, Sante Bongo,<sup>25</sup> MD, Pompilio Faggiano,<sup>26</sup> MD, Claudio Cricelli,<sup>27</sup> MD, Cesare Greco,<sup>28</sup> MD, Michele Massimo Gulizia,<sup>29</sup> MD, Sergio Berti,<sup>30</sup> MD, and Francesco Bovenzi,<sup>31</sup> 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)

## Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

*Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE*

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)  
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)  
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

Cesare Greco, Francesco M. Bovenzi, Sergio Berti, Maurizio Abrignani, Francesco Bedogni, Roberto Ceravolo, Furio Colivicchi, Leonardo De Luca, Pompilio Faggiano, Francesco Fattirolli, Giuseppe Favretto, Pantaleo Giannuzzi, Gian Francesco Mureddu, Giuseppe Musumeci, Zoran Olivari, Carmine Riccio, Roberta Rossini, Pier Luigi Temporelli

*con l'endorsement di:*

ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali)  
ANCE (Cardiologia Italiana del Territorio)  
SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)

*realizzato con il contributo scientifico di:*

Fulvia Seccareccia e Stefano Rosato

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Post-discharge management of patients with acute coronary syndrome (ACS) requires a comprehensive outpatient network and specific competence regarding risk factor control, optimal pharmacological therapy and adequate follow-up strategies. This combination should allow a significant outcome improvement with reduced rates of fatal and nonfatal events and hospital readmissions.

On October 25-26, 2013, a consensus conference on clinical management after ACS was held in Naples, Italy, under the auspices of two Italian scientific societies, the Italian Association for Cardiac Prevention and Rehabilitation (GICR-IACPR) and the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO).

The present document constitutes a joint proposal for the management and follow-up of patients discharged alive after ACS. The paper is divided into four sections: in Section 1 on "Epidemiology and prognostic stratification", the clinical and instrumental variables for the identification of patients at higher risk of adverse events (death, heart failure or reinfarction) in the months following an ACS are described on the basis of currently available data; in Section 2 on "Post-discharge care management", different pathways for follow-up and treatment are proposed, according to the baseline clinical presentation: a cardiac rehabilitation inpatient program is suggested for high-risk patients, an intensive secondary prevention outpatient program for those at high thrombotic risk, and a clinical follow-up for low-risk profile patients. Sections 3 and 4 on "Drug therapy targets" and "Strategies to improve adherence and promote lifestyle changes" emphasize the need for structured programs of pharmacological implementation and long-term maintenance of recommended therapy and healthy lifestyle.

**Key words.** Acute coronary syndrome; Cardiac rehabilitation; Post-discharge care; Secondary prevention.

# ..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?

**Specialista**

✓ Pianificazione del FU

✓ Stratificazione del rischio  
(valutazione clinica + ev test provocativi)

**MMG**

✓ Valutazione clinica  
✓ Controllo dei fattori di rischio  
✓ Aderenza alla terapia

# 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**.

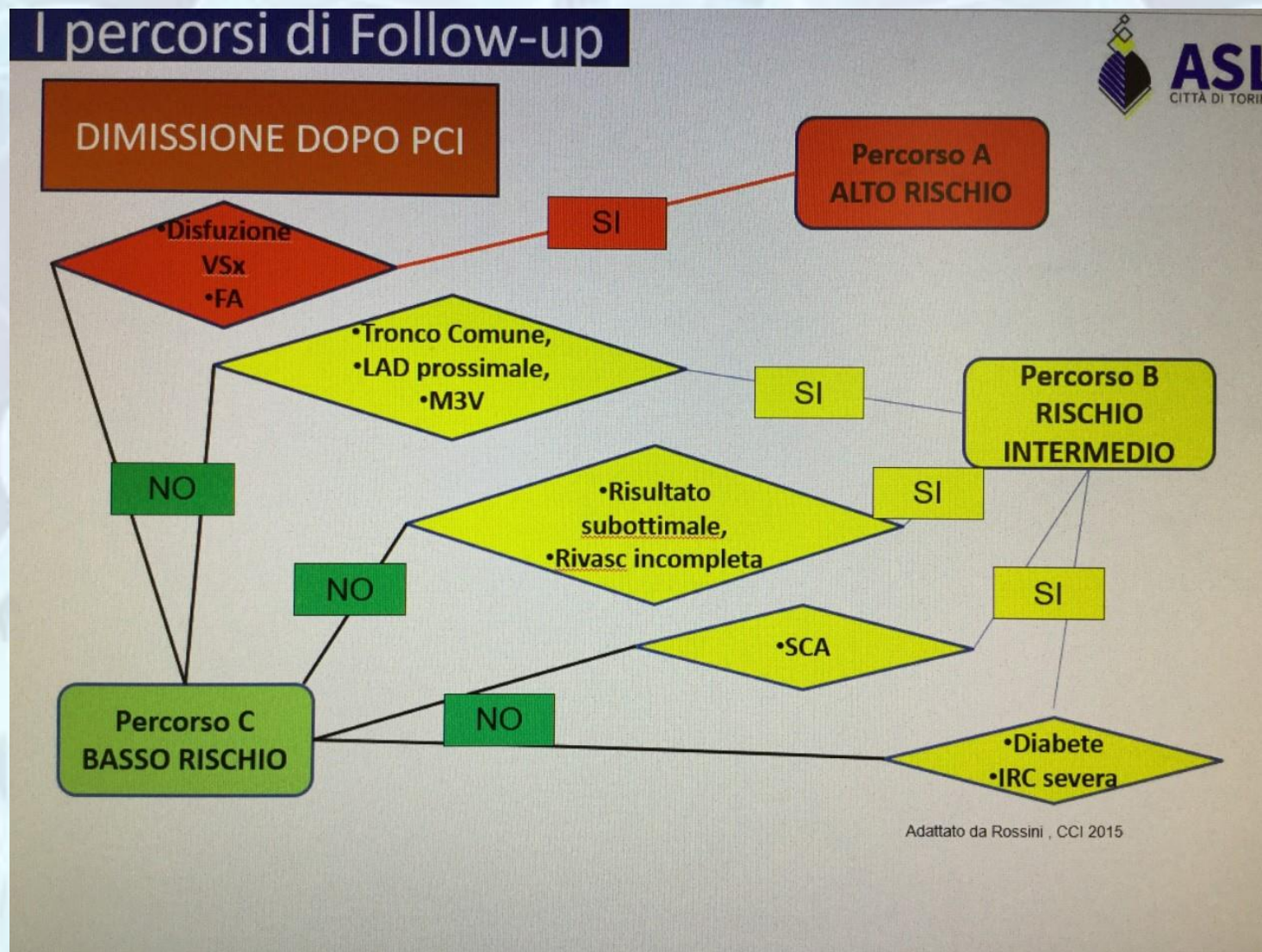


I criteri per essere **arruolabili** nel progetto:

- **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
<b>MMG</b>	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

Disfunzione  
Ventricolare  
sinistra  
FA

## Percorso A (alto rischio)

	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*
Eccar dio			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



## 4) Ruolo delle figure attive in questo progetto

### Il medico cardiologo

- Valuta il paziente e lo ascrive 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.

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	TDDNTN20R03L672S	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



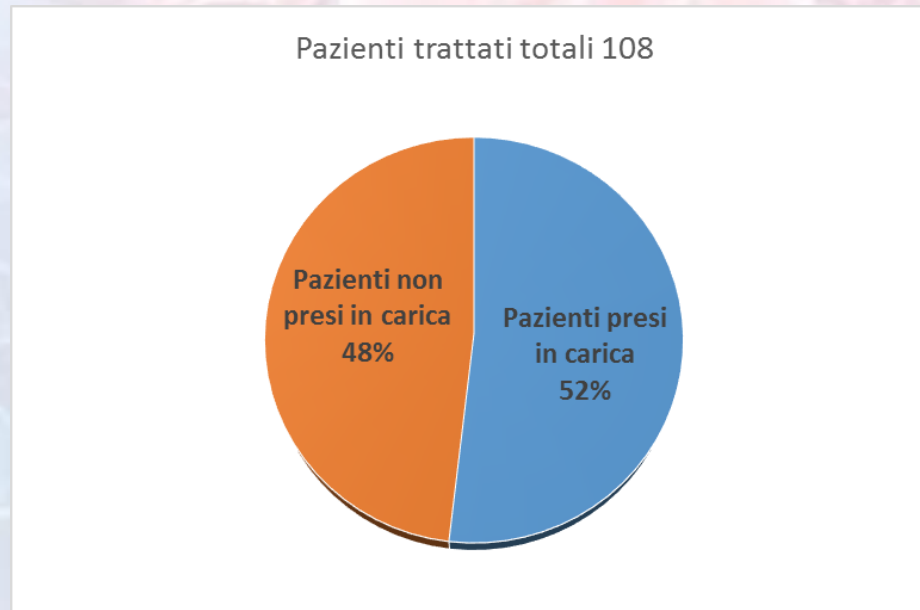
- La mail e il telefono

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.

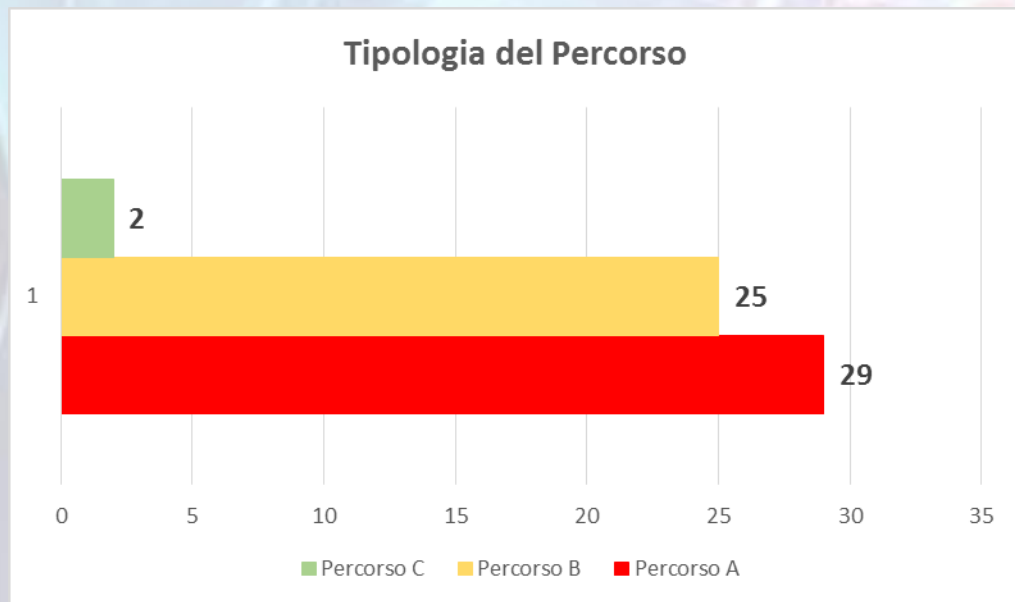
## 6) Risultati al 4 dicembre 2018

- Al giorno 4 dicembre i pazienti arruolati dalla Cardiologia sono stati **108**, di cui 56 sono stati presi in carico dai medici di famiglia, mentre 52 non sono stati presi in carico



Pazienti totali trattati	108
Pazienti presi in carica	56
Pazienti non presi in carica	52

- Analizzando i 56 pazienti arruolati dai **medici di famiglia**, la maggior parte, quasi il **52%**, appartiene al percorso A, quindi i pazienti nella classe di rischio più elevata.

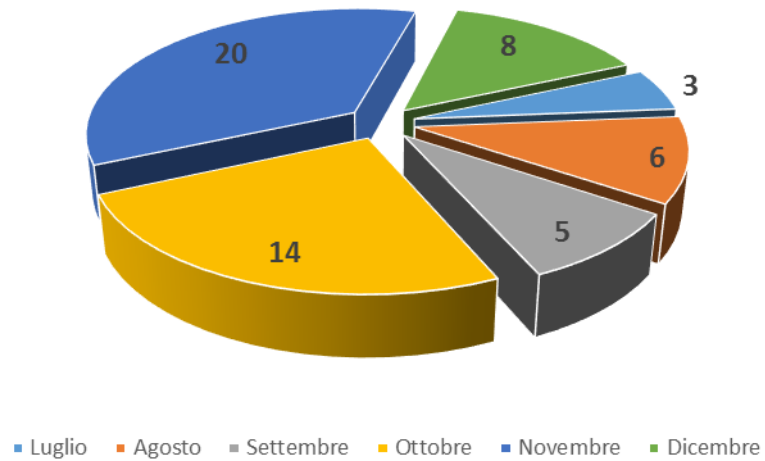


Pazienti presi in carica per tipologia di percorso 56

Percorso A	29
Percorso B	25
Percorso C	2

Inoltre assistiamo ad un aumento del numero di pazienti arruolati dal MMG nei mesi di ottobre e novembre nei quali sono stati presi in carica il 60% dei pazienti iscritti.

Pazienti presi in carica dai MMG per mese

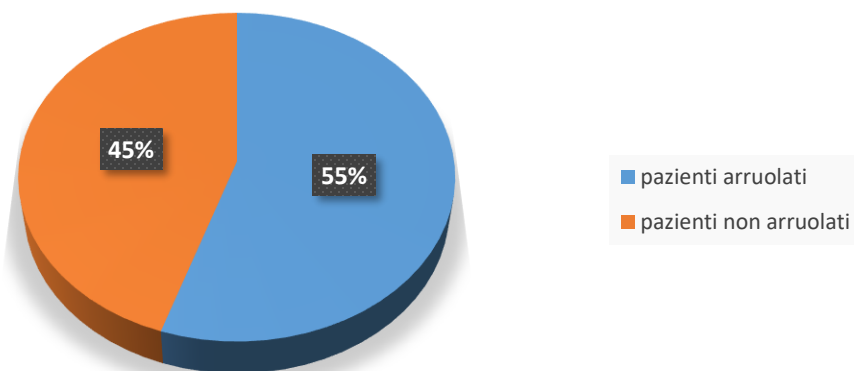


Pazienti presi in carica dai MMG per data	
	56
Luglio	3
Agosto	6
Settembre	5
Ottobre	14
Novembre	20
Dicembre	8

## 7) Risultati all'8 gennaio 2019

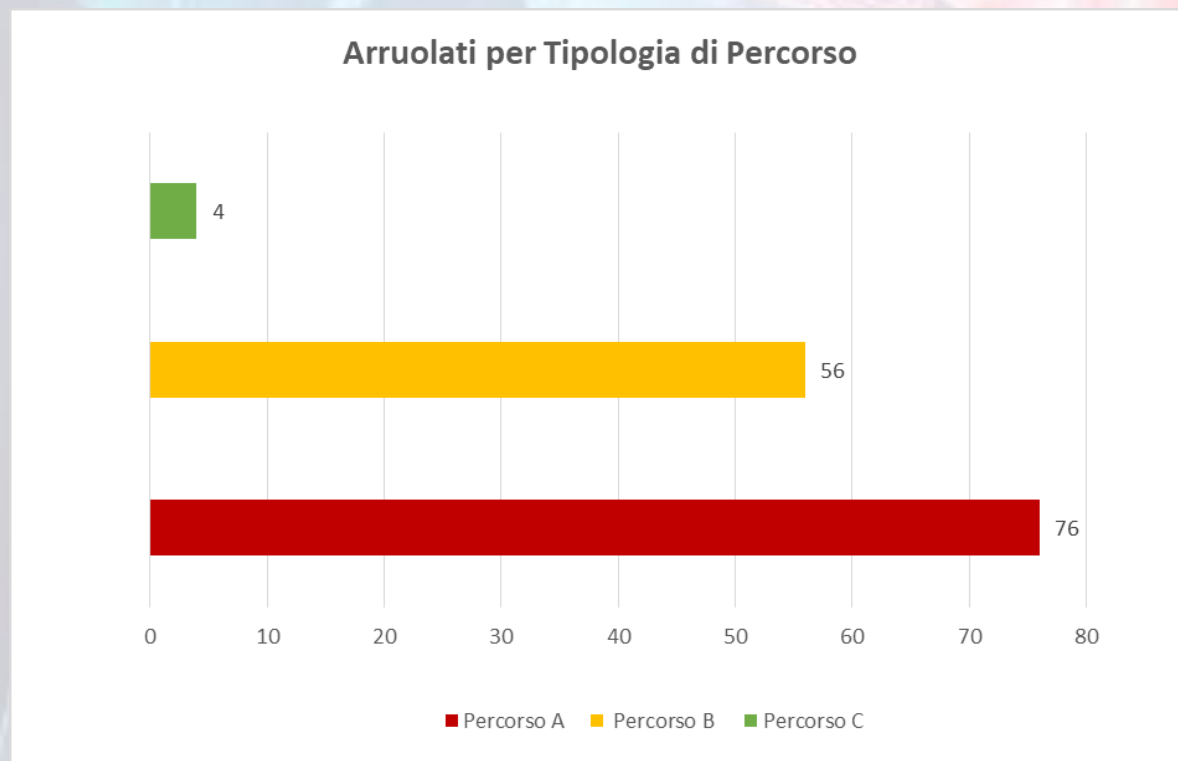
- Al giorno 8 gennaio i pazienti arruolati dalla Cardiologia sono stati **136**, di cui 75 sono stati presi in carico dai medici di famiglia, mentre 61 non sono stati presi in carico

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

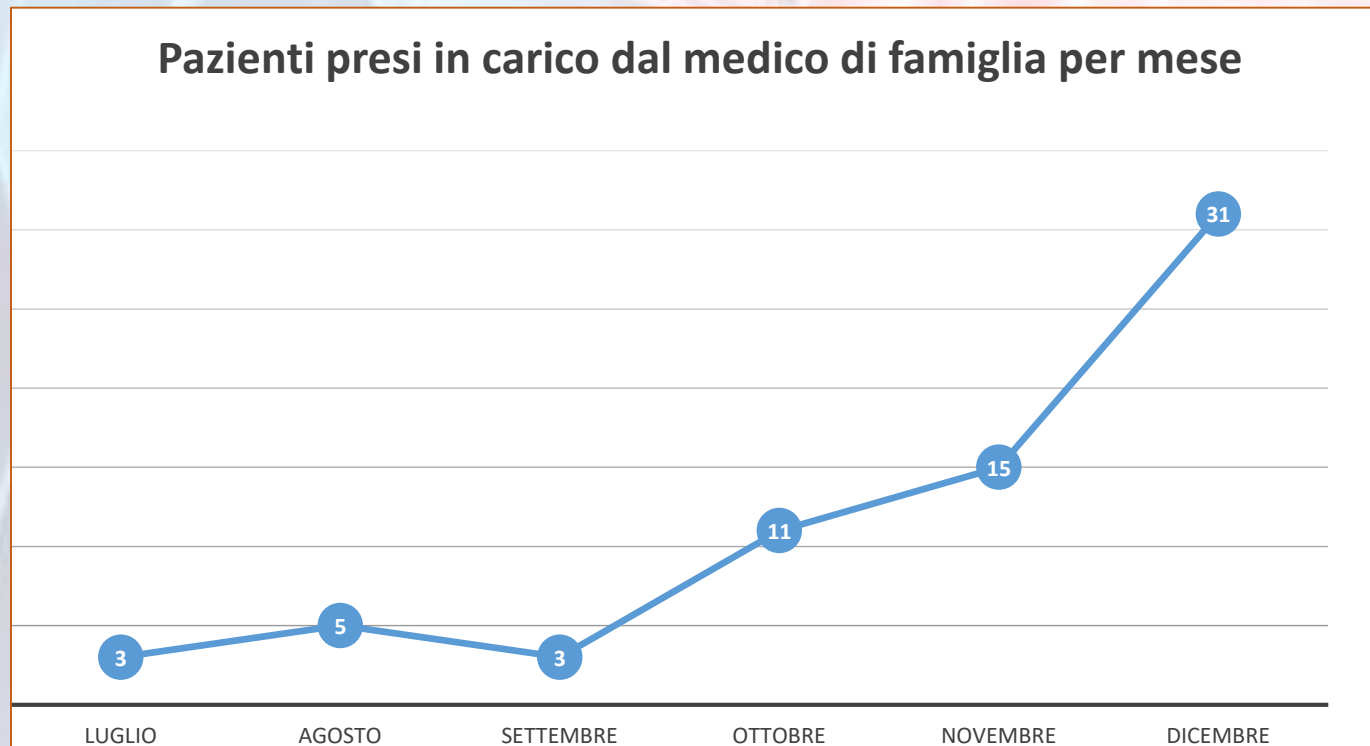
Percorso B 56

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

An anatomical illustration of a human torso, showing the ribcage and the heart. The heart is highlighted in a reddish-orange color, while the rest of the body is rendered in a light blue, semi-transparent style. The text is overlaid on the left side of the image.

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

## 8) 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**

EVENTO ACUTO → TRIAGE DEL RISCHIO ALLA DIMISSIONE → ALTO / MEDIO / BASSO → FOLLOW UP MMG IL PAZIENTE È STABILE? → SÌ / NO → CARDIOLOGIA OSPEDALIERA / CARDIOLOGIA DI TERRITORIO

TEL: 84807476 (n. 12.151) | E-mail: cardcenter@auslciabruzzo.it | Portale: www.portale.auslciabruzzo.it/STABILITA/ITA/

**LINEE GUIDA PREVENZIONE MALATTIA CARDIOVASCOLARE**

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

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

Ipertensione	Nota 13 AIFA		Linee guida ESC	
	livello di rischio	Obiettivo terapeutico LDL	livello di rischio	Obiettivo terapeutico LDL
Stabile (senza diabete, diabete tipo 2 o diabete gestazionale, diabete tipo 1, diabete gestazionale, diabete tipo 1, diabete gestazionale, diabete tipo 1, diabete gestazionale)	Alto	<100 mg/dl	Alto	<100 mg/dl
Stabile (senza diabete, diabete tipo 2 o diabete gestazionale, diabete tipo 1, diabete gestazionale, diabete tipo 1, diabete gestazionale)	Medio	<130 mg/dl	Medio	<130 mg/dl
Stabile (senza diabete, diabete tipo 2 o diabete gestazionale, diabete tipo 1, diabete gestazionale, diabete tipo 1, diabete gestazionale)	Basso	<160 mg/dl	Basso	<160 mg/dl

**STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO**

	FOLLOW UP	D1M	M1	M3	M6	M9	M12
<b>ALTO RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FE &lt;40%</li> <li>CAD compressa**</li> <li>Rivascularizzazione incompleta/non ottimale</li> <li>Ripolarizzazione antrale</li> <li>IRC IV-V* (GFR &lt;29ml/min)</li> <li>Tachicardia</li> <li>Scompenso cardiaco severo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione sintomatica acuta</li> <li>Assenza di fibrillazione atriale</li> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di ipertensione</li> <li>Assenza di ipercolesterolemia</li> <li>Assenza di ipertensione</li> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di scompenso cardiaco severo</li> </ul>	●	●	●	●	●
<b>RISCHIO INTERMEDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabete</li> <li>Ischemia miocardica periferica</li> <li>IRC III* (GFR 30-59 ml/min)</li> <li>Clonidine antidiuretica (&gt; 80 µg)</li> <li>Progressivo IMA</li> <li>SCA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di ischemia miocardica periferica</li> <li>Assenza di scompenso cardiaco severo</li> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di ipertensione</li> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di scompenso cardiaco severo</li> </ul>	●	●	●	●	●
<b>BASSO RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assenza delle caratteristiche precedenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di ischemia miocardica periferica</li> <li>Assenza di scompenso cardiaco severo</li> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di ipertensione</li> <li>Assenza di diabete</li> <li>Assenza di scompenso cardiaco severo</li> </ul>	●	●	●	●	●

**PROTOCOLLO GESTIONE TERAPIA ANTIAGGREGANTE**

	DIMISSIONE x 3, 6 o 12 mesi	OLTRE 12 MESI in caso di indicazione standard**	SPECIFICHE
<b>STEMI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASA 175-325 mg</li> <li>TICA 150 mg q21g</li> <li>PRASU 150 mg q1g</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASA 175-325 mg</li> <li>TICA 150 mg q21g</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> <li>2) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> <li>3) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> </ul>
<b>NSTEMI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASA 175-325 mg</li> <li>TICA 150 mg q21g</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASA 175-325 mg</li> <li>TICA 150 mg q21g</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> <li>2) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> <li>3) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> </ul>
<b>ELETTIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASA 175-325 mg</li> <li>CLPVI (75 mg) 3-12 mesi</li> </ul>	//	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> <li>2) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> <li>3) Inibitori di glicoproteina IIb/IIIa: in caso di alta dose di aspirina (325 mg) o di aspirina a dose standard (150 mg) dopo 12 mesi</li> </ul>

**PROTOCOLLO GESTIONE IVABRADINA/RANOLAZINA**

Indicazione: angina pectoris stabile sintomatica (non angina tipica)

**QUANDO?**

1. Rivascularizzazione incompleta
2. schemia miocardica non rivascularizzabile o in territorio non esteso

**Quando di prima linea (non rivascularizzabile o in territorio non esteso):**

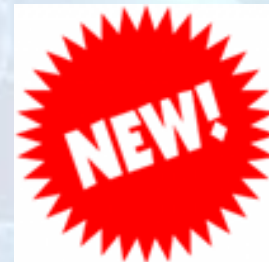
- Settori non controllati:
  - Assunzione con: Ranolazine e Ivabradina
  - Diabete:
    - Diabete
    - Insufficienza renale
    - Insufficienza epatica
    - Insufficienza cardiaca
    - Insufficienza renale
    - Insufficienza epatica
    - Insufficienza cardiaca
- Settori di prima linea (non rivascularizzabile o in territorio non esteso):
  - Assunzione con: Ranolazine e Ivabradina
  - Diabete:
    - Diabete
    - Insufficienza renale
    - Insufficienza epatica
    - Insufficienza cardiaca
    - Insufficienza renale
    - Insufficienza epatica
    - Insufficienza cardiaca

\*Scatole utilizzate routinarie. \*\*Non validate in trial clinici di ampia scala.

- 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 è in corso l'analisi dei risultati clinici, in quanto il progetto è terminato 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



75° CONGRESSO  
NAZIONALE





Grazie per l'attenzione!!!!

